



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

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

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 26.02.16 kl 14.00

Kandidatnr.: 1036

Antall ord: 8349

Forebygging av trykksår

”Hvordan kan risikovurderingsverktøy brukes for å forebygge trykksår hos pasienter, som er i fare for å utvikle trykksår?”



Foto: Hentet fra www.pasientsikkerhetsprogrammet.no

<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Logo/Materiell/attachment/2785?ts=144b0b3c09d>

Utdanning: Bachelor i sykepleie ved høgskolen Stord/Haugesund,

Avdeling: Haugesund

Kull: 2012

Antall ord: 8349

Sammendrag

Tittel: Forebygging av trykksår.

Bakgrunn for valg av tema: Trykksår er en smertefull opplevelse for pasienten. Det tar tid å behandle trykksår. 6,7 – 15 % av pasienter innlagt på norske sykehus får trykksår.

Problemstilling: Hvordan kan risikovurderingsverktøy brukes til å forebygge trykksår hos pasienter, som er i fare for å utvikle trykksår?

Oppgavens hensikt: Hensikten er å finne ut hvordan risikovurderingsverktøy kan brukes til å forebygge trykksår.

Metode: Litteraturstudie.

Resultater: Funnene i denne oppgaven viser at risikovurderingsverktøy ikke er like gode som sykepleierens kliniske blick. Selv om sykepleierens kliniske blick er bedre enn risikovurderingsverktøy er det likevel for lite fokus på forebygging av trykksår før de oppstår.

Oppsummering: Til tross for at risikovurderingsverktøy ikke kan brukes i den grad det er ment, kan det allikevel brukes som et supplement til forebygging av trykksår. Risikovurderingsverktøy kan bidra til økt fokus på forebygging forutsatt at helsepersonell har kunnskapen som trengs og at tilgjengelige hjelpemiddel er lett tilgjengelig.

Nøkkelord: Risikovurderingsverktøy, trykksår, forebygging.

Summary

Title: Prevention of pressure ulcers.

Background: Pressure ulcers are a painful experience for the patient and it takes time to get a pressure ulcer to heal. 6.7 to 15% of patients admitted to Norwegian hospitals get pressure ulcer.

Question: How can risk assessment tool used to prevent pressure ulcers in patients who are at risk of developing pressure ulcers?

Aim: Purpose of this paper is to determine how risk assessment tools can be used to prevent pressure ulcer.

Method: Literature study.

Results: The findings of this study show that risk assessment tools are not as good as the nurse's clinical judgment. Although the nurse's clinical judgment is better than a risk assessment tool, it is still too little focus on prevention of pressure ulcers before they occur.

Summary: Despite the fact that risk assessment tools cannot be used to the extent it is intended, it could be used as a supplement for the prevention of pressure ulcers as this may contribute to an increased focus on prevention of pressure ulcer provided that health professionals have the knowledge needed and assuming available aid is readily available.

Keywords: Pressure Ulcer, Prevention, Risk Assessment Tools.

Innhold

1.0	Innledning.....	6
1.1	Bakgrunn og valg av tema.....	6
1.2	Hensikten med oppgaven og problemstilling.....	6
1.3	Begrepsavklaring og begrensing	6
2.0	Teori	8
2.1	Sykepleieteoretiker.....	8
2.2	trykksår.....	8
2.3	Risikovurderingsverktøy	9
2.4	Konsekvenser for pasienten.....	12
3.0	Metode.....	13
3.1	Hva er metode	13
3.2	Etikk og kildekritikk.....	15
3.2	Litteratursøk	16
4.0	Resultat.....	18
4.1	Artikkel 1:	18
4.2	Artikkel 2:	19
4.3	Artikkel 3:	20
4.4	Artikkel 4:	21
4.5	Hovedfunn	22
5.0	Drøfting	23
5.1:	Risikovurderingsverktøy	23
5.2:	Helsepersonellens rolle.	26
6.0:	Avslutning:.....	30
7.0:	Referanser:	31

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn og valg av tema

Gjennom praksis og arbeidserfaring har jeg observert at forebygging av trykksår har ulik praksis. Interessen jeg har for dette temaet er ut fra erfaring. Jeg har sett hvor stort et trykksår kan bli og i hvor stor grad det påvirker pasienten.

Studier gjort i Norge viser at omtrent 6,7-15 % av pasienter innlagt i norske sykehus får trykksår. I Europa er det omtrent 18 % og I USA er det omtrent 15 % av pasientene som er innlagt på sykehus som utvikler trykksår. Trykksår bidrar til redusert livskvalitet, smerter, forsinket rehabilitering, infeksjon og i verste fall tidlig død (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2015). Trykksår utgjør store kostnader for samfunnet og medfører store smerter for pasienten. Den beste måten å håndtere det på er å forebygge utvikling av trykksår, da omtrent 95 % av trykksår kan forebygges (Torra i Bou, Garcia-Fernandez, Pancorbo-Hidalgo og Furtado, 2006, s. 43).

1.2 Hensikten med oppgaven og problemstilling

Temaet i oppgaven kommer til å ha fokus på forebygging av trykksår hos pasienter som er i risikozonen til å utvikle trykksår. Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hvordan man kan bruke risikovurderingsverktøy for å forebygge trykksår. Det finnes ingen internasjonal allment akseptert metode for å gjennomføre risikovurdering på, men de fleste eksperter mener at forebygging av trykksår og risikovurdering burde være strukturert (EPUAP, 2014).

Problemstillingen er som følger:

”Hvordan kan risikovurderingsverktøy brukes til å forebygge trykksår hos pasienter, som er i fare for å utvikle trykksår?”

1.3 Begrepsavklaring og begrensing

Trykksår kalles også dekubitus eller liggesår. I denne oppgaven vil det bli referert som trykksår. Trykksår blir definert som en avgrenset skade på hud eller underliggende vev. De vanligste trykkutsatte områdene for trykksår er over beinframspring og kommer som et resultat av trykk eller trykk i kombinasjon med skjærende krefter (Lindholm, 2012, s. 162). Trykksår graderes etter grader eller klasser. I denne oppgaven vil det bli klassifisert som klasser.

Risikovurderingsverktøy er standard skjema som er utviklet for å vurdere pasientens risiko til å utvikle trykksår (Bermark og Melby, 2014, s. 60).

Forebyggende arbeid er å hindre sykdom hos friske individer, ikke utsette friske individer for sykdom eller hindre at sykdom kommer tilbake eller utvikler seg videre (Mæland, 2010, s.13). Forebyggende arbeid rettes mot personer som er friske eller spesielt utsatt for helsesvikt og mot syke (Nortvedt og Grønseth, 2010, s. 21).

Da oppgavens problemstilling tar for seg hvordan risikovurderingsverktøy kan brukes for å forebygge trykksår kommer ikke oppgaven til å ha med konkrete tiltak for å forebygge trykksår. Det er valgt å fokusere på forebygging av trykksår på generelt grunnlag, derfor er det ikke oppgaven rettet spesifikt mot pasientgrupper eller ulike institusjoner. Dette fordi trykksår kan oppstå på de fleste institusjonene og pasientgrupper. Trykksår hos barn, ryggmargsskadde og nevrologiske tilstander er ikke tatt med da det er mer spesialisert.

2.0 Teori

For å belyse problemstillingen med teori kommer kapittelet til å presentere aktuell sykepleieteoretiker, deretter kommer en presentasjon av hva trykksår er, hva risikovurderingsverktøy er og hvilke risikovurderingsverktøy som er mest vanlig å bruke i Norge. Deretter kommer en liten presentasjon om hva det vil si for pasienten å ha trykksår.

