



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling - Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 20.02.15 kl 14.00

Kandidatnr.: 57

Antall ord: 8169

Forebygging av trykksår



http://www.tidewaterhomecare.net/images/Page_5.jpg

Hvordan forebygge trykksår hos immobile pasienter med hjemmetjeneste?

Bacheloroppgave i sykepleie

Antall ord: 8169

Sammendrag

Tittel: Forebygging av trykksår.

Bakgrunn for valg av tema: Trykksår er ganske vanlig lidelse blant immobile pasienter. Det trengs å øke fokus på forebygging i det daglige arbeidet. 95% av trykksår kan forebygges.

Problemstilling: Hvordan forebygge trykksår hos immobile pasienter med hjemmetjeneste?

Oppgavens hensikt: Hvordan sykepleiere kan ta i bruk forebyggende arbeid. Og hva en bør sette fokus på.

Metode: Litteraturstudie.

Resultater: Funnene i denne oppgaven viser frem til manglende kunnskap på forebygging av trykksår hos sykepleierne. Oppgaven viser også at en må øke fokus på risikovurdering og forebygging hos hjemmetjenesten. Det er ikke bare helsepersonell som trenger å øke kunnskap men også pårørende og pasienten selv. Trykksår kan føre til nedsatt livskvalitet og mye smerter.

Oppsummering: Forebygging er noe som er grunnleggende i utøvelse i sykepleie.

Forebyggende arbeid fører til mindre økonomiske kostnader for kommunen og bedre levekår for brukerne i hjemmetjenesten. Forskning og litteraturen viser at det mangel på kunnskap og at det er lite fokus på det forebyggende arbeidet i en travel arbeidsdag.

Nøkkelord: Hjemmetjenesten, dekubitus, forebygging.

Summary

Title: Prevention of dekubitus.

Background: Pressure ulcers are quite common disorder among immobile patients. It needed to increase focus on prevention in the everyday work. 95% of pressure ulcers can be prevented.

Question: How to prevent pressure ulcer in immobile patients with homecare?

Aim: How nurses can adopt preventive work. And what one should focus on.

Method: Literature study.

Results: The finding of this thesis shows until lack of knowledge on prevention of pressure ulcers among nurses. It also shows that one must increase the focus on risk assessment and prevention in home care. It's not just health professionals who need to increase knowledge but also their families and the patients themselves. Pressure ulcers can lead to reduced quality of life and a lot of pain.

Summary: Prevention is something that is fundamental to the practice of nursing. Preventive work leads to less economic costs for the municipality and better living conditions for consumers in the home- care. Research and literature shows that lack of knowledge and that there is little focus on preventive work in a busy workday.

Keywords: Home care, community setting, pressure ulcer, prevention,

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| 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 problemstilling | 2 |
| 2.0 Teoretisk perspektiv | 3 |
| 2.1 Sykepleiefaglig perspektiv | 3 |
| 2.2 Dekubitus | 4 |
| 2.2.1 Hvordan utvikles dekubitus? | 4 |
| 2.2.2 Risikofaktorer | 5 |
| 2.3 Forebygging | 6 |
| 2.3.1 Manuelle metoder | 6 |
| 2.3.2 Madrasser | 7 |
| 2.3.3 Ernæring | 7 |
| 2.4 Hjemmetjenesten | 8 |
| 3.0 Metode | 10 |
| 3.1 Hva er metode? | 10 |
| 3.2 Litteraturstudie som metode | 10 |
| 3.3 Søkeprosessen | 11 |
| 3.4 Kildekritikk og metodekritikk | 11 |
| 3.5 Etikk | 12 |
| 4.0 Resultat | 14 |
| 4.1 Oppsummering av hovedfunn | 14 |
| 4.2 Presentasjon av vitenskaplig artikler | 14 |
| 5.0 Drøfting | 17 |
| 5.1 Helsepersonellens kunnskap og holdning om forebygging | 17 |
| 5.2 Risikofaktorer | 19 |
| 5.3 Forebygging med hjelp av praktiske tiltak | 21 |
| 5.4 Trykkavlastende hjelpemidler | 23 |
| 6.0 Konklusjon | 25 |
| 7.0 Kilder | 26 |
| Vedlegg I: | 28 |

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Tema som jeg har valgt for min bachelor oppgave er basert på faglig interesse, og erfaringer i jobb og praksis. Trykksår, liggesår, dekubitus etc. er en tilstand som er et økende problem, spesielt for sengeliggende/immobiler pasienter. Det er forskjellige grader ved et trykksår, men etter mine erfaringer er det lettere å forebygge enn å behandle, spesielt hos en pasient som er sengeliggende og bor hjemme. Flere eldre mennesker ønsker i dag å bo hjemme lengre og lengre. Manglende sykehjems plasser, bedre hjemmehjelp, ønske om å dø i kjente omgivelser gjør at dette er mulig. Det betyr mer sengeliggende pasienter i hjemmetjenesten. Ut i fra studier og teori er det forebyggende arbeidet sentralt i sykepleierutdanningen, men er det like aktuelt ute i arbeidslivet og praksis? Ut i fra erfaringer fra arbeidsplassen og praksis er ikke det daglige forebyggende arbeide noe som ligger sentralt. Ut i fra praksis og erfaringer er trykksår noe som fanget min oppmerksomhet. Dette er noe jeg vil øke min kunnskap om og forbedre min yrkesutøvelse. Min problemstilling er:

”Hvordan forebygge trykksår hos immobiler pasienter med hjemmetjeneste?”

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Jeg ønsker å rette min problemstilling mot sengeliggende/immobiler pasienter som har hjemmetjeneste og hvordan jeg som sykepleier kan forebygge trykksår hos utsatte pasienter. Jeg vil fokusere på eldre pasienter som for det meste er sengeliggende evt oppe i rullestol noen få timer om dagen. For at ikke oppgaven skal bli for omfattende velger jeg å se bort fra sårstell og medisinsk behandling. Jeg vil se nærmere på ulike hjelpemidler og faktorer.

1.3 Definisjon av begreper i problemstilling

Forebyggende arbeid vil si å forhindre en forverring av de sykdommene og skadene pasientene allerede har (Birkeland og Flovik, 2012, s. 34).

Langøen og Gürgen (2012, s. 281) definerer dekubitus, også kalt for trykksår, som misfarget hud eller sår dannelse som er forårsaket av trykk, friksjon eller forskyvning av vevet, og som ikke er forsvunnet 30 minutter etter at trykket er opphevet. Lindholm (2012, s. 162) definerer trykksår som avgrenset skade på huden eller underliggende vev som vanligvis forekommer over beinframspring, som et resultat av trykk.

Birkeland og Flovik (2012, s. 38) beskriver hjemmetjenesten som helsehjelp i pasientens hjem. Hjemmesykepleie har som fagområde som utøves i skjæringspunkt mellom det ”daglig livet i hjemmet” og offentlig tjenesteyting.

Sengeleie og immobilisering innebærer store bevegelsesbegrensninger. Muskulaturen får redusert kontraktilitet og funksjon (Lerdal og Grov, 2011, s. 642)

2.0 Teoretisk perspektiv

I dette kapitlet vil det bli gjennomgang av sykepleieteoretisk perspektiv, Virginia Henderson. Gjennomgang av decubitus og forebygging. Til slutt er det kapittel om hjemmetjenesten i forhold til forebygging.

2.1 Sykepleiefaglig perspektiv

Virginia Henderson (1897 – 1996) er en sykepleier og en teoretiker som hadde en teori som fremdeles er aktuell i dag. Henderson mente at sykepleierens funksjon er å hjelpe pasienten om det er sykt eller friskt. At vi skal hjelpe pasienten slik pasienten ville gjort det selv. I en utførelse slik pasienten hadde gjort det om han hadde hatt tilstrekkelig krefter, vilje og kunnskap (Henderson, 1997, s. 9).

