



BACHELOROPPGAVE:

**HVORDAN KAN SYKEPLEIERE
FOREBYGGE TRYKKSÅR I EN
LANGTIDS SYKEHJEMSAVDELING?**

***- HVILKE FAKTORER HEMMER OG FREMMER
FOREBYGGING AV TRYKKSÅR?***

FORFATTERE:
MINA HANSEN
GUNNHILD WILHELMINE KRAGSTAD
LINN ELISE SVENNINGSSEN
HÅKON LUNDBORG JACOBSEN

Dato: 08.05.2014

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleiere forebygge trykksår i en Langtids sykehjemsavdeling?	Dato : 08.05.14
	Hvilke faktorer hemmer og fremmer forebygging av trykksår?	
Deltaker(e)/	Mina Hansen	
	Gunnhild Wilhelmine Kragstad	
	Linn Elise Svenningsen	
	Håkon Lundborg Jacobsen	
Veileder(e):	Siv Sønsteby Nordhagen	
Evt. oppdragsgiver:	_____	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Trykksår, sykehjem, forebygging, sykepleie	
Antall sider/ord: 52/12360	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: ja
<p>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</p> <p>Dette er et litteraturstudie som i sin helhet beskriver hva en sykepleier kan gjøre for å forebygge trykksår på en langtidsavdeling i sykehjem. Dette temaet er valgt fordi trykksår er et stadig problem som fører til smerte, ubehag og kan føre til tidligere død for pasienten. Samtidig har vi gjennom oppgaven sett på hvordan forebygging kan bli prioritert fremfor behandling av trykksår. Vi har kritisk gransket kildene våre og innhentet vitenskapelige artikler og annen relevant litteratur for å kunne besvare vår problemstilling. Vi har tatt for oss ulike faktorer som hemmer og fremmer forebygging av trykksår. For at sykepleier skal forebygge trykksår i en langtidsavdeling, kreves det relevant kunnskap, gode holdninger, rutiner og kartlegging. For at dette skal kunne utføres, trengs en velfungerende sykepleierledelse.</p>		

ABSTRACT

Title:	How can nurses prevent pressure ulcers in a long-term department?	Date : 08.05.14
	<u>Which factors inhibit and promote the prevention of pressure ulcers?</u>	
Participants/	Mina Hansen	
	Gunnhild Wilhelmine Kragstad	
	Linn Elise Svenningsen	
	Håkon Lundborg Jacobsen	
Supervisor(s)	Siv Sønsteby Nordhagen	
Employer:	_____	
Keywords (3-5)	Pressure ulcers, nursing homes, prevention, nursing	
Number of pages/words: 52/12360	Number of appendix: 1	Availability: open
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>This is a literature survey that describes what a nurse can do to prevent pressure ulcers in a long-term department in nursing homes. This topic was selected because pressure ulcers are a problem that causes pain and discomfort, and can also lead to early death. Throughout the study we looked at how prevention can be given priority over treatment of pressure ulcers. We have been critical of our chosen sources and reviewed scientific articles and other relevant literature to answer our questions. We have discussed various factors that inhibit and promote the prevention of pressure ulcers. In order for the nurse to prevent pressure ulcers in long-term departments requires relevant knowledge, a positive attitude, routines and mapping. A well-functioning nursing management is necessary to accomplish this.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	s. 5
2.0 Bakgrunn.....	s. 6
2.1 Tidligere forskning.....	s. 7
2.2 Langtidsavdeling i sykehjem.....	s. 8
2.3 Huden.....	s. 9
2.4 Risikofaktorer.....	s. 11
2.5 Forebygging.....	s. 12
2.6 Sykepleierens ansvar- og funksjonsområder.....	s. 14
2.7 Hensikt med oppgaven.....	s. 16
2.8 Problemstilling.....	s. 16
3.0 Metode.....	s. 16
3.1 Systematisk søk av artikler.....	s. 18
3.2 Forskningsetikk.....	s. 20
3.3 Begrunnelse for valg av artikler.....	s. 22
4.0 Resultater.....	s. 23
4.1 Kunnskap.....	s. 28
4.2 Holdninger.....	s. 30
4.3 Kartlegging og Rutiner.....	s. 30
5.0 Drøfting.....	s. 32
5.1 Betydningen av kunnskap for å fremme forebygging av trykksår.....	s. 32
5.2 Betydningen av holdninger for å fremme forebygging av trykksår.....	s. 35
5.3 Betydningen av kartlegging og rutiner for å fremme forebygging av trykksår... s. 38	
5.4 Den ledende funksjonens betydning for å fremme forebygging av trykksår.....	s. 40
5.5 Kritisk vurdering av eget arbeid.....	s. 41
6.0 Konklusjon.....	s. 42
7.0 Litteraturhenvisninger.....	s. 44
8.0 Vedlegg.....	s. 52
8.1 Vedlegg 1: Søking og resultater.....	s. 52