2.1 Sykepleieteoretiker

Da oppgaven handler om hvordan risikovurderingsverktøy kan brukes til forebygging trykksår, falt valget av sykepleieteoretiker på Virginia Henderson. Henderson (1998, s. 46-68) skriver at en av sykepleierens grunnleggende roller er å hjelpe pasienten til å holde kroppen ren og velpleid, beskytte overflaten og unngå farer i miljøet. Sykepleieren skal også sørge for forhold som gjør at pasienten kan utføre det uten hjelp. For å hjelpe pasienten med disse behovene har sykepleieren behov for kunnskap innen biologiske og sosiale fagområder og i de ferdigheter, som er basert på dem.

En viktig del av sykepleie er å bruke forskning, vitenskapelig undersøkelse og strukturert systematisk etterforskning for å besvare et spørsmål, kaste lys over en teori eller løse et problem. Forskning er den mest effektive metoden, som er utformet for å finne enhet, orden og sammenheng slik at vi kan sette opp pålitelige retningslinjer for handlingene utført i sykepleie (Henderson, 1998, s. 68).

2.2 trykksår

Trykksår er definert som en skade i huden og i vevet under huden. Trykksår er ofte avgrenset til et bestemt område ofte over beinframspring som for eksempel hæl eller halebein (EPUAP, 2014). De vanligste årsakene til at trykksår oppstår er trykk fra underlaget, for eksempel sengen, eller en stol. Eller det kan komme av forskyvning av hud i forhold til underliggende vev og muskler (Langøen, 2012, s. 284).

Trykksår deles opp i 4 klasser etter hvilken alvorlighetsgrad de har. Det finnes også en klasse der man ikke kan definere graden av trykksår da alvorlighetsgraden er skjult av nekrose eller dødt vev (EPUAP, 2014).

Klasse 1: Grad en klassifiseres ved at huden ofte er intakt men har et avgrenset rødt merke som ikke blekner ved trykk. Området er ofte smertefullt for pasienten. I forhold til vevet rundt kan merket være fastere, bløtere, varmere eller kaldere. Klasse 1 vil si at pasienten er i fare for å utvikle trykksår eller kan utvikle et trykksår på et senere tidspunkt (EPUAP, 2014).

Klasse 2: Trykksåret kan ofte se ut som et overfladisk åpent sår med rød/ rosa sårbunn, blemme eller skinnende, tørt overfladisk sår (EPUAP, 2014).

Klasse 3: Tap av hele huden og underhuds fett kan være synlig, men ben, sener og muskler er skjult. Det kan vise dødt vev, men vil likevel ikke skjule dybden av såret, slik som ukjent klasse ville gjort (EPUAP, 2014).

Klasse 4: Klassifiseres ved at alle lag av hud, vev og muskler er borte og man kan ofte se inn til benet. Dødt vev eller sårskorpe kan forekomme (EPUAP, 2014).

Ukjent klasse: Tap av vev der såret er dekket av nekrose og eller sårskorpe. Det går ikke å se sårets dybde før nok nekrose er fjernet. Man skal likevel være forsiktig med å fjerne nekrose eller skorpen da det kan fungere som beskyttelse for såret (EPUAP, 2014).

Ukjent dybde: Lilla eller rødbrunt området med misfarget intakt hud eller blodfylt blemme som har oppstått fordi trykk, friksjon eller skjærende krefter har medført skade på underliggende vev (EPUAP, 2014).

Lindholm (2012, s. 165) skriver at de vanligste områdene å utvikle trykksår på er hælene, sittebeinsknutene, korsbein, hoftekammer, sete, albuer, ankler, bakhode, mellom knærne og på ørene.

2.3 Risikovurderingsverktøy

Hva er risikovurderingsverktøy?

Risikovurderingsverktøy er skjema som inneholder faktorer om blant annet pasientens ernæringsstatus, fallrisiko, pasientens grad av aktivitet og fuktighet mot huden. Disse faktorene regnes som utløsende faktorer som kan utvikle trykksår. På bakgrunn av risikovurderingsskjema, ser man om pasienten har risiko for å utvikle trykksår (Lindholm, 2012, s. 170). Det kan være til god hjelp da en ser hvilke pasienter som har risiko for å utvikle trykksår (Langøen, 2012, s. 285). Risikovurderingsverktøy skal aldri brukes alene, men sammen med sykepleierens kliniske vurdering av pasienten (Lindholm, 2012, s. 60). Det finnes over 30 risikovurderingsverktøy i tillegg til reviderte versjoner av eldre risikovurderingsverktøy (Torra i Bou et al., 2006, s. 44).

Hvis det skal brukes risikovurderingsverktøy som metode for å finne ut om en pasient er i fare for å utvikle trykksår burde man i tillegg vurdere ytterlige faktorer. Det er faktorer som for eksempel perfusjon, hudstatus og andre relevante risikofaktorer for å få en helhetlig

vurdering. Ved å ta i bruk risikovurderingsverktøy, er det viktig å velge et risikovurderingsverktøy som er relevant for pasientgruppen samtidig som man kan stole på at det er pålitelig (EPUAP, 2014). Risikovurderingsverktøy skal brukes som et supplement til generell klinisk vurdering, medisinske undersøkelser, vurdering av hudens tilstand, bevegelsesevne, fuktighet og inkontinens og vurdering av den enkeltes pasients spesifikke situasjon og sykdomstilstand sammen med vurdererens erfaring (Lindholm, 2012, s. 170-177).

Bruken av risikovurderingsverktøy:

Lindholm (2012, s. 173-174) skriver at alle pasienter bør vurderes ved ankomst til institusjon og ved jevnlige tidsintervaller. Det anbefales å utføre risikovurdering av alle sengeliggende, rullestolbrukere og svært syke pasienter. I tillegg bør pasienter med lammelser, nedsatt følelsessans, pasienter i intensivavdeling, pasienter med hoftebrudd og langvarige operasjoner vurderes. Ved endring av sykdomstilstand og nye risikofaktorer burde det måles ved kortere intervaller. Når risikovurderingsverktøy brukes sammen med forebyggende pleie kan risikopasienter oppdages tidligere. Måltrettet forebyggende innsats reduserer forekomsten av trykksår.

I følge pasientsikkerhetsprogrammet (pasientsikkerhetsprogrammet, 2015) skal risikovurdering gjøres innenfor 4 timer. Det er anbefalt at man bruker risikovurderingsskjema for eksempel Braden skala, Waterlow skala eller at en stiller pasienten 3 spørsmål:

- Har pasienten trykksår ved innleggelse?
- Har pasienten behov for å endre stilling?
- Vurderer du at det er sannsynlig at pasienten kan utvikle trykksår?

Ved bruk av risikovurderingsverktøy kan en lettere velge forebyggende tiltak for å redusere trykksår ut i fra tilgjengelige ressurser, strukturer og den generelle vurderingen av pasienten. Det kan være vanskelig å finne ut når trykksåret oppstod grunnet manglende dokumentasjon (Lindholm, 2012, s. 177). Når man skal vurdere faren for trykksår eller nylig oppstått trykksår er det viktig å vurdere det kort tid etter innleggelse og deretter en gang i uken. Det er også viktig å dokumentere alle sår vurderinger. Om man har et nylig oppstått trykksår burde man etter en to ukers periode evaluere om trykksåret har begynt å hele. Ved ukentlige vurderinger

får man mulighet til å vurdere såret regelmessig og oppdage komplikasjoner så tidlig som mulig og justere behandlingen etter dette (EPUAP, 2014).