Henderson er berømt for sine 14 punkter av generelle sykepleie prinsipper. Av disse 14 punkter er 2 punkter veldig aktuell for min problemstilling (Henderson, 1997, s. 27):

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

Sykepleieren må kjenne prinsipper for stillingsfysiologi, korrekte leier og støtteanordninger. Sykepleieren må kunne legge et menneske til rette i sengen slik at kroppen hviler i god stilling, og får den støtten den trenger. En sykepleiere må også undervise andre i hvordan de skal skifte leie på pasienten. Det er vanligvis regnet som et kriterium på pleiekvalitet at sykepleieren kan klare å forebygge liggesår hos langvarig sengeliggende syke ved hyppig leieforandring og renslighet (Henderson, 1997, s. 38).

8. Å hjelpe pasienten å holde kroppen ren og velstelt og å beskytte huden.

I stellet er det en mulighet for å observere huden, samt pasienten føler seg velvære, vil det også gå utover den psykiske innstillingen. Det er en mulighet for dialog med pasienten privat og i rolige omgivelser. Dette kan også være en form for aktivitet i hverdagen (Henderson, 1997, s. 45).

2.2 Dekubitus

Dekubitus er en komplikasjon som kan oppstå i forbindelse med sykdom, behandling eller pleie, og kan føre til fysiske og psykososiale konsekvenser hos den eldre. Sykepleiere bruker mye tid på å behandle dem, og helsetjenesten blir belastet med store økonomisk belastninger (Lindholm, 2012, s. 162)

Det er vanlig å dele trykksår inn i grader etter EPUAP/NPAUP klassifikasjoner (EPUAP, 2014):

1. Rødhet. Huden er intakt, men har rødhet som ikke blekner ved trykk. Området kan være varmere, kaldere, smertefullt, fast eller bløtt sammenlignet med huden omkring området.
2. Delvis tap av dermis. Ser ut som et overflatisk åpent sår med rosa eller rød sår bunn. Blemmer kan forekomme.
3. Tap av hele hudlaget. Subkutant fett kan være synlig. Dødt vev kan forekomme og kan inkludere tunneldannelse.
4. Tap av alle vevs lag. Tap av vev med synlig eller følbart bein, sener eller muskulatur. Dødt vev eller sårskorpe kan forekomme. Ofte tunneldannelse.

2.2.1 Hvordan utvikles dekubitus?

Trykk eller drag fører til iskemi, som fører til en inflammatorisk reaksjon som så skaper dekubitus. Dersom blodtilførselen til et område på kroppen avstenges i to timer, vil det danne seg en rød flekk på det aktuelle området. Hvis en trykker å flekken med tommelen, og området der tommelen var, blir hvitt, foreligger det en reaktiv hyperemi. Hudområdet har da vært iskemisk, som da starter prosessen med økt blodforsyning. Varer trykket over lengre tid, skapes det større inflammatorisk reaksjon. Ødemet blir større, inflammasjonen sterkere, og det kommer en økning av frie oksygenradikaler (Langøen og Gürgen, 2012, s. 281).

Dekubitus skyldes at trykket fra underlaget mot huden er høyere enn blodtrykket i de perifere arteriolene, eller at arteriolene klemmes sammen som følge av at huden forskyves i forhold til fascier og muskler (drag). Et slikt drag er typiske for pasienter som settes opp i sengen, og sklir sakte ned. Blodforsyning hindres og hudområdet forskyves. Drag er oftest ansvarlig for grad 1 og 2, mens trykk er en vel så viktig faktor ved grad 3 og 4 (Langøen og Gürgen, 2012, s. 184)

Lindholm (2012, s. 174-175) skriver at hvilket trykk som skal til for at trykksår skal oppstå hos den enkelte, beror på kraften i trykket og på hvor lang tid vevet utsettes for trykk. Trykk i kombinasjon med forskyvning er den viktigste årsaken til vevskade. Når det oppstår trykk eller skyvekrefter aktiveres koaguleringsmekanismer. Trombocytter som tilstopper blodkarene, samler seg opp og kan gi iskemisk nekrose. Epidermis kan forbli intakt i flere dager, før den brister og avslører det faktiske omfanget av vevsskaden.

2.2.2 Risikofaktorer

Risikovurdering anbefales først og fremst for sengeliggende, rullestolbrukere og eller svært syke pasienter. Dessuten bør pasienter med lammelser, nedsatt følesans også vurderes. Alle pasienter i risiko sonen bør vurderes i det første møte med hjemmetjenesten (Lindholm, 2013, s. 173).

Drag og trykk er risikofaktorer for å utvikle trykksår. Hos en alvorlig syk person kan svært korte episoder av trykk gi en skade, mens andre pasienter kan stå imot en slik episode selv om en rekke risikofaktorer er til stede. Friksjonsskade er også en risikofaktor i følge Lindholm (2013, s. 177). Friksjonsskade innebærer at huden skrapes av mot underlaget. Motstanden mellom en overflate og en annen overflate som for eksempel overhælene og albuene. Det er økt risiko for friksjon når pasienten slepes i sengen i stedet for å løftes. Risikoen øker ytterlig når pasienten er inkontinent og huden er fuktig.

Langøen og Gürgen (2012, s. 285) skriver om Nortons skala som har vært brukt en del i Skandinavia. En skal maksimalt skåre 20 poeng. Pasienter med totalskår under 14 har risiko for å utvikle trykksår (vedlegg I).

Lindholm (2013, s. 170) skriver om at enkelte faktorer vurderes som spesielt viktige og at de er samlet i ulike vurderingsinstrumenter. I årenes løp er det utarbeidet en rekke slike instrumenter, for eksempel Brandenskala, modifiserte Nortonskala. Generelt ansees risikovurderingsinstrumenter oftest som overfølsomme, det vil si at de forutsier flere risikoer for trykksår enn antall trykksår som faktisk oppstår. Det er imidlertid klart at regelmessig bruk av slik vurderingsinstrumenter fører til bevisstgjøring omkring ulike risikofaktorer, og at de vesentlig grad bidrar til bedre dokumentasjon.

2.3 Forebygging

Forebyggende og helsefremmede arbeid kan ha avgjørende betydning for å opprettholde helse, funksjon og livskvalitet hos gamle mennesker. Sykepleieren har ansvar i å jobbe i et tverrfaglig samarbeid. Slik at pasienten kan oppnå best mulig livskvalitet (Ranhoff, 2008, s. 147)

Rijswijk og Beitz (2005) skriver om at trykksårforebygging retter seg mot flere områder og bekymring. Teorien foreslår at tiltak rettet mot å redusere risikofaktorer kan bidra til å forhindre mange sår og redusere alvorlighetsgraden av de som forekommer. Trykksårforebygging begynner med en omfattende risikovurdering, etterfulgt av en plan for omsorg med tilhørende tiltak. Optimale strategier inkluderer: vurdering av risikofaktorer, hudinspeksjon, god grunnleggende hudpleie og tidlig behandling om nødvendig. Også evaluering og gjennomføring samt opplæring av pasienter og alle omsorgspersoner er optimalt.

Lindholm (2012, s. 188) skriver at alle immobile pasienter i risikozonen skal ha et snuskjema og snus regelmessig, og de skal alltid ha trykkutjevne eller trykkavlastende madrass. Det er mange veier å gå i forhold til hjelpemidler.

Forebygging av decubitus dreier seg primært om å avlaste trykk. Når det foreligger risiko for utvikling av decubitus, skal det iverksettes tiltak. Vi vil se nærmere på to forskjellige trykkavlastende grupper: manuelle metoder og madrasser (Langøen og Gürgen, 2012, s. 286):

2.3.1 Manuelle metoder

Halebeinet, hoftebeinet og hælbeinet er de tre mest utsatte stedene hos sengeliggende pasienter. Derfor er det med stor betydning å få avlaste disse stedene. Friksjon kan unngås ved at en løfter pasientene godt opp fra seng ved forflytning, slik at hælene eller sittemusklene ikke skrubber ned i madrassen. Å legge pasienten i 30 graders sideleie er det beste alternativet (Langøen og Gürgen, 2012, s. 287). Lindholm (2013, s. 181) skriver om at det er også viktig at huden er ren og tørr. Huden bør beskyttes for irriterende stoffer som for eksempel urin og avføring. Massasje har også vært et omdiskuterte emne, huden bør pleies og kroppskontakt formidles gjennom myk helhåndsmassasje med fuktighetsbevarende krem.

