



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 53

Leveringsfrist: 17.02.2011 kl.14.00

Vurderingstype: Ordinær

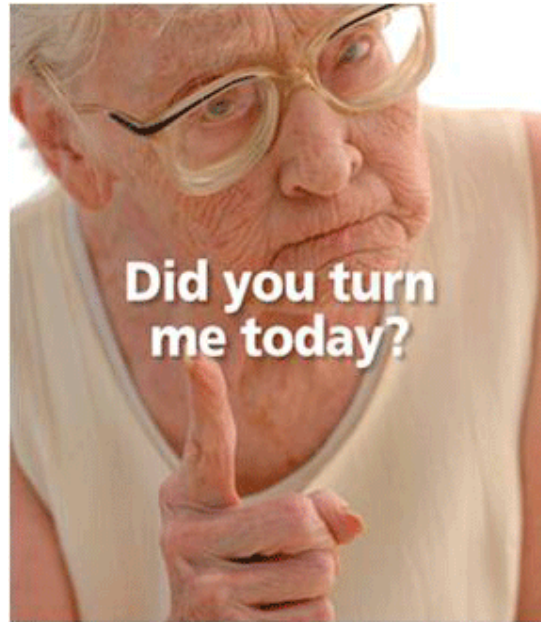
(ordinær eller kontinuasjon)

Opplysningane finn du på StudentWeb under Innsyn – Vurderingsmelding

Veileder: Gjertrud Husøy

Forebygging av dekubitus

”Hvordan kan sykepleier forebygge dekubitus på sykehjem?”



<http://www.woundsinternational.com/article.php?issueid=1&contentid=122&articleid=227&page=3&print>

Ord: 8699

Kandidat nr: 53

Kull: 2008

Veileder: Gjertrud Husøy

Sammendrag

I dag får 200 000 mennesker i Norge hjelp av helse- og omsorgstjenesten i kommunene hver dag. 75 % av disse menneskene er eldre mennesker og 40 000 av disse eldre menneskene bor på sykehjem. Dekubitus(også kalt trykksår) er sår eller hud som er misfarget som oppstår på grunn av trykk, friksjon eller forskyvning av vevet og er en komplikasjon som kan oppstå i forbindelse med sykdom, pleie og behandling. Dekubitus kan forårsake fysiske og psykososiale konsekvenser for pasientene og pleiepersonalet bruker mye tid på å behandle sårene og det er derfor en stor økonomisk belastning for helsevesenet. Det hevdes at 95 % av alle tilfeller av dekubitus kunne ha vært forebygget.

Dette er en litteraturstudie der jeg har valgt å ha fokus på hvordan dekubitus kan forebygges på sykehjem. Forskningsartiklene jeg har brukt i oppgaven tar for seg viktige faktorer som kan være forebyggende i forhold til utvikling av dekubitus.

Jeg drøfter funnene av forskningsartiklene og teori og ser sammenhengen/ulikheter med min erfaring i praksis for å finne ut hva som er viktig for å kunne forebygge at det oppstår dekubitus hos pasienter som bor på sykehjem.

Summary

200 000 people daily receives help from health care services in the municipalities in Norway. 75 % of these people consist of elderly and 40 000 of these elderly people are living in nursing homes. Decubitus(also known as pressure ulcers) are sores or discolored skin that occurs due to pressure, friction or displacement of the skin tissue and is a complication that can occur regarding to diseases, care and treatment. Decubitus may cause physical and psychosocial consequences for patients and the nursingstaff spend a lot of time treating these wounds and it is therefore a major economic burden for the health care service. It is argued that 95% of all cases of decubitus could have been prevented.

This is a literature study where I have chosen to focus on how to prevent dekubitus among elderly people living in a nursing home. The research articles which I have used in this study examine important factors that can be preventative in decubitus development.

In this study I discuss the findings in the research articles and theory and see the context and differences related to my experience and point of view from the practice field and I discuss

which factors are important to focus on in order to prevent decubitus development among elderly people living in a nursing home.

Innholdsliste

1.0	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	1
1.3	Avgrensing og presisering av problemstilling.....	1
1.4	Hensikt.....	2
2.0	Teori.....	2
2.1	Sykepleieteori.....	2
2.2	Sykehjem	3
2.3	Dekubitus.....	4
2.4	Forebygging av dekubitus.....	5
2.4.1	Viktige forebyggende tiltak.	7
3.0	Metode	9
3.1	Definisjon av metode	9
3.2	Litteraturstudie.....	10
3.3	Kildekritikk.....	10
3.4	Forskningsetikk.....	11
4.0	Funn/resultat.....	11
4.1	“Pressure Ulcer Preventive Device Use Among Elderly Patients Early in the Hospital Stay”	11
4.2	“Risk, prevention and treatment of pressure ulcers- nursing staff knowledge and documentation”	12
4.3	“The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcer in hospitals and nursing homes”	13
4.4	“Pilotstudie av trykksårprevalens i et norsk sykehus”	14
5.0	Drøfting.....	14
5.1	Risikovurdering av dekubitus	14
5.2	Kvalitet i forebygging av dekubitus	16
5.3	Forebyggende tiltak.....	18

6.0 Konklusjon	22
Litteraturliste.....	24
Vedlegg 1 Oversiktstabell.....	26
Vedlegg 2 Søketablell	30

1.0 Innledning

Fra 2010 til 2050 antar befolkningsforskere at tallet på eldre mennesker i Norge vil utgjøre om lag 25 % av befolkningen. Slik det er i dag får 200 000 mennesker hjelp av helse- og omsorgstjenesten i kommunene hver dag, og av disse som mottar hjelp er ca 75 % eldre mennesker. 40 000 av disse eldre som mottar hjelp bor i sykehjem(Romøren, 2008).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema jeg har valgt å skrive om i denne oppgaven er forebygging av dekubitus hos pasienter på sykehjem. Bakgrunnen for at jeg har valgt dette som tema er fordi gjennom min erfaring i fra praksis på sykehjem så er dekubitus noe som hyppig oppstår hos sykehjemspasienter og noe som sykepleiere nesten garantert kommer til å møte på i deres arbeid med sykehjemspasienten. Derfor er forebyggende tiltak for å hindre at dette skjer noe jeg har lyst å finne mer ut av. Dette er også noe jeg kan ta med meg videre når jeg blir ferdig utdannet sykepleier siden jeg har lyst til å jobbe innenfor geriatri og da spesielt på sykehjem. Jeg synes derfor at det er viktig å sette fokus på forebyggende arbeid av dekubitus fordi dersom dette oppstår kan det føre til store plager som kanskje kunne ha vært unngått dersom vi som sykepleiere tilegner oss gode kunnskaper innenfor dette området. Og ettersom det bare blir flere og flere eldre mennesker i Norge så synes jeg dette er et viktig område å sette fokus på.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Jeg opplever ofte at vi snakker mye om å utføre tiltak for å forebygge dekubitus, men ofte blir det slik at en snakker om dette først når det oppstår symptomer på at en pasient er i ferd med å utvikle dekubitus.

Problemstillingen min i denne oppgaven er derfor: *Hvordan kan sykepleier forebygge dekubitus på sykehjem?*

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Jeg avgrenser problemstillingen min til å skrive om den eldre pasienten som bor på et sykehjem. På grunn av tidsbegrensning og ordrestriksjoner vil jeg ikke gå inn på en primærsykdom som kan være årsak til at pasienten kan være i fare for å utvikle dekubitus. Jeg går heller ikke inn på hver enkelt risikofaktor for utvikling av dekubitus, men jeg tar i stedet for meg risikovurderingsverktøy som kan brukes for å avdekke hvilke faktorer som kan føre til at pasienten er i risikozonen for å utvikle dekubitus. I oppgaven har jeg altså fokus på hvilke faktorer som er viktig å ha fokus på for at sykepleier skal kunne forebygge at det oppstår dekubitus hos pasienter som bor på sykehjem.

1.4 Hensikt

Målet jeg har med denne Bacheloroppgaven er å finne ut mer om hva forebygging av dekubitus innebærer og hva sykepleierens kan gjøre for å forebygge at det oppstår dekubitus hos eldre hjelpetrequende pasienter på et sykehjem.

2.0 Teori

2.1 Sykepleieteori

I denne oppgaven har jeg valgt å arbeide ut i fra Kari Martinsens omsorgsfilosofi.

Kari Martinsen sykepleieteori går ut på at alle mennesker er avhengige av hverandre og at dette kommer tydelig fram i situasjoner der mennesket befinner seg i en situasjon der det trenger hjelp som for eksempel ved sykdom eller funksjonstap. Martinsen tar avstand fra at hovedmålet ved sykepleie skal være at mennesket skal gjenvinne sin funksjon og selvstendighet, og at egenomsorgen ikke er forenelig med omsorgstradisjonen som sykepleieren har. Hun mener at omsorgen er en forutsetning for all menneskelig eksistens og målet ved sykepleien er å opprettholde et visst funksjonsnivå eller unngå forverring av menneskets situasjon (Kristoffersen, 2005)

Martinsen (2003) sier at omsorg er et begrep vi kjenner i fra vårt daglige liv og det betegnes som det å hjelpe og ta hånd om noen. Omsorg er relatert til neste kjærlighet og vi skal behandle andre mennesker slik som vi hadde ønsket å bli behandlet selv.