Lindholm (2012, s. 170) skriver at risikovurderingsverktøy ofte er overfølsomme som gjør at de forutsier flere trykksår enn de som oppstår. EPUAP (2014) skriver at det er anbefalt å bruke en strukturert tilnærming til risikovurdering som er basert på klinisk blikk og kunnskap om trykksår. Det finnes ingen allment akseptert beste metode for å utføre risikovurdering. Ekspertene mener at det bør være en strukturert metode, som gjør at en tar hensyn til alle relevante risikofaktorer. Strukturert tilnærming bør omfatte vurdering av aktivitet, mobilitet og status av hud. Pasienter som er sengeliggende eller avhengige av stol er ofte i risiko for å utvikle trykksår. Lindholm (2012, s. 179) skriver at det finnes flere ulike skjema, som er utarbeidet for å vurdere eldre pasienter. For pasienter med ryggmargsskade og nyfødte finnes det egne risikovurderingsverktøy.

For å finne ut hvor mange trykksår det er hos en gruppe personer eller pasienter på et gitt tidspunkt, er det vanlig å måle trykksårprevalensen. Trykksårprevalens beskriver den andel av befolkningen, som har trykksår på det gitte tidspunktet. For å finne prevalensen av trykksår kan en foreta enten punktprevalens, som beskriver forekomsten på det tidspunktet undersøkelsen er foretatt. Eller man kan utføre periodeprevalens der man undersøker hvor mange som får trykksår over en periode, som for eksempel en uke eller måned. For å finne ut hvor mange nye tilfeller av trykksår som oppstår innenfor en gitt tidsperiode foretar man en innsidens (Bermark og Melby, 2014, s.189 - 190).

Ofte brukte risikovurderingsverktøy:

De vanligste risikovurderingsverktøyene brukt i Norge er Nortons skala, Bradens skala og Waterlows skala (Bermark & Melby, 2014, s. 60).

Nortons skala:

Nortons skala ble utviklet i 1962 av en engelsk sykepleier. Hensikten var å vurdere eldre pasienter innlagt på sykehus. Den ble senere modifisert og inneholder 7 punkter til vurdering, blant annet fysisk aktivitet, psykisk tilstand, mobilitet, ernæring, væskeinntak, inkontinens og allmenn tilstand. Hvert punkt vurderes på en skala fra 1-4 poeng og en får poeng mellom 7-28. Får pasienten 20 poeng eller mindre har pasienten risiko for å utvikle trykksår (Bermark og Melby, 2014, s. 62).

Bradens skala:

Bradens skala ble utviklet i USA i 1988 av to amerikanske sykepleiere. Den inneholder 6 punkter, blant annet sensorisk persepsjon, grad av fuktighet, aktivitet, mobilitet, ernæringsstatus, friksjon og skjærende krefter. Hvert punkt vurderes på en skala fra 1-4 poeng og punktet friksjon og skjærende krefter vurderes fra 1-3. Totalscoren kan være mellom 6 og 23 poeng. Dess lavere poengscore desto høyere risiko for å utvikle trykksår. Risikoen deles inn etter lav, høy eller meget høy risiko for å utvikle trykksår (Bermark og Melby, 2014, s. 62).

Waterlows skala:

Waterlows skala ble utviklet i 1985 av en engelsk sykepleier. Skalaen er utviklet så man kan vurdere både medisinske og kirurgiske pasienter. Skalaen vurderer 6 risikoområder, blant annet høyde, vekt, inkontinens, hudtype, mobilitet, kjønn, alder og appetitt. Skalaen har også spesialområder som man kan gi poeng under. Disse er blant annet spesielle faktorer, større operasjoner, nevrologiske sykdommer og medisin. En høy totalscore betyr i denne skalaen at pasienten har høy risiko for å utvikle trykksår (Bermark og Melby, 2014, s. 66).

2.4 Konsekvenser for pasienten

Trykksår fører til store konsekvenser for pasienten. Lindholm (2012, s. 169) skriver at pasienter med trykksår har enorme smerter og lidelser. De har også flere hindringer når det kommer til fysisk funksjon. Utvikling av trykksår har gjennom tidene blitt sett på som mangelfull pasientomsorg

3.0 Metode

I denne delen kommer det til å bli en presentasjon av hva metode er, hva litteraturstudie er og hvilke litteratursøk som er utført.

3.1 Hva er metode

Dalland (2012, s. 111) skriver at metode er hvordan man bør gå frem for å finne eller etterprøve kunnskap. Thidemann (2015, s. 76) skriver at metode er den systematiske fremgangsmåten en benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse problemstillingen. Begrunnelsen for å velge en metode er at en mener den vil gi gode data og belyse spørsmålet på en faglig interessant måte (Dalland, 2012, s. 114).

Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Thidemann (2015, s. 79) skriver at metode er en studie som samler inn litteratur, går kritisk igjennom den og til slutt sammenfatter det.

Christoffersen, Johannessen, Tuft og Utne (2015, s. 62) skriver at skal forskningen kvalifiseres til å være litteraturstudie er det visse krav som må oppfylles:

- Valg av primærstudier gjøres systematisk og det må være definert utvalgsmetode.
- Studien må blant annet ha en tydelig problemstilling, god beskrivelse av ulike søkestrategier som er benyttet for å finne hovedstudier og studien må ta for seg hvilket grunnlag som inkluderes eller ekskluderes.
- Det skal gjøres analyse av resultatene i hovedstudiene, og alle studiene skal kvalitetsvurderes med et analyseskjema.

Kvantitative og kvalitative metoder:

I denne oppgaven vil forskningsartiklene som er brukt ha en kvantitativ eller kvalitativ studiemodell. Både kvalitativ og kvantitative studier bidrar til å øke forståelsen av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler på (Dalland, 2012, s. 112).

Kvantitative studier:

Kvantitativ metode gir eksakt datakunnskap og tallene gir mulighet for nøyaktige regneoperasjoner som kan brukes til statistiske beregninger og ofte formidles i form av tabeller (Thidemann, 2015, s. 78). Dalland (2012, s. 112) skriver at kvantitativ metode er en

metode, som bruker målbare enheter i data og gir muligheter for å foreta regnekunnskap. Thidemann (2015, s. 77-78) kaller denne metoden for harde og objektive data. Metoden gir breddekunnskap som betyr lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter. Det er nødvendig når man ønsker objektive data for å få oversikt, fordelinger, frekvenser, årsak virknings forhold, teste ut hypoteser og teorier. Kvantitativ metode hjelper om en vil vite hvordan flere forhold varierer, for å foreta sammenlignings og finne tydelige mønster slik at kunnskapen kan generaliseres.

Forskningsartikler som er kvantitative har ulike design (Forsberg og Wengström, 2013 s. 86-92). I denne oppgava er det brukt en forskningsartikkel som er en tverrsnittstudie og en forskningsartikkel som er en randomisert kontrollstudie.

En randomisert kontrollstudie har eksperimentelt design. Det er 3 kriterier som stilles: Forskeren bestemmer at minst en gruppe skal ha en aktiv intervensjon. Det skal finnes minst en kontrollgruppe som ikke får intervensjon og deltagerne blir trukket til en av gruppene. Denne typen forskning anses som høy bevisbar.

Kvalitative studier:

Den kvalitative metoden er mer fokusert på meninger og opplevelser, som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012, s. 112). Thidemann (2015, s. 78) skriver at det er fokus på dybdekunnskapen der man får mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter.

Hensikten er å få kunnskap om meninger, opplevelse, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger og for å få frem nyanser hos mennesket. Forskningsmetoden kan også utforske dynamiske prosesser, som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet. Den kvalitative metoden brukes når man vil ha svar på spørsmål som, hva betyr? Hvordan foregår? Eller hvordan opplever? Det handler om å finne meningssammenhenger. Datainnsamlingen foregår blant annet ved intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse. Kvalitativ metode er de myke dataene i motsetning til den kvantitative metoden som er harde data (Thidemann, 2015, s. 78).

I denne oppgaven er det brukt en forskningsartikkel som er en kvalitativ studie.