1.0 Innledning

Oppgaven vil belyse sentrale momenter som er viktig i pleien som utføres ved forebygging av trykksår. Vi ønsker å finne ut om økt kunnskapsnivå, endring av holdninger, og rutiner og kartlegging kan bidra til å forhindre utvikling av trykksår i en langtids sykehjemsavdeling.

Kunnskap gir kvalitet i pleien, slik at handlinger blir utført på en riktig måte og hindrer konsekvenser i å forekomme. Forskjellen på en sykepleier og annet helsepersonell i en sykehjemsavdeling er utdanningsnivå, kunnskap, arbeidsoppgaver og ansvarsområder (Orvik 2006). Med en sykepleierutdanning medfølger et ansvarsområde som sier at vi skal veilede og undervise blant annet andre kollegaer. Tverrfaglig samarbeid i en avdeling er også viktig for å dele kunnskap som gir et helhetlig samarbeid (ibid.). Dolonen (2009) hevder at det som oftest er færre sykepleiere enn andre helsearbeidere i en sykehjemsavdelingen. Hvordan kan sykepleieren bidra for at forebyggingen av trykksår blir utført på en best mulig måte? Å utføre forebyggende tiltak er viktig, vårt fokus er hvorfor kunnskapen om forebygging er sentralt.

Temaets sykepleiefaglig relevans er at pasientsikkerheten skal ivaretas, der kunnskap om menneskets grunnleggende behov er sentralt. Opprettholdelse av en hel og velfungerende hud er et av disse behovene. Dette innebærer forebygging og nødvendige iverksettende tiltak (Henderson 1998). Sykepleieren kan bruke sin kompetanse, ikke bare i direkte pasientkontakt, men også ved hjelp av undervisning og veiledning for å heve kunnskapsnivået på en sykehjemsavdeling (Nortvedt og Grønseth 2011).

Trykksår forekommer stadig på tvers av ulike behandlingsinstanser, og tross at det er et felt det har vært mye forskning på, er det fremdeles aktuelt (Gunningberg m.fl. 2013). Trykksår ble allerede beskrevet i papyruskilder, ca 2000 år før Kristus (Lindholm 2012). Det vil alltid være pasienter med trykksårrisiko, og derfor vil trykksårforebygging alltid være en problemstilling (Mason 2009). Vårt fokus er eldre pasienter og det er kjent at eldre får dårligere hudkvalitet med tiden (Skaug 2011).

Trykksår er forbundet med smerte og ubehag for pasienten, samt økonomiske kostnader (Bennett, Dealey & Posnett 2004). Geir S. Braut (2008) skriver at det i gjennomsnitt er 30.000 pasienter som får trykksår i Norge årlig. En studie som ble utført i Storbritannia i 2010 fant ut at kostnadene av å behandle et trykksår, varierende fra grad 1-4, kom på alt fra 1064-10551 pund. Kostnadene i tillegg til lidelsen pasienten utsettes for er omfattende, og å bruke penger på forebyggende arbeid i stedet for behandling er mer hensiktsmessig (Bennett, Dealey & Posnett 2004).

Oppgaven skal relateres til et av forskningsområdene til Høgskolen i Gjøvik.

Forskningsområdet i vår oppgave går under kvalitet i sykepleie. Kvalitet i sykepleie deles i to underområder, Pasienters behov og sikkerhet, og Personalets funksjon og sikkerhet, hvor fokuset rettes mot enten pasienten eller personalet. Dette litteraturstudiet vil omhandle begge underområder av kvalitet i sykepleie, men fokuset rettes mot helsepersonells kunnskap om- og holdninger til trykksår og forebygging (Lillemoen 2012).

