



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5: Sjukepleiefaglig, forskning og fagutvikling - **Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB 3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 22.02.13 kl 14.00

Kandidatnr.: 66

Antall ord: 8954

Sammendrag

Trykksår er en komplikasjon som kan oppstå i forbindelse med sykdom, behandling eller pleie, og kan føre til fysiske og psykososiale konsekvenser hos den eldre. I gjentatte rapporter fra helsemyndighetene blir det påpekt at kvaliteten på pleietilbudet synlig bra nok, mens tilbudet om fysiske aktiviteter er dårligere. Det er uheldig, for nedsatt fysisk aktivitet kan føre til funksjonssvikt og immobilitet. I denne studien blir det brukt litteraturstudie som metode. Litteraturen består av vitenskapelig forskning, annen forskning og relevant teori. Denne studien tar for seg trykksår (dekubitus), og hvordan det kan forebygges ved bruk av spesifikke tiltak. Jeg valgte dette temaet fordi det er faglig interessant i sår generelt og ønsker å lære mer om trykksår. Jeg håper og tror at denne oppgaven gjør meg mer bevisst når jeg jobber med eldre som har risiko for utvikling av trykksår. Valg av problemstilling er: «Hvordan kan jeg som sykepleier forebygge trykksår ved fremming av fysisk aktivitet.». Funnene viser at trykksår kan forebygges ved ending av leie, bevegelse og bruk av hjelpemidler. Det er viktig at sykepleier har kunnskaper om ulike teknikker innen forflytning og trykkavlastning, slik at riktige hjelpemidler og fremgangsmåter blir brukt.

Nøkkelord: aktivitet, stillingsleie, trykksår, hjelpemidler, sykepleie

Summary

Pressure ulcers are a complication that can occur during illness, treatment or care, and then lead to physical and psychosocial consequences among the elderly. In repeated reports from health authorities the importance of quality of care is visibly good enough, while the offer of physical activity is lower. It is unfortunate because decreased physical activity can lead to functional impairment and immobility. In this study, it is used a method of literary study. The literature consists of scientific research, other research and relevant theory. This literary review deals with pressure ulcer (decubitus), and how it can be prevented by the use of specific measures. I chose this subject because I am professionally interested in wounds in general, and I want to learn more about pressure ulcers. I hope and believe that working with this study makes me more aware when I work with the elderly that are in risk for developing pressure ulcers. The issue as to be respond to, is: "How can I as a nurse preventing pressure ulcers, promotion of physical activity.". The findings show that pressure ulcers can be prevented by changing positions, physical activity and use of aids. It is important that the nurse has knowledge of

various techniques in movement and pressure relief, so that appropriate helping equipment and methods are being used.

Keywords: activity, body position, pressure ulcer, aiding equipment, nursing

SAMMENDRAG	I
SUMMARY	I
1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA	1
1.2 AVGRENSNING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING	1
1.3 DEFINISJON AV BEGREPER I PROBLEMSTILLINGEN	1
2.0 PRESENTASJON AV TEORETISK PERSPEKTIV	2
2.1 SYKEPLEIEFAGLIG PERSPEKTIV	2
2.2 DE ELDRES HUD	3
2.3 HVA ER TRYKKSÅR?	3
2.4 TRYKKSÅRS ETIOLOGI	5
2.5 FYSISK AKTIVITET OG MOBILISERING	5
2.6 BEVEGELSE I HVERDAGEN FOR DEN ELDRE	6
2.7. HJELPEMIDLER	8
2.7.1 HJELPEMIDLER TIL FREMMING AV AKTIVITET	8
2.7.2 HJELPEMIDLER FOR TRYKKAVLASTNING	8
3.0 METODE	12
3.1 DEFINISJON AV METODE	12
3.2 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	12
3.3 PRESENTASJON AV VITENSKAPELIGE ARTIKLER	13
4.0 DRØFTING	16
4.1 HVILKE TRYKKAVLASTENDE HJELPEMIDLER ER BEST?	16
4.2 ADL SOM TRYKKAVLASTNING	17
4.2.1 KARTLEGGINGEN AV PASIENTENS FUNKSJON OG HJELPEBEHOV	20
4.3 MOBILISERING OG STILLINGSENDRING	20
4.3.1 HVOR OFTE SKAL MAN FORANDRE STILLING/LEIE?	21
4.3.2 TRYKKAVLASTENDE STILLING I SENG OG STOL	22
4.3.3 HVA ER RIKTIG FORFLYTNINGSTEKNIKK?	23
4.4 EKSEMPLER PÅ BEVEGELSER SOM BØR UTFØRES DAGLIG	26
5.0 KONKLUSJON	28
6.0 REFERANSELISTE	I
VEDLEGG 1	IV

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Tema jeg har valgt for min bachelor oppgave i sykepleie er basert på faglig interesse, og at jeg har erfart i sykehjempraksis i Norge og utlandet at flere av pasientene hadde denne lidelsen. Lidelsen jeg har valgt er trykksår (dekubitus), som jeg har erfart er utbredt hos immobile og delvis immobile eldre på sykehjem. Noen av disse pasientene hadde mindre alvorlige grad trykksår, mens noen hadde omfattende og smertefulle trykksår. Jeg lærte at mange faktorer spiller inn i dannelse av et trykksår. Jeg fikk også se at sårene var forskjellige fra hver pasient som gjorde at de krevde ulik sårbehandling. Dette gjorde at jeg fant trykksår interessant og ga meg lyst til å lære mer om lidelsen. Jeg vil ta dette med meg videre i sykepleiepraksis slik at det kan bidra til å bedre min yrkesutøvelse. Jeg ønsker også at oppgaven skal være til nytte for andre studenter og yrkesfaglærte sykepleiere.

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Jeg ønsker å rette min problemstilling mot eldre som er innlagt på sykehjem med risiko for å utvikle trykksår, og hvordan jeg som sykepleier kan forebygge ved å mobilisere pasientene. Jeg vil fokusere på pasienter eldre enn 80 år, da de pasientene jeg har erfaring med fra praksis. Jeg velger også å ha med ulike faktorer, hjelpemidler og forebyggende tiltak til trykksår som er knyttet til aktivitet. For at oppgaven ikke skal bli for omfattende velger jeg å se bort fra sårstell og medisinsk behandling.

Valg av problemstilling er: «Hvordan kan jeg som sykepleier forebygge trykksår ved fremming av fysisk aktivitet.»

1.3 Definisjon av begreper i problemstillingen

Trykksår. Det er forskjellige definisjoner på trykksår. Langøen (2012) definerer trykksår som misfarget hud eller sår dannelse som er forårsaket av trykk, friksjon eller forskyving av vevet. En kan også definere det som trykksår når hudens forandring ikke forsvinner etter 30 minutter etter at trykket er opphevet.

Lindholm (2012) definerer trykksår som en avgrenset skade på huden eller underliggende vev som vanligvis forekommer på grunn av beinframspring, som et resultat av trykk.

Fysisk aktivitet. Betyr bevegelse, virksomhet og foretaksomhet. Å være fysisk aktiv vil si å foreta seg noe, i tanke og handling. Fysisk aktivitet er all kroppslig bevegelse som blir produsert av skjelettmuskulaturen (Waagø & Skaug, 2005).

Immobilitet. Betyr ubevegelig. Viser til en tilstand der reduksjonen i evne til å kunne bevege seg er svekket (Waagø & Skaug, 2005).

Inaktivitet: Omfatter mangelfull aktivitet både fysisk og mentalt og er trenger ikke nødvendigvis være knyttet til den fysiske evnen til å bevege seg (Waagø & Skaug, 2005).

2.0 PRESENTASJON AV TEORETISK PERSPEKTIV

2.1 Sykepleiefaglig perspektiv

Etter litt vurdering av forskjellig sykepleieteoretikere og veiledning med lærer, kom jeg fram til at den amerikanske sykepleieren og teoretikeren, Virginia Henderson (1898-1996) vil være aktuell å ta med i oppgaven min. Hun er en ganske omtalt i sykepleierhistorien og hadde et syn på sykepleie som er aktuell den dag i dag.

Henderson (1997) mener at sykepleierens spesielle funksjon er å hjelpe pasienten, sykt eller friskt på en måte som bidrar til helbredelse eller god helse. Henderson mener også at sykepleiere skal hjelpe pasienten i utførelse av sine gjøremål som han ellers ville klart om han hadde tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje. Dette mente Henderson skulle utføres på en slik måte at pasienten gjenvinner sin uavhengighet så fort som mulig.