Lindholm (2012, s. 184-185) skriver også om 30 graders sideleie reduserer trykket sammenliknet med flatt ryggpleie. Ved 30 graders sideleie kan trykkavlastningen noen ganger bli så god at pasienten bare trenger leieendring hver fjerde time. Lindholm (2012, s. 196) skriver om forflytningsteknikk. Ved forflytning tar en hensyn til pasientens forutsetninger og

muligheter ut ifra diagnose og funksjon. For helsepersonell er risiko for ryggskadet høy dersom de ikke lærer seg korrekt teknikk. Utgangspunktet er at pasienten forflytter seg selv slik det er naturlig for et menneske å bevege seg. Er ikke pasienten i stand til det, finnes det hjelpemidler. Undervisningsprogram bør oppdateres regelmessig og bygge på den best tilgjengelige kunnskap. Det skal omfatte forebygging og behandling, og være tilgjengelig for all helsepersonell, pasienter og pårørende.

2.3.2 Madrasser

Lindholm (2012, s. 187) skriver om at valg av trykkutjevne eller trykkavlastende materialer er det mange faktorer som må vurderes i tillegg til selve trykksårforebygging, som for eksempel kostnad, pasientkomfort etc.

Det er flere madrass typer å velge mellom. I hjemmetjeneste hos sengeliggende pasienter er det madrasser med statisk luft, pulserende luft (i samarbeid med lokal hjelpemiddelsentral) som er aktuelle i følge Langøen og Gürgen (2012, s. 289). Videre forklares de forskjellige typene madrassene:

Statisk luft vil si at dette er i utgangspunktet vanlige luftmadrasser. Madrassene er laget av gummi som er utformet som totter. Madrassene er effektive, motvirker friksjon og fuktighet. Madrassen er dyr i innkjøp og vanskelig å bruke i forhold til å pumpe dem opp og at den plasseres riktig. Luftmadrasser med lange totter er anbefalt for pasienter med høy risiko for trykksår imens korte tottet er mer gunstig for pasienter med lav eller middels risiko for trykksår. Lindholm (2012, s.186) mener at statisk luft er madrasser til lav til middels høy risiko for trykksår.

Pulserende luft kalles også for vekseltrykksmadrasser. Madrassene gir fra brukbar til meget god trykkavlastning, alt etter hvilken type som velges. De er enkle å holde rene, og har justeringsmuligheter. Ulemper kan være lekkasje, dyre i innkjøp, krever mye vedlikehold og motoren gir en del støy (Langøen og Gürgen, 2012, s. 290).

2.3.3 Ernæring

Rijswijk og Beitz (2005) skriver om at ernæringsstatus vurdering er viktige faktorer for å forebygge trykksår og forebyggende helsearbeid. Andres studier viser resultater til at det er sterke assosiasjoner mellom ernæringsmessige mangler og utvikling av trykksår.

Ernæringsmessige faktorer som bidrar til hudskader er: redusert kaloriinntak, proteinmangel, anemi, dehydrering og økt blodsukker nivå. Vitamin C og A har visst seg å spille en viktig rolle innen trykksår forebygging.

For lite energitilførsel av protein, karbohydrater eller fett eller mangelfull utnyttelse av næringsstoffene, viser seg ved tap av muskelmasse. Underhudens fettlag forsvinner, muskelkraften nedsettes. Vitamin C og B1 og mineraler som fosfat, kalium, magnesium og sink er viktige i sårhelingen. Mangel på disse stoffene fører til at sår gror langsommere og dårligere. Det oppstår lett trykksår, sprekker i huden og negleforandringer. Underernæring kan føre til nedsatt infeksjonsmotstand fordi immunsystemet svekkes. Det oppstår lett infeksjoner og økt bruk av antibiotika (Sortland, 2008, s. 189-190).

En kombinasjon av immobilitet, tap av kroppsmasse og nedsatt immunforsvar øker i følge studier, trykksår med 74% skriver Lindholm (2012, s. 182). Næringstilskudd kan være nødvendig for sårheling ved trykksår og er også en del av mange retningslinjer for forebygging og behandling av trykksår. Proteinmangel hemmer fibroblastdannelse, nydannelse av blodkar, nydannelse av kollagen og sårheling. En næringsdrikk som er utviklet for å fylle behovene ved trykksår og vanskelig helende sår, er beriket med energiprotein og arginin, med vitamin E og C og med sink.

2.4 Hjemmetjenesten

Samhandlingsreformen (St.meld. nr 47 , 2009) legger vekt på at i årene fremover kommer den såkalte ”eldrebølgen”. Det vil si flere eldre med kroniske og sammensatte sykdommer som kols, diabetes, demens etc. Helsetjenesten skal i størst mulig grad løses i kommunene. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostisering, behandling og oppfølging slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå.

Forebygging og helsefremming er en viktig og integrert del av utøvelsen av sykepleie i hjemmet. Der hvor de fleste pasientene har kroniske lidelser, vil det forbyggende arbeidet være konsentrert om å forhindre en forverring av de sykdommene eller skadene pasientene allerede har (Birkeland og Flovik, 2012, s. 34).

Både sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven pålegger kommunen et ansvar å drive forebyggende arbeid. Sykepleiere i hjemmetjenesten er en sentral rolle i dette arbeidet. For å kunne utføre forebyggende arbeid, må sykepleierne ha kunnskaper om de enkelte tilstander og om hvordan de best skal forebygges. I forebyggende helsearbeid er det ikke slik at den gamle nødvendigvis oppsøker helsevesenet med forespørsel om forebyggende tiltak.

Det er derfor viktig å organisere systemer som fanger opp de som vil ha nytte av forebyggende tiltak, og sette disse tiltakene i verk. Sykepleieren og fastlegen har viktige roller når det gjelder å vurdere risiko og identifisere problemer før de utvikler seg til alvorlig tilstander (Ranhoff, 2008, s. 144)

Ranhoff (2008, s. 147) skriver videre om at det forebyggende aspektet er særlig viktig i hjemmesykepleien. I den gamles hjem har sykepleieren en unik mulighet til å kartlegge risikofaktorer og ressurser. Sykepleieren har en unik mulighet til å påvirke både pasienten selv og miljøfaktorer.

Langøen (2012, s. 133) skriver om organisering av sår behandling. Hvordan det i noen kommuner er fritt frem for hver ansatt i hjemmesykepleien til å starte opp og endre behandling. Mens andre kommuner har egne kontaktsykepleiere som styrer behandling. Etter egne erfaringer gjennom praksis og jobb er det ikke bare kommunene som gjør forskjell, men også forskjellig hjemmetjeneste soner i samme kommune. Langøen (2012, s. 131 – 132) skriver om behovet for at ansatte i hjemmetjenesten må lære seg det avanserte utstyret, og øke kunnskapen om de forskjellige forebyggende arbeidet. Hvis ikke oppgavene og utgiftene skal vokse ubegrenset, må vi lære å bruke virkemidlene riktig.

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Metode defineres som læren om de vektøyene som kan benyttes for å samle inn informasjon. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålene på en faglig måte (Dalland, 2008, s. 83).

Dalland (2008, s. 84) skriver videre om ulike metoder. Vi skiller mellom kvantitative og kvalitative metoder. Begge metodene bidrar til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper handler og samhandler. Ordet kvalitet viser egenskapene eller karaktertrekkene ved fenomener. De kvalitative metodene tar i større grad sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Kvantitative ser mer på årsakssammenhenger. Ikke fokus på enkelt individ men hva som er felles for mange. Forme informasjonen om til målbare enheter som i sin tur gir oss muligheter til å forta regneoperasjoner, som det å finne gjennomsnitt og presenter av en større mengde.