Metodetriangulering:

Metodetriangulering er når man kombinerer kvalitativ og kvantitative metoder. Da kan man veie opp for de svakhetene, som ofte er forbundet ved kun bruke en metode. Ved bruk av begge metodene får man helhetlig forståelse, samtidig som samsvar mellom data fra ulike metodene gir et sterkt kunnskapsgrunnlag (Thidemann, 2015, s. 79).

I denne oppgaven er det brukt en forskningsartikkel som har et metodetriangulerings design.

3.2 Etikk og kildekritikk

Etikk:

Etikk handler om normene for riktig og god livsførsel. I planleggingsfasen ved temavalg og problemstilling bør spørsmålet, hvem vil ha nytte av de nye kunnskapene vi prøver å fremskaffe være definert (Dalland, 2012, s. 97).

Man kan skille mellom to forskningsetiske problem (Dalland, 2012, s. 109):

- Problem som er knytt til bruken av forskningsresultater.
- Problem som er knyttet til produksjon av forskningsresultater.

I Helsinkideklarasjonen (Førde, 2014) står det at forskning må følge aksepterte vitenskapelige prinsipper og må utføres av kvalifiserte personer. Helsinkideklarasjonen sier noe om at for å ivareta forsøkspersonen er det viktig å hente inn samtykke og gi informert beskrivelse av undersøkelsen. Helsinkideklarasjonen har stort fokus på å beskytte sårbare grupper i forskning med blant annet at de som ikke kan gi samtykke, så må samtykke komme fra den svakes nærmeste pårørende.

I denne oppgaven er det fokusert på at forskningsartiklene som er brukt er godkjent av etisk komité. Det har også vært viktig at forskningsartiklene har gitt deltagerne tilstrekkelig med informasjon, deltagelsen har vært frivillig og de har fått mulighet til å stille spørsmål før undersøkelsen har startet. Deltagerne må også ha fått muligheten til å trekke seg fra undersøkelsen om de ønsker det. Det var også viktig at etiske overveielser ble grundig beskrevet i forskningsartikkelen.

Kildekritikk:

Dalland (2012, s. 67) skriver at kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Christoffersen et al., (2015, s. 60) skriver at kildene må vurderes, tolkes og

analyseres. Dalland (2012, s. 68) skriver at det er to sider ved kildekritikk. Det ene er å finne frem til den litteraturen som best mulig kan belyse problemstillingen, mens den andre er å gjøre rede for litteraturen som er brukt i oppgaven.

For å vurdere kildene kritisk er det viktig å se på formålet med tilblivelsen av kilden, opphavstidspunktet, hvem var opphavspersonen, og hvilke motiv for å skape kilden og opphavssituasjonene. For å få til en god kildekritikk er det viktig å se på troverdigheten og vurdere den i forhold til formålet. Det å tolke handler om å forstå innholdet i dokumentet. Det er viktig å ta grundig for seg hva som egentlig står i teksten (Christoffersen et al, 2015, s. 60).

Når relevant teori ble funnet for å besvare denne oppgaven, ble kun de nyeste bøkene om emnet brukt. Kriteriet var at bøkene ikke var mer enn 10 år gamle. Det er brukt en bok, som er mer enn 10 år gammel, men det er boken til Virginia Henderson, og denne blir regnet som en klassiker.

For å finne ut om forskningsartiklene som ble brukt i denne oppgaven var gode nok ble IMRoD metoden brukt som en sjekkliste for å kvalitetssikre artiklene før de ble brukt. Vitenskapelige artikler innen helse og medisin bruker ofte IMRoD – metoden (Thidemann, 2015, s. 68) IMRoD-metoden vil si at forskningsartikkelen har introduksjon, metodedel, resultatdel og diskusjonsavsnitt.

3.2 Litteratursøk

Manuell søking:

For å finne forskningsartikler begynte jeg søket med å lese i magasin om sårbehandling. I magasinet Journal of wound Care fant jeg forskningsartikkelen; *Pressure ulcer risk assessment and prevention: What difference does a risk scale make? A comparison between Norway and Ireland (Johansen, Moore, Etnen og Strapp 2014)*. Deretter søkte jeg opp tittelen i databasen Cinahl og fikk da PDF versjonen av forskningsartikkelen. Jeg noterte ned forfatternavnene og så på referanselisten for denne forskningsartikkelen og begynte å søke i databaser på navnene og artiklene som stod oppført i referanselisten.

Søk i databaser:

Det var gjort mange ulike søk i ulike databaser for å finne forskningsartikler som passet til problemstillingen. Et søk på Cinahl på søkeordet pressure ulcer gir 12 338 resultat. Søker man på Pressure Ulcer + Prevention får man et resultat på 5892. Jeg brukte ulike søkeord og kombinasjoner som for eksempel Pressure Ulcer, Prevention og Risk Assessment Tools. Jeg søkte også på søkeord som qualitative design og quantitative design, dette fordi jeg vil se problemstillingen i lys av statistikk og menneskers synspunkt.

Her er det beskrevet fremgangsmåten til forskningsartiklene som er inkludert i oppgaven:

Søket startet på databasen Cinahl (Cumulative Index of Nursing and Allied Health). Cinahl dekker sykepleiefag, med forskningsartikler, bøker, bokkapitler, avhandlinger, og konferanseabstrakter (Thidemann, 2015, s. 85).

Søk 1: Siden jeg allerede hadde funnet en forskningsartikkel og skrevet ned navnet på forfatterne og referanselisten, startet jeg å søke på forfatter med etternavn, Defloor. Søket ble begrenset til forfatter, årstall fra 2010-2016 og full tekst tilgjengelig. Da fikk jeg 14 resultat. Jeg fant forskningsartikkelen: *Pressure Ulcer: Knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes (Demarré, Vanderwee, Defloor, Verhaeghe, Schoonhoven og Beeckman, 2011)*.

Søk 2: Jeg holdt meg til begrensningene årstall 2010-2016 og full tekst tilgjengelig. Jeg søkte på kombinasjonene: Pressure Ulcer Prevention + qualitative design. Grunnen til at jeg søkte på kvalitativt design er fordi jeg ville ha både kvalitativ og kvantitativ forskning for å få et bedre svar på problemstillingen. Da fikk jeg 15 resultater. Jeg fant en forskningsartikkelen: *"Registered nurses' attention to and perceptions of pressure ulcer prevention in hospital settings (Sving, Gunningberg, Högman og Mamhidir, 2012)"*

Det siste søket ble gjort på PubMed sin database. PubMed har hovedsaklig forskningsartikler, som dekker medisin, sykepleie og odontologi. (Thidemann, 2015, s. 85).

Søk 3: Søket inkluderte søkeordene Pressure Ulcer + risk assessment tools. Søket ble avgrenset til forskningsartikler utgitt de siste 5 årene. Da fikk jeg 32 resultater og fant forskningsartikkelen: *Pressure Ulcer: effectiveness of risk-assessment tools. A randomised controlled trial (the ULCER trial) (Webster, Coleman, Mudge, Marquart, Gardner, Stankiewicz, Kirby, Vellacot, Horton-Breshears og McClymont, 2011)*

4.0 Resultat

Her presenteres forskningsartiklene, som er brukt i denne oppgaven og hovedfunnene i forskningsartiklene.

4.1 Artikkel 1:

Pressure ulcer risk assessment and prevention: What difference does a risk scale make? A comparison between Norway and Ireland (Johansen, Moore, Etten og Strapp 2014).