Henderson skriver også at det er vesentlig viktig for en sykepleier å forstå at hver enkelt pasients behov kan bli tilfredsstilt på mange ulike måter. Dette vil si at sykepleieren må hjelpe den syke med de gjøremål som bidrar til å sette pasienten i en tilstand som betyr helse for han. Henderson har skrevet 14 punkter som hun mener er pasientens grunnleggende behov og sykepleiens komponenter. Av disse 14 punktene er det punkt 4, 8 og 14 som er relevant til min problemstilling. Disse er:

4. Å hjelpe pasienten med å opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling.

14. Å hjelpe pasienten til å lære, oppdage eller tilfredsstille den nysgjerrighet som fører til normal utvikling og god helse (Henderson, 1997).

Disse to punktene utdypes mer i drøftingsdelen.

2.2 De eldre hud

Forandringer i huden begynner når vi passerer 40 år, men de store synlige endringene kommer først i 60 årene. Det er ikke bare alder som har en innvirkning på huden vår, men også genetiske forhold, levesett, stress, kosthold, forurensing, røyking og UV-stråler. Noen av forandringene i huden hos eldre er rynker, fargeforandringer, hudens tykkelse og hudens elastisitet.

Hudens dannelse av keratinocytter reduseres, som fører til at det tar lengre tid for sår å heles (Langøen & Gürgen, 2012).

2.3 Hva er trykksår?

Trykksår også kalt liggesår er beskrevet i papyrus allerede 2000 f.Kr. og gjennom hele medisins historie. Trykksår er en komplikasjon som kan oppstå i forbindelse med sykdom, behandling eller pleie, og kan føre til fysiske og psykososiale konsekvenser hos den eldre. Sårene kan føre til en uro hos pasientene og deres nærmeste. I tillegg må sykepleierne bruke mye av sin tid på å behandle dem, og helsetjenesten blir belastet mer økonomisk (Lindholm, 2012).

I følge Lindholm (2012) er det fire forskjellige klassifikasjoner av trykksår, som er følgende:

Kategori 1. Rødhed. Huden er intakt, men har rødhed som ikke blekner ved trykk av et lokalisert område. Området kan være smertefullt, fast, bløtt, varmere eller kaldere sammenlignet med huden omkringliggende.

Kategori 2. Delvis tap av dermis (lær huden). Ser ut som et overflatisk åpent sår med rød eller rosa sårbunn. Bulla (blemme) kan forekomme.

Kategori 3. Tap av hele hudlaget. Subkutant fett kan være synlig. Dødt vev kan forekomme og kan inkludere tunneldannelse.

Kategori 4. Tap av alle vevslag. Tap av vev med synlig eller følbart bein, sener eller muskulatur. Dødt vev eller sårskorpe kan forekomme. Ofte tunneldannelse.

I følge Langøen og Gürgen (2012) er det nok at blodtilførselen blir avstengt i et område i to timer for at det skal danne seg en rød flekk, og etter fire timer skapes en større inflammatorisk reaksjon. Ousey (2005) mener at noen pasienter forandrer hudfarge etter bare en time.

Trykksår kan ha alvorlige konsekvenser som mortalitet (dødelighet) og morbiditet (sykelighet), og personlige konsekvenser som nedsatt livskvalitet kommer også inn i bildet. (Lindholm, 2012).

Et risikovurderingsinstrument som blir brukt for å forhindre trykksår er Bradenskalaen eller den modifiserte Nortonskala. Faktorene som blir vurdert i Nortonskalaen er: Psykisk status, fysisk status, bevegelighet, matinntak, væskeinntak, inkontinens og allmenntilstand. (Waagø & Skaug 2005).

Det er mange ting som er med på å forebygge trykksår, en av dem er blant annet fysisk aktivitet og mobilisering. Mange ulike sykdomstilstander og symptomer har, i kombinasjon med nedsatt bevegelsesevne, sengeleie, rullestol og andre risikofaktorer, vist seg å være disponerende faktorer for trykksår (Lindholm, 2012). I følge Johansen (2005) er eldre pasienter med ødemer, nedsatt perifer sirkulasjon, nedsatt sensibilitet og underernæring mest utsatt for trykksår.

I følge Ranhoff (2010), er den skrøpelige gamle pasienten mest utsatt for all sykdom. I dagligtale brukes ordet skrøpelig om personer som er svake og sårbare. Noe av det som kan definere en skrøpelig pasient er:

- Lav fysiske aktivitet
- Svekket gripestyrke og muskelkraft
- Langsom bevegelighet
- Lav utholdenhet og tretthet

De aller mest utsatte steder for trykksår når pasienten ligger lenge på ryggen er hælen, albue, skulderbladet, nakke, baken og over korsbeinet. Ved leie på siden utsettes blant annet ørene, skulderen, hoftebeinet, leggen og ankelknoken. I sittende stilling i f.eks. en rullestol utsettes fotsåler, innsiden av knærne og oppover til baken og skulderblader (Hemmingsen 2005).

Hælene er desidert den mest klassiske lokaliseringen av trykksår med hele 27,5% ifølge Lindholm (2012).

2.4 Trykksårs etiologi

Kroppen vår er avhengig av at sirkulasjonen og respirasjonen fungerer slik at det oksygenrike blodet kan forsyne celler og vev og kvitte seg med karbondioksid etterpå. Pasienter som er sengeliggende utsettes for trykk og er spesielt utsatt når pasienten i tillegg har et arterielt og/eller venøst sirkulasjonsproblem (Johansen, 2005). Dreier (2003) skriver at det som skjer når langvarig trykk mellom knokkel og overflate oppstår er at vevet klemmes mellom knokkel og overflate slik at kretsløpet med oksygenrikt blod til vevsområdet avbrytes. Dette kan føre til vevsdød og sår. Sørensen og Jørgensen (2008) skriver at når det har oppstått en iskemisk skade i vevet, starter en ond sirkel som bare kan brytes ved avlastning. Ifølge Waagø og Skaug (2005) er hovedårsaken til trykksår er trykk, men viktige tilleggsfaktorer er fuktighet, friksjon og nedsatt sirkulasjon. Ifølge Johansen (2005) er friksjon når huden blir dratt tett inntil et underlag, som for eksempel mot laken eller et bekket.

2.5 Fysisk aktivitet og mobilisering

Å være fysisk aktiv kan ha mange helse relaterte fordeler. Helbostad (2010) skriver at fysisk aktivitet er sykdomsforebyggende og kan utsette aldersrelaterte tap i funksjonsevne. Aktivitet styrker også skjelettet, og er med på å forebygger osteoporose, fedme, lungesykdommer og karsykdommer. Waagø og Skaug (2005) mener at kunnskap om hva aktivitet er i sykepleie sammenheng er viktig for å kunne forstå når ivaretagelse av menneskets behov for aktivitet er truet, og hvordan vi skal handle for å fremme aktivitet og i tillegg forebygge uheldige konsekvenser av mangel på aktivitet. Waagø og Skaug (2005) skriver også at ved stigende alder skjer det endringer i de strukturer og funksjoner som er av betydning for det å være et aktivt menneske. De eldre syn, hørsel, bevegelse og mentale kapasitet endres. Eldre tåler også inaktivitet dårligere enn yngre. Dette skyldes redusert blodsirkulasjon, generelt redusert muskelstyrke og nedsatt bevegelse.

I følge Helbostad (2010) vil personer som trenger assistanse ved bevegelse, være ansvarlig til sykepleierne i samarbeid med det øvrige pleiepersonalet. Hauge (2010) mener at tilbudet om aktivitet skal være sentralt på sykehjem, ettersom det er et av pasientens grunnleggende behov.

I følge Helbostad (2010) kan en del av bevegelsesbehovet ivaretas gjennom daglige situasjoner. Det bevegelsesapparatet pasienten kommer inn med på sykehjem, opprettholdes best og er lettere og utføre når pasienten deltar i daglige gjøremål som personlig stell,

forflytning og spisesituasjoner. Effekten av å være i aktivitet avtar og blir borte så snart aktivitetsnivået senkes. Fysisk aktivitet er sykdomsforebyggende og en kilde til overskudd i dagliglivet for den eldre pasient. Aktivitet er med på å øke pasienters funksjonsevne og minsker risikoen for immobilitet.

Waagø og Skaug (2005) skriver at sengeleie var tidligere en hyppig benyttet behandlingsform, men brukes i dag bare når det er helt påkrevd. I følge Helbostad (2010) kan konsekvenser for mangelfull aktivitet oppstå om en ligger i seng eller sitter rolig i en stol over tid. Immobilitet kan påvirke flere forhold som er knyttet til bevegelsesfunksjonen vår. Disse er hjerte- og lungefunksjon, nerve-muskel-skjelettfunksjon, balanse og koordinasjon, sensorisk funksjon og psykisk, sosial funksjon og sist men ikke minst, trykksår. Helbostad (2005) skriver også at mennesker med fysisk inaktivitet vil få en redusert utholdenhet på 10% i løpet av en uke, og muskelstyrken reduseres til 3-4% bare i løpet av noen få dager og 20% på en uke.