3.2 Litteraturstudie som metode

Denne studien er en litteraturstudie. Olsson og Sörensen (2006, s. 91) beskriver litteraturstudier som en informasjonskilde. En studie der en samler inn data, til det tema en ønsker. Litteraturdata kan hentes fra vitenskapelig artikler eller andre relevante vitenskapelige rapporter. I drøftingsdelen setter man inn teori samt vitenskaplige artikler i dialog med hverandre. Forsberg og Wengström (2013, s. 25 og 31) definerer litteraturstudie som en forskningsoversikt eller litteraturgjennomgang. I en allmenn litteraturstudie beskrives og analyseres valgte verdier, satt sammen på et systematisk vis. I en litteraturstudie skal en blant annet ha med en problemstilling, formulere en plan for litteraturstudiets forløp, finne saklige søkeord og søkestrategi, kritisk vurdere kvalitet på annen litteratur og til slutt analysere og drøfte resultatet.

3.3 Søkeprosessen

Jeg valgte å gå inn i søkebasen Cinahl der jeg er bedre kjent fra tidligere oppgaver. Jeg valgte først å søke på selve ord i selve problemstillingen. ”Decubitus” og ”preventing” men fikk ikke noen relevante artikler og søkeresultatene var for mange. Jeg fikk dermed tips fra andre artikler om søkeord. Da søkte jeg på ”pressure ulcer”, ”prevention*” og ”home nursing*”. Jeg brukte * for å få flere ord med samme betydning i søkeprosessen. Da fikk jeg et treff på 319 treff. Jeg forandret på utgivelsesdatoen fra 2008 til dags dato og da kom det opp med 128 treff. Fra disse resultatene kom jeg frem til artikkelen ”Protocols or pressure ulcer prevention: are they evidence – based?” (2010) . Jeg følte fremdeles at resultatene var for mange og det var en del artikler som var i forhold til sykehjem. Søkte i tillegg på ”Not nursing home” og fikk 13 treff. Valgte fra de resultatene artikkelen ”Factors of importance to the development of pressure ulcer in the care the care trajectory perceptions of hospital and community care nurses” (2010).

Etter å gått gjennom flere artikler fant jeg forfatter navn som gikk igjen. Vanderwee var blant disse. Jeg skiftet søkebasen til forfatter å søkte på Vanderwee og fra utgivelsesdato fra 2008 til dags dato og fikk opp 36 treff. Av disse treffene kom jeg frem til ”Effectivness of turning with unequal time intervals on the incidence of pressure ulcer” (2007). Jeg valgte også ut ” Knowledge and attitudes of nurses on pressure ulcer prevention” (2011). Etter å skrevet om de ulike artiklene følte jeg at jeg savnet en artikkel i forhold til hjemmetjenesten og forebygging. Jeg gikk da tilbake til Cinhal å søkte på ”pressure ulcer prevention” og ”community health”. Siste utgivelsesdato fra 2008. Da fikk jeg 57 artikler og valgte ”Pressure ulcers in home care settings: is it overlooked?”.

3.4 Kildekritikk og metodekritikk

Oppgaveskrivning krever mer enn bare pensumlitteratur. Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Vurdere og karakterisere de kildene som benyttes. Kildekritikk er et samlebegrep for metoder brukt for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner. Hensikten ved kildekritikk er å gi leseren del i de refleksjonene enn har gjort seg om hvilke relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen. Har det vært vanskelig eller lett å finne litteratur? Vi kan dele kildekritikken i to sider (Dalland, 2008, s.68):

Den første handler om hjelp til å finne frem til den litteraturen som best mulig kan belyse din problemstillingen. Det vi kaller kildesøking eller litteratursøking (Dalland, 2008,s. 68). Jeg visste egentlig tidlige i prosessen var slags tema som jeg skulle bruke for min bachelor, men ved å finne de rette søkeordene, måtte jeg benytte meg av hjelp av andre søkeord i andre artikler. Forebygging av trykksår er et tema som ikke er vanskelig å finne forskning ved. Problemet var å finne de rette artiklene som belyste min problemstilling i forhold til hjemmetjenesten og forebygging.

Den andre handler om å gjøre rede for den litteraturen du har anvendt i oppgaven din (Dalland,2008,s.68). I drøftings delen skal litteraturen i oppgaven settes på ”prøve” får å hele tiden belyse din problemstillingen. Litteratur som sier det samme, eller som kanskje sier det motsatt. Er det noe kritikk mot den ene kilden eller er den andre mer til å stole på?

Dalland (2008, s. 71) skrive hvordan vi skal vurdere de teoriene og forskningsresultatene vi har funnet, lar seg bruke til å beskrive vår problemstilling. Det innebærer å mene noe om i hvilken grad teori og forskningsresultater fra en sammenheng lar seg overføre til vår egen problemstilling. Er litteraturen oppdatert? Er fagstoff og pensum en sekundærlitteratur? Det betyr at teksten er bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelig forfatteren.

Grunnlaget for å utøve kildekritikk er kunnskap. Du må kunne det du skriver om. Det vil si at du i tillegg til å være fortrolig med pensum må kjenne godt tilleggslitteraturen du benytter (Dalland, 2008, s. 75).

3.5 Etikk

Etikken dreier seg om normene for riktig og god livsførsel. Stilt overfor vanskelige avgjørelser i livet skal etikken gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler. Det er ikke slik at dagliglivet har en type etikk og forskning en annen (Dalland, 2008 s. 234).

Dalland (2008,s. 235) forsetter med at forskningens mål om å vinne ny kunnskap og innsikt må ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. Når etikk blir diskutert i tilknytning til forsøk med mennesker, konkluderer Hovedkomiteen for norsk forskning (1981) at slik forskning må skje i overensstemmelse med bestemte retningslinjer for hva som er akseptabelt. De viktigste retningslinjene er Nürnbergkoden og Helsinkideklarasjonen.

Nürnbergkoden står for at en kan ikke løpe fra sitt personlige ansvar for sine egne handlinger ved å påberope seg ordre eller instruks. Helsinkideklarasjonen legger vekt på at hensynet til forsøkspersonenes helse og integritet må gå foran hensynet til forskning og samfunn (Dalland, 2008 s. 237).

Forsberg og Wengström (2013, s.77) skriver om viktige spørsmål ang forskningsetikken: anonymitet, taushetsplikt, frivillig samtykke og formidling av resultatene. En bør velge artikler som har fått godkjenning fra etisk komité eller som har gjort etiske overveielser. En skal også presentere alle resultater som kommer frem, både de som støtter og ikke støtter det som forskes på.

Som et kriterie for mine forskningsartikler har jeg kun valgt de som står at de har blitt godkjent av etiske komiteer. For mine egne etiske vurderinger i denne oppgaven skriver jeg kilder etter retningslinjer som Høgskolen Stord/Haugesund pålegger sine studenter. Slik at jeg ikke ta på meg æren for andres oppgaver.

4.0 Resultat

4.1 Oppsummering av hovedfunn

I studien til Athlin, Idvall, Jernfält og Johansson (2010) kom de frem til at sykepleierne hadde tilstrekkelig kunnskap om forebygging av trykksår, men manglende utstyr og den individuelle oppfølgingen, samt at samarbeidet med ledelsen og organisasjonen har mislykkes. I studien til Vanderwee, Grypdonck, Bacquer og Defloor (2007) viste de frem til at repositionering vekselvis i sideleie og liggende stilling på en trykkreduserende madrass, ikke fører til færre trykksår, i sammenligning med repositionering hver 4 time. I studien til Chaves, Grypdonck og Defloor (2010) kom de også frem til at forebygging av trykksår er noe som trenger oppmerksomheten til i hjemmetjenesten. Manglende dokumentasjon og kunnskap viser et behov for økt kunnskap og forbedring av dokumentasjon etter nasjonale standarder. I studien til Beeckman, Feloor, Schoonhoves og Vanderwee (2011) var resultatet at en gjennomsnittlig måling som scoret 49,7% på kunnskap og 71,3% på holdning. Kunnskapene til sykepleierne i belgisk sykehus om forebygging av trykksår er utilstrekkelig. Holdninger til sykepleierne angående forebygging er veldig positivt. I studien til Asimus og Li (2011) kom det frem til at 40,8% utviklet sår under omsorg av hjemmetjenesten. 35,4% av pasientene var klassifisering av høy risiko av utvikling av trykksår. 69 stk av pasientene trengte regelmessig hjelp til å sitte eller vendes, flertall av disse hadde ikke snuregime.