Presentasjon: Denne forskningsartikkelen er en beskrivende kvalitativ forskningsartikkel. Den bruker et halvstrukturert intervju som gjorde at deltagerne svarte på de spørsmålene som dekket hensikten med oppgaven samtidig som de kunne svare fritt rundt tema. Det var to fokus grupper, en i Norge og en i Irland. Totalt 14 personer innen helse hvorav 9 var fra Norge og 5 var fra Irland. 19 Personer fra Norge ble invitert til å bli med i studien, og det ble valgt ut 9 av 19. Personene hadde ulik praksis og arbeidsplasser spredt rundt i Norge. I Irland ble det med 5 av 9 inviterte til studien. Alle deltagende var kvinner. Forskningsartikkelen har som fokus å sammenligne sykepleiepraksis på forebygging av trykksår mellom Norge og Irland. I følge artikkelen bruker Irland Maelor score, som risikovurderingsverktøy sammen med faglig skjønn for å vurdere risikoen. Norge bruker kun sykepleierens faglige blick for å vurdere risikoen.

Resultater/funn: Undersøkelsen viste at det var stor variasjon mellom Norge og Irland. Norge var ganske ukjent med bruken av risikovurderingsverktøy, men brukte faglig skjønn. Sykepleiere i Irland brukte konsekvent risikovurderingsverktøy i kombinasjon med sykepleierens kliniske blick. De kom frem til at risikovurderingsverktøy ikke nødvendigvis betød resultater i planlegging, tiltak og utførelse av nødvendige tiltak for å forebygge trykksår. Det ble avdekket at det var liten sammenheng mellom bruk av risikovurderingsverktøy, sykepleiedokumentasjon og forebyggingstiltak.

Kildekritikk og etiske aspekter: De bruker IMRoD - modellen og det kommer klart frem hva hensikten med artikkelen er. Forskningsartikkelen overholder etiske aspekter.

4.2 Artikkel 2:

Pressure Ulcer: effectiveness of risk-assessment tools. A randomized controlled trial (the Ulcer trial) (Webster, Coleman, Mudge, Marquart, Gardner, Stankiewicz, Kirby, Vellacott, Horton-Breshears og McClymont 2011).

Metode: Forskningsartikkelen er en randomisert kontrollstudie, som anses som høyt validerbar. 1231 pasienter ble innlagt på sykehus, henholdsvis medisinsk og onkologisk avdeling. Deltagere var pasienter som skulle ligge mer enn 2 dager. Pasientene ble undersøkt med enten Waterlows skala eller Ramstadius skala som risikovurderingsverktøy eller en gruppe der ingen risikovurderingsverktøy ble bruk. På de gruppene som hadde risikovurderingsverktøy ble en kopi av risikovurderingsverktøyet lagt inn i pasientens papirer, som gjorde at det var lett for sykepleieren å se hvilket risikovurderingsverktøy som skulle brukes. Før studien startet ble ansatte i avdelingene tilbudt undervisning for å forklare studien. Påliteligheten ble testet ved at de som skulle utføre testen fikk se 20 bilder av trykksår og andre hudproblemer for å skille mellom dem.

Resultater/funn: 71 pasienter hadde trykksår fra tidligere. Forekomsten av trykksår på sykehuset var lik på alle 3 gruppene. De fant ingen bevis på at risikovurderingsskjema var bedre enn faglig skjønn.

Kildekritikk og etiske aspekter: Forskningsartikkelen følger IMRoD modellen og det kommer klart frem hva forskningsartikkelens hensikt er. Forskningsartikkelen overholder etiske aspekter.

4.3 Artikkel 3:

Registered nurses' attention to and perceptions of pressure ulcer

prevention in hospital settings (Sving, Gunningberg, Högman og Mamhidir, 2012).

Metode: Metodetriangulering ved bruk av både kvantitativ og kvalitativ data analyse. Deltagerne var sykepleiere ved tre ulike enheter; geriatrisk, ortopedisk og medisinsk avdeling ved ulike sykehus i Sverige. Beskrivende design ble brukt sammen med metodetrianguleringen der de ble intervjuet og det ble sett på pasientens journal. Hver avdeling hadde 20-22 inneliggende pasienter totalt. Alle avdelingene bruker elektronisk pasientjournal. All data var samlet mellom januar 2009 til april 2009. Datasamlingen på hver avdeling tok omtrent to uker. Alle sykepleieaktiviteter rettet mot trykksårforebygging var notert ned i en feltstudie sammen med feltnotater. Deretter ble deltagerne intervjuet et par dager i etterkant. Retrospektive anmeldelser av pasientens journaler var laget etterfulgt av observasjoner på alle de tre avdelingene.

Resultater/funn: Sykepleierne mente at forebygging av trykksår var en viktig del av grunnleggende sykepleie men effektive tiltak var få. Mange av sykepleierne lot mye av ansvaret gå til annet helsepersonell da de stolte på deres kunnskap og mye av trykksårforebyggende sykepleie ble etterlat til annet helsepersonell. Det var ikke observert bruk av risikovurderingsverktøy. Trykkavlastning var ofte observert i forbindelse med daglige aktiviteter som blant annet medisiner og måltid. Trykksårforebyggings informasjon var ikke gitt til pasientene.

Kildekritikk og etiske aspekter: De følger IMRoD- modellen og det kommer klart frem hva hensikten med studien er. Forskningsartikkelen overholder etiske prinsipper.

4.4 Artikkel 4:

Pressure ulcer: knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes (Demarré, Vanderwee, Defloor, Verhaeghe, Schoonhoven og Beeckman, 2011).

Metode: Denne forskningsartikkelen er en kvantitativ tverrsnittstudie der 145 sykepleiere og hjelpepleiere deltok. Dataene ble samlet inn mars 2008. Målet er å få innsikt i kunnskap og holdninger til sykepleiere og hjelpepleiere og studere sammenhengen mellom kunnskap, holdninger og etterlevelse av trykksårforebyggende retningslinjer. Et tilfeldig utvalg av 18 sykehjemsavdelinger ut av 9 sykehjem i Belgia ble valgt. Studien inkluderte en undersøkelse i samsvar med retningslinjene for trykksårforebygging. Alle sykehjemsavdelingene ble evaluert med datasettet fra EPUAP (2014). Pasientdata inneholdt alder, kjønn og inkontinentstatus. Data i forhold til mobilitetsstatus og brukerens risiko for å utvikle trykksår ble det brukt Braden skala.

Funn/Resultater: Trykksårforebygging i sykehjemsavdelinger viste seg å være dårlig. Det var 145 sykepleiere og hjelpepleiere som deltok i undersøkelsen. Kunnskapen var utilstrekkelig. Det var ingen forskjell i kunnskap funnet mellom sykepleiere og hjelpepleiere. Sykepleiernes holdninger til trykksårforebygging var bedre enn hos hjelpepleierne. 615 pasienter var inkludert i studien. Omtrent 60 % av pasientene fikk forebygging i seng delvis i tråd med retningslinjene beskrevet av EPUAP. Omtrent 85 % av pasientene som hadde risiko for å utvikle trykksår på en vanlig madrass fikk ikke hjelp til trykkavlastning.

Kildekritikk og etiske aspekter: Den bruker IMRoD metoden og det kommer klart frem i forskningsartikkelen hva som er målet. Forskningsartikkelen overholder etiske prinsipper.

4.5 Hovedfunn

I studien til Johansen, et al., (2014) kom de frem til at om sykepleieren brukte risikovurderingsverktøy eller klinisk blikk hadde liten forskjell for å oppdage trykksår. Likevel var det et stort hull i pleien når det kom til dokumentasjon, og behandlingsplan. Studien til Webster, et al., (2011) viser og at risikovurderingsverktøy er bedre enn klinisk blikk for å forebygge trykksår, de mener at risikovurderingsverktøy burde byttes ut og heller fokusere på daglig inspeksjon av huden. Demarré, et al., (2011) skriver at kunnskapen til sykepleierne og annet helsepersonell var svært lav. Sving, et al., (2012) skriver at sykepleierne hadde lite fokus på pasienter som hadde risiko for å utvikle trykksår. De stolte på at annet helsepersonell på avdelingene tok seg av forebygging og tiltak for å forebygge trykksår.