2.6 Bevegelse i hverdagen for den eldre

Det er viktig at den eldre pasient forflytter seg, og skal helst sitte oppe i stol eller stå oppreist, minst tre ganger til dagen om det er mulig. De som er i stand til det skal sitte oppe til hvert måltid. En kan også bistå den enkelte pasient med funksjonstrening etter fysio- og ergoterapeuts anvisning. Det er også viktig å ta i bruk hjelpemidler for forflytning som er rekvirert til pasienten, eller anbefalt av fysio- og ergoterapeut. Ved innleggelse må det vurderes om pasienten har sår eller er i risiko for trykksår. Intervensjon for høyrisikopasienter er å bruke en sirkulasjonsmadrass, ofte snuing i seng og hyppig observasjon av utsatte kroppsdeler (Ranhoff, 2010).

Ifølge Helbostad (2010) er det å kunne bevege seg viktig for selvstendighet i daglige gjøremål. Fysisk aktivitet kan være med på å forebygge komplikasjoner som skyldes inaktivitet under sykdom eller skade. Bevegelsesfunksjonen hos eldre påvirkes av normale aldersendringer og av sykdom. Inaktivitet har konsekvenser for mange av kroppens fungering i dagliglivet. Blant en av dem er trykksår. Hos den eldre vil muskelkraft, kondisjon evne til å holde seg oppreist være redusert bare etter noen få dager i sengen. Anbefalingen er at en halv time aktivitet hver dag er nok til å gi bedre helse. Behovet for hjelp til bevegelse varierer fra pasient til pasient ut ifra hvor syke og skrøpelige de er.

Det er viktig at vi som sykepleiere samarbeider med fysioterapeuten, og setter opp en plan for hvilke øvelser og aktiviteter som må gjennomføres daglig. For pasienter som kan komme seg opp av sengen er det viktig å trene balansen. Nedsatt balanse er hovedårsak til fall (Helbostad, 2010).

2.7.Hjelpemidler

2.7.1 Hjelpemidler til fremming av aktivitet

Forflytning skjer mest skånsomt hvis pasienten selv deltar mest mulig selv.

Forflytningsmidler som bøyle over sengen, som også blir kalt søsterhjelp, forflytningsbrett, silkelaken og heis kan også være aktuelle for å lette den fysiske belastningen på hjelperne og pasienten. Forflytningsbrett eller silkelaken kan også bidra til at enkelte pasienter greier å forflytte seg fra seng til stol ved egen hjelp. En regulerbar seng er da veldig nyttig slik at pasienten kan ha riktig høyde i forhold til stol/rullestol når en skal bruke sklibrett fra sengen. De som skal assistere pasienten under forflytning, bør få veiledning av fysioterapeut eller andre med kunnskap på området. Dette for å forebygge skader og smerter hos pasienten som følge av feil håndtering og få best mulig resultater. En grunnregel i forflytning er at det er bedre å forflytte horisontalt enn å løfte, både av hensyn til pasienten og av hensyn til den som assisterer. (Helbostad,2010).

Et annet hjelpemiddel for å unngå immobilitet er ifølge Waagø og Skaug (2005) at før vi starter å aktivisere pasienten utføres en kartlegging av pasientens funksjon. Å kartlegge pasientens funksjon og hjelpebehov vil gjøre det sikrere for aktiv deltagelse fra pasienten. En test vi kan utføre er Barthels ADL-indeks, som er den mest brukte testen. Den har som mål å si noe om grad av selvhjelpenhet eller behov for assistanse i daglige gjøremål (ADL). En må også skaffe seg informasjon om den enkelte pasients tidligere liv og interesser, og om hvordan vedkommende fungerte før han eller hun kom på sykehjemmet. På det grunnlag kan det lages mål og plan for beboerens tilværelse på sykehjemmet.

I følge Waagø og Skaug (2005) er både fysisk og mental kapasitet nødvendig å kartlegge for vurdere pasientens sykepleiehjelp. Ved mental kapasitet menes om pasienten er våken og om han reagerer på tiltale og smerte. Fysisk kapasitet vil si pasientens evne til å bevege seg ved hjelp av balanse, muskelstyrke og utholdenhet.

2.7.2 Hjelpemidler for trykkavlastning

Langøren og Gürgen (2012) har skrevet en del om forskjellige trykkavlastende hjelpemidler. De har godt fortalt fordeler og ulemper med ulike madrasser. Nedenfor kan du se en tabelliste jeg har laget av disse ulike madrassstypene:

Type madrass	Fordeler	Ulemper
Madrasser med statisk luft	Effektiv ved alle typer trykkrisiko Stort og variert vareutvalg Motvirker friksjon Motvirker fuktighet Godt egnet for pasienten har lett for å sige ned	Dyre i innkjøp Vanskelig å bruke, krever erfaring Vanskelig å rengjøre Må tildekkes lite for å være effektive
Madrasser med pulserende luft	Gir fra brukbar til meget god trykkavlastning Kommer med overtrekk som er lett å rengjøre Gode justeringsmuligheter	Lekkasje kan forekomme Dyre i innkjøp Krever mye vedlikehold En del støy fra motoren
Madrasser som inneholder fiber	Stort sett billige i innkjøp Er enkel å bruke Hjertebrett kan brukes sammen med madrassen	Ved bruk og vask reduseres kvalitet Huden kan bli varm/svett, (noe som øker hudens behov for oksygen) Vanskelig å komme ut av og opp i sengen
Madrasser som inneholder skum	Stort sett billige i innkjøp Enkle å bruke God atkomst til sengen for pasient	Huden kan bli varm/svett Begrenset trykkavlastende effekt Ikke god trykkavlastning på hælene
Madrasser som inneholder gele	Er enkel å bruke Kan bruke hjertebrett sammen med madrassen Finnes i mange størrelser og former	Blir hard ved nedkjøling Tung og uhåndterlig Huden kan bli klam og svett

Tabell 1. Med innhold hentet fra Langøen og Gürgen (2012, s. 289-292).

Madrasser med statisk luft. Madrasser med statisk luft som blir brukt i helsevesenet er rustet med «tarmtotter». Hvor mye luft som blir pumpet inn i madrassen avgjør trykket på disse tottene. Disse madrassene finnes i ulike størrelser og varianter, med korte og lange totter. Luftmadrasser med lange totter er anbefalt for pasienter med høy risiko for trykksår imens korte totter er mer gunstig for pasienter med lav eller middels risiko for trykksår. Denne typen madrass kommer også i pute variant (Langøen & Gürgen 2012). I motsetning til Langøen og Gürgen (2012) mener Lindholm (2012) at disse madrassene kan brukes av pasienter med lav til middels høy risiko for trykksår.

Madrasser med pulserende luft. Dette er en annen type madrass som er meget god trykkavlastning til pasienten uansett grad av risiko. Trykket i madrassen blir styrt av en pumpe som fyller og tapper luft i madrassen. Noen varianter bruker datateknologisk styring og har en sensorer som registrerer trykket og endrer/varierer trykket. (Langøen & Gürgen 2012).

Madrasser som inneholder fiber. Disse madrassene er ganske effektive når de er nye, men tester har vist at etter noen måneders bruk reduseres kvaliteten og madrassens effekt kraftig. Av dette grunnlag anbefales disse madrassene bare til pasienter med lav risiko for trykksår. Disse er enkle å bruke og i tillegg billige i innkjøp. Ulempene er at kvaliteten synker etter vask og bruk, huden kan bli varm og svett og det er vanskelig å komme seg opp av sengen.

Madrasser som inneholder skum har en god trykkavlastende effekt, men noen nyere typer er temperaturfølsomme og gjør det vanskeligere for pasienten å bevege seg. Gelèmadrasser er også følsom for temperatur og blir hard ved nedkjøling. Dette har gjort madrassen mindre populær med årene. Det er en redusert bruk av disse to madrassene til forebygging av trykksår (Langøen & Gürgen, 2012).

I tillegg til disse madrassene Langøen og Gürgen (2012) har skrevet om, har Lindholm (2012) også skrevet om «Low air Loss- madrasser». Hun skriver at disse madrassene har en kompressor som kontinuerlig blåser luft inn og ut fra madrassen, slik at det ikke er et konstant trykk i madrassen. Disse er også behagelige å ligge på.