4.2 Presentasjon av vitenskapelig artikler

Artikkel 1. *Factors of importance to the development of pressure ulcer in the care trajectory: perceptions of hospital and community care nurses.* Athlin, Idvall, Jernfält og Johansson (2010).

Dette er en svensk kvalitativ studie fra 2010. Studien tar for seg 16 sykepleier fra sykehus, og 14 sykepleiere fra hjemmesykepleien til intervju. Sykepleierne hadde kriterier som å måtte ha vært i arbeid i 5 år, og de siste 6 månedene vært i kontakt med trykksår. Intervjuet hadde et kvalitative design. Intervjuene varte ca en time, og ble tatt opp på bånd og etterpå skrevet ned ordrett. Andre studier har forsket på hva trykksår er, hvor ofte de kommer, risikofaktorer, forebygging etc. Men Athlin (et al.) og andre studier har notert seg at selv om sykepleierne

har kunnskapen, så blir ikke den daglige forebyggingen gjort. Dette kan være grunnet begrenset tid eller dårlig organisering.

Funn fra denne artikkelen var at sykepleieren hadde tilstrekkelig kunnskap om forebygging av trykksår. Det ble vurdert faktorer som involverte helsevesenet, helsepersonellet og den individuelle oppfølgingen og forståelse av pasienten. Samarbeide med ledelsen, organisasjoner etc. har mislykkes. Også faktorer på individuell pleie som psykisk tilstand, pasientenes deltakelse og forståelse, og hvor de fikk pleie.

Artikkel 2. *Effectiveness of turning with unequal time intervals on the incidence of pressure ulcer lesions.* Vanderwee, Grypdonck, Bacquer og Defloor (2007)

Dette er en kvantitativ studie fra 2007. Reposisjonering er allment anerkjent som effektiv forebygging av trykksår. Nesten ingen forskning har blitt utført hittil på den nødvendig vende frekvensen for å hindre trykksår. I denne studien ble 235 pasienter som fulgte kriteriene valgt ut. Pasientene ble delt i to grupper. 133 pasienter (kontrollgruppen) la seg først i Fowlers leie i 4 timer, så 4 timer i sideleie osv. Den andre gruppen på 122 pasienter skulle ligge 4. Timer i Fowlers leie med 30 graders hode og beinleie, og så 2 timer i venstresidig sideleie, og deretter tilbake til Fowlers leie i 4. Timer og så 2. Timer høyresidig sideleie osv.

Resultatene av denne studien gir bevis på at reposisjonering vekselvis i sideleie og liggende stilling på en trykkreduserende madrass ikke fører til færre trykksår i sammenligning med reposisjonering hver 4 time. En 30 grader posisjons pute kan være løsning på å oppnå en mer stabil og komfortabel sidestilling.

Artikkel 3. *Protocols or pressure ulcer prevention: are they evidence – based.* Chaves, Grypdonck og Defloor (2010)

Dette er en kvantitativ studie fra 2010. Det er forsket svært like på om de forskjellige arbeidsplassene følger opp forebyggende arbeid mot trykksår. I 2008 ble 24 hjemmetjeneste organisasjoner i Nederland evaluert. En sjekkliste ble utviklet og evaluert. I denne studie ble disse organisasjonene evaluert på nytt. Selv om forskningen i 2008 og til tross for nye retningslinjer i 2002, har flere fremdeles ikke fullt skikkelig opp når det gjelder forebygging.

Resultatet av denne studien er at de 24 organisasjonen som deltok ble den gjennomsnittlig beregnet at de scoret kvalitet på 63*38 av max 100. Viktigheten av å observere huden på trykkipunkter minst en gang om dagen ble vektlagt 75%. Kun 42% advarte riktig mot bruk av

materialer som var ”mindre effektive eller som potensielt føre til skade”. Forebygging av trykksår er noe som trenger oppmerksomhet i hjemmetjenesten. Manglende dokumentasjon og kunnskap viser et behov for økt kunnskap og forbedring av dokumentasjon etter nasjonale standarder.

Artikkel 4. Knowledge and attitudes of nurses on pressure ulcer prevention. Beeckman, Feloor, Schoonhoves og Vanderwee (2011)

Dette er en kvantitativ studie fra 2011. Kunnskapsbaserte retningslinjer for trykksår forebygging har blitt utviklet og markedsført av ulike organisasjoner. Negativ holdning og mangel på kunnskap kan fungere som barriere for å bruke retningslinjer i klinisk praksis. Målet ved denne studien er å studere kunnskap og holdning til sykepleiere om trykksår forebygging, i belgisk sykehus å utforske sammenhengen mellom kunnskap, holdning og anvendelse av god forebygging.

Resultatet av denne studien visste en gjennomsnittlig måling som scoret 49,7% i kunnskap og 71,3% på holdning. Kunnskapene til sykepleierne i belgisk sykehus om forebygging av trykksår er utilstrekkelig. Holdningene til sykepleierne om trykksår er på det beste for å forebygge.

Artikkel 5. Pressure ulcers in home care settings: is it overlooked? Asimus og Li (2011)

Dette er en kvantitativ studie fra 2011. Hyppigheten av trykksår hos pasienter som bor hjemme er ikke godt definert. For å kartlegge omfanget av dette økende problemet, ble det gjennomført en overvåking i 2009 av 45 kommunehelsetjenester over hele Hunter New England området. 796 tilfeldigvalgte pasienter som hadde hjemmetjeneste ble valgt ut. Målene for denne studien var å identifisere forekomsten av trykksår hos pasienter som bor hjemme. Undersøke nivået av trykksår forebygging og undersøke tilgjengeligheten av hjelpemidler og dokumentasjon.

Resultatet av denne studien var at 40,8% utviklet sår under omsorg av hjemmetjenesten. 35,4% av pasientene var klassifiseringen av høy risiko for utvikling av trykksår. 69 stk av pasientene trengte regelmessig hjelp til å sitte eller vendes, flertall av disse hadde ikke snuregime. Risikofaktorer for trykksår identifiseres i denne studien med økende alder, dårlig mobilitet og tidelig utskrivning fra sykehuset. I tillegg har denne studien avdekket at det ikke blir gjort noen risikovurdering, og det er dårlig tilgjengelighet for utstyr.

5.0 Drøfting

5.1 Helsepersonellets kunnskap og holdning om forebygging

Kunnskapene om hvordan forebygge trykksår er for dårlig blant helsepersonell.

Helsepersonell vet generelt sett for lite om trykksår, hvordan det oppstår, hvordan en kan forebygge etc. Holdningen er bra, viljen til å lære er tilstede. Men ved begrenset tid i hjemmetjenesten hos brukerne, for lite personell og ofte bruk av studenter, gjør det til at kunnskap og holdning er begrenset.

I studien til Beechman (et.al, 2011) fant de en måling på at halvparten hadde tilstrekkelig kunnskap om forebygging av trykksår. Men tre fjerdedeler hadde en positiv holdning til å forebygge. Sykepleiere som hadde ekstra opplæring i trykksår forebygging, viste en høyere kunnskapsscore enn sykepleiere som ikke hadde deltatt i noen ekstra opplæring. Bare 26% visste at trykksår ble forårsaket av mangel på oksygen i vevet. Resultatet viste at kunnskapen om trykksår forebygging var for dårlig. Denne studien belyste bekymringer om sykepleieres kunnskaper om forebygging. Hos mindre enn en fjerdedel av sykepleierne ble det observert et ønskelig nivå av kunnskap. Sykepleiere som hadde fått noen formell opplæring i trykksårs forebygging gjorde ikke noen betydelig forskjell. På den andre siden skriver Beechman (et.al, 2011) at utdanning er nødvendig for å øke kunnskapen. Mer høyt utdannede sykepleiere skåret signifikant høyere i kunnskaps scoren enn de med lavere utdanningsnivå.

I studien til Chaves (et.al., 2010) ble resultatene at forbedring er fortsatt nødvendig i både tilgjengelighet og nye retningslinjer i nederlandske hjemmetjeneste soner. 6 av 34 soner hadde ikke oppdatert sine retningslinjer siden den siste studien. 4 hadde ikke retningslinjer. Hvert 6. sone hadde ikke oppdatert seg på de 6 siste årene. Flere forskere har utforsket bruken av retningslinjer. På grunnlag av Hutchinson og Johnston (2005) skriver, så er ikke retningslinjene tilgjengelig for sykepleiere i det daglige arbeidet. Det er dårlige fasiliteter for gjennomføring, og mangel på tid til lesing og gjennomføring.