Martinsen (2003) definerer derfor først omsorg som et *relasjonelt* begrep. Det blir tatt utgangspunkt i et menneskesyn om at vi mennesker er avhengige av hverandre noe som eksisterer i alle menneskelige forhold på ulike måter.

Vi kan alle komme i den situasjon at vi vil komme til å ha bruk for hjelp fra andre. Vi bør derfor handle slik at alle kan få samme muligheter til å leve det beste liv de er i stand til. (Martinsen, 2003, s. 15)

Martinsen (2003) sammenlikner omsorgsbegrepet med den *barmhjertige samaritan* og at det andre særtrekket med omsorg derfor er at omsorg er et *praktisk* begrep. En skal delta aktivt i den andres lidelse og gi den hjelpen personen trenger ut i fra hans tilstand og ikke ut i fra et forventet resultat. En skal gi uten å forvente å få noe tilbake. En hjelper personen ut i fra hans tilstand og en situasjonsforståelse der det kreves at vi har innsikt i personens livssituasjon med muligheter og begrensninger. Dersom en har en god situasjonsforståelse for personen det

gjelder, har en derfor en balanse mellom den hjelpen som omsorgsgiveren gir og respekten for personens autonomi.

Martinsen(2003) sier at den tredje siden ved omsorg er *moral*. Dette dreier seg om kvaliteten i relasjonen, hvordan vi som omsorgsgivere *er* i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet som vi gir den hjelpetrengende personen. Omsorgsmoral innebærer hvordan vi som omsorgsyttere bruker makt i relasjonen med hjelpetrengende mennesker. Ved å bruke makt i solidaritet med den svake hjelpetrengende, bruker vi maktposisjonen vår på en moralsk ansvarlig måte. Det vil si at vi baserer våre handlinger på engasjement, at vi identifiserer oss med den hjelpetrengende personen og tenker at det er vi som kunne ha vært i denne samme situasjonen.

Skal vi lære å handle solidarisk må vi kunne foreta moralske skjønn ut fra en situasjonsforståelse basert på kunnskap og bevissthet om verdier og hvor målet må være prioriteringer som reduserer ulikhet mellom mennesker(Martinsen, 2003, s. 17).

Martinsens sykepleieteori er derfor relevant i forhold til min problemstilling fordi jeg tar sikte på og finne ut hva jeg som sykepleier kan gjøre for å hjelpe det eldre hjelpetrengende, ikke med tanke på at pasienten skal bli selvhjulpent men for å hjelpe pasienten i den situasjonen som han befinner seg i nå. For å kunne gjøre dette må jeg derfor ha et faglig og etisk perspektiv på pasienten sin situasjon som i min oppgave vil gå ut på å få et faglig perspektiv på hva jeg kan gjøre for å forebygge at det oppstår dekubitus.

2.2 Sykehjem

Menneske kroppen eldes gjennom hele livet. Denne prosessen kalles biologisk aldring og fører til at alle organer påvirkes av aldringsprosessen. Disse organene er blant annet hud, muskler og skjelett, hjerte, lunge, hjerne osv. (Romøren, 2008)

Sykehjemmet er en institusjon som tilbyr helsetjenester hele døgnet. Det overordnede målet med sykehjemmet er å:

- tilpasse en kvalitativ god og individuell pleie og omsorg
- gi et riktig medisinsk behandlingstilbud
- være et godt sted å bo for de menneskene som har sykehjemmet som et hjem(Hauge, 2008)

I det daglige arbeidet i et sykehjem er det sykepleieren som har høyest kompetanse og derfor også ansvaret for utvikling og vedlikehold av et aktivt fagmiljø på sykehjemmet. Dette trenger ikke å bety at det er behov for store og omfattende prosjekter men det kan for eksempel være å prøve ut nye måter å organisere et måltid på eller et nytt behandlingsopplegg for en pasient. En må ta utgangspunkt i arbeidshverdagen og prøve å løse problemer som ikke er løst på en tilfredsstillende måte(Hauge, 2008).

2.3 Dekubitus

Langøen og Gottrup(2006) sier at dekubitus defineres som sår eller hud som er misfarget på grunn av trykk, friksjon eller forskyvning av vevet og som fortsatt er vedvarende 30 min etter at trykket er opphevet.

Videre sier Langøen og Gottrup(2006) at det ikke trenger å være et sår for at det skal klassifiseres som et dekubitus(som også blir kalt for trykksår). Dersom hudområdet er misfarget etter at trykket oppheves er det klassifisert som et dekubitus. Dersom denne misfargingen av hudområdet går tilbake i løpet av to timer, er det enda ikke blitt et dekubitus, men faren for utvikling av dekubitus er klart til stede. Dekubitus deles inn i fire grader avhengig av størrelsen på vevsskaden ved bruk av EPUAP- klassifikasjonen.

Disse fire gradene er:

1. Misfarging eller rødfarge som fortsatt er til stede på huden etter 30 min selv om trykket er opphevet. Det er ikke blitt et sår og det er kun det øvre hudlaget som er involvert.
2. Dette såret kalles for ”rødt sår” og vil heles ved hjelp av trykkavlastning. Såret involverer dermis det er skjedd en epitelskade i form av blærer med væskeansamling eller hudavskrapning. Såret kan medføre smerter.
3. Dette såret kalles ”gult sår” der det kan være tilstede en infeksjon. Såret involverer subcutis der skaden har brutt gjennom dermis. Det er tendenser til krater- og sinusdannelse. Sårbunnen medfører som oftest ikke smerter.
4. Dette såret kalles ”svart sår” der skaden går helt ned til fascier og muskler, der disse også kan være skadet og knoklene under kan komme til syne. Her er det et dypt krater med eventuelt sinus, eksudat og infeksjon.(Langøen og Gottrup, 2006)

Lindholm(2004) sier at dekubitus er en komplikasjon som kan oppstå i forbindelse med sykdom, pleie og behandling og som kan ha fysiske og psykososiale konsekvenser for pasientene. Dekubitus kan føre til uro både hos pasienten selv og hos pårørende. Pleiepersonalet bruker mye tid på å behandle disse sårene og at dekubitus derfor er en stor økonomisk belastning for helsevesenet.

2.4 Forebygging av dekubitus

Langøen og Gottrup(2006) sier videre at tidligere studier har kommet fram til at det er mulig å forebygge 95 % av alle dekubitus tilfeller.

Risikofaktorer som kan føre til at eldre er utsatt for å utvikle dekubitus er høy alder, nedsatt bevegelighet, sengeleie, nedsatt allmenntilstand, akutt sykdom, terminal sykdomstilstand, nedsatt ernæringstilstand, nedsatt kognitiv evne, demens, inkontinens, økt fuktighet i huden, nevrologisk sykdomstilstand, vedvarende hudrødme og lavt diastolisk blodtrykk(Lindholm, 2004).

For å forebygge dekubitus sier Langøen og Gottrup(2006) at forebygging må baseres på systematisk risikovurdering av dekubitus og faglig skjønn. Det skal alltid iverksettes tiltak når det er risiko for å utvikle et dekubitus til stede. Et tiltak som alltid skal settes i gang er trykkavlastning, og på den aktuelle arbeidsplassen skal det være tilgjengelig trykkavlastende midler som skal være tilpasset den enkelte pasients behov avhengig av hvilken risiko pasienten har for å utvikle dekubitus. Det sies at dekubitus er enklere å forebygge enn å behandle, men at det allikevel oppstår dekubitus som kunne ha vært unngått. Derfor er det viktig at sykepleierne alltid er årvåkne og fokusert på hvilke pasienter som er i fare for å utvikle trykksår.

Lindholm(2004) sier at dekubitus kan forebygges ved å identifisere personene som er i risikozonen tidlig gjennom omsorgstiltak og medisinske tiltak. God organisering og effektiv forebygging samt god struktur i behandlingsstrategien er kvalitetsindikatorer for omsorg og behandling av dekubitus.

Ingebretsen og Storheim(2010) sier at det er viktig å kartlegge hvilke pasienter som er i risikozonen for å utvikle dekubitus fordi det er lite hensiktsmessig og også kostbart å igangsette forebyggende tiltak for alle pasienter. Risikovurdering av dekubitus er det viktigste tiltaket i forebyggingen og det bør skje med jevne mellomrom som for eksempel ved innlegging i sykehjem og sykehus. Det finnes skjemaer for vurdering av risiko for utvikling

av dekubitus som Norton skalaen, Waterlow instrumentet og Braden skalaen, der sistnevnte har blitt vurdert som den mest pålitelige av disse risikovurderingsskjemaene. Disse skjemaene tar for seg risikofaktorer for utvikling av dekubitus og gir en poengsum når en registrer disse hos hver enkelt pasient som kan si om pasienten er utsatt for å utvikle dekubitus. I Norge har risikovurderingen vært basert på sykepleiers kliniske skjønn, og det har derfor ikke vært vanlig å bruke slike skjemaer. Dersom en bruker disse skjemaene systematisk så identifiserer man pasienter som har risiko for å utvikle dekubitus og forebyggende tiltak kan igangsettes. Trykkavlastende madrasser og ”snuregime” er de viktigste tiltakene.