Lokale hjelpemidler. Lokal trykkavlastning skal benyttes på områder som er utsatt for trykk. Bandasjer har en egenskap å fordele trykket og motvirke friksjon mot huden. Semipermeabel film er enkel å bruke og gjør det mulig å lett observere om huden får en rød flekk. Hydrokolloidplater er en annen type bandasje som blir ofte brukt etter sår har oppstått, men kan også brukes til forebygging.

Mange av madrassene som er tidligere nevnt kommer også i andre former, som seteputer og hælputer. Disse produktene har de samme egenskapene som tilsvarende madrasser og like fordeler og ulemper (Langøen & Gürgen, 2012). Lindholm (2012) mener at «tåhus» bør bli benyttet hvis pasienten har risiko for å utvikle trykksår på hælene. Ved bruk av dette hjelpemiddelet vil ikke dynen tyngre hælene ned. Andre hjelpemidler som Lindholm (2012) påpeker er puter, hælputer og repose- støvel, som kan bli brukt for å avlaste hælene. Hun

mener fokus på hælen er viktig på grunn av blodgjennomstrømmingen er lavere i hælen og hælen har større tendens til å få friksjon.

3.0 METODE

3.1 Definisjon av metode

Metode er flere fremgangsmåter som blir satt i verk for å løse problemer og skaffe ny kunnskap. Den fremgangsmåten vi velger å ta i bruk er den vi mener vil gi oss gode data og en god besvarelse på spørsmålet som vi stiller. En metode vil rettere sagt være et redskap for å oppnå resultater (Dalland, 2012).

Det blir skilt mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitative og kvalitative metoder bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i. De kvantitative metodene gir oss målbar data som for eksempel tall. Tallene kan gi oss en innsikt i befolkningens svar på spørsmål i prosenttall eller gjennomsnittstall. I denne metoden blir det innhentet lite opplysninger om mange undersøkelsesenheter ved hjelp av utlevert spørreskjema med faste svaralternativer. Forskeren er på avstand og ser fenomenet utenfra. Forholdet mellom undersøkelsesperson er et jeg-det-forhold.

Kvalitative metoder gir resultater som fanger opp deltagerens meninger og opplevelser. Denne dataen kan ikke la seg tallfeste eller måle. Denne metoden tar for seg observasjoner og intervju som går i dybden og gir mange opplysninger om få undersøkelsesenheter. Dette bidrar til at forskeren ser fenomenet innenfra og det blir et jeg-du-forhold mellom forsker og undersøkelsespersonen. Undersøkelsespersonen kan gi fleksible opplysninger og svare på spørsmål uten å ta for seg svaralternativer (Dalland, 2012).

Denne oppgaven tar i bruk en forskningsartikkel som har brukt kohort-undersøkelse som metode. Kohort metode er en form for langtgående undersøkelse av en bestemt gruppe individer. Denne bestemte gruppen blir fulgt opp over tid for å identifisere undergruppene av individer som er eller har vært eksponert for faktorer som kan påvirke sannsynligheten for sykdom eller andre utfall, og i hvilken grad disse utfall forekommer i ulike grupper (Kunnskapssenteret, 2008).

3.2 Litteraturstudie som metode

I denne bachelor oppgaven brukes det litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er en undersøkelse av tidligere dokumentert kunnskap. En litteraturstudie kan være både allmenn og systematisk. Allmenn litteraturstudie vil si at en beskriver og analyserer de valgte studiene,

men sjeldent på en systematisk måte. I en systematisk litteraturstudie er det en forutsetning at det skal være tilstrekkelig med studier av god kvalitet, som danner grunnlag for gode resultater. En systematisk studie krever at en gransker og søker systematisk og har et kritisk grunnlag og deretter setter sammen litteraturen med den valgte problemstilling (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

Vi skulle bruke aktuell litteratur, og finne minst tre forskningsartikler som ikke er eldre enn år 2003. Jeg har valgt pensumbøker som jeg har tidligere kjøpt og bøker jeg har fått lånt på skolebiblioteket, som jeg føler er relevant for mitt valg av tema. Oppgaveskriving ifølge Dalland (2012) krever mer enn bare pensumlitteratur. Det er derfor helt nødvendig å gjøre seg kjent i biblioteket når en skal skrive en oppgave. For å finne forskningsartikler har jeg tatt i bruk søkemotoren Cinahl. Artikkene jeg søkte etter skulle være publisert mellom år 2003-2012 og ha en pasientgruppe på 80 år og over. Først brukte jeg søkeordene «Pressure ulcer» og «nursing homes». Dette ga veldig mange treff så jeg bestemte meg for å legge til søkeordet «immobility» og «activity». Søkeresultatet ble da mer begrenset. Søkeprosessen til forskningsartiklene er fremstilt i et skjema (se vedlegg 1). Jeg har tilsammen tre forskningsartikler og en fagartikkel med i oppgaven. Alle disse artiklene er relevante for min problemstilling og godkjent for publisering. Dalland (2012) skriver at et grunnleggende krav til data er at de må være relevante for problemstillingen.

I tillegg til litteratur trekker jeg også inn egne relevante erfaringer fra praksis. Dette for å få en bedre dybde når jeg skal drøfte oppgaven og få et lite særpreg over den.

Når jeg legger fram mine kunnskaper fra praksis er det viktig at jeg ivaretar pasienters personopplysninger. Dalland (2012), mener at etiske overveielser ikke bare handler om å følge regler. Etiske overveielser og ryddig bruk av personopplysninger er ikke bare en forutsetning for studentoppgaver og for forskning, det er også en forutsetning for å ivareta et godt forhold til de menneskene som stiller opp med sine erfaringer og opplevelser.

3.3 PRESENTASJON AV VITENSKAPELIGE ARTIKLER

Artikkel 1. «*A random controlled clinical trial of repositioning , using 30° tilt, for the prevention of pressure ulcers*».

Conroy (2011).

Presentasjon av artikkel: Målet i denne studien var å finne ut om 30° reposisjoneringsteknikk har effekt på forebygging av trykksår hos eldre. 12 sykehjem deltok i studien som ble en totalsum på 213 pasienter. Studien tok sted i Irland og har blitt etisk godkjent. Studien inneholder en eksperimentell gruppe på 99 pasienter og en kontrollgruppe på 114 pasienter. Den eksperimentelle gruppen ble reposisjonert hver 3.time om natten i 30° stilling. Kontrollgruppen fikk rutinemessig forebygging som var hver 6.time ved bruk av 90° lateral rotasjon. Oppfølgingen varte i fire uker.

Resultater og funn: Tre pasienter (3%) i den eksperimentelle gruppen og 13 pasienter (11%) i kontrollgruppen utviklet trykksår. Alle trykksår var grad 1 (44%) eller klasse 2 (56%). Mangel på mobilitet og aktivitet var den største forutsigelsen for utvikling av trykksår. Studien konkluderer med at reposisjonering av eldre personer med risiko for trykksår hver tredje time om natten, ved hjelp av en vinkel på 30°, reduserer forekomsten av trykksår sammenliknet med standard behandling.

Artikkel 2. «*Effectiveness of turning with unequal time intervals on the incidence of pressure ulcer lesions*». Skrevet av Katrien Vanderwee, Maria H. F. Grypdonck, Dirk DE Bacquer og Tom Defloor (2006).

Presentasjon av artikkel: Studien er en kvantitativ studie som ble utgitt i 2006 i tidsskriftet Journal of Advanced Nursing. Målet med studien er å finne ut om reposisjonering av pasienter oftere enn hver 4. time kan redusere forekomsten av trykksår. Studien tok sted i Belgia hvor 84 sykehjemsavdelinger deltok. Studien tok til sammen 21 måneder og de 84 avdelingene var med i 5 uker. 235 pasienter fylte kriteriene for å delta i studien. Pasientene ble delt inn i to grupper. 122 pasienter skulle ligge 4 timer i semi-Fowlers med 30 graders hode og beinleie, og så 2 timer i venstresidig lateral stilling og deretter 4 timer i semi-Fowler og 2 timer høyresidig lateral stilling. Den andre gruppen på 133 pasienter skulle ligge først 4 timer i semi-Fowler, så 4 timer i lateral stilling og bli snudd hver 4. time.

Resultat og funn: 20 av 122 pasienter, det vil si 16,4 % av pasientene utviklet trykksår i den første gruppen sammenliknet med 24 av 133 pasienter, det vil si 21,2 % av pasientene i den andre gruppen. Det å snu pasienter oftere enn hver 4. timer konkluderes i artikkelen som et

tiltak som ikke er mer effektivt enn å snu hver 4. time. Denne studien ble godkjent for publisering i 2006.