Athlin (et.al, 2010) hevder også at til tross for positive holdninger ang forebygging, mener et flertall av sykepleierne at trykksårs forebygging er lav prioritert i det daglige arbeidet. De fleste informantene viste teoretisk kunnskap om hvordan forebygge og behandle. Derimot viste informantene ganske ureflekterte holdning til trykksår. Kunnskapen til sykepleierne er ofte utdatert eller utilstrekkelig. Sykepleierne selv uttrykte at noe helsepersonell med lavere

utdanningsnivå, ofte manglet kunnskap om organisering og ansvar i helsevesenet, som sykepleierne understreket, kan føre til problemer i arbeidet mot trykksår. Alle sykepleierne var klar over betydningen av trykkavlastende hjelpemidler og at tilgjengeligheten av slikt utstyr var bra. De fleste av sykepleierne hevdet også at de hadde godt med utstyr, dokumentasjon og risikovurdering, men for at dokumentasjon og risikovurdering ikke alltid ble gjort pga mangel på tid. Et bemerkelsesverdig, men ikke overraskende funn, var at sykepleierne så på sår som et lav status arbeid. Sperrer som finnes for å hindre økt kunnskap og positive holdning er ofte mangel på tid og personell.

Slik som Beechman (et.al, 2011) sier må kunnskapen økes. Når kun 26% vet hvordan det oppstår trykksår, hvordan kan de da vite hvordan de skal forebygge det? Holdningen til å lære mer er der, men slik som det alltid har vært, er det mangel på tid og ressurser (Beechman, 2011). Hva kan gjøres for å endre dette? Jeg har vært i hjemmetjeneste i praksis et annet sted enn der jeg jobber. Og der fungerte sår behandling på en helt annen måte. Sykepleierne blir oppfordret til å ta ekstra utdanning. Der var det flere sår sykepleiere på jobb. De kunne svare på spørsmål fra annet helsepersonell. Og forebygging kom helt naturlig i den travle arbeidsdagen. Fagansvarlig hadde organisert alle sårprosedyrene, kjørte selv rundt å sjekket at alt som var av utstyr og ressurser var på plass. Her snakker vi om å dele ansvar, og å planlegge tiden godt. Der jeg jobber nå er det helt annerledes. Vi har en sårsykepleier som nettopp har begynt å gå fire dager i uken istedenfor to. Ingen andre sykepleiere har sår som ekstra utdanning. Ingen oppfordringer om ekstra utdanning. Hvis vi evt snakker om det, så ender det alltid om med der ikke er tid. Ofte hos sår brukere mangler det utstyr. Sår prosedyrene er heller ikke oppdaterte.

For det første er det viktig å øke kunnskapen via utdanning eller opplæring. Ved å øke kunnskapen vil sykepleierne også øke motivasjonen og viljen til å legge inn tiltak i hverdagen. For å kunne se det hele sykdoms "bilde" må en ha den nødvendige kunnskapen. Og ved å øke kunnskapen er det lettere å stille spørsmål, og /eller vite hvilke svar en skal gi. Og dette vil øke motivasjonen til å forsette.

For det andre er det også som tidligere nevnt en av Hendersons sine punkter (kap 2., s.5) at sykepleierne må kjenne prinsipper for stillingsfysiologi, korrekt leie og støtteanordninger. En sykepleier må også undervise andre i hvordan de skal skifte leie på pasienten.

Med grunnlag i Beechman (et.al, 2011), Chaves (et.al., 2010) og Athlin (et.al.,2010) sine artikler er det viktig å øke kunnskap om forebygging i det daglige arbeide. Å kunne ha tid til

å oppdatere seg selv og de ulike retningslinjer, samt oppdatere tiltak til pasienten. Det er ingen nyhet at sykepleierne står foran et stort press på jobb, der tid og ressurser ikke finnes.

5.2 Risikofaktorer

Det er en stor sykepleiefaglig utfordring å kartlegge hvem som er risikopasienter. Det trengs kunnskap og erfaring for å kunne kartlegge pasienter. I forhold til immobile pasienter er utfordringen å kartlegge hvilket utstyr og ressurser som kan brukes i den forebyggende behandlingen.

På den ene siden skriver Athlin (et.al, 2010) om engasjement og interesse hos pasienters totale omsorg, at det var en viktig faktor for å unngå trykksår. Pasientens overføring fra én institusjon til en annen var en annen risikofaktor, ingen syntes å ta ansvar for pasienten og hans / hennes trykksår, dårlige rutiner om informasjonsoverføring. Litteraturen sier noe om at årsakene til trykksårs utvikling er fokusert i stor grad på indre og ytre faktorer. Opplysningene at indre faktorer er relatert til for eksempel pasientenes fysiske tilstand, mobilitet, ernæringsstatus og sykkelighet. Ytre faktorer knyttet til grensesnittet mellom den enkelte og det ytre miljø, slik som trykk, friksjons, temperatur og hygiene. Sykepleierne hevder at dersom pasientene mister sin indre styrke så kan det føre til inaktivitet og immobilitet som øker risikoen for trykksår. Dette har også blitt sett i andre studier. Pasientens overføringer til flere institusjoner ble dømt av sykepleierne som en risiko faktor. Ingen syntes å ta ansvar for pasienten og hans trykksår i den nye institusjonen, når overføring av informasjon om trykksårets historie, er mangel vare.

Asimus og Li (2011) skriver også om data fra studien som viser at det å være nylig utskrevet fra sykehus kan være en risikofaktor i seg selv. Når det oppstår trykksår på en sykehusavdeling. Vil trykksårene være knyttet til kvaliteten av hjelpen levert til pasienten. I motsetning fra hjemmetjenesten, der ikke pasientene har 24 timers tilsyn. 55% av brukere med trykksår hadde nylig vært utskrevet fra sykehuset. I løpet av undersøkelsen identifiserte hjemmesykepleierne nesten at 70% av trykksårene relatertes til pasienter som brukte protese, kateter, dusjstol etc. Risikofaktorene i denne studien er økende alder, dårlig mobilitet, og nylig utskrevet fra sykehus. Det visste seg å være et gap mellom kunnskapsbasert praksis og gjeldende klinisk praksis. Gapet oppsto fordi det e ingen risikovurdering og/eller dårlig tilgjengelig utstyr.

På den andre siden skrives også Jones (2013) om ulike risikofaktorer. Hun nevner også som Asimus og Li (2011) og Athlin (et.al., 2013) at utvikling av sår kan være et resultat av dårlig faglig praksis og kan kategoriseres som misbruk der sår utvikles som et resultat av forsømmelse eller unnlattelse av å handle. Jones (2013) skriver om andre risikofaktorer som er verdt å nevne: dårlig helsetilstand, akutt kronisk og dødelig sykdom, for eksempel diabetes og underernæring, redusert bevegelighet, nedsatt bevissthetsnivå, tidligere trykkskade. Likt med Athlin (et.al, 2010) skriver også Jones (2013) at pasienters indre styrke kan være en risikofaktor.

Også i risikovurderingen viser det at økt kunnskap er en fakta som det må gjøres noe med. Mangel på tid og ressurser er grunnen til dette. Høy forekomst av trykksår er grunnet for at det ikke er noen risikovurdering og dårlig tilgjengelighet av utstyr. Hjemmetjenesten jobber på en annen måte enn et sykehjem eller sykehus. I hjemme er det ikke 24 timers tilsyn. Det er forskjellige utdanningsnivå på helsepersonell og grunnet tidspress blir ikke risikovurdering høyt prioritert. Ved å gjøre risikovurdering, vil en kunne spare kommunen både for tid og penger. Ved å kartlegge pasientens egne ressurser og utstyr vil en kunne spare pasienter for mange plager. Trykksår er en nedsatt livskvalitetslidelse, som er mye vanskeligere å behandle enn å forebygge. Det er vanskelig og unødvendig å se at kartlegging ikke blir gjort i det daglige arbeidet.