2.0 Bakgrunn

I denne bacheloroppgaven har vi bevisst valgt teori som skal være med på å danne en teoretisk plattform som skal besvare vår problemstilling, relatert til det sykepleiefaglige. Vi presenterte statistikk over forekomst allerede i vår innledning, for å belyse viktigheten av trykksårforebygging som vår problemstilling understreker. Vi har valgt å ta for oss relevant teori om huden og den funksjonsområder, risikofaktorer relatert til trykksår og forebyggende tiltak med fokus på kunnskap, veiledning og rutiner. Vi presenterer også konsekvensene av trykksår.

Ved hjelp av relevant litteratur, knytter vi sykepleierens rolle og teamarbeid på en sykehjemsavdeling opp mot hverandre. Vi benytter oss av Henderson og Nightingales sykepleieteori og relaterer denne opp mot vårt forskningsområde.

2.1 Tidligere forskning

Det er ukjent når man forstod sammenhengen mellom høyt lokalt trykk og utviklingen av trykksår. Det første trykksåret stammer fra Egypt, der man i 1960-årene fjernet bandasjen fra en mumie fra ca 2000 år f.Kr. Og fant et sakralt trykksår under et påsydd antilopeskinn (Lindholm 2012).

Jean-Martin Charcot levde fra 1825-1893 og var kjent i det franske medisinske miljøet i det 19. århundre. En av de sykdommene han studerte var trykksår. Han mente at trykk og lokal irritasjon ikke var utløsende årsaker til trykksår, men trodde heller på den neurotrofiske teorien, at skader på sentralnervesystemet var årsaken. Han trodde heller ikke at kroppens avfall var en risiko for trykksår (Levine 2005). Charcot observerte at mange som utviklet sår på sacrum døde kort tid etterpå, og mente at trykksår var alvorlig og varslet tidlig død. Han beskriver detaljerte og nøyaktige komplikasjoner som trykksår førte til og som er sjeldne i dag. For eksempel at det førte til koldbrann med metastaser til lunge og invasjon av ryggmargen. Han mente også at hvis et trykksår først var oppstått, selv i tidlig stadie, kunne det ikke reverseres, noe som ikke stemmer med vår innsikt i dag. Dette er mest sannsynlig på grunn av fremskritt innen medisinsk kunnskap og teknologi, inkludert trykkavlastning, antibiotika, ernæringsmessige intervensjoner, avansert hudpleie og kirurgiske teknikker. Bedre sykepleie hos en sengeliggende pasient som inkluderer inkontinens og hudhygiene må bemerkes (Levine 2005).

Når det kom til akutte trykksår på grunn av nevrologiske skader, mente Charcot at dette kom på grunn av inaktivitet, men standardiserte prinsipper for forebygging som trykkavlastning, sning og posisjonering hadde ennå ikke blitt anerkjent og utviklet. Fremskritt innen medisinsk vitenskap som antibiotikabehandling, intravenøs væske og parenteral ernæring var ikke-eksisterende. Ernæring og hydrering var ikke kjent og det er derfor ikke overraskende at trykksår ble betraktet som et dårlig prognostisk tegn (Levine 2005).

Levine (2005) hevder at betydningen av ernæring, hydrering, opprettholdelse av en optimal hud og forebygging er godt forstått i dag. Det er også kjent nå til dags at trykksår kan unngås og at tidlig intervensjon for de i risikozonen kan hindre skade eller forverring. Flere risikovurderingsverktøy er tilgjengelig, og trykkavlastende strategier inkludert sning,

posisjonering og et utvalg av trykkavlastende hjelpemidler. Likevel er trykksår fortsatt forbundet med alvorlig sykdom og dødelighet, og det er kjent at noen sår verken forebygges eller reverseres når de oppstår. Det er sett sammenhenger mellom trykksår og død, men nå til dags er ikke trykksår den eneste årsaken til dødelighet. Uunngåeligheten av trykksår er et tema for uenighet i dag. Selv i de beste omstendigheter har deres forekomst ikke blitt eliminert. Forekomsten av trykksår nå til dags er anerkjent som en markør for omsorgssvikt. Underbemanning i sykehjem har tydelig vært knyttet til dårlige resultater som trykksår. Trykksår epidemiologi har dermed blitt en populær statistikk for regjeringen, fasiliteter og publikum til referanse kvalitet (Levine 2005).