Artikkel 3. «*Pressure ulcer development in older residents in nursing homes: influencing factors*». Skrevet av Wai-yung Kwong, Samantha Mei-che Pang, Gloria Halima Aboo & Susan Siu-ming Law (2009).

Presentasjon av artikkel: Denne studien er en kohortstudie som involverer 346 pasienter fra fire forskjellige private sykehjem i Hong Kong. Formålet med denne studien er å vurdere trykksår og faktorer som påvirker trykksår blant eldre over 65 år på sykehjem. Det ble samlet inn informasjon om pasientenes helsestatus, kliniske kjennetegn og trykksårrisiko faktorer. Deretter ble pasientenes hudtilstand vurdert hver 2 dag i 4 uker for. Dataene ble samlet inn mellom desember 2006 og september 2007.

Resultater og funn: Resultatene viste at forekomsten av trykksår hos pasienter uten trykksår fra starten var 80 av 318 pasienter, det vil si 25 %. Pasienter som hadde trykksår fra før og fikk nye oppdagende trykksår var 20 av 28 pasienter, som vil si 71 %. Funnene viste at sengeliggende eller pasienter som sitter lenge i stol eller rullestol var i risiko for å bli utsatt for trykksår. Spesielt de med nyresvikt og hjerneslag som bor i sykehjem hvor det var ingen sykepleiere, men flere sykepleie assistenter. Studien konkluderer med at slike forskningsfunn bør settes i lys for å minimere mulige problemer med trykk.

4.0 DRØFTING

4.1 Hvilke trykkavlastende hjelpemidler er best?

I følge Fyrand (2007) er forebyggende behandling den viktigste terapi når det gjelder trykksår. Hjelpemidler for trykkavlastning er en viktig del av den forebyggende behandling for trykksår. Det finnes utrolig mange hjelpemidler på markedet som forebygger trykksår, og det kommer stadig flere. Henderson (1997) mente at når pasienter som lett kan få trykksår har bruk for hjelpemidler, bør sykepleieren anstrenge seg for å få fatt på de hjelpemidlene som trengs. En av disse hjelpemidlene er trykkavlastende madrasser.

Det finnes mange ulike madrass typer, og hvilke som er de beste kan det være uenigheter om. Madrassene kan ha mange fordeler men også noen sterke ulemper.

Punkt 4 i Hendersons 14 komponenter for generell sykepleie er å hjelpe pasienten å bevare god kroppsstilling. Hun mener at for at pasienten skal kunne bevare god kroppsstilling, må pasienten få seng, sengeutstyr og stol som gjør det mulig for ham (Henderson, 1997).

Alle disse trykkavlastende madrassene har ulemper og fordeler som kan gjøre det vanskelig å finne ut hvilken madrass som ser ut til å være det beste valget. Noen av ulempene har ingen sammenheng med trykkavlastning, som f.eks. støy, som har ingen effekt på trykket. Men det kan likevel være et problem under andre forhold, som hvile og søvn. Madrassen med statisk luft har flere veldig gode egenskaper. Siden den er vanskelig å rengjøre og i tillegg må tildekkes lite, kan det være en fordel at pasienten som bruker denne er kontinent for urin, og hvis ikke, bruker permanent urinkateter.

Hvis personale dekker madrassen for mye vil effekten forsvinne. Jeg har sett at på noen sykehjem folder de stikklaken dobbelt under pasienten eller legger tynn overmadrass over. Madrassen som inneholder fiber mener Helbostad (2010) er et godt alternativ fordi den er trykkavlastende og i tillegg varmer den og bedrer muligheten til å bevege seg. Langøen og Gürgen (2012) er delvis enig. De mener de er ganske effektive når de er nye, men når de har blitt brukt en stund og vasket reduseres kvaliteten kraftig. Helbostad nevner ikke ulempen med den varmende effekten fiber madrassen har slik som Langøen og Gürgen gjør (tabell 1.) Denne madrassen ser ut til å ha flere ulemper ved seg enn fordeler. Selv om madrassen er billig og enkel å bruke så er det likevel ikke gunstig at immobile og skrøpelige eldre ligger på denne, særlig ikke pasienter med høy risiko for trykksår.

Mange av skumdrassene som blir laget i dag har temperaturfølsomhet. Dette vil si at kroppsvarme gjør at madrassen blir mykere og pasienten vil derfor synke i madrassen og forme en slags kroppslig form i madrassen. Langøen og Gürgen (2012) skriver at dette kan være et problem, fordi immobile pasienter mister evnen til å kunne bevege seg selv i sengen. Det er antagelig av denne grunn Langøen og Gürgen (2012) har rangert madrassen med begrenset trykkavlastende effekt. Helbostad (2010) er enig i at temperaturfølsomheten i madrasser med skum har immobiliserende effekt. Lindholm (2012) påpeker puter, hælputer og repose- støvel, som viktig avlastning for hælene. Langøen og Gürgen (2012) mener at hælputer er nyttig for pasienter som er i stand til å bevege seg litt selv. De mener at små utgaver av luftfylte hjelpemidler med sirkulerende luft er et godt alternativ til lokal trykkavlastning, som for eksempel hælene.

Svaret på det åpenbare spørsmålet «Hvilket hjelpemiddel er best»? er til dels uvisst. Jeg vil anta at det beste er å vurdere pasientens risiko for trykksår og deretter finne ut hvilken hjelpemiddel som passer pasienten best. Som sykepleier skal vi også lære å håndtere hjelpemidlene og ta i bruk både tekniske og manuelle metoder. Langøen og Gürgen (2012) mener at risikovurdering er viktig for å sikre riktige hjelpemidler, og uten oppnådd trykkavlastning, eier hjelpemiddelene ingen betydning.

4.2 ADL som trykkavlastning

Det kan være en stor sykepleiefaglig utfordring å hjelpe skrøpelige eldre til å opprettholde eller styrke egne fysiske krefter. Hverdagen for eldre i sykehjem innebærer i mange tilfeller mange timer sittende i lenestol eller rullestol, men mye kan gjøres med enkle tiltak. Når pasienten skal gjøre dagligdagse aktiviteter som f.eks. vaske seg, så kan vi utnytte muligheten til at pasienten kan bidra mest mulig selv. Er pasienten ikke i stand til mye på egenhånd er det viktig at vi hjelper til uten overdrive, slik at pasienten ikke mister nåværende ressurser.

I utdypelsen fra punkt 8 i Hendersons prinsipper står det skrevet at sykepleierne før ikke var så opptatt av at pasienten skulle ta seg av kroppsvask på egenhånd slik som de er i dag. Hun mente at enkelte ganger tenkte nok sykepleieren i etterkant at hun utviklet en litt overdreven avhengighet, og at pasienten kunne ha klart noe av stellet selv. Hun mener gjennom årene ble mer omvendt, som skyldes at en senere ble mer opptatt av aktivitet. Dette fordi det er vesentlig for at kroppen skal fungere normalt. Hun mente også at fysisk avhengighet ikke må oppmuntres knyttet til daglige gjøremål (Henderson, 1997). Hauge (2010) skriver at stellesituasjonen er en ypperlig mulighet til å involvere pasienten i aktivitet ved å strekke og

bøye de store leddene. Fagartikkelen «Creating the conditions for self-fulfilment for aged care residents» tar for seg etikken bak uavhengighet, deltakelse, omsorg, selvrealisering og verdighet for alle eldre mennesker. De mener at pasientene har en rettighet til å utøve så mye kontroll over liv sitt som er mulig innenfor rammene av institusjonelle liv. I realiteten kan institusjonalisering begrense mulighetene for at beboere får utøve disse rettighetene, spesielt deres rettigheter til å selvrealisering. For å realisere selvrealisering, trenger den eldre pasienter i helseinstitusjoner tilgang til aktiviteter som fremmer autonomi, slik at de kan gjenvinne eller beholde personlig kontroll over livet sitt, sin identitet og selvfølelse (Brownie & Horstmanshof, 2012).

Som sykepleier kan du hjelpe den enkelte til å reise seg opp i stående stilling flere ganger om dagen for å belaste de lange rørknoklene. Hvis vedkommende blir stående litt, og om mulig gjør noen knebøyninger, kan det vedlikeholde muskelstyrken, og dette krever ikke mye tid. En god løsning er trimrunde i dagligstua hver dag, gjerne til musikk. Dette vil gi bedre fysisk funksjon og skape aktivitet i rommet.