5.0 Drøfting

I denne delen vil drøftingen være på to hovedkapittel som vil ha ulike undertitler da dette gir en bedre oversikt over problemstillingen. Det vil også komme egne forslag til bruk av risikovurderingsverktøy.

5.1: Risikovurderingsverktøy

Er det nødvendig med risikovurderingsverktøy?

Risikovurderingsverktøy kan være nyttig hjelpemiddel for å holde oppe høy bevissthet rundt forebygging, men det er ingenting som tyder på at risikovurderingsverktøy i seg selv gjør at flere risikopasienter blir funnet enn ved klinisk blikk.

Webster et al., (2011) stiller seg kritisk til bruken av risikovurderingsverktøy. I forskningen deres kom det frem at det ikke var forskjell på resultatene av å bruke risikovurderingsverktøy eller klinisk blikk. De skriver at risikovurderingsverktøy ofte er uberegnelige og kritisert for å sette for mange pasienter i risikosonen. Johansen et al., (2014), støtter Webster et al, sin forskning og mener at forskjellen mellom risikovurderingsverktøy og klinisk blikk er liten. En kan derfor hevde at risikovurderingsverktøy er en unødvendig ressurs. Men en kan ikke unngå å stille seg spørsmålet; hva er klinisk blikk? En kan påstå at for å ha et godt klinisk blikk bør man ha en del erfaring med trykksår. Det kan tenkes at en nyutdannet sykepleier ikke har den samme kunnskapen om forebygging av trykksår som en sykepleier som har vært lengre i yrket. Likevel kan en også hevde at den nyutdannede sykepleieren har mer kunnskap om forebygging av trykksår da den nyutdannede kommer rett fra skolen og har ny kunnskap om det. Selv om en har jobbet lenge i yrket er ikke sikkert at en har erfaringen med trykksår og forebygging av trykksår. Johansen et al., (2014) er enig i forskningsartikkelen til Webster et al, og stiller seg spørsmålet om hva er klinisk blikk og hvordan er det utviklet. Sett i slikt lys ser det ut som at forskningsartiklene mener at bruk av risikovurderingsverktøy i forebygging av trykksår er unødvendig. Tatt dette i betraktning skal en heller ikke forkaste bruken av risikovurderingsverktøy da det kan ha noen fordeler for å forebygge trykksår. For det første kan det øke bevisstheten rundt forebygging av trykksår. EPUAP (2014) skriver at risikovurderingsverktøy ikke skal brukes alene, men som et hjelpemiddel sammen med klinisk blikk. For det andre kan bruken av risikovurderingsverktøy være til hjelp for helsepersonell med liten eller ingen erfaring. Etter erfaring fra praksis finnes det både sykepleiere, hjelpepleiere, assistenter og studenter som jobber sammen på helseinstitusjonene. Et forslag er å bruke risikovurderingsverktøy som et læringstilbud som kan føre til at

helsepersonell utvikler faglig skjønn med fokus på trykksår og forebygging av trykksår. Med dette menes det at ikke alle har den samme erfaringen når det kommer til kunnskap om trykksår og forebygging og derfor er det viktig å øke fokuset på det.

Lindholm (2012, s. 170) skriver at risikovurderingsverktøy bør brukes som et supplement til klinisk vurdering. Det bør også brukes som et supplement til medisinske undersøkelser, vurdering av hudens tilstand, pasientens bevegelsesevne, fuktighet på huden, inkontinens og pasientens spesifikke situasjon og sykdomstilstand sammen med den som vurderer sin erfaring. Som nevnt tidligere er det viktig å ta i betraktning hvilken erfaring helsepersonellet har. På en måte vil risikovurderingsverktøy være et godt supplement da man får økt fokus på forebygging av trykksår, men på en annen side kan risikovurderingsverktøy være både tungvint og komplisert i bruk. Det har derfor en hensikt å finne et risikovurderingsverktøy som for det første passer til pasientgruppen, for det andre er det viktig at de ansatte forstår bruken av risikovurderingsverktøy og for det tredje er det nødvendig at risikovurderingsverktøy blir utført riktig. Torra i Bou et al., (2006, s. 44) skriver at å bruke risikovurderingsverktøy uten å introdusere retningslinjene for bruken av dem vil føre til at nødvendige, forebyggende tiltak fører til redusert effekt på reduksjon av trykksår. Lindholm (2012, s. 170) skriver at regelmessig bruk av risikovurderingsverktøy fører til mer bevisstgjøring omkring ulike risikofaktorer som fører til utvikling av trykksår og det bidrar til bedre dokumentasjon.

Pasientsikkerhetsprogrammet (2015) skriver at risikovurdering bør gjøres innenfor de første 4 timene ved innlegging av pasient. På en side kan det være en ide at risikovurderingsverktøy fylles ut av ansvarlig sykepleier samtidig som andre inkomstdata blir dokumentert. Siden det bør gjøres innen 4 timer, burde det også være en som har ansvar for dette per vakt. På en annen side er det ikke sikkert at dette lar seg gjøre da man har mange oppgaver i løpet av vekten. Et forslag er at risikovurdering blir gjort av annet personal på avdelingen. Men da er det viktig at alle har den samme kunnskapen om å utføre risikovurdering så en ser hva tiltak som skal iverksettes om pasienten har risiko for å utvikle trykksår. Sett i slik lys er det viktig at sykepleieren, som har det overordnede ansvaret får disse opplysningene så det kan settes inn i inkomstjournalen. På en annen side kan en se på det som aktuelt at sykepleieren som har ansvaret fyller ut om risikovurdering da en står som ansvarlig for det en dokumenterer.

Lindholm (2012, s. 170) skriver at fordelene med risikovurderingsverktøy er å få føringer for hvilke forebyggende tiltak, som skal gjøres ut i fra tilgjengelige ressurser og vurdering av pasienten. Sett i lys av dette er det en forutsetning at institusjonen har de nødvendige ressursene for å forebygge trykksår. Når en setter fokus på trykksår er det like viktig å sette fokus på forebygging av trykksår. Skal man forebygge trykksår er det for det første viktig å ha de nødvendige ressursene tilgjengelig og for det andre må de være lette å finne og bruke. I lys av dette burde det være fokus på hvem som har ansvaret for at tilgjengelige ressurser er i umiddelbar nærhet og at kommunikasjonen mellom de som trenger utstyret og de som kan bestille utstyret er på plass.

Nytt risikovurderingsverktøy?

Risikovurderingsverktøy er tungvint og bruker for mye av sykepleierens tid, derfor bør det lages ett lettere risikovurderingsverktøy.

Webster et. Al., (2011) skriver at risikovurderingsverktøy ikke alltid får med seg viktige risikofaktorer. Ordstillingen kan fremstå som forvirrende og tvetydig og derfor burde man heller bruke ressursene på daglig inspeksjon av huden istedenfor å bruke ressurser på å bruke risikovurderingsverktøy. Johansen et al., (2014) skriver at hvis sykepleieren må bruke tid på å fylle ut risikovurderingsverktøy blir det heller ikke gjort. Etter erfaring fra praksis er hverdagene på en avdeling ofte travle, og hvis sykepleier eller annet helsepersonell må bruke tid på å tolke risikovurderingsverktøy kan dette resultere i mye bruk av tid og det kan føre til at det blir glemt bevisst eller ubevisst. Webster et al., (2011) mener at det burde være mer fokus på spesifikke risikoer knyttet til hud og trykksår.