2.2 Langtidsavdeling i sykehjem

Et sykehjem tilbyr heldøgns omsorg (Orvik 2006). Vi har valgt å ta for oss pasienter i en langtids sykehjemsavdeling. Dette er en avdeling som ofte inkluderer fysisk syke og skrøpelige eldre som er avhengig av omsorg døgnet rundt og kan derfor være krevende avdelinger å jobbe på. Alderen på pasientene er gjennomsnittlig over 80 år, der en stor andel i tillegg til fysisk sykdom også har kognitiv svikt (Hauge 2008). De som hovedsakelig jobber i en langtidsavdeling, er sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter. Pasienter som bor i en langtidsavdeling, er en av de gruppene som er mest utsatt for trykksår med tanke på tilstanden (ibid.).

Ved **trykksårforekomst** vil også **kostnadene** for helsevesenet øke. I Nederland koster et trykksår om lag fra 20 000 til 70 000 dollar per sår å behandle (Lindholm 2012). I tillegg til et høyt kostnadsnivå for utstyret som benyttes i behandling, er også andre utgifter til stede ved trykksår, eksempelvis brukes 90 % av kostnadene på et trykksår til sykepleiers tidsbruk til behandling av såret (Lindholm 2012). AHRQ (2013) antar at det dør ca 60 000 mennesker i USA årlig som følge av trykksår. Det bør dog understrekes at dette er tall fra USA, og ikke nødvendigvis er i samsvar med norske tall. I tillegg til å være en økonomisk byrde for samfunnet, utsetter man også pasienten for unødvendig smerte og ubehag som kan resultere i tidligere død (Lindholm 2012). Kan det da være gunstig at forebygging blir satt mer i fokus for å unngå å utsette pasienten for unødvendig lidelse?

2.3 Huden

Huden er kroppens største organ og er inndelt i tre hovedlag; epidermis, dermis og hypodermis. Huden har mange funksjoner og de viktigste er:

- Beskytte kroppen mot ytre påvirkninger som bakterier, sopp, virus, varme og kulde, støt, ultrafiolette stråler og kjemikalier.
- Regulere kroppens væske-, elektrolytt- og varmebalanse
- Å formidle beskjeder via sansene våre
- Huden er en del av kroppens immunforsvar via langerhansceller, mastceller, makrofager og lymfocytter
- Danne vitamin D3 ved hjelp av ultrafiolett lys
- Fungere som et energilager i fettlaget i hypodermis
- Huden fungerer også som en blodreserve når det kreves mer blod til vitale organer (Langøen 2012).

Til tross for hudens mange og sentrale funksjoner, er det viktig å behandle og ta godt vare på huden. Decubitus, eller trykksår, kan defineres 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" (Langøen & Gürgen 2012, s. 281). Det vil si at det nødvendigvis ikke trenger å foreligge et sår, men at det er nok om huden er misfarget og at denne misfargingen ikke forsvinner når trykket oppheves (Langøen 2012).

Decubitus graderes vanligvis i fire grader, dette er for å kunne se alvorligheten i forhold til valg av bandasjemateriell. Hvis blodtilførselen på et kroppsområde avstenges rundt to timer, vil det oppstå en rød flekk på hudområdet. Når man trykker på det aktuelle området blir det hvitt - det vil si at det foreligger en reaktiv hyperemi, også kalt blanching-hyperemi. Siden dette området har vært iskemisk, kompenserer kroppen med økt blodforsyning og skaden går tilbake i løpet av to timer når trykket oppheves. Dette kalles grad null der det ikke foreligger decubitus, men man må sette i gang tiltak med trykkavlastning for å unngå en utvikling (ibid.).

Hvis trykket varer i opptil flere timer, vil det dannes en inflammatorisk reaksjon. Få timer etter at dette trykket blir opphevet og blod kommer tilbake til hud og muskler, vil det dannes ødemer og inflammasjonen blir sterkere. Her vil det forekomme en økning av frie oksygenradikaler. Trykket vil føre til iskemi som igjen vil føre til en inflammatorisk reaksjon som skaper decubitus (ibid.).