For omtrent to år siden hadde jeg en sommerjobb på et sykehjem. Der brukte en pasient nesten all sin våkne tid i en lenestol. Pasienten var nylig etablert på sykehjemmet, hadde kognitiv svikt og var totalt blind, noe som gjorde at han trengte å bli leiet av helsepersonell hvis han skulle på toalettet eller gå i gangen. Omtrent to år senere hadde jeg praksis på samme sykehjem og pasienten var der fremdeles i stolen sin. Jeg ble sjokkert over hvor mye hans fysiske funksjon var forandret. Han hadde i tillegg utviklet trykksår grad 1 på setet. Pasienten hadde for et år siden mulighet til å reise seg selv opp av stolen uten hjelp, og måtte nå bli holdt i buksekanten og dratt opp for å kunne stå. Pasienten var i mine øyne «forfalt». Det å bruke ADL som et tiltak til å aktivisere pasienten er derfor veldig viktig for pasientens fysiske tilstand. Jeg vil også nevne at pasientens psykiske tilstand vil ha god nytte av aktivitet. En meningsfull hverdag er ikke å sitte i en lenestol dag inn og dag ut og vente på et måltid eller at kvelden skal komme og det er på tide å legge seg tilbake i sengen.

Som tidligere nevnt (2.5) kan mye av bevegelsesbehovet til en pasient bli dekket gjennom ADL. Pasientens bevegelsesapparatet opprettholdes best ved at pasienten får delta i øvelser som involverer daglige gjøremål som personlig stell, forflytning, måltider. Sterkt bevegelseshemmede pasienter bør få gjennombevegelse av leddene i kroppen som en naturlig del av stellet. Dette kan forebygge trykksår og også hindre kontrakturer, lungeproblemer og smerter. Det kan også være en fordel at fysioterapeut kommer inn og veileder personalet ulike

øvelser, og viser hvordan de kan stimulere pasientene til å ta i bruk det de har igjen av bevegelsesevne. (Helbostad, 2010).

Argumentet fra en del pleiere for lite aktivisering under stell og andre daglige gjøremål kan være at det tar mer tid hvis beboeren skal gjøre dette selv, og det har de ikke ressurser til. Dette er ikke lett og argumentere mot. Men om sykepleierne skulle ta seg mer tid til aktivisere pasientene daglig kan dette være med på å beholde eller forbedre deres fysiske status, som deretter resulterer til mindre belastning for pleierne. Artikkelen skrevet av Brownie & Horstmanshof skriver følgende fra pasientens vinkel; « to be all that they can be», som betyr i denne settingen at pasienten skal få muligheten til å være aktiv, og gjennomføre ADL som han er i stand til å klare selv.

4.2.1 Kartleggingen av pasientens funksjon og hjelpebehov

Hvordan kan behovet for bevegelse dekket på lik linje med andre grunnleggende behov, for eksempel ernæring og eliminasjon? Å sikre aktiv deltagelse fra pasienten krever at hjelpebehovet kartlegges og tiltak settes i system.

Til kartlegging av ADL status ved behandling av pasienter som risikerer å rammes av trykksår, kan en for eksempel bruke Barthels ADL- indeks, som er egnet for personer med funksjonssvikt. Barthels ADL- indeks er den mest brukte testen også når det gjelder eldre personer. Under denne testen blir pasienten intervjuet eller observert under daglige aktiviteter. Noen av faktorene som blir vurdert i vurderingen er deres evne til å spise selv, vaske seg, kle på seg og forflytte seg (Helbostad, 2010).

I min praksis var kartleggingen til en pasient slik at en skulle ikke snu pasienten under av og påkledning på grunn av smerter. Isteden ble det trukket en nattkjole over pasientens armer slik at skjorten var åpen bak. På denne måten slapp personalet å snu pasienten unødvendig. Dette ble gjort av en god grunn, nemlig for å skåne pasienten for smerte. På en annen side kan et slikt tiltak være med på å frata pasienten muligheten til bevegelse, noe som kan føle til mer smerte og funksjonssvikt. Dette tiltaket kan da bare være en fordel for personalet, altså en raskere og lettere løsning uten noen løft eller vendinger. En mulighet er å undersøke pasientens medisiner, og sørge for at pasienten får hurtigvirkende smertestillende før stellet. I tillegg må vi alltid snu og vende pasienten ut ifra menneskets normale bevegelsesmønster. Med disse tiltakene kan unødvendig smerte bli forebygget.

4.3 Mobilisering og stillingsendring

Det å skifte stilling når man ligger og sitter er viktig for å unngå trykksår, men også for å føle velvære og generelt ligge godt, spesielt når man skal prøve å sove. Når en ikke lenger er i stand til å endre leie selv, ville en nok fort føle seg oppgitt. Det er flere faktorer som spiller inn når vi skal mobilisere og endre stilling hos den eldre. Hvor ofte og hvordan en skifter leie, og hvilket leie som er mest gunstig for trykkavlastning er viktig å ha kunnskap om.

4.3.1 Hvor ofte skal man forandre stilling/leie?

Som tidligere nevnt mener Henderson at sykepleiere skal hjelpe pasienten i utførelse av sine gjøremål som han ellers ville klart om han hadde mulighet til det selv. Det er derfor naturlig og knytte dette synet opp mot pasienter med trykksår fordi pasienten ikke er i stand til å snu seg selv om han ønsker det. Når pasienten ikke får til dette så er det vår oppgave som sykepleiere og hjelpe pasienten med dette. På mange sykehjem blir det oppdaget fort hvem som trenger rutiner for leieendring. Dette er både bra og viktig, men like viktig er det at det blir fulgt. Det er forskjellige meninger på hvor ofte en skal snu eller endre pasientens leie. Henderson (1997) mente at det er vår oppgave som sykepleiere å forsikre oss om at pasienten ikke ligger for lenge i samme stilling. Hun mente også at i tilfeller der pasienten ikke er i stand til å endre leie selv, skal vi som sykepleiere hjelpe pasienten til å endre leie hver time. Det er Ousey (2005) enig i, som sier at reposisjonering av pasienter med risiko for trykksår hver time er nødvendig for å unngå starten på et trykksår, og hver andre time om en sitter i stol. I motsetning til Henderson og Ousey mener Lindholm (2012) at pasienten bør endre leie annenhver time, men at det også bør avgjøres ut ifra målsetting for behandlingen og sykepleie for den enkelte. Studien til Moore et al. (2011) viste at sning hver tredje time om natten hadde gode resultater. Lindholm (2012) skriver også at dersom pasienten ligger i 30 graders vinkel på høyre og venstre side og blir snudd vekselvis, trenger ikke pasienten å bli snudd oftere enn hver 4. time. Dette er fordi trykket blir betydelig redusert på hælene og hoftene. Denne teorien blir bekreftet i studien til Vanderwee et al. (2007) der det ble forsket på om det er trykksårforebyggende å reposisjonere pasientene oftere enn hver 4. time. Funnene viste at forskjellen mellom sning hver 2. time og oftere enn hver 4. time ikke hadde ingen betydelig effekt. Ifølge EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) skal stillingsendring påvirkes av individuelle variabler. Hyppigheten av stillingsforandring skal bestemmes av personens vevstoleranse, aktivitetsnivå og mobilitet. I tillegg til dette skal en også ta i betraktning pasientens generelle medisinske tilstand, de overordnede mål for behandlingen, og vurdering av hudens tilstand. I følge EPUAP skal en også forandre stilling ut i fra underlaget som brukes (epuap.org). Moe (2007) skriver at pasienten skal ligge i kortere tid i sideleie enn ryngleie fordi siden har mindre overflate enn ryggen og vil derfor ikke ha like stor fordeling på trykket.

Hvis vi for eksempel snur en pasient med begynnende trykksår på setet hver 2. time fra rygg til siden og omvendt vil vi da forårsake nye trykksår på hoftene?

Det at det er mange ulike syn på dette gjør at det ikke er lett å vurdere hvor ofte en egentlig skal forandre stilling hos eldre. En kan også stille spørsmål om det er verdt å vekke pasienten under nattesøvnen for å snu og vende ham. I såfall ville det være en fordel at pasienten ligger i en 30 graders vinkel slik at trykket blir mer fordelt og pasienten kan bli snudd mindre ganger pr. natt. En må i hvertfall ta i betraktning at pasienten kan ende opp med å bli tiltaksløs og trøtt på dagtid, noe som har innvirkning på pasientens aktivitet. Jeg mener en god løsning kan være å følge Lindholm og EPUAP sitt syn ved å vurdere målsetting og sykepleie for den enkelte, og ut i fra vurderingen finne ut hvor ofte pasienten skal bli snudd. Noen vil kanskje trenge å snues litt oftere eller sjeldnere enn andre? For eksempel så er viktigheten av vending på terminale pasienter med mye smerter noe mindre. I tillegg må man alltid observere de trykkutsatte områdene selv om pasienten bruker trykkavlastende hjelpemidler. Det er ganske logisk at kroppen tåler mindre trykk når en ligger på siden, og en må selvsagt bruke hjelpemidler for å fordele trykket når pasienten ligger på siden. Av egne erfaringer har jeg vært vitne til at pasienter med et trykksår på setet ender også opp med trykksår på en eller begge hoftene. I studien til Kwong et al. (2009) fikk 20 av 28 (71%) pasienter som hadde trykksår fra før nyoppdagede trykksår. Jeg velger å tro at årsaken til dette kan være mangel på kunnskap og tid. Bedrifter bør sette læring i fokus og legge til rette for opplæring og kurser om trykksårforebygging til personalet. Moe (2007) mener at 95% av alle trykksår kan unngås ved hjelp av undervisning til både pasient og helsepersonell og oppfølging av kliniske retningslinjer.