Johansen et al., (2014) viser til i forskningen at begge undersøkelsesgruppene fra Irland og Norge pekte på mangelen på mobilitet og aktivitet var de største risikofaktorene for å utvikle trykksår. Det kom også frem i forskningen at mange av punktene på et risikovurderingsverktøy var mindre viktige å ha med ved første vurdering av trykksår, men kunne bli mer aktuelle om det ble fastslått at pasienten hadde risiko for å utvikle trykksår. Johansen et al., (2011) skriver at det bør lages et enklere risikovurderingsverktøy som fokuserer på mobilitet og pasientens evne til leieendring. Et lettere risikovurderingsverktøy kan gjøre jobben til sykepleier lettere. Noen vil hevde at det er det som har vært hensikten med risikovurderingsverktøy fra begynnelsen av. I lys av dette har risikovurderingsverktøy alltid

vært ment som et verktøy for å se om pasienten har risiko for å utvikle trykksår og sette fokus på forebyggende tiltak. Ved å lage et nytt risikovurderingsverktøy kan på en måte ses i lys av dette og konkludere med at det kunne vært en god ide, men på en annen side vil et nytt risikovurderingsverktøy bli like omdiskutert som de tidligere. Det kan også sees på den måten at hvis det blir laget et nytt risikovurderingsverktøy som kun fokuserer på mobilitet og aktivitet så kan det tenkes at andre faktorer, som for eksempel ernæring og fuktighet på hud blir glemt å ta i betraktning når risiko for å utvikle trykksår blir vurdert. Johansen et al., (2014) foreslår at det kommer et risikovurderingsverktøy på markedet som tar for seg pasientens evne til å være i aktivitet og forflytte seg selv for deretter ekspandere til å bli mer avansert etter at det er bekreftet at pasienten er i fare for å utvikle trykksår.

5.2: Helsepersonellens rolle.

Helsepersonellens syn på forebygging av trykksår:

Forebygging av trykksår er ikke prioritert av helsepersonell og det er lite fokus på det. Å ha kunnskap om forebygging av trykksår er ikke det samme som å bruke det.

I Sving et al., (2012) sin forskning kom det frem at det ikke var brukt risikovurderingsverktøy hos noen av pasientene i undersøkelsen, likevel viste forskningsartikkelen at 32 av 83 pasienter var i fare for å utvikle trykksår. Selv om helsepersonell har kunnskap om trykksår og forebygging av trykksår betyr ikke det nødvendigvis at det blir brukt i praksis. Erfaring fra praksis er at sykepleiere og annet helsepersonell ofte har en travel hverdag. I lys av dette er det viktig å ta i betraktning at flere oppgaver vil føre til mer jobb og bruk av tid og ressurser, likevel er det viktig å se på hva om skjer om man ikke fokuserer på selve forebyggingen av trykksår. Et trykksår fører til store smerter for pasienten samtidig som det tar mye bruk av ressurser og pleietid.

Sving et al., (2012) skriver at det er essensielt at sykepleieren utfører forebyggende tiltak for å forbedre pasientsikkerheten. Demarré et al., (2011) skriver at selv om undersøkelsen viste at det var lite fokus på forebygging og tiltak gjort i forbindelse med trykksår var det likevel en positiv holdning blant sykepleierne og annet helsepersonell om å vie mer arbeid til forebygging. En trenger bare en initiativtaker som drar lasset i gang og øker fokuset på forebygging av trykksår. Nevner nok en gang at ved å fokusere på forebygging av trykksår så kan det føre til økt oppmerksomhet rundt det og nettopp derfor kan det være en ide å bruke

risikovurderingsverktøy for å få føringer og etablere felles faglig skjønn. Etter erfaring er det observert at noen avdelinger har satt seg et mål med for eksempel 100 dager uten trykksår og om de gjennomfører dette får de kake. Etter 100 dager starter de på nye 100 dager og deretter kake igjen om de klarer det. For det første kan det tenkes at et slikt tiltak gir ekstra motivasjon for personalet og for det andre kan det føre til økt, kontinuerlig fokus på forebygging og da som nevnt tidligere kan det være en ide å bruke risikovurderingsverktøy for at personalet fører de samme retningslinjene. Pasientsikkerhetsprogrammet (2015) anbefaler også å sette seg mål om at avdelingen fokuserer på og setter seg et mål om å ha et visst antall dager uten trykksår.

Sving et al., (2011) skriver at det ofte er hindringer som førte til lite fokus på forebygging. Det ble blant annet sett på som mye å gjøre på avdelingen, som førte til lite prioritering. Sett i lys av dette er det for det første viktig å finne de hindringene som gjør at forebygging av trykksår ikke skjer og deretter må en prøve å finne alternativer som gjør at det blir prioritert, deretter bør det rettes mer fokus på forebygging. Lindholm (2012, s. 174) mener at risikovurderingsverktøy vil øke bevisstheten hos personalet om de ulike risikofaktorene og gjøre at personalet blir oppmerksomt på hvilke pasienter som er spesielt utsatt for trykksår slik at forebygging og omsorg skjerpes.

Demarré et al., (2011) skriver at sykepleiere og annet helsepersonell hadde like mye kunnskap om trykksår og forebygging, men at kunnskapen generelt var for dårlig. Johansen et al., (2014) skriver at mye av kunnskapen sykepleiere og annet helsepersonell har er erfaringsbasert. Sykepleieutdanningene i Norge har praksiser, som gjør at studenten kan både lære å erfare sykepleie. Det kan hevdes at mye av kunnskapen sykepleieren får er da erfaringsbasert. På en måte kan et forslag være å bruke risikovurderingsverktøy mer i skolesammenheng som en studieøvelse for å få mer kunnskap om hvilke risikofaktorer som fører til trykksår, det kan føre til at studenten stoler mer på seg selv. Men på en annen side bør en ta i betraktning at om risikovurderingsverktøy ikke brukes i jobbsammenheng er det lite nødvendig å bruke det i studiesammenheng.

Sving et al., (2011) skriver at helsepersonell mente at risikovurderingsverktøy aldri kunne erstatte klinisk blikk. Ved å ta dette i betraktning så har Sving et al, et godt poeng. Likevel hjelper det svært lite dersom det ikke blir økt fokus på forebygging av trykksår og at det blir prioritert. Risikovurderingsverktøy kan ikke erstatte klinisk blikk, men bruken av risikovurderingsverktøy vil likevel øke fokuset rundt forebygging av trykksår og når det

samtidig er studier som viser at kunnskapen ikke blir utført i praksis. Sett i lys av dette bør det være mer fokusert på å kombinere teori og praksis for å få fullstendig, forebyggende pleie.

Sving et al., (2011) kom frem til at sykepleieren stolte fullt på hjelpepleierne når det kom til forebygging av trykksår. Sykepleierne stolte på hjelpepleierne og det ble sett på som en hjelpepleiers oppgave å gjøre forebyggende tiltak. Studien til Sving mener at selv om hjelpepleieren har mye kunnskap om trykksår er det viktig at sykepleieren har et overordnet ansvar siden de har høyere utdanning. Selv om hjelpepleiere og sykepleiere har ulik utdanning skal man allikevel jobbe som en gruppe på hvilken som helst institusjon, derfor er det viktig å kommunisere sammen og utføre forebyggende tiltak ut i fra samme prinsipp. Det kan da være en fordel å bruke risikovurderingsverktøy fordi da har alle den samme plattformen å stå på. På en side kan det være en ide å ha undervisning for alle på arbeidsplassen. Men på en annen side kan det ofte medføre utgifter og god planlegging siden det ikke er mulig å samle alle ansatte på samme tidspunkt. Det er også viktig å ta i betraktning at det alltid kommer nye ansatte og noen slutter. Det kan være vanskelig å gi alle den samme undervisningen, derfor vil et risikovurderingsverktøy gi grunnlag også sammen med et informasjonsark om gode hjelpemidler komme til nytte. Noen vil hevde at det er sykepleierens ansvar å holde seg faglig oppdatert, men etter erfaring er dette vanskelig å utføre da det ikke er mulig å gjøre det på jobb og det viser seg at de fleste ikke er interessert i å bruke fritiden sin på å lese på ny kunnskap.