En inflammasjon er kroppens normale forsvarsmekanisme. Det er fem kjennetegn for å identifisere en slik tilstand. Når hudområdet rødmer skyldes dette vasodilatasjon og kalles rubor. Vasodilatasjonen gir økt blodgjennomstrømning til området og gir varme, dette kalles calor. Ødemer eller hevelser skyldes at væske siver ut fra blodårene til vevet og heter tumor. Smerter i området skyldes mest sannsynlig at ødemene presser på nerver, dette kalles dolor. Når tumor og dolor påvirker området, gir dette nedsatt funksjon og kalles functio laesa (Jacobsen m.fl., 2012).

Når huden blir misfarget, ofte erytem, og denne misfargingen ikke opphører innen en halvtime etter at trykket er opphevet, er det tegn på grad en. Her vil bare det øvre hudlaget være rammet, og det foreligger i utgangspunktet ikke et sår. Misfarging, varme, ødem og indurasjon kan brukes som indikasjoner (Langøen 2012).

Grad to av decubitus vil være epitelskade, enten som ødem i form av blærer, eller hudavskrapning. Her vil skaden gå ned i dermis og det forekommer ofte smerter. Her er det allerede skade på huden, men ved trykkavlastning vil såret heles (ibid.).

Når skaden har brutt gjennom dermis og videre til hypodermis, kalles dette grad tre. Her kan fascien være synlig, men ikke skadet (Langøen 2012). "Det er tendens til kraterdannelse og eventuelt sinusdannelse. Det ses eksudat og tidvis infeksjon. Sårbunnen er som oftest ikke smertefølsom" (Langøen & Gürgen 2012, s. 282).

Ved grad fire vil huden være skadet til både fascier og muskler. Disse kan også være skadet og knokler kan ses. Et krater med eventuelt sinus, eksudat og infeksjon vil være til stede. Her vil vanligvis heller ikke sårbunnen være smertefølsom (Langøen 2012).

2.4 Risikofaktorer

Hovedårsaken til hvorfor decubitus oppstår vil alltid være den samme, ”decubitus 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” (Langøen & Gürgen 2012, s. 284). Disse forskyvingene vil ofte være årsaken til grad og to av decubitus, mens trykk er ansvarlig for alle gradene (Langøen 2012).

Det vil aldri være én enkelt faktor som utvikler et trykksår, men en kombinasjon av flere risikofaktorer for den individuelle pasienten. Hos eldre mennesker er følgende risikofaktorer de vanligste:

- Høy alder
 - Nedsatt bevegelighet
 - Sengeleie
 - Nedsatt allmenntilstand
 - Akutt sykdom
 - Terminal sykdomstilstand
 - Nedsatt ernæringsstatus
 - Nedsatt kognitiv evne, demens
 - Inkontinens for urin og/eller avføring
 - Økt fuktighet i huden, hypertermi, svetting
 - Nevrologisk sykdomstilstand
 - Vedvarende hudrødme
 - Lavt diastolisk blodtrykk
 - Lav BMI
 - Tynn og skjør hud
- (Lindholm 2012)

Disse faktorene er bare hovedbetegnelser for mange tilstander. For eksempel det at en pasient har nedsatt bevegelighet eller sengeleie, kan være alt fra en lam person, langvarige operasjoner, ventetider til et ustabilt ryggbrudd.

Mer enn 95 % av alle trykksår oppstår på de fem mest utsatte stedene for trykk: Sacrum, hæler, hoftekammen, sittebensknutene og ankelbensknutene (Lindholm 2012). Raskest mulig risikovurdering av pasienter, samt regelmessig vurdering er derfor viktig.

Risikovurdering faller inn på pasientsikkerhet der vi skåner pasienten for minst mulig. Fordeler med risikovurderinger er ikke bare at vi skåner pasienten, dette går også ut på å bevisstgjøre personalet om mulige risikofaktorer, hvilke pasienter som er utsatt og personalet blir oppmerksomme på hvilke tiltak og hjelpemidler som er tilgjengelige (Lindholm 2012).

Konsekvenser av trykksår er at nekrotisert hud og vev ikke erstattes av ny hud og krever behandling for å heles. Igjen kan dette medføre blant annet:

- Sepsis
- Cellulitter
- Beinhinnebetennelse
- Utvikling av plateepitelcarcinom

Trykksår er ofte forbundet med morbiditet og mortalitet. For de med trykksår, er det rapportert en 3-måneders mortalitet på 35 % (Lindholm 2012).

2.5 Forebygging

Sammen med klinisk skjønn vil prediktorer være til god hjelp for å vurdere pasienters risiko for decubitus. En prediktor er et hjelpemiddel som er utarbeidet for å vurdere trykksårrisiko. Kreves det mer spesifikke tester, kan enten Nortons-, Bradens- eller Waterlows skala brukes (Langøen 2012). I likhet med de to andre brukes Braden-skalaen til å registrere de ulike risikofaktorene for trykksår og gradering av disse, og ut i fra dette poengberegnes det et resultat som indikerer om pasienten er i risikogruppen eller ikke, og hvor stor risikoen er. Skalaen gir poeng, og jo mindre poeng du har, jo større er risikoen. Norton, Braden- og Waterlowinstrumentet brukes over hele verden. På tross av dette er skalaverktøy for risikovurdering av trykksår ikke mye brukt i Norge, hvor sykepleierens kliniske skjønn i større grad blir vektlagt (Ingebretsen og Storheim 2010).

Det hevdes at trykksår er lettere å forebygge enn å behandle, likevel ser vi at det oppstår trykksår som kunne vært unngått (Langøen 2012). De mest sentrale aspektene mot forebygging er trykkavlastning, ernæring og hudpleie (Lindholm 2012). Det kan være vanskelig for eldre som bor i sykehjem å få dekket ernæringsbehovene. Hvis ikke pasienten får i seg riktig mengde av de energigivende næringsstoffene, kan dette påvirke hudkvaliteten. I tillegg vil muskelmassen, muskelkraften og immunforsvaret bli redusert (Aagaard 2011). Proteiner er først og fremst kroppens byggesteiner. Hvis pasienten er utsatt for trykksår, er det hensiktsmessig med proteinrik kost. Hvis kroppen ikke får nok proteiner, vil den bryte ned det av proteiner som finnes i vev og muskler. At pasienten får i seg nok fett er gunstig med tanke på polstring av huden. Samtidig er vitaminer og mineraler bra for hudkvaliteten. Tilførsel av tilstrekkelig væske er viktig for opprettholdelse av en myk og elastisk hud (ibid.). Det er ønskelig at huden holdes hel og bevarer sin funksjon. Viktige momenter i god hudpleie innebærer at huden er myk, ren og har en optimal fuktighet. Dette kan praktiseres ved å bruke riktige kremer og salver (Johansen 2011). Når det kommer til risikovurdering av huden, er det mest gunstig å gjøre dette under stell (Lindholm 2012).

Når en pasient er i risikogruppen for trykksår, er trykkavlastning et iverksettende tiltak. Puter eller andre trykkavlastende hjelpemidler er hensiktsmessig. Hvis det innføres snuregime eller putevandring, skal dette utføres annenhver time for gunstig effekt (Langøen 2012). Ellers er det viktig å passe på trykkutjevning ved sengeliggende pasienter, at det ikke forekommer skrukker i laken eller på andre trykkfremkallende faktorer (Lindholm 2012). En annen måte å forebygge trykksår på, er bruken av madrasser med trykkavlastende funksjon (Langøen 2012). Det er ikke forsket på hvilke trykkavlastende madrasser som har mest effekt (Lindholm 2004), men vi har valgt å ta for oss to, madrasser med statisk luft og pulserende luft. Madrass med statisk luft er laget av gummi og er utstyrt med totter som pasienten ligger på. Lengden på tottene reguleres etter hvor stor risikoen for trykksår er. De motvirker friksjon og fuktighet pga den sirkulerende luften (Langøen 2012). Madrasser med pulserende luft, vekseltrykkmadrasser, blir regulert av datateknologi. Sensorene i madrassen regulerer trykket ved alle risikoer for trykksår. Den gir god trykkavlastning (Langøen 2012).

2.6 Sykepleierens ansvar- og funksjonsområder

Som ansatt sykepleier har man plikt til å alltid tilegne seg **oppdatert kunnskap og kompetanse på ulike felt**. Ved kunnskap og kompetanse kan den enkelte sykepleier yte sitt beste som enkeltperson og i en gruppe på arbeidsplassen. Kunnskap innebærer kjennskap, innsikt, viten, kunnen, kyndighet og erfaring. Sykepleieren må være skikket og dyktig, dette innebærer det å ha kompetanse til å yte kvalifiserte handlinger og beslutninger. Kunnskap og kompetanse skiller ved at det førstnevnte er knyttet til utøvelse og personer. Og det sistnevnte har med lærdom, innsikt og viten som kan finnes løsrevet fra personer (Orvik 2006). ” I sykepleie er håndverk av stor betydning for kvaliteten på den praktiske utøvelsen” (Kristoffersen 2011, s.162).

Ved en sykepleiertittel medfølger det også **et faglig ansvar i en sykehjemsavdeling**. Noen av oppgavene til en sykepleier er direkte rettet til pasient, for eksempel den behandlende delen. Dette utøves ved at sykepleier skal observere, kartlegge, gjennomføre, evaluere, og dokumentere pleie og omsorg. Men en sykepleier har også et indirekte ansvar for pasienten. Dette i form av blant annet **undervisning og veiledning**. Ved dette følger et ansvar at sykepleieren skal veilede og undervise pasienter, pårørende og kollegaer. Sykepleieren bidrar da til å skape **gode rutiner og kvalitetssikring** på en avdeling. For pasientens sin del gir dette en trygghetsfølelse, og hjelp til å forstå konsekvenser av egen sykdom. Sykepleiere har også en **rehabiliterende funksjon**. Dette er noe som skal være prioritert helt i fra dag én av sykehjemsoppholdet. Dette ved å tilrettelegge ulike hjelpemidler som forebygging av komplikasjoner. Som i dette tilfellet dreier seg om trykksår. Sykepleieren skal støtte, oppmuntre og motivere pasienten (Nortvedt og Grønseth 2011).

Sykepleierens egne erfaringer og kunnskap basert på dette er selvsagt bra og kan være svært nyttig. Men å basere prosedyre og pleie ut i fra dette kan være risikabelt. Egne antakelser om hva som er korrekt sykepleiehandling kan føre til dårligere behandling av pasientene. For å unngå dette har sykepleier et ansvar om å holde seg faglig oppdatert ved å delta på kurs og benytte seg av annen dokumentert sykepleiekunnskap som er relevant. Dette for å øke kvalitetssikringen (Nortvedt og Grønseth 2011). Bjørø og Kirkevold (2011) beskriver det som at sykepleien man utøver er av god kvalitet har stor betydning for å minimere antall uheldige

hendelser. Nightingale påpekte allerede dette i boken sin fra 1863: "Det kan virke som et merkelig prinsipp å uttrykke som den første forutsetning for et sykehus at det ikke skal skade de syke" (Bjørø og Kirkevold 2011, s. 349). Slike uheldige hendelser kan oppstå ved at helsepersonell og ansatte på en avdeling ikke følger retningslinjer, prosedyrer og standarder som er dokumentert eller basert på kunnskapsvurderinger (Bjørø og Kirkevold 2011). I Helsepersonelloven § 4 (2014) hevdes det at helsepersonell skal utføre sin praksis i samsvar med de kravene som stilles i forhold til faglig forvarlighet og omsorgsfull hjelp som forventes av våre kvalifikasjoner, praksisens kvalitet og den aktuelle situasjonen. Med de faglige kvalifikasjonene, skal helsepersonell innhente assistanse eller henvise pasienter videre hvis det er nødvendig.

I følge Florence Nightingales sykepleierteori, skal sykepleieren hjelpe pasienten med å legge til rette for naturlige reparerende prosesser som kan være med på å fremme helse. Fokuset er på at pasienten skal bruke sine egne ressurser og mobilisere disse, som igjen er med på å fremme egen helse. Sykepleieren skal tilrettelegge miljøet og fjerne eventuelle negative faktorer (Karoliussen 2011). Pasienten mangler ofte kunnskap, krefter eller vilje til å kunne opprettholde god helse. Virginia Hendersons sykepleieteori handler om å assistere og å hjelpe pasienten til å ivareta sine grunnleggende behov (1998).

Vi har fire etiske prinsipper