4.3.2 Trykkavlastende stilling i seng og stol

Viktigheten av riktig stilling til immobile pasienter med risiko for trykksår er veldig sentalt. Studien til Kwong et al. (2009) viser nemlig at de som er mest utsatt for trykksår er eldre pasienter som er immobile, og er langvarig sengeliggende eller sitter mye i stol. Riktig leie er derfor veldig viktig for å fordele trykket, men også for at pasienten skal ligge godt. Før vi forlater pasientens rom må vi forsikre oss om at pasienten ligger godt og at ringesnoren er i pasientens rekkevidde. Henderson skriver følgende; «Sykepleieren må kjenne prinsipper for stillingsfysiologi, korrekte leier og støtteordninger. Hun må kunne legge et menneske tilrette i seng slik at kroppen hviler i god stilling og får den støtte som er nødvendig i de forskjellige leier...» (Henderson, 1997 s. 38).

Mye av funn i litteraturen og nyere studier nevner en spesiell stilling som er effektiv og svært trykkavlastende i seng. Dette er lateral stilling i 30 graders vinkel. Ousey (2005) forklarer

denne stillingen med at sengeryggen skal være løftet til 30 grader, med pasientens hofter og skuldre lateralt i en 30 graders posisjon. I tillegg skal puter være med på å støtte denne stillingen slik at pasienten ikke faller bak i vanlig ryggeleie. Ousey bekrefter at ved bruk av denne stillingen så skal det ikke kunne oppstå trykk på setet eller hoften. Lindholm (2012) er helt enig i denne teorien. Hun legger til at trykkavlastende støvler eller puter bør brukes for å hindre trykk på hælene. I tillegg til puter som støtter pasientens rygg må en også bruke puter mellom knærne for å beskytte knærne og anklene fra å bli trykket mot hverandre. I artikkelen til Moore et al. (2011) deltok 213 eldre pasienter i en undersøkelse for å finne effekten av 30 graders lateral stilling. Resultatene viste at 3 % av pasienten som lå i en 30 graders lateral stilling og 11 % som lå i 90 graders lateral stilling fikk trykksår. Dette viser at denne stillingen har god effekt. Lindholm (2012) mener at 90 graders lateral stilling, altså i rett sideleie på hoftekammen gir maksimalt trykk og bør unngås.

Det er ikke bare endring av leie i seng som er viktig, men også stillingsendring i stol. Mange immobile pasienter bruker mye av hverdagen sin i rullestol eller lenestol. Ifølge Ousey (2005) skal oppmerksomheten rettes mot fordeling av vekt og justering av stol som for eksempel armstøtter eller fotstøtten. Når pasienten sitter skal føttene nå bakken/fotstøtten og de skal ikke være "sammensunket" i stolen. Hvis pasienten stadig sklir ned i stolen vil dette føre til en risiko for skjær og friksjonskader. Lindholm (2012) mener også at riktig justering av stol er viktig. Hennes kriterier for en god stilling i stol er at det skal være 2,5 cm med luft på hver side av pasienten, dette for å hindre friksjon om pasienten skulle forflyttes, og at knærne skal hvile i høyde med hoftene. Hun mener det er like viktig at knærne ikke er for høyt oppe som for lavt nede. Hvis knærne er høyere enn hoftepartiet vil mye av pasientens vekt hvile på seteballene og for lite vekt vil hvile på baksiden av lårene.

Jeg har ikke funnet noe teori på dette, men jeg vil foreslå at pasienten kan vippe seg litt fremover og sitte med albue på et bord for å variere trykke mellom baken og lårene.

4.3.3 Hva er riktig forflytningsteknikk?

Ved forflytning får pasienten variere stillingsleie og mulighet til å bevege seg, så forflytning i seg selv er veldig bra for pasienten. Men forflytning av pasienter skal skje på riktig måte for å forebygge trykksår. Som tidligere nevnt (2.4) er friksjon en viktige tilleggsfaktorer til trykksår. Det kan lett oppstå friksjon som skader huden hvis man benytter seg av feil metode. Friksjon kan man unngå ifølge Langøen og Gürgen (2012) når vi løfter pasienten og ikke drar. Lindholm (2012) er uenig i dette. Hun mener at en skal dra pasienten ved bruk for eksempel

stikkelaken under. Henderson (1997) støtter Langøen og Gürgens teori. Hun mener at som sykepleier skal du kunne bruke stikkelakenet når du skal snu og løfte en pasient. Helbostad (2010) mener at forflytninger skjer mest skånsomt hvis pasienten selv deltar, og hvis man forflytter horisontalt. I tilfeller der pasienten har gjenværende styrke i armer eller bein er det viktig at pasienten hjelper til å løfte. Dette kan være med på å stimulere pasientens ledd og muskulatur, og er også en ressurs for personalet. Hvis pasienten har styrke i armene kan han ta i bruk bøyle over sengen slik at han kan løfte seg over lakenet og ikke bli skyvet oppover. Dette er med på å forhindre friksjon. Silkelaken som motvirker friksjon kan også bli tatt i bruk ved forflytning, noe som gjør forflytningen i seng mye lettere. Hvis pasienten har nok styrke i beina kan vi bruke en «antisklimatte» som vi plasserer under pasientens føtter og pasienten kan sparke seg opp samtidig som vi hjelper til, med og eventuelt løfte i stikkelakenet samtidig. Hjelpemidler som blir ofte benyttet ved forflytning fra seng til stol er heis eller forflyttingsbrett.

Vi brukte ulike forflytningshjelpemidlene på skolen og jeg syntes spesielt sklibrett var utrolig lett å håndtere. Jeg oppdaget at det kunne være mer utfordrende i praksis der det dreiet seg om virkelige pasienter med mangel på krefter og balanse. Forflytning ble derfor ofte utført med bruk av to pleiere. Noen ganger når det var dårlig tid ble ikke pasientene forflyttet fra seng til stol før ettermiddagstiden.

Helbostad (2010) mener også at de som skal assistere en pasient under forflytning bør ha fått opplæring i forflytningsteknikker og i tillegg få veiledning av fysioterapeut for å finne ut hvilken metode som egner seg for pasienten. Det Helbostad mener med «egner seg for pasienten» er om forflytningsmetoden som blir valgt henger sammen med pasientens forutsetninger ut fra diagnose og funksjon. Riktig teknikk er også gunstig for personalet. For helsepersonell er risikoen for ryggskader høy dersom en ikke bruker riktig teknikk. Ousey (2005) sine meninger går overens med det Helbostad mener. Hun mener også at alle nye og tidligere ansatte helsepersonell skal få tilbud om kurser i forflytningsteknikk og hvordan en håndterer tekniske hjelpemidler.

Dreier (2003) mener forflytningsprosessens hovedprinsipper er å først om fremst å gjennomtenke forflytningen. En skal deretter vurdere pasientens fysiske tilstand og ha hjelpemidlene en trenger klare til bruk.

Som sykepleier må du kunne kombinere mange ulike hjelpemidlene ut ifra pasientens funksjon. På en institusjon kan mangel på økonomiske ressurser føre til at en ikke har alle hjelpemidlene en trenger. Som sykepleier kan du da tre til med kreative løsninger. En av sykepleierne jeg jobbet med i praksis brukte veldig ofte vanlige hvite poser som hjelpemiddel

under forflytning. Hun snudde pasienten over på siden og plasserte en pose under baken og en på langs fra skuldrene og nedover ryggen. Deretter ble det mye lettere for pasienten å skyve seg opp i sengen, men om plastikkposer skaper mindre friksjon det har jeg ikke funnet noe teori på.