Johansen et al., (2014) skriver at sykepleierne ofte var klar over hvilke pasienter som hadde risiko for å utvikle trykksår, likevel var det flere barrierer som hindret dem i å gi forebyggende sykepleie. Johansen et al., (2014) skriver at det er viktig at helsepersonell har tilgang til riktig utstyr og andre forebyggende strategier. For å få en god forebygging av trykksår er det ikke bare helsepersonellet på avdelingen som må ta ansvar. Ledelsen har også et ansvar. For det første kan det hjelpe for å få satt fokus på forebygging av trykksår må noen med et overordnet ansvar bestemme at det skal være fokus på det. Johansen et al., (2014) skriver at det er av begrenset verdi å ha risikovurderingsverktøy og teoretiske riktige omsorgsplaner om man ikke har nødvendig material, kompetanse hos personalet eller tid for å utføre forebygging. Det er ofte lederens ansvar å kjøpe nødvendig utstyr, få mer kompetanse på institusjonene og eventuelt få flere personell for å få bedre tid. Johansen et al., (2011) skriver også at mangelen på personell fører til dårlig forebygging av trykksår.

Dokumentasjon

Dokumentasjon kan få konsekvenser, derfor er det bedre og ikke dokumentere.

Johansen et al., (2014) skriver at dokumentasjon ofte er manglende. Ofte var personalet ikke gode nok til å dokumentere trykksår og utviklingen av et trykksår. Helsepersonell er lovlig pålagt å skrive behandlingsplan som er relevant til pasientens behov. Det er nødvendig for å gi trygg pleie. I Norge var behandlingsplanene ofte opprettet i ettertid når trykksåret var funnet. U fra egen erfaring blir behandlingsplanen opprettet på innleggingsdag, det er ofte man ikke kjenner pasienten eller rekker å bli kjent med den på den vakten. Det er da vanskelig å få tid til å evaluere hele pasienten. Det kan tenkes at det da er lettere å la være å dokumentere da det ikke får konsekvenser. Dokumenterer en derimot er det viktig også å dokumentere tiltak som er eller skal bli utført da mangel på tiltak vil få konsekvenser som kan brukes mot den som har dokumentert.

I følge deltagerne var årsaken til lite dokumentasjon dårlig tid, mangel på personal, lite kunnskap hos personal og tilgang på utstyr. Ut fra egen erfaring ser en at sykepleierens dag går ut i fra å prioritere hvilke oppgaver som er viktigst. Men det skal også sies at det kan oppstå akutte hendelser, som fører til at det en har prioritert blir skjøvet til sides og ikke blir utført. Men det er viktig å huske at om man dokumenterer at pasienten har risiko for å utvikle trykksår og ikke dokumenterer forebyggende arbeid kan det få konsekvenser. Demarré et al., (2011) kom også frem at sykepleieren stolte på hjelpepleieren om at pasienten hadde fått forebyggende tiltak selv om det ikke var dokumentert.

Mange trykksår kan være vanskelige å finne ut når oppstå grunnet manglende dokumentasjon (Lindholm, 2012, s. 177). Det er viktig å dokumentere godt så man kan gå tilbake i behandlingsplanen å se når et trykksår har oppstått og hvilke hjelpemidler som har blitt brukt. Da kan man se hvilke hjelpemidler som har vært nyttige eller se hva som ikke har virket. Johansen et al., (2011) skriver behandlingsplaner ikke er inspirert eller dokumentert sammen med bruk av risikovurderingsverktøy. For å få en god dokumentasjon i behandlingsplanen kan det være lurt å bruke et risikovurderingsverktøy å henvise til, det er da også lettere å følge med på om situasjonen endrer seg hos pasienten. Etter egen erfaring går mye av rapporten ut på muntlig kommunikasjon og lite skriftlig da dokumentasjon kan både bli glemt å bli skrevet ned eller ikke prioritert i stor nok grad. Ved muntlig dokumentasjon kan det tenkes at noe forsvinner når man skal gi kommunikasjon videre om tiltak som er iverksatt og tiltak som må gjøres. Det kan også ses på som vanskelig da man gir rapport til den andre personen som kan

være en sykepleier, hjelpepleier eller assistent ikke har den samme kunnskapen eller praktiserer forebygging annerledes. Det kan også tenkes at om en assistent eller annet helsepersonell uten erfaring får muntlig beskjed om at forebyggende tiltak må iverksettes er det ikke sikkert at denne personen har grunnlag for å gi forebyggende pleie grunnet lite kunnskap. Det kan da ha hensikt å ha mulighet til å sette seg inn i behandlingsplan med ferdige mål og tiltak som må gjøres.

6.0: Avslutning:

Det viser seg at risikovurderingsverktøy ikke er like godt som sykepleierens kliniske skjønn. Til tross for at risikovurderingsverktøy ikke kan brukes som et skjema for risikovurdering i den grad det er ment, kan det allikevel brukes som et supplement til forebygging av trykksår. I denne oppgaven er det gitt ulike forslag til hvordan risikovurderingsverktøy kan brukes. Risikovurderingsverktøy kan bidra til økt fokus på forebygging av trykksår forutsett at helsepersonell har kunnskap om trykksår og forebygging og at tilgjengelig hjelpemiddel er lett tilgjengelig.

7.0: Referanser:

- Bermark, S., & Melby, B., Ø. (2014). *Trykksår*. København: Munksgaard.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Demarré, L., Vanderwee, K., Defloor, T., Verhaeghe, S., Schoonhoven, L., & Beeckman, D. (2012). Pressure ulcers: knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(9/10), 1425-1434 10p. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03878.x.
- Forsberg, C., & Wengstöm, Y. (2013). *At göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Førde, R. (2014, 10. Oktober). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet fra: https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/#_Toc229220456.
- Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur: refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johansen, E., Moore, Z., van Etten, M., & Strapp, H. (2014). Pressure ulcer risk assessment and prevention: What difference does a risk scale make? A comparison between Norway and Ireland. *Journal Of Wound Care*, 23(7), 369-378 10p. doi:10.12968/jowc.2014.23.7.369.
- Lindholm, C. (2012). *Sår*. Oslo: Akribe.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel og Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014. Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.

Nortvedt, P., Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie-funksjon og ansvar. H. Akmaås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. Utg. s. 21). Oslo: Gyldendal akademisk.

Pasientsikkerhetsprogrammet. (2015, 22 Oktober). *Forebygging av trykksår*. Hentet 28 Januar 2016 fra:

<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/forebygging-av-trykks%C3%A5r>

Sving, E., Gunningberg, L., Högman, M., & Mamhidir, A. (2012). Registered nurses' attention to and perceptions of pressure ulcer prevention in hospital settings. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(9/10), 1293-1303 11p. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.04000.x.

Thidemann, I. J. (2015). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: *den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Torra i Bou, J-E., Garcia-Fernandez, P.G., Pancorbo-Hidalgo, P. L. & Furtdao, K. (2006). Risk Assessment Scales for Predicting the Risk of Developing Pressure Ulcer. M. Romanelli, M. Clark, G. Cherry, D. Colin & T. Defloor (Red.), *Science and Practice of Pressure Ulcer Management*. (s. 43-57). Springer-Verlag: London.

Webster, J., Coleman, K., Mudge, A., Marquart, L., Gardner, G., Stankiewicz, M., & ... McClymont, A. (2011). Pressure ulcers: effectiveness of risk-assessment tools. A randomised controlled trial (the ULCER trial). *BMJ Quality & Safety*, 20(4), 297-306 10p. doi:10.1136/bmjqs.2010.043109.