Fra egen erfaringer er det de pasientene med gode pårørende som blir kartlagt godt nok. De pårørende som står på til noe blir gjort. Pårørende som tar eget initiativ for å finne godt nok utstyr eller tilbud til sine. Og slikt burde det ikke være. Det er flere pasienter som er alene i hverdagen, om de er enkemenn eller enker med barn som har flyttet til en annen by eller bare er alene. De burde også få lik hjelp. Rijswijk og Beitz (2.3 s. 7) skriver at forebygging begynner med en omfattende risikovurdering, etterfulgt av en plan for omsorg med tilhørende tiltak.

Ikke oppdaterte tiltak i dataverktøyene til immobile pasienten er vanlig å finne i hjemmetjenesten. Dette er med på å kartlegge pasientens videre oppfølging og hva som skal bli gjort ved hvert tilsyn. Fra ulike arbeidsplasser er det ulikt hvordan disse tiltaksplanene blir oppdatert. Fra praksis var det vanlig ved ledig tid at sykepleierne satte seg ned med tiltakene til de ulike brukerne på listen. Og gikk gjennom hvert tiltak, og oppdatert det som trengtes. På en travel arbeidsdag var ikke dette mulig, men mens jeg var ute i praksis, oppdaterte jeg flere

tiltak. Tiltakene kunne gjerne være flere år gamle. Noen tiltak var ikke lenger nødvendige, mens andre tiltak var oppdaterte i forhold til ressursene til brukerne.

5.3 Forebygging med hjelp av praktiske tiltak

Det finnes flere tiltak som kan settes inn ved forebygging hos risikopasientene. Det er viktig i hjemmetjenesten med kvalifisert personell. For å finne det rette tilgjengelig hjelpemiddelet for pasienten. Hjemmetjenesten jobber som oftest etter tid og ting kan oppstå, slik at den neste pasienten kan komme senere på prioriterings listen.

Jones (2013) skriver at 95 % av trykksår kan forebygges, og derfor bør også forebygging bli prioritert. Hjemmetjenesten bør undervise pårørende, pasienten og annet helsepersonell hvordan en kan identifisere trykkskade og hvem du skal informere for å oppnå nøyaktig rapportering. Dette er spesielt viktig for hjemme sykepleierne siden kontakten med pasientene er begrenset. Ofte blir morgenstellet gjort av pårørende, pasienten selv eller hjelpepleiere. Asimus og Li (2011) skriver også at det kan være nyttig å gi pasientopplæring på forebygging. Vanskeligheter kan oppstå i å tilby utstyr pga tilgjengelig plass i hjemme. Slik at størrelsen på rommet og plasseringen av møbler bør bli vurdert. Sykepleierne bør sikre alt av utstyr, slik at det er trygt for pasienten å bruke. Trykksår er smertefullt, og smertene har blitt identifisert som en forløper til vev sammenbrudd. Derfor bør pasientene bli spurt om de har smerter eller ubehag, og rapporteres. Ekspert mener (Asimus og Li, 2011) at det er en link mellom trykksår og hudpleie. Holde huden fri fra irritanter og fuktighet, vil redusere friksjon og bidra til å forebygge vev sammenbrudd. Lindholm (2.3.1) skriver også om hud pleie som en viktig forebyggende tiltak.

På den ene siden skriver Vanderwee (et.al., 2007) om resultatene av deres studie at det viste ingen signifikant forskjell mellom å snu hver andre time eller hver fjerde time. På den andre siden skriver Jones (2013) at generelt er det anbefalt at pasientene blir snudd hver andre time. Lindholm (2013, s.183) skriver også at det optimale intervallet mellom leieendringer blir gjerne angitt til to timer. Kilden til denne anbefalingen er ukjent. Alle vurderes til å være i risikozonen for utvikling av trykksår, skal ha regelmessig leieendring så sant det er mulig fra

et medisinsk synspunkt. Hvor ofte det skal skje, bør avgjøres ut fra den overordnede målsetningen for behandlingen og sykepleie til den enkelte pasienten.

Jones (2013) og Whitlock (2013) skriver om SSKIN (Surface, Skin, Keep moving, Incontinence og Nutrition) som er retningslinjer/datainnsamlingsverktøy som kan brukes i hjemmetjenesten. Hva sykepleiere eller annet helse personell skal se etter ved risiko av trykksår. SSKIN:

Overflate – sikre at pasientene blir vurdert, og har den mest passende madrass og sitteplass.

Hold bevegelse – snu pasienten etter snuregime, eller få pasienten i bevegelse.

Økt fuktighetskontroll – rett behandling av inkontinens eller lekker sår og å forebygge tørr hud.

Ernæring - riktig ernæring som møter pasientens behov.

Den ekstra S for hud inspeksjon, ved å sjekke huden oftere, kan røde områder bli oppdaget.

Retningslinjer og utdanning er viktige komponenter for å endre praksis. SSKIN har blitt tilpasset for bruk i hjemmetjenesten og bør testes og implementeres for alle mennesker med betydelig risiko for trykkskade. Utdanning og opplæring i forebygging og behandling av trykkskade er viktig og mange har kompetanse i faget.

Ved å undervise pårørende, pasienter og annet helsepersonell vil det gjøre at forebyggings jobben blir mer allmenn kjent. Det er ikke alltid at pasienten er klar over sin egen situasjon, men er det noe en vet er det at det er ganske mange med ulike utdanning eller mangel på utdanning som jobber i hjemmetjenesten. Det er ofte vanlig at sykepleieren ikke er med i morgen stell. Som er en ganske viktig del av evaluering av huden. Dette kan medføre at det kan gå flere dager uten en sykepleier vurderer huden. Da blir det til et annet helsepersonell må vurdere huden, og rapportere dette, men for at de skal kunne rapportere, må de også vite hva de skal se etter. Henderson (2.1) i punk 8, blir det forklart at vi skal hjelpe pasienten til å holde kroppen ren og velstelt og å beskytte huden.

Fra et hjemmetjeneste ståsted er det vanskelig å være på klokken hos hver enkelt bruker, spesielt om kveldene. Det er ekstra travelt, lite personell. Et lite do besøk kan gjøre at en kommer en halvtime for sent til neste besøk. Da er det lettere å oppnå målet om snutilsyn hver fjerde time enn annen hver time. Som sagt sier artiklene og litteraturen at snuregime annen hver time regelen vet en ikke helt hvor oppsto.

Det finnes andre hjelpemidler som vendesenger. Fra erfaringer er Molift Vega vendeseng veldig effektivt. Den er for trykksårforebygging. Det er et automatisk vendeprogram som sørger for at regelmessig vending hvert 30, 60 eller 90 minutt. Med denne sengen slipper pasienten å bli vekket om natten for å bli vendt manuelt, og sengen er ganske rolig.

Vending er viktig, men det er også like viktig at det blir gjort på en riktig måte. Slik Langøen og Gürgen (2.2.1) beskriver, er det ofte at drag som er årsaken til trykksår. Det skjer ofte ved at pasienten som settes opp i sengen, sklir sakte ned. Lindholm (2.2.2) beskriver at korte episoder av trykk kan gi skade. Dette er noe som er veldig vanlig i hjemmetjenesten.

Pasienten kan sitte i en seng ved måltider og etter stell, men etter en tid vil pasienten skli ned og da er det ikke personell til å se det før neste besøk.

5.4 Trykkavlastende hjelpemidler

Det finnes mange ulike trykkavlastende hjelpemidler. utfordringen er å finne det rett utstyr til pasienten. En må også ha kunnskap for det finnes ulike hjelpemidler.

Asimus og Li (2011) beskriver at en liten prosentandel av høy risiko og meget høy risiko pasienter ble forskrevet med vekslende luftmadrasser og luftputer. Dette kan være pga for liten risikovurdering eller ansatte ikke er klar over endringene i pasientens risikonivå. Unntatt selv innkjøpt utstyr, ble 32,9% av trykkomfordeling enheter levert til pasientene etter mer enn en uke etter vurdering. Omtrent 19% av pasientene med trykksår ventet lengre enn en uke.