4.4 Eksempler på bevegelser som bør utføres daglig

Det er ikke funnet noen gode dokumenterte bevis på at fysisk aktivitet kan ha uheldige virkninger på sykdomsprosesser. Likevel bør aktivitet ikke fremprovoseres hvis pasienten har smerter eller andre symptomer, og pasienten må selv bestemme hvor stor utfordring han eller hun tåler. Derfor må vi som sykepleiere også ta i bruk våre kunnskaper om kommunikasjon og samhandling. Helbostad (2010) mener at ved langvarig sengeleie bør pasientene hver dag, så langt det er mulig, komme opp i sittende stilling på sengekanten, med god støtte for beina. Hvis det er vanskelig for pasienten å sitte på sengekanten, kan vi sørge for at pasienten veksler mellom halvsittende stilling og flatt liggende stilling i sengen. For å øke bevegeligheten må muskulaturen og resten av vevet rundt leddet tøyes flere ganger daglig og over tid, og strekket må holdes i ytterstilling i minst et minutt om gangen. Løft av armer stimulerer respirasjonen, og bøy og strekk av bein og ankler påvirker sirkulasjonen. Helbostad (2010) anbefaler tilsammen en halv time aktivitet hver dag for den eldre pasienten. Ranhoff (2010) mener at vi som sykepleiere kan også bistå den enkelte pasient med funksjonstrening etter fysio- og ergoterapeuts anvisning. Dette er Helbostad (2010) enig i. Hun sier det er viktig at vi som sykepleiere sammen med fysioterapeut setter opp en plan for hvilke øvelser og aktiviteter som må gjennomføres daglig. Dette samsvarer også med det Henderson (1997) skriver. Hun mener at det beste er å samarbeide med fysioterapeut når det gjelder de mer «hårdnakkede» holdnings- og bevegelses problemer.

Helbostad (2010) har skrevet følgende tiltak som kan utføres på pasienter med stort hjelpebehov og som er sengeliggende:

- Variere hodehøyde.
- Hjelpe pasienten til å løfte armer opp over hodet.
- Rette opp pasienten i sammensunket stilling og hyppig stillingsendring.
- Hjelpe pasienten til å bevege de store leddene.
- Bevege anklene for å stimulere blodsirkulasjonen.
- Hjelpe pasienten til å sitte oppe på sengekanten med god støtte i rygg og beina.

Ordet bevegelse i denne sammenhengen betyr ikke bare spassering i gang og øvelser. Vi kan sørge for at når dagen er omme, så har pasienten beveget seg i form av f.eks. pusset tennene selv, stelt håret sitt, knappet igjen knappene på jakken eller bladd i en bok. De pasientene som ikke er i stand til det bør aktiveres i form av forflytning og hjelp til å bøye leddene sine, alt

etter hvor syk og skrøpelig pasienten er. Om det er mulig kan pasienten sitte oppe til hvert måltid slik at ryggen kan få litt tyngde og rettes opp. En god måte å få aktivisert pasientene er å organisere en trimgruppe på avdelingen. Det er også viktig å ta i bruk hjelpemidler for forflytning som er rekvirert til pasienten, eller anbefalt av fysio- og ergoterapeut.

5.0 KONKLUSJON

Trykksår er i dag fortsatt et vanlig problem i sykehjem, selv om vi har mer kunnskap og hjelpemidler enn før. Trykksår kan bli unngått med hjelp av enkle sykepleietiltak. Det er viktig at sykepleieren starter med å bruke et risikovurderingskjema, som Norton skala eller Braden skala. Dette for å finne ut hvem som er i risiko for å utvikle trykksår og i hvor stor grad. Den billigste, letteste og beste måten å forebygge at trykksår oppstår på er trykkavlastning i form av mobilisering, leieendring, og daglig aktivitet for å holde kroppen ved like. Under denne forebyggende prosessen trenger du som sykepleier å ha kunnskap om de ulike hjelpemidlene som er med på å fremme aktivitet og forebygge trykksår, og mestre bruken av dem. Sykepleier skal samarbeide med fysioterapeut når en skal tilrettelegge for aktivisering og bruk av hjelpemidler. Trykkavlastende madrasser bør bli brukt, i tillegg til manuelle metoder og lokal trykkavlastning. Pasienter som er mye i seng skal ha muligheten og få tid til å delta i daglige gjøremål og andre øvelser som bidrar til aktivitet. Å være fysisk aktiv kan ha mange helse relaterte fordeler. Tilbudet om aktivitet skal være sentralt på sykehjem, ettersom det er et av pasientens grunnleggende behov. Mangelen på aktivitet kan gå over til en ond sirkel og pasienten kan da miste sine nåværende ressurser og bli immobil. En skal følge retningslinjer for forflytningsteknikk og endring av leie. 30 graders lateralt sideleie fordeler trykket, og viser seg å være et særdeles bra forebyggende tiltak for trykksår ifølge teori og forskning.

6.0 REFERANSELISTE

- Brownie. S & Horstmanshof. L. (2012). Creating the conditions for self-fulfilment for aged care residents. Nursing Ethics, 19(6) 777–786. Hentet 13. februar 2013 fra http://ezproxy.hsh.no:2078/pdf27_28/pdf/2012/31K/01Nov12/83448047.pdf?T=P&P=AN&K=2011748537&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNxb4kSep7E4xNvgOLCmr0uep65Sr6i4TLaWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGstUm2qbNJuePfgex44Dt6fIA
- Dalland. O. (2012). Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). Forebygging av trykksår. Hentet 11. februar 2013 fra http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Norwegian.pdf
- Forsberg. C & Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur och kultur.
- Fryrand. O. (2007). Hudsykdommer. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hauge. S. (2010). Sykepleie i sykehjem. I: M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A. H. Randhoff. (Red.). Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten (s. 229, 232).
- Helbostad. J. L. (2010). Bevegelse og aktivitet. I: M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A. H. Randhoff. (Red.). Geriatrisk sykepleie: Bevegelse og aktivitet. (s. 287-296, 302-303). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hemmingsen. L. B. (2005). Mobilisation og immobilisation. I: J. Bydam., J & M. Hansen. Sygeplejens fundament 2 (s. 69). København: Nyt Nordisk Forlag.
- Henderson. V. (1993). ICN: Sykepleiens grunnprinsipper. Hentet fra <http://www.nb.no/nbsok/nb/035810fe4dd91725888bd0baefa780dd?index=2#0>

- Ingebretsen, H. & Storheim, E. (2010). Sykepleie ved sykdom og skade i huden. I: H. Almås., D. G. Stubberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie*, Bind 2 (s. 366-368). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Johansen, E. (2005). Sirkulasjon. I: N. J. Kristoffersen., F. Nordtvedt & E. Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie: bind 2* (s. 13, 32, 39).
- Kunnskapssenteret. (2008, 14. mai). Ordliste med forklaringer. Hentet 11. januar 2013 fra www.kunnskapssenteret.no/Verktøy/_attachment/9218
- Kwong, W. Y., Pang, S. M. C., Aboo, G. H & Law, S. S. M. (2009). Pressure ulcer development in older residents in nursing homes: influencing factors. *Journal of Advanced nursing*, 65(12), 2608–2620. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05117.
- Langøen, A . & Gürgen. M. (2012). Forebygging og behandling av sår. Etiologisk inndeling. I: A. Langøen., H. J. Tønnesen. & M. Gürgen. *Sårbehandling og hudpleie.* (s. 281). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langøen, A. (2012). Pleie av frisk hud i ulike aldersgrupper. I: A. Langøen., H. J. Tønnesen. & M. Gürgen. *Sårbehandling og hudpleie.* (s. 87-91). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lindholm, C. (2012). *Sår*. Oslo: Akribe
- Moe, U. (2007). *Tryksår: Smertefuldt for samfundet og den enkelte*. Faxe: Faxe Bogtrykk
- Moore, Z., Cowman, S. & Conroy, R. (2011). A random controlled clinical trial of repositioning, using 30° tilt, for the prevention of pressure ulcers. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2633–2644. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03736.x
- Ousey, K. (2005). *Pressure area care*. Oxford: Blackwell Publishing.

- Ranhoff A. H. (2010). Den akutte syke gamle. I: M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A. H. Randhoff. (Red.). Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten. (s. 77- 79) Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Ranhoff. A. H. (2010). Den gamle pasient. I: M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A. H. Randhoff. (Red.). Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten (s. 180, 191-192) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1

Søkedatabase	Søkeord	Treff	Navn på valgt artikkel
Cinahl	«pressure ulcer» AND «nursing homes»	94	«Effectiveness of turning with unequal time intervals on the incidence of pressure ulcer lesions»
Cinahl	«pressure ulcer» AND «nursing homes» AND «immobility»	4	«Collaborative Clinical Quality Improvement for Pressure Ulcers in Nursing Homes»
Cinahl	«pressure ulcer» AND «nursing homes» AND «activity»	6	«A random controlled clinical trial of repositioning , using 30° tilt, for the prevention of pressure ulcers»