I følge Langøen og Gottrup(2006) har det vært gjort store studier som har gjort det mulig å utvikle hjelpemidler som kan brukes til å vurdere om pasienter er i fare for å utvikle et dekubitus. Slike risikoverktøy, som kalles prediktorer, anbefales å bruke sammen med det faglige skjønn. Dette kan få helsepersonellet til å fokusere på faren for at pasienter utvikler dekubitus, og det kan hjelpe dem til å være observante på pasienter som er i faresonen og derfor sette i gang tiltak for å forebygge at det oppstår når klinisk skjønn og predikator tilsier at det er behov for det. Predikatorene kartlegger pasientens allmenne risiko, og en av disse er Norton skala. Denne blir mye brukt i Skandinavia der maksimalskår er 20. dersom skåren er under 14 står pasientene i fare for å utvikle et dekubitus. Likevel må en være klar over at friske mennesker ikke er i faresonen selv om de må ligge på ryggen over lang tid fordi disse menneskene vil automatisk bevege seg eller forflytte og dermed oppnå trykkavlastning.

Norton skala:

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

Langøen og Gottrup(2006).

Ingebretsen og Storheim(2010) sier at Braden skalaen det mest pålitelige vurderingsskjemaet og gir en poengskår fra 6 til 23 der pasienten har høyere risiko for å utvikle dekubitus jo lavere skåren er. I motsetning til Norton skalaen inneholder Braden skala også et eget punkt om ernæring som en risikofaktor.

Lindholm(2004) sier at alle avdelinger bør ha en handlingsplan for å kunne forebygge trykksår. En handlingsplan kan for eksempel bygges opp på denne måten:

1. Førstegangs risikovurdering
2. ny risikovurdering for pasienter der pasientens tilstand endrer seg selv om de primært ikke var i risikozonen for å utvikle et dekubitus
3. intervensjoner(tiltak) som snuskjema, ernæring og væske, tilpasset sitte- og liggeunderlag for alle pasienter som er i risikozonen for å utvikle dekubitus
4. a) plan for pasienter med lav risiko
b) plan for pasienter med begrenset risiko
c) plan for pasienter med høy risiko samt plan for pasienter som allerede har etablerte trykksår.

2.4.1 Viktige forebyggende tiltak.

Huden/inkontinens

Det er viktig å observere huden daglig og dokumentere forandringer for å hindre at det utvikler seg dekubitus. Huden skal være ren og tørr med vanlig såpe og vann eller med et spesielt hudrengjøringsmiddel dersom pasienten er plaget av inkontinens. Inkontinens i form av urin eller faeces(avføring) virker irriterende på huden og har i følge flere studier vist seg at det er en risikofaktor for utvikling av dekubitus. Ved å bruke adekvate hjelpemidler som en barrierefilm kan en opprette en god beskyttende virkning på huden. En skal vaske huden varsomt og klappe den tørr. Vær oppmerksom på fuktig hud relatert til svette, feber eller underlag som kan føre til fuktig hud hos pasienten. Bevar den normale hudfuktigheten hos pasienten ved for eksempel å bruke fuktighetsbevarende kremer. En skal ikke massere

trykkutsatte pasienter fordi det har vist seg gjennom en studie at pasienter fikk lavere blodgjennomstrømning og lavere hudtemperatur etter en massasje enn det de hadde før massasjen. Det har også vist seg at hudtemperaturen er betydelig økt etter to timer med å ligge stille og det anbefales derfor å snu pasienten hver time i stedet for annenhver time.(Lindholm, 2004)

Ernæring

Pasienter med dårlig ernæringsstatus skal ha en individuelt tilpasset ernæringsplan.(Lindholm, 2004)

I følge Maklebust & Sieggreen(2001) er sammenhengen mellom ernæringsstatus og dekubitus godt etablert, men allikevel blir pasientens ernæringsstatus ofte oversett. En pasient som ikke får tilstrekkelig næring og kaloriinntak vil bryte ned glykogen og fett reservene og begynner å forbrenne kroppens protein for å få energi. For å forebygge dekubitus er det derfor viktig at kostholdet til pasienten inneholder nok næring for å opprettholde hudens og vevets integritet. Da er det viktig å sørge for at pasienten får i seg nok vitaminer, mineraler(sink), proteiner og kalorier. Kosttilskudd er nødvendig dersom pasientens inntak av næring er utilstrekkelig og at han har et ufrivillig vekttap på mer enn 5 % av kroppsvekten. Personer som står i fare for underernæring trenger ernærings screening hver 3 måned.

Aktivitet

Det viktigste prinsippet for å forebygge dekubitus er å avlaste det trykkutsatte området på kroppen. Nedsatt bevegelse er den viktigste faktoren til at det utvikler seg dekubitus på grunn av trykk og dårlig oksygenering til vevet. Kognitiv svekkelse eller nedsattfølsomhet i huden kan gi manglende respons på kroppens signaler om å endre stilling. Fysioterapi, fysisk trening og regelmessig forandring av stilling eller sning er derfor viktig i den forebyggende behandlingen av pasienter som er utsatt for å utvikle dekubitus.(Lindholm, 2004)

Avlastning av trykk

I følge Lindholm(2004) er kostnadene for regelmessig sning av pasienter beregnet til å utgjøre 75 % av den totale kostnaden for å forebygge trykksår. To timer har vært sett på som det optimale intervallet mellom endring av stillinger og alle pasienter skal forandre stilling regelmessig dersom det er mulig sett ut i fra et medisinsk ståsted. Lindholm(2004) sier også at flere studier har vist at 30° supinasjon er trykkreduserende i forhold til å ligge flatt, og dette

leiet kan være så bra at pasienten bare trenger å bli snudd hver fjerde time. Dette kan også være spesielt gunstig med tanke på pasientens nattesøvn. Ved å bruke kileputer under madrassen oppnår en 30° supinasjon. Puter som er trykkavlastende bør brukes under hæler, og det bør brukes puter mellom knærne for å hindre at knærne og malleolene(ankelknokene) blir trykket mot hverandre.

Trykkavlastende madrasser er viktig for å forebygge dekubitus. Disse er utformet på en slik måte at de avlaster de utsatte områdene av kroppen for trykk, og dermed øker blodgjennomstrømningen og oksygeneringen av vevet. Slike madrasser finnes til både senger og stoler. Når en pasienter sitter mye for eksempel i rullestol er det viktig, i tillegg til trykkavlastende puter, og ha riktig sittestilling. Men det kan være vanskelig for de eldre å opprettholde den ideelle sittestillingen og derfor er faren for å utvikle trykksår til stede(Lindholm, 2004)

I Ingebretsen og Storheim(2010) står det at i en studie i Belgia kom det fram at snuing hver fjerde time hos pasienter som brukte trykkavlastende madrass var mer effektiv som forebygging av dekubitus enn snuing hver andre time hos pasienter som lå på vanlig skumgummimadrass.

3.0 Metode

3.1 Definisjon av metode

I følge Dalland(2007) er metode et redskap vi bruker for å komme fram til ny kunnskap. Metoden er den måten vi går fram på for å samle inn data for å kunne løse problemer og dermed også finne ny kunnskap.

Ulike typer metoder kan i følge Dalland(2007) være både kvantitative eller kvalitative en kombinasjon av disse(mixed method).

Den kvantitative metoden går ut på å gjøre informasjonen om til målbare enheter som gjør at vi for eksempel kan finne prosent eller gjennomsnittet av en større mengde(Dalland, 2007).

Den kvalitative metoden går ut på å finne opplevelser og mening som ikke er målbare i tall(Dalland, 2007).

Mixed method er en kombinasjon av metoder som tas i bruk dersom vi for eksempel ønsker å finne ut hvordan kvaliteten på en helsetjeneste er med tanke på konkrete tiltak(kvantitativ

metode) og hvordan pasienten opplever sykepleien han mottar(kvalitativ metode)(Dalland, 2007).

3.2 Litteraturstudie

Litteraturstudie er når du undersøker nærmere noe som allerede er dokumentert, og du stiller derfor spørsmål til litteraturen i stedet for til personer. For å kunne gjøre en litteraturstudie er det en forutsetning at det finnes tilstrekkelige studier som er av god kvalitet for å kunne komme fram til et godt resultat(Forsberg og Wengström, 2008).

I følge Forsberg og Wengström(2008) vil en litteraturstudie i denne sammenhengen derfor si at jeg skal søke systematisk etter artikler gjennom ulike databaser og kritisk analysere og sammenligne litteraturen for å være sikker på at denne litteraturen er i samsvar med den problemstillingen som belyses i min oppgave.

Jeg har brukt ulike databaser som ISI Web of Science, Ovid og SveMed+ for å finne fram til relevante artikler som kan være med på å belyse min problemstilling. Søkeord jeg har brukt i disse databasene er decubitus, pressure ulcer, pressure sores, prevention, nursing home, care, caring, nursing og elderly. Jeg leste ”abstract” for å finne ut om artiklene var relevante til min problemstilling. For å finne annen relevant litteratur har jeg brukt BIBSYS og brukt søkeord som trykksår, dekubitus, pressure ulcer og Kari Martinsen. Søkeord som førte til resultat og dermed de artiklene jeg har brukt i oppgaven kan ses i form av søketabell i vedlegg 2.

3.3 Kildekritikk

I følge Dalland(2007) vil kildekritikk si at en bruker metoder for å finne ut om en kan stole på de kildene en har funnet. Ved å reflektere kritisk over de kildene en har brukt for å belyse problemstillingen i oppgaven, inkluderer du den som leser oppgaven din i de tankene du har gjort deg med tanke på kildenes relevans og troverdighet i forhold til problemstillingen.

Ved kildekritikk skal en altså kunne gjøre rede for den litteraturen som har blitt brukt i oppgaven. Teori og forskningsresultat som er funnet og som blir brukt i oppgaven skal vurderes i hvilken grad de er relevante og gyldige til og brukes til å beskrive den problemstillingen som oppgaven baserer seg på(Dalland, 2007).

Jeg har brukt sjekkliste i Nortvedt, Jamtvedt, Greverholt og Reinar(2008) for å finne ut hvilken metode som er brukt i mine artikler. Alle artiklene jeg har valgt å bruke er

kvantitative og er bygget opp etter IMRAD- strukturen. Jeg har også sett på om artiklene er godkjent for publisering. Alle artiklene mine er publisert innen de siste ti årene noe som også er et krav til en slik litteraturstudie som min oppgave er. Men i artikkelen av Gunningberg, Lindholm, Carlsson, og Sjöden(2001) kommer det fram at studien er gjennomført i 1997, men artikkelen er godkjent for publisering og gitt ut i 2001 og jeg har derfor valgt å ta den med i min oppgave fordi artikkelen er av stor relevans til min problemstilling og oppgavens kontekst. Det var også vanskelig å finne artikler som bare omfattet pasienter på sykehjem og artiklene omhandler derfor også sykehus, og noen omfatter også derfor bare pasienter på sykehus, men jeg har allikevel valgt å bruke dem for artiklene dreier seg om eldre pasienter og har derfor den samme problematikken som pasienter på sykehjem har. I artikkelen av Gunningberg et. al.(2001) dreier det seg om forebygging av dekubitus hos eldre pasienter som har hatt hoftebrudd, men jeg mener allikevel at resultatene der er realistiske til hvilke type pasienter som bor på et sykehjem, og mener derfor at artikkelen er relevant til min oppgave.

3.4 Forskningsetikk

I følge Dalland(2007) vil forskningsetikk si at målet med forskningen om å finne ny kunnskap ikke må skje på bekostning av andre menneskers integritet. Ved å bruke etisk vurdering i en litteraturstudie vil det si at en må velge studier som er godkjent av en etisk komité og gjøre rede for alle artiklene som blir brukt i oppgaven. En må også presentere alle resultat i en artikkel selv om de ikke støtter det ikke støtter din egen problemformulering.

I oppgaven henviser jeg til kildens forfatter(e) slik at jeg viser at jeg har funnet litteraturen i fra andre kilder og ikke oppgir det som mitt eget. Jeg har også sjekket at de artiklene jeg har funnet er godkjente for publisering som betyr at forskningen som er gjort i artiklene er godkjent av etisk komité.

4.0 Funn/resultat

Oversiktstabell av artiklene ligger som vedlegg 1.

4.1 “Pressure Ulcer Preventive Device Use Among Elderly Patients Early in the Hospital Stay”.

Artikkelen er skrevet av Rich, S.E., Shardell, M., Margolis, D. og Baumgarten, M. og er godkjent for publisering i 2009.

Denne artikkelen handler om sammenhengen mellom å ta tidlig i bruk forebyggende hjelpemidler mot dekubitus og risikoen for å utvikle dekubitus.

I resultatet kommer det fram at 17 % av pasientene i studien var i risikozonen for å utvikle dekubitus i følge Norton skalaen(poengsum under 14). 24,5 % av pasientene hadde en mellomstor eller høy risiko for å utvikle dekubitus som var relatert til ernæringsstatusen. Nesten 21 % av pasientene var ikke orientert til tid, sted eller rom, og 18,9 % hadde en form for inkontinens. Kun 15 % av pasientene hadde et eller flere forebyggende hjelpemidler mot dekubitus. Alle risikofaktorer som ble undersøkt i studien ble sammenlignet spesielt med bruk av forebyggende hjelpemidler. Studien viste at sannsynligheten for å bruke forebyggende hjelpemidler var størst hos pasienter som hadde både sykehus utviklete dekubitus og dekubitus som var til stede før sykehusinnleggelse(75,9 %). Hyppigheten ved bruk av hjelpemidler var lavere hos dem som utviklet dekubitus på sykehus enn de som hadde dekubitus før sykehusinnleggelse. 51 % av pasientene som var i risikozonen i følge Norton skalaen brukte forebyggende hjelpemidler. Selv blant de som hadde en høy risikofaktor for utvikling av dekubitus(poengsum mellom 5-10 i følge Norton skala), hadde bare 62,4 % forebyggende midler i bruk. Av pasienter som var i risikozonen pga av ernæringsstatusen, hadde bare 36,3 % forebyggende midler i bruk. Mindre enn halvparten av pasientene som var med i studien brukte forebyggende hjelpemidler når de var i risikozonen for å utvikle dekubitus. Risikofaktorene var inkontinens, desorientert og flere ADL funksjoner som er assosiert med risikofaktor for utvikling av dekubitus.

4.2"Risk, prevention and treatment of pressure ulcers- nursing staff knowledge and documentation".

Artikkelen er skrevet av Gunningberg, L., Lindholm, C., Carlsson, M. og Sjöden, P.O. og er godkjent for publisering i 2001.

Denne artikkelen handler om sykepleiers kunnskaper om risikofaktor og forebygging av dekubitus.

I resultatet kommer det fram at 26 av 41(63 %) sykepleiere svarte at de alltid, og 15(37 %)svarte at de noen ganger utførte risikovurdering når de hadde ansvaret for pasienter med hoftebrudd. Risikovurderingen som ble beskrevet av helsepersonellet var ikke like omfattende i sammenlikning med strukturen til Modifisert Norton Skala(MNS). 23(56 %) av sykepleierne unnlot å rapportere om klassifiserte vurderinger i form av MNS sine underliggende temaer. Den mest brukte vurderingen var aktivitet/mobilitet og pasientens generelle fysiske tilstand. Pasientens mentale tilstand ble inkludert som en risikovurdering av en sykepleier, og mat/væske inntak ble inkludert av fire sykepleiere. Disse fem sykepleierne var nylig utdannet og hadde jobbet som sykepleiere i 1 til 4 år. Ingen av deltakerne(helsepersonellet) i studien

inkluderte inkontinens i risikovurderingen. Andre kriterier som ble brukt som risikovurdering var pasientens kroppslige tilstand, alder og andre medisinske sykdommer. 16 sykepleiere(39 %) rapporterte at de observerte pasienten når de utførte risikovurdering uten å spesifisere hva de observerte. 33 av 41(80 %) sykepleiere sa at de alltid, og 8(20 %) sa at de noen ganger observerte huden. Hælene og korsbenet var de områdene som var observert mest. Det ble ikke brukt noen spesielle klassifikasjonssystem for dekubitus.

Den mest brukte sykepleieintervensjonen for forebygging av dekubitus på korsbenet var stillingsendring, bruk av krem, madrasser/overlag og snrutiner. Mindre hyppig brukt var puter, mobilisering, hygiene/fuktighet og mat/væske inntak. En sykepleier rapporterte bruken av 30° supinasjon. Ved forebygging av dekubitus på hælene ble det nevnt bruk av krem og spesielle puter. Trykkforebyggende madrasser og overlag ble sjelden brukt.

De mest dokumenterte intervensjonene i pasientjournalene var stillingsendring, snrutiner, puter, bruk av krem og bandasjer. Det var ingen dokumentasjon i pasientjournalene om ernæringsterapi, reduksjon av friksjon eller pasientopplæring. Det var tydelig at helsepersonell bare delvis etterlevde strategiene som er anbefalt av de Svenske retningslinjene for kvalitet. Bruken av risikoverktøy(MNS), ernæringsterapi, reduksjon av friksjon, hygiene og fuktighet og pasientopplæring var ikke eller lite rapportert. Intervensjoner som ofte var rapportert av helsepersonellet var også dokumentert i pasientjournalene.

4.3 “The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcer in hospitals and nursing homes”.

Artikkelen er skrevet av Shahin, E. S. M., Meijers, J.M.M., Schols, J. M. G. A, Tannen, A., Halfens, R. J. G., og Dassen, T. og er godkjent for publisering i 2010.

Denne artikkelen omhandler sammenhengen mellom underernæring og forekomst av dekubitus blant pasienter i sykehus og sykehjem.

I resultatet kommer det fram at dekubitus prevalensen var 7,1 % på sykehus og 5,8% på sykehjem. I alt var det en betydelig sammenheng mellom pasienter med dekubitus og uten dekubitus vedrørende alder og BMI. Gjennomsnittsalderen av pasienter med dekubitus var 76,5 år, mens gjennomsnittsalderen til pasienter uten trykksår var 71,3 år. Gjennomsnitts BMI hos pasienter som hadde trykksår var 24,7 mot 25,7 hos pasienter som ikke hadde dekubitus. En betydelig sammenheng hos pasienter med og uten dekubitus ble funnet vedrørende uønsket vekttap i begge settinger der pasienter med dekubitus hadde betydelig mer uønsket

vektttap. I tillegg var lav BMI forskjellig i begge settinger. Vedrørende lavt inntak av ernæring, hadde pasienter med dekubitus i begge settingene betydelig oftere utilstrekkelig eller dårlig inntak av ernæring. I studien ble det funnet betydelig sammenheng mellom forekomsten av dekubitus i sykehus og uønsket vektttap. Dette er enda mer aktuelt i sykehjem der oddsen for å utvikle dekubitus ved vektttap var høyere enn i sykehus. Dårlig inntak av ernæring og lav BMI er i begge settingene relatert til dekubitus. I tillegg var det å være sengeliggende en underliggende faktor ved sykehus.

4.4 "Pilotstudie av trykksårprevalens i et norsk sykehus".

Artikkelen er skrevet av Bjørø, K. og Ribu, L. og er publisert i Sykepleien Forskning i 2009.

Denne artikkelen kartlegger forekomsten og forebyggende tiltak av dekubitus.

I resultatet kommer det fram at halvparten av pasientene hadde en Braden Skala(BS) skår på 19 eller lavere. 23 % av pasientene var i risikozonen for å utvikle dekubitus. En firedel av pasientene hadde en form for inkontinens. 15 pasienter av 85(17,6 %) hadde et eller flere dekubitus. Over 90 % av dekubitus var oppstått på sykehus med hyppigst lokalisasjon på hæler og korsben. I alt ble 27 dekubitus, med variasjon fra et til seks, registrert. 24 pasienter(28 %) hadde behov for forebyggende tiltak med en BS skår under 17. ingen av disse pasientene hadde brukt trykkavlastende madrass med motor. 18 av 20 pasienter som hadde behov for forebygging av dekubitus hadde ikke trykkavlastende puter i stol. Tiltak som stillingsendring ble ikke utført blant noen av pasientene som hadde bruk for forebygging i både seng og stol. EPUAP- skjema var tilfredsstillende i følge prosjektgruppens opplevelser.

5.0 Drøfting

5.1 Risikovurdering av dekubitus

Problemstillingen min er hvordan sykepleier kan forebygge dekubitus på et sykehjem. Men hva innebærer det å forebygge dekubitus? Driver vi forebyggende arbeid ved å legge alle pasienter på et sykehjem på trykkavlastende madrasser og snu dem hver andre time? Det er selvfølgelig mer enn det som skal til for å kunne forebygge at det oppstår dekubitus hos eldre pasienter på et sykehjem, og en forutsetning for å kunne gjøre dette er at vi som sykepleiere må vite hvilke pasienter som har en risiko for å utvikle dekubitus.

I følge Langøen og Gottrup(2006) sies det at dekubitus er enklere å forebygge enn å behandle, men at det allikevel oppstår unødvendige dekubitus hos pasientene. Han understreker derfor

viktigheten av årvåkne sykepleiere som har fokus på hvilke pasienter som er i fare for å utvikle dekubitus. Dette støttes også av Ingebretsen og Storheim(2010) som fremhever viktigheten av det å kartlegge pasienter som er i risikozonen fordi det er både kostbart og lite hensiktsmessig å sette i gang tiltak for å forebygge dekubitus for alle pasientene.

For å kunne forebygge dekubitus i sykehjem er det derfor viktig å kunne kartlegge hvilke pasienter som er i risikozonen slik at vi som sykepleiere kan sette i gang effektive forebyggende tiltak for å hindre utvikling av dekubitus som vil gi pasienten en unødvendig lidelse. Nettopp dette er også Kari Martinsens mål med omsorgen i sykepleie for i Kristoffersen(2005) står det at Martinsens mål ved sykepleie er å opprettholde et visst funksjonsnivå eller unngå forverring av menneskets situasjon.

Dersom en pasient utvikler dekubitus vil jo dette nettopp være en forverring av hans situasjon noe som igjen kan gå utover pasientens funksjonsnivå. Derfor er det så viktig å ha fokus på forebygging av dekubitus, og for å kunne forebygge er det en forutsetning at vi som sykepleiere vet hos hvilke pasienter det er hensiktsmessig at vi igangsetter forebyggende tiltak. Martinsen(2003) sier også blant annet at omsorg er et praktisk begrep der vi som sykepleiere skal hjelpe pasienten ut i fra hans tilstand og situasjonsforståelse der et kreves at vi som sykepleiere har en innsikt i hans livssituasjon med tanke på muligheter og begrensninger. Norton skala eller Braden skala vil på denne måten derfor være et viktig redskap for å vurdere pasientens tilstand individuelt for å finne ut hvilke tiltak som er aktuelle å igangsette ut i fra pasientens tilstand.

Ut i fra studien som er utført av Gunningberg et. al(2001) kommer det fram at 63% av sykepleierne alltid foretok risikovurderinger av pasienter ved innleggelse i sykehus, mens 37% svarte at de bare noen ganger foretok risikovurdering av pasientene. Men disse risikovurderingene som ble gjort var ikke like omfattende som de vurderingene som kommer fram i MNS(Modifisert Norton Skala). I følge Ingebretsen og Storheim(2010) kommer det fram at det i Norge har vært sykepleierens kliniske skjønn som har vært brukt i risikovurdering av dekubitus. Men dersom risikovurderingsskjemaer som Braden Skala eller Norton Skala blir brukt systematisk så identifiserer man pasienter som er i risikozonen og man kan sette i gang forebyggende tiltak. Jeg har ingen kjennskap til risikovurderingsskjemaer som Braden skala eller Norton skala i fra praksisfeltet, men opplever det som vanlig at sykepleiere vurderer pasienters risiko for utvikling av dekubitus ut i fra det kliniske skjønn.

Men er sykepleiers kliniske skjønn nok til å vurdere pasientens risiko for utvikling av dekubitus?

I følge studien utført av Bjørø et. al.(2009) kommer det fram at over 90 % av dekubitustilfellene oppstod under sykehusoppholdet. Dette kan jo tyde på at å bruke sykepleiers kliniske skjønn alene ikke er nok til å vurdere hvilke pasienter som er i risikozonen. Ved å bruke både klinisk skjønn og et risikovurderingsskjema som Braden skala eller Norton skala er sannsynligheten for å kartlegge hvilke pasienter som er i risikozonen større noe som vil føre til at forebyggende tiltak for å hindre at pasienter utvikler dekubitus blir igangsatt tidligere og kvaliteten på pleien vil bli bedre. Dette støttes også av Langøen og Gottrup(2006) som sier at forebygging av dekubitus må bygges på risikovurdering og faglig skjønn og at over 95 % av alle tilfeller av dekubitus kunne ha vært unngått. I følge Gunningberg(2001) var bruken av MNS lite eller ikke dokumentert i pasientjournalen. En slik dokumentasjon vil jo være høyst aktuelt for oss som sykepleiere dersom pasienter på sykehjem for eksempel blir innlagt på sykehjemmet etter et sykehusopphold. Da er pasientjournalene en svært viktig del av pasientens videre opphold på sykehjemmet og dersom det er foretatt en risikovurdering av pasientene på sykehjemmet kan vi tydelig se om det er behov for å foreta en ny risikovurdering og om det er behov for å igangsette forebyggende tiltak.

5.2 Kvalitet i forebygging av dekubitus

Martinsen(2003) sier at omsorgen har en moralsk side som dreier seg om kvaliteten i relasjonen med pasienten. Det dreier seg om hvordan vi som omsorgsgivere opptrer i denne relasjonen gjennom det praktiske arbeidet. Et spørsmål som er viktig å tenke på her er hvordan ville vi ønsket å ha det dersom vi var i pasientens situasjon?

Mindre enn halvparten av de pasientene som var i fare for å utvikle dekubitus hadde ikke forebyggende hjelpemidler i bruk i følge Rich et. al(2009) og de fleste pasientene som brukte forebyggende hjelpemidler var pasienter som allerede hadde utviklet dekubitus. Dette er noe som står i samsvar med min erfaring i fra praksis. Jeg opplever at det ofte er slik at ”forebyggende” tiltak først blir satt i gang når pasientene utvikler tegn til dekubitus. Og da er jo hele poenget med forebygging borte. Dette viser igjen nødvendigheten av å implementere et system for risikovurdering for å hindre at dette skjer. Har sykepleiere for lite kunnskap om

dekubitus generelt eller er det mangel på kunnskap om risikoverktøy som Norton Skala eller Braden skala?

Lindholm(2004) sier at alle avdelinger(sykehjem og sykehus) bør ha en handlingsplan for å forebygge dekubitus. Denne handlingsplanen bør inneholde førstegangs risikovurdering og ny risikovurdering der pasientens tilstand endrer seg. Slik det står i Hauge(2008) så er det sykepleieren på et sykehjem som har høyest kompetanse og derfor også ansvaret for utvikling og vedlikehold av et aktivt fagmiljø på sykehjemmet. Ansvaret her kan derfor være å ta utgangspunkt i arbeidshverdagen og løse problemer som ikke er løst på en tilfredsstillende måte. Dersom en ser at det oppstår dekubitus gang på en gang på et sykehjem vil det derfor være vårt ansvar som sykepleiere å ta tak i denne problemstillingen og se hva vi kan gjøre for å bedre denne situasjonen. I dette tilfellet vil det derfor være nødvendig å igangsette mer effektive tiltak for å forebygge at et oppstår dekubitus hos pasientene som er i risikosonen. Et risikoverktøy i form av Braden eller Norton skala vil derfor være høyst aktuelt, og en må veilede annet helsepersonell i bruken av dette verktøyet og også komme med grundige tiltaksplaner som er tilpasset hver enkelt pasient. Når det er sagt så er det også ut i fra min erfaring at sykepleiere på et sykehjem er under høyt arbeidspress, og dagene på et sykehjem kan være veldig travle med mangel på tid og ressurser. Så dette kan nok også være en av hovedgrunnene til at forebyggende tiltak som en kanskje har i tiltaksplanen ikke alltid blir fulgt opp. Min oppfatning av sykepleierens arbeidspress er at en hele tiden skal være så effektiv som mulig med for eksempel å få alle pasientene opp av sengen og ferdig stelt til frokost. Men dette kan da gå utover pasientens ønsker og behov og derfor også viktige forebyggende tiltak. Som Martinsen(2003) sier må vi identifisere oss med den hjelpetrengende personen og tenke at det er vi som kunne vært i den samme situasjonen. Jeg tror et viktig spørsmål her kan være å stille seg selv om det er for pasientens skyld at han eller hun må være ferdig stelt og oppe til frokost, eller er det for vår skyld slik at vi kan komme i gang med nye oppgaver etter frokosten er ferdig? Kan en for eksempel prioritere de pasientene som er utsatt for å utvikle dekubitus først, og hjelpe de andre pasientene som kanskje liker å sove litt frampå og som ikke har noe risiko for å utvikle et dekubitus etter frokosten? Jeg tror dette er viktige spørsmål å ta opp på en sykehjemsavdeling og kanskje komme med nye tiltak slik at kvaliteten på den pleien og omsorgen vi som sykepleiere gir til pasientene kan bli enda bedre.

Slik som det kommer fram i Lindholm(2004) så bruker pleiepersonalet mye tid på å behandle dekubitus og dette er en stor økonomisk belastning på helsevesenet. Dessuten fører dekubitus

ikke bare til fysiske problemer hos pasienten men også psykososiale problemer. Dette viser igjen viktigheten av forebygging av dekubitus, spesielt med tanke på pasienten selv, men også for helsevesenet for øvrig. Det kan derfor være nødvendig og heller bruke mer tid på de forebyggende tiltakene og heller bruke mer tid om morgenen i stedet for å få en god kvalitet på pleien og gi den omsorgen og pleien som vi ville ha ønsket oss dersom vi var i pasientens situasjon. Derfor mener jeg at det er så utrolig viktig å ha mer fokus på det forebyggende arbeidet av dekubitus fordi det først og fremst vil føre til mindre belastning for pasienten, men også for oss som sykepleiere og helsepersonell. Det er derfor viktig å investere i tid til å foreta en risikovurdering av pasientene for å spare pasienten for unødig lidelse og for belastning av helsepersonell og på denne måten vil også kvaliteten på pleien bli bedre.

5.3 Forebyggende tiltak

Martinsen(2003) sier at omsorg er et relasjonelt begrep som vil si at vi mennesker er avhengige av hverandre og at alle kan komme i den situasjonen der vi har bruk for hjelp av andre. Vi skal derfor handle på en måte som gjør at pasienter som vi er i relasjoner med får et best mulig liv. Ved å se omsorg som et relasjonelt begrep er derfor viktig for å forebygge dekubitus av pasienter som bor på sykehjem fordi disse pasientene er avhengige av den faglige kompetansen vi har som sykepleiere for at de skal få et best mulig liv på sykehjemmet. Dette innebærer derfor at vi som sykepleiere setter i gang forebyggende tiltak hos de pasientene som er i risikozonen for å utvikle dekubitus.

Huden

I følge Gunningberg et. al.(2001) kom det fram at 20 % av sykepleierne sa at de bare noen ganger observerte huden. Hælene og korsbenet var de mest observerte kroppsområdene og i Bjøro og Ribu(2009) kommer det fram at det var disse områdene(hælene og korsbenet) som det hyppigst oppstod dekubitus. Lindholm(2004) sier at det er viktig å observere huden daglig og dokumentere forandringer i huden for å hindre at det utvikler seg dekubitus.

Min erfaring i fra praksis er når en hjelper en pasient i stellesituasjonene så er dette en ypperlig situasjon å observere huden på. Men som nevnt tidligere i drøftingen opplever jeg ofte at sykepleierne og annet helsepersonell har et press på seg om morgenen til å bli ”ferdige” med pasienten før frokosten og da har en ofte ikke så god tid til å undersøke pasienten slik at hudområdet som kan være utsatt for dekubitus kan bli oversett.

Inkontinens

I studien utført av Bjørø og Ribu(2009) kommer det fram at 23 % av pasientene som deltok i studien var i fare for å utvikle dekubitus med en skår på Braden skala under 19. En fjerde del av disse pasientene hadde en form for inkontinens. I Rich, et. al.(2009) kommer det fram at 18,9% hadde en form for inkontinens. Ingen av sykepleierne som deltok i studien av Gunningberg et. al.(2001) inkluderte inkontinens i risikovurderingen av pasientene. I følge Lindholm(2004) så har inkontinens i følge flere studier vist seg å være en risikofaktor for utvikling av dekubitus fordi det virker irriterende på huden, men ved bruk av barrierefilm opprettes det en beskyttende virkning på huden mot urin og avføring. Min erfaring i fra praksis er at barriere krem blir mye brukt hos pasienter som har en form for inkontinens. Dette er et bra tiltak som kan være med å forebygge at det oppstår dekubitus. Men som forskningen viser så er det ikke alle sykepleiere som tar med inkontinens som en risikofaktor i forhold til utvikling av dekubitus og kanskje det derfor trengs mer informasjon om denne problematikken blant sykepleiere og annet helsepersonell som jobber på sykehjem. Mange pasienter som er inkontinente blir jo dessuten liggende om natten med urin eller avføring i truseinnlegget og dette kan jo da virke irriterende på huden og øke sjansen for å utvikle et dekubitus. Men da bør det opprettes rutiner på sykehjem hvor en sjekker innlegget for urin eller avføring og bytter ved behov hos de pasientene som er utsatt for å utvikle dekubitus. Dette kan virke forstyrrende på pasientens nattesøvn, men jeg mener gevinsten er større dersom man på denne måten kan forebygge utvikling av dekubitus.

Ernæring

I følge Rich, et. al.(2009) så hadde 24,5 % av pasientene i studien en risiko for å utvikle dekubitus som følge av ernæringsstatusen og bare 36,3 % av disse pasientene hadde forebyggende midler i bruk. Og i studien utført av Gunningberg et. al.(2001) viser det seg at bare fire av sykepleierne inkluderte mat/væske inntak som en risikofaktor for utvikling av dekubitus. Det kommer også fram her at det ikke var dokumentert noen form for ernæringsterapi i pasientjournalene. I følge artikkelen av Shanin et. al.(2010) så er det en betydelig sammenheng mellom feilernæring og utvikling av dekubitus. Oddsen for å utvikle dekubitus i sykehjem på grunn av vekttap er høyere enn på sykehus. Det kommer også fram at pasienter som hadde utviklet dekubitus hadde mer uønsket vekttap enn de pasientene uten dekubitus. Også i Maklebust og Sieggreen(2001) kommer det fram at sammenhengen mellom ernæringsstatus og dekubitus er godt etablert, men at pasienten sin ernæringsstatus ofte blir oversett. For å forebygge dekubitus kan det være nødvendig med kosttilskudd dersom

pasientens inntak av ernæring er utilstrekkelig og det anbefales ernærings screening hver 3. måned dersom pasienten står i fare for underernæring.

Å opprettholde et næringsrikt og tilfredsstilt kosthold hos eldre som bor på et sykehjem kan være en utfordring. Ofte er matlysten nedsatt og pasientens tilstand kan tilsi at ernæring ikke er det en legger mest vekt på i hans situasjon som for eksempel ved terminale pasienter. Min erfaring i fra praksis er at det føres vektkontroll en gang i måneden av pasientene og at en har fokus på ernæring hos de eldre. Men jeg opplever at man har fokus på ernæring når et dekubitus har oppstått og da sørger for å gi dem ekstra ernæring i form av for eksempel næringsdrikk eller kosttilskudd fordi det er viktig for hudens tilheling av sår. Men det er viktig at vi som sykepleiere er like opptatt av dette også blant pasienter som er i faresonen for slik kildene sier så er det viktig å ha fokus på ernæring i forebyggende arbeid for å opprettholde hudens integritet slik at en unngår utvikling av dekubitus.

Aktivitet

I følge Gunningberg et. al.(2001) var de mest brukte vurderingene av risiko for utvikling av dekubitus aktivitet/mobilitet og pasientens generelle fysiske tilstand. I følge Lindholm(2004) så er nedsatt bevegelighet den viktigste faktoren til at det utvikler seg dekubitus på grunn av trykk og dårlig oksygenering til vevet. I tillegg kan kognitiv svekkelse eller nedsatt følsomhet i huden gi manglende respons på kroppens signaler om å endre stilling. Nettopp dette er jo svært aktuelt i forhold til sykehjempasienter og spesielt med tanke på demente pasienter. Det er viktig å ha fokus på aktivitet hos demente pasienter spesielt hvis de har en somatisk lidelse i tillegg som gjør at de har begrenset aktivitetsnivå. På grunn av pasientens demente tilstand kan han eller hun for eksempel ha utviklet afasi som kan føre til at pasienten har manglende eller nedsatt evne til å gi uttrykk for at de er smertepåvirket noe som Langøen og Gottrup(2006) sier kan være tilfelle når en er på vei til å utvikle dekubitus spesielt ved grad 2 av dekubitus klassifisering.

Å hjelpe pasienten til å utføre aktiviteter eller hjelpe dem med passive øvelser og snu dem ofte enten det er i seng eller stol, er en nødvendighet for å forebygge dekubitus. Dette gjelder alle pasienter som er i risikozonen for å utvikle dekubitus og som har nedsatt evne til aktivitet. I studien til Gunningberg et. al.(2001) kommer det fram at de mest brukte tiltakene i forhold til forebygging av dekubitus på korsbenet var blant annet stillingsendring og snurutiner. Mobilisering var mindre brukt i forebyggingen. Lindholm(2004) sier at fysioterapi, fysisk trening og regelmessig forandring av stilling eller sning er viktige tiltak i forebygging av

dekubitus. Min erfaring i fra praksis er at det er opparbeidet faste snrutiner annenhver time på pasienter som ligger i seng som ikke er i stand til å utføre dette selv. Men ofte blir det slik at de som sitter i rullestol ikke får beveget seg noe særlig i løpet av dagen. Jeg opplever at man ofte har som tiltak å ha ”gåtrening” med pasienter som sitter mye i rullestol for de som er i stand til det, men det er ikke alltid at disse tiltakene blir overholdt på grunn av mangel på tid. Mange av pasientene som sitter i rullestol er heller ikke i stand til å drive med ”gåtrening”, men her tror jeg at vi som sykepleiere kan bli flinkere til å endre stilling av pasientene slik at de får beveget seg litt og avlaste trykket. For selv om pasientene har trykkavlastende puter i stol så er ikke dette nok, med tanke på hvis de skal sitte i denne stolen i samme stilling mesteparten av dagen. Men jeg har også erfaring av at pasientene får hjelp av fysioterapeut bestemte dager i uken noe som er et bra tiltak med tanke på forebygging av dekubitus.

Avlastning av trykk

I følge Bjøro og Ribu(2009) kommer det fram at 28 % av pasientene hadde behov for forebyggende tiltak med en Braden skår under 17. Ingen av disse pasientene hadde brukt trykkavlastende madrass med motor. 18 av 20 pasienter som hadde behov for forebygging av dekubitus hadde ikke trykkavlastende puter i stol og tiltak som stillingsendring ble ikke utført blant noen av pasientene som hadde bruk for forebygging i seng og stol. Også i Rich et. al.(2009) kommer det fram at under halvparten av de pasientene som var i risikozonen for å utvikle dekubitus hadde forebyggende hjelpemidler i bruk. I følge Gunningberg et. al.(2001) ble trykkforebyggende madrasser sjelden brukt. Slik det kommer fram i Lindholm(2004) så er det viktigste prinsippet for forebygging av dekubitus å avlaste det trykkutsatte området på kroppen. Kostnadene for regelmessig sning av pasienter er blitt beregnet til å utgjøre 75 % av den totale kostnaden for å forebygge dekubitus. To timer har vært sett på som det optimale intervallet mellom stillingsendring, men flere studier har vist at 30° supinasjon er trykkreduserende i forhold til å ligge flatt og at dette leie kan være så bra at pasienten bare trenger å bli snudd hver fjerde time. Dette kan være svært gunstig for pasientens nattesøvn. Men i Gunningberg et. al.(2001) kommer det fram at kun en av sykepleierne i studien rapporterte bruken av 30° supinasjon.

Ingebretsen og Storheim(2010) sier at det i en studie utført i Belgia kom frem at sning hver fjerde time hos pasienter som lå på trykkavlastende madrass var mer effektivt for å forebygge dekubitus enn sning hver andre time hos pasienter som lå på vanlig skumgummimadrass. I følge Lindholm(2004) er trykkavlastende madrasser viktig for å avlaste de trykkutsatte

områdene og gi bedre oksygenering og blodgjennomstrømning til vevet på de trykkutsatte områdene. Slike madrasser finnes både til senger og stoler. Et tiltak her kan være å investere i gode trykkavlastende madrasser på sykehjemmet. Men etter min erfaring så er det ofte nedskjæringer på sykehjemmene i kommunene og det er ikke sikkert at slike utgiftsposter blir tatt hensyn til. Men dersom en hadde investert i slike forebyggende hjelpemidler ville det vært mer økonomisk i lengden fordi en hadde sluppet den utgiftsposten som behandling av dekubitus gir fordi en hadde hatt større sjanse til å forebygge utvikling av dekubitus. Ved å ta i bruk slike trykkavlastende madrasser og samtidig ha fokus på bruken av 30° supinasjon setter en i gang effektive forebyggende tiltak mot dekubitus og det vil sannsynligvis også skape en mindre belastning for sykepleierne og bedre pasientens nattesøvn og hindre pasienten i å få en unødvendig lidelse.

6.0 Konklusjon

For at sykepleier skal kunne forebygge at det utvikler seg dekubitus blant eldre som bor på et sykehjem er det en forutsetning at en foretar en risikovurdering av hver enkelt pasient.

Risikovurderingsskjemaer som Braden skala eller Norton skala kan være til stor hjelp for sykepleiere for å finne ut hvilke pasienter som er i risikozonen for å utvikle dekubitus. Den beste måten å utføre denne risikovurderingen er å bruke slike risikovurderingsskjemaer sammen med sykepleiers kliniske skjønn. Men forskning og teori tyder på at det er behov for mer kunnskap om disse risikovurderingsskjemaene og hvordan de brukes.

I oppgaven kommer det fram at de fleste dekubitus som oppstår kunne ha vært unngått dersom man hadde kommet i gang med forebyggende tiltak tidlig nok. Ved å ha mer fokus på å kartlegge hvilke pasienter som er i risikozonen for å utvikle dekubitus så tror jeg kvaliteten på sykepleie i sykehjem kan bli enda bedre og utvikling av dekubitus kan unngås i større grad enn det forskning og teori tyder på at det gjør i dag.

Det er viktig å ha kunnskaper om hvilke tiltak som må settes i gang for å kunne forebygge at det utvikler seg dekubitus. I forskningen kommer det fram at det er forskjellige faktorer hos pasienten som ikke alltid blir inkludert som en risikofaktor for utvikling av dekubitus. Det kan tyde på at sykepleiere trenger mer kunnskap om hvilke faktorer som utgjør en risiko for utvikling av dekubitus og hvilke tiltak som må settes i verk for å kunne forebygge at dette oppstår.

Det er sykepleierens ansvar å drive fagutvikling på sykehjemmet. Forskning kan derfor tyde på at det er nødvendig at sykepleiere på sykehjem bør skaffe seg mer kunnskap om risikovurderingsskjemaer og tiltak som kan være forebyggende i forhold til utvikling av dekubitus, og dermed videreføre denne kunnskapen til kollegaer. På denne måten kan en som sykepleier bidra til å øke kvaliteten i forebyggingen av dekubitus og dermed også i pleien og omsorgen som sykepleiere gir til pasientene på sykehjemmet.

Litteraturliste

- Bjørø, K. & Ribu, L.(2009) *Pilotstudie av trykksårprevalens i et norsk sykehus*[Elektronisk versjon]. *Sykepleien Forskning* 2009 4(4):298-305.
- Dalland, O.(2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*.(4. utgave) Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forsberg, F., & Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*.(2. utgave) Stockholm, Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.
- Gunningberg, L., Lindholm, C., Carlsson, M. & Sjöden, P.O.(2001). *Risk, prevention and treatment of pressure ulcers- nursing staff knowledge and documentation*[Elektronisk versjon]. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2001;15(3)257-63.
- Hauge, S.(2008)*Sykepleie i sykehjem*. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff, A. H.(Ed.) *Geriatrisk sykepleie*.(1. utgave). Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ingebretsen, H., & Storheim, E.(2010) *Sykepleie ved sykdommer og skader i huden*. I: H. Almås, D.G. Stubberud & R. Grønseth(Ed.), *Klinisk sykepleie*(bind 2).(4. utgave) Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N.J.(2005) *Teoretiske perspektiver på sykepleie*. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.A. Skaug(Ed.) *Grunnleggende sykepleie*(bind 4).(1. utgave) Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS.
- Langøen, A. & Gottrup, F.(2006) *Sårtilheling, klassifikasjon og diagnostisering*. I: A. Langøen(Ed.) *Huden*.(3. utgave). Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lindholm, C.(2004). *Sår*.(2. Utgave). Lund, Akribe Forlag AS.
- Maklebust, J., Sieggreen, M.(2001). *Pressure ulcers*.(3. Utgave) Springhouse, Springhouse Corporation.
- Martinsen, K.(2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*.(2. utgave) Oslo, Universitetsforlaget.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Greverholt, B. & Reinart, L. M.(2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo, Norsk Sykepleierforbund.
- Rich, S.E., Shardell, M., Margolis, D. & Baumgarten, M.(2009). *Pressure Ulcer Preventive Device Use Among Elderly Patients Early in the Hospital Stay*[Elektronisk versjon]. *Nursing Research* 2009 58(2: 95-104).
- Romøren, T. I.(2008). *Eldre, helse og hjelpebehov*. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff, A. H.(Ed.) *Geriatrisk sykepleie*. (1. utgave). Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Shahin, E. S. M., Meijers, J.M.M., Schols, J. M. G. A, Tannen, A., Halfens, R. J. G., & Dassen, T.(2010).*The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcer in hospitals and nursing homes*[Elektronisk versjon]. *Nutrition* 26(9:886-889)

Vedlegg 1 Oversiktstabell

Tittel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat	Diskusjon	Konklusjon
“Pressure Ulcer Preventive Device Use Among Elderly Patients Early in the Hospital Stay” . Rich, S.E., Shardell, M., Margolis, D. & Baumgarten, M.(2009).	Undersøke sammenhengen mellom å tidlig ta i bruk forebyggende midler for trykksår og risikoen for å utvikle et trykksår.	En kvantitativ studie. Tverrsnittstudie.	792 pasienter fra alderen 65 år og oppover ble innlagt på medisinsk avdeling ved to universitetssykehus i Philadelphia i Pennsylvania mellom årene 1998 og 2001. Pasientene ble undersøkt for å fastslå bruken av forebyggende midler, forekomst og risiko for utvikling av trykksår ved hjelp av	15% av pasientene hadde en form for forebyggende midler i bruk når undersøkelsen pågikk. Blant pasienter i risikoen for å utvikle trykksår hadde bare 51% forebyggende midler i bruk. Dokumentasjonen av et trykksår var bare til stede hos 68% av pasientene i følge undersøkelsen.	Bruk av forebyggende midler og dokumentasjon av trykksår er under optimalen, også blant pasienter som har høy risiko for å utvikle trykksår.	Gitt den lave bruken at trykksår forebyggende midler, trengs det mer innsats slik at flere pasienter får nytte av disse midlene. Det er viktig å implementere retningslinjer for trykksår forebygging i sykehuset.

			Norton skala.			
”Risk, prevention and treatment of pressure ulcers-nursing staff knowledge and documentation”.	Undersøke sykepleiernes og hjelpepleiernes kunnskap om risikofaktorer, forebygging og behandling av trykksår før innføring av et system for risikovurdering og trykksår klassifisering av pasienter med hoftebrudd. Se om tiltakene er i samsvar med de svenske retningslinjene for kvalitet.	Kvantitativ metode. Et spørreskjema ble distribuert til sykepleiere og hjelpepleiere. Resultatene fra spørreskjemaet og en revisjon av pasientjournalene ble analysert og sammenlignet med de svenske kvalitets retningslinjer.	I Februar 1997 ble et spørreskjema distribuert til 60 sykepleiere og 58 hjelpepleiere ved fire ortopediske avdelinger på et universitetssykehus i Sverige. Pasientgruppen bestod av 55 pasienter over 65 år med en gjennomsnittsalder på 82 år.	Risikovurderingen som ble foretatt var ikke like omfattende som kriteriene som kommer fram i Norton skalaen. Ernæringstilstand ble kun inkludert av 4 sykepleiere. Ingen av deltakerne inkluderte inkontinens som en risikofaktor.	Resultatene var ikke i samsvar de svenske kvalitets retningslinjer.	Pleiepersonellens kunnskap om dokumentasjon av risiko, forebygging og behandling av trykksår hos pasienter med hoftebrudd, kan bli forbedret. De svenske kvalitets retningslinjer var ikke tilstrekkelig implementert i klinisk praksis.
“The relationship between malnutrition	Studiens mål er å identifisere om det finnes noen	Kvantitativ metode. Tverrsnittstudie.	Sykehus og sykehjem i Tyskland i 2007. Studien ble blant	Det var en betydelig forskjell mellom pasienter med	Basert på analysen som ble gjort ble det funnet en stor sammenheng	Resultatene fra denne artikkelen bekrefter at det er sammenheng mellom trykksår

<p>parameters and pressure ulcer in hospitals and nursing homes”. Shahin, E. S. M., Meijers, J.M.M., Schols, J. M. G. A, Tannen, A., Halfens, R. J. G., & Dassen, T.(2010).</p>	<p>sammenheng mellom trykksår og underernæring I sykehus og sykehjem.</p>	<p>totalt 6460 deltakere hvorav 2393 deltakere fra 29 sykehjem og 4067 deltakere fra 22 sykehus. Gjennomsnittsalderen i sykehjem var 83,2 år og i sykehus 65,2 år.</p>	<p>trykksår og uten trykksår vedrørende henholdsvis alder og BMI. Pasienter med trykksår hadde en dårligere ernæringsstatus enn de uten trykksår både på sykehus og i sykehjem.</p>	<p>mellom forekomsten av trykksår og uønsket vekttap. Dårlig ernæringsstatus var sterkt relatert til trykksår i sykehjem og i sykehus. Immobilitet ble også sett på som en årsak til vekttap og derfor også trykksår.</p>	<p>og underernæring og understreker derfor viktigheten av tilstrekkelig ernæring hos pasienter som er utsatt for trykksår og pasienter som allerede har trykksår.</p>	
<p>”Pilotstudie av trykksårprevalens i et norsk sykehus” Bjørø, K. & Ribu, L.(2009)</p>	<p>Kartlegge trykksårprevalens, alvorlighetsgrad og forebyggende tiltak med standardisert metode av European Pressure Ulcer Advisory Panel(EPUAP)</p>	<p>Kvantitativ. Tverrsnittstudie.</p>	<p>Alle pasienter over 15 år innlagt mellom kl. 00.00 og 24.00 på registreringsdagen på fire sengeposter på et universitetssykehus (ortopedisk, nevrokirurgisk, nevrologisk og rehabiliteringspost). 85 pasienter deltok i studien.</p>	<p>Prevalensen av dekubitus på sykehuset var 17,6%. Dekubitus oppstod hyppigst på hæler og korsben. Pasienter som hadde en skår på Braden skala(BS) under 17 og hadde behov for forebyggende tiltak manglet 37,5% av disse trykkavlastende</p>	<p>Mangel på utstyr kan være en av grunnene til at ikke pasientene fikk de trykkavlastende hjelpemidlene som de hadde bruk for. Men trykkavlastende hjelpemidler kan ikke erstatte pasientens behov for stillingsendring. Tidligere studier har vist at dekubitus kan forebygges hvis det</p>	<p>Studien tyder på at det er behov for økt oppmerksomhet på forebygging av dekubitus til denne pasientgruppen og generelt på sykehus. Det er et behov for implementering av retningslinjer, kartlegging av tilgjengelig trykksårforebyggende utstyr og økt bruk av teknologi i forhold til forebygging av dekubitus. EPUAP- metoden for registrering av trykksår var tidkrevende og det trengs mer</p>

<p>madrass i seng og 90% hadde ikke trykkavlastende puter i stol eller planlagt stillingsendring i seng eller stol.</p>	<p>settes i gang effektive tiltak. Det er billigere å forebygge dekubitus enn å behandle. EPUAPs klassifiseringssystem kan være for komplekst og det trengs en forenkling av dette skjemaet. Studien kan tyde på at sykepleiere bør tilegne seg ytterligere kompetanse og dette området bør styrkes i undervisningen av sykepleiestudenter. Denne studien omfatter bare et sykehus i Norge og det er et behov for ytterligere studier på sykehus i Norge for å forbedre kvaliteten på dekubitus forebygging.</p>	<p>opplæring av sykepleiere i bruken av BS.</p>
---	--	---

Vedlegg 2 Søketabell

Database: Ovid(Dato for søk: 4/1-11)

Artikkel: *“Pressure Ulcer Preventive Device Use Among Elderly Patient Early in the Hospital Stay”*.

Søk nr.	Søkeord	Begrensninger	Antall treff
S1	“Pressure ulcer or Decubitus”		422
S2	S1 AND “nursing or care or caring”		366
S3	S2 AND “elderly”		25
S4	S3 AND “prevention”		7

Database: SveMed+(Dato for søk: 11/1-11)

Artikkel: *“Risk, prevention and treatment of pressure ulcers- nursing staff knowledge and documentation”*.

Søk nr.	Søkeord	Begrensninger	Antall treff
S1	”pressure sores”		106
S2	S1	”Fulltext”	32
S3	S2 AND ”prevention”	”Fulltext”	6

Database: ISI Web of Science(Dato for søk: 11/1-11)

Artikkel: *“The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcers in hospitals and nursing homes”*.

Søk nr.	Søkeord	Begrensninger	Antall treff
S1	”pressure ulcer”		601

S2	S1 AND "prevention"		570
S3	S2 AND "nursing home"		80
S4	S3	År 2000-2011	70
S5	S4 AND "nursing or care or caring"		70
S6	S5	Article	57

Database: SveMed+(Dato for søk: 4/1-11)

Artikkel: *"Pilotstudie av trykksårprevalens i et norsk sykehus"*.

Søk nr.	Søkeord	Begrensninger	Antall treff
S1	"pressure ulcer"	Fulltext	33
S2	S1 AND "nursing"		10