Vanderwee (2007) sin studie gir bevis for at de mest intensive forebyggende tiltak var luftmadrasser og luft fluidisert system. Disse madrassene er bevist å være effektive, selv for de mest kritiske pasientene. Ingen trykksår på hoftene var observert i noen av gruppene. Den som visste seg nytte var en spesiell 30 graders pute. Denne puten støtter pasienten fra skulder til rett over korsbenet, overarmen til pasienten kan hvile på toppen av denne flatens pute og gir en mer stabil og komfortabel posisjon enn en vanlig pute.

Jones (2013) anbefaler at svært høy risiko pasienter trenger madrasser med skum eller luft vekslende erstatning. Og puter anbefalte hun luft veksel.

Langøen og Gürgen (2.3.2 s. 9) anbefaler statetisk luft og pulserende luft til immobile pasienter i hjemmetjenesten. Lindholm (2.3.2 s. 9) mener statetisk luft er madrasser til lav til middel risiko for trykksår.

I kommunen er det hjelpemiddelsentralen som står for madrasser og utstyr. Det kan ta tid før utstyret kommer i orden, og gjør at ting blir veldig komplisert hvis en madrass skulle bli ødelagt på en lørdags kveld. Valg av rett madrass er viktig for å sikre god pasientkomfort og for å forebygge trykksår. Fra erfaringer hos immobile pasienter er det madrasser med statetisk luft som er best. Disse fungerer veldig bra og det har ikke oppstått nye trykksår med denne type madrass. Motoren bråker litt, men etter hvert blir det en suse lyd i bakgrunnen som en ikke merker til.

Det er ikke tvil om at en trenger hjelp for å kunne finne den rette madrassen for pasienten. Å uten risikovurdering er dette enda vanskeligere. Men madrassene viser seg å være svært effektive.

6.0 Konklusjon

Oppgaven har presentert flere mål hvordan forebygge immobile pasienter i hjemmetjenesten, og hva en bør sette fokus på. Forebygging av dekubitus er grunnleggende hos all omsorgsutdanning. Det er mulig å forebygge trykksår og dette er noe som må gjøres i det daglige arbeidet. Men det viser seg at det er lite fokus på det forebyggende arbeidet i på en travel arbeidsdag. Forebyggende arbeid fører til mindre økonomiske kostnader for kommunen og bedre levekår for brukerne i hjemmetjenesten.

Noe som har gått igjen gjennom oppgaven er at helsepersonellet bruker lite risikovurdering i arbeidet. Risikovurderingsskjema som Norton skala eller Braden skala. Med ingen risikovurdering er det vanskelig å finne rett tilgjengelige hjelpemidler, samt kartlegge ressurser som pasienten selv har. Det er også viktig med rett dokumentering. For å kunne dokumentere rett, må en vite hva en skal dokumentere. Da trenger helsepersonelle å vite hva de skal se etter. Dette er en sykepleier jobb, å undervise andre. Og ikke minst å holde oppdaterte tiltakene. Utfordring ved forebygging i hjemmetjenesten, er at det ikke er helsepersonell tilsyn 24 timer i døgnet. Derfor er det like viktig å undervise pasienten, og evt pårørende. Bruke de ressursene som kan brukes. Slik som Henderson sier at vi skal hjelpe pasienten slik han/hun ville gjort det selv.

Utfordringen til sykepleierne rundt forebygging er også kunnskap. Kunnskap om forebygging og konsekvenser av trykksår. Hvorfor dette er et viktig tema. Ved å øke kunnskap vil en også øke vilje og motivasjon. Da kan en også lære andre hvilke observasjoner som bør gjøres. Trykkavlastende madrasser er en viktig del for forebygging. Ved riktig madrass kan enn også variere snuregimer. I det forebyggende helsearbeid er det ikke slik at den gamle nødvendigvis oppsøker helsevesenet med forespørsel om forebyggende tiltak. Det er derfor viktig å organisere systemer som fanger opp de som vil ha nytte av forebyggende tiltak, og sette disse tiltakene i verk.

7.0 Kilder

- Asimus, M., & Li, P. (. (2011). Pressure ulcers in home care settings: is it overlooked?. *Wound Practice & Research*, 19(2), 88-97.
- Athlin, E., Idvall, E., Jernfält, M., & Johansson, I. (2010). Factors of importance to the development of pressure ulcers in the care trajectory: perceptions of hospital and community care nurses. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2252-2258. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02886.x Link: <http://ezproxy.hsh.no:2476/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b03a2f27-767c-4fcf-acef-453d60c4e66a%40sessionmgr4004&vid=5&hid=4114>
- Beeckman, D., Defloor, T., Schoonhoven, L., & Vanderwee, K. (2011). Knowledge and Attitudes of Nurses on Pressure Ulcer Prevention: A Cross-Sectional Multicenter Study in Belgian Hospitals. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 8(3), 166-176. doi:10.1111/j.1741-6787.2011.00217.x
- Birkeland, A., & Flovik, A.M. (2012). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribes.
- Chaves, L., Grypdonck, M., & Defloor, T. (2010). Protocols for pressure ulcer prevention: are they evidence-based?. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(3), 562-572. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05227.x. Link: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010555773&site=ehost-live>
- Dalland, O. (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- EPUAP. (2014) *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reerence guide*. Hentet 14/1-15 fra <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>
- Forsberg, C., & Wengström Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.

- Henderson, V. (1997). ICN: *Sykepleierens grunnprinsipper*. Hentet 12/01-15 fra <http://www.nb.no/nbsok/nb/035810fe4dd91725888bd0baefa780dd?index=1#1>
- Hutchinson A. & Johnston L. (2004). Bridging the divide: A survey of nurses' opinions regarding barriers to, and facilitators of, research utilization in the practice setting. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 304–315.
- Jones, D. (2013). Pressure ulcer prevention in the community setting. *Nursing Standard*, 28(3), 47-55.
- Olsson, H & Sörensen, S. (2006). *Forskningsprosessen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A.H. (2008). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb og A.H Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. (1 utg., s. 137 – 147). Oslo: Gyldendal akademisk
- Rijswijk, L.V & Beitz, J.M. (2005). Treatment and prevention of pressure ulcer. I A.F Falabella & R.S. Kirsner. *Wound healing*. (s. 153- 170). Boca Raton, Fla: Taylor & Francis.
- Sortland, K. (2008). *Ernæring – mer enn mat og drikke*. Bergen: Forbokforlaget
- St.meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
- Langøen, A., & Gürgen, M. (2012). Forebygging og behandling av sår. Etiologisk inndeling. I A. Langøen (Red.), *Sårbehandling og hudpleie*. (4. utg., s. 251 – 311). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langøen, A (2012) Sårbehandling i hjemmesykepleie. I A. Birkeland., & A.M Flovik. *Sykepleie i hjemmet*. (1.utg., s. 121 – 141). Oslo: Akribe
- Lerdal, A., & Grov, E.K. (2011). Aktivitet. I I.M Holter og T. E. Mekki (Red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1*. (4. utg. s. 640 – 656). Oslo: Akribe
- Lindholm, C. (2012). *Sår*. Oslo: Akribe.
- Vanderwee, K., Grypdonck, M., De Bacquer, D., & Defloor, T. (2007). Effectiveness of turning with unequal time intervals on the incidence of pressure ulcer lesions. *Journal Of Advanced Nursing*, 57(1), 59-68. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04060.x Link:

<http://ezproxy.hsh.no:2476/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b03a2f27-767c-4fcf-acef-453d60c4e66a%40sessionmgr4004&vid=8&hid=4114>

Whitlock, J. (2013). SSKIN bundle: preventing pressure damage across the health-care community... Surface, Skin inspection, Keep moving, Increased moisture management, Nutrition. *British Journal Of Community Nursing*, S32-9.

Vedlegg I:
Nortons skala

| Antall poeng: | Fysisk tilstand: | Psykisk tilstand: | Aktivitet: | Mobilitet: | Inkontinens: |
|---------------|------------------|-------------------|---------------|---------------------------|----------------------|
| 4 | God | Våken | Oppegående | Fullt 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 mobilitet | For urin og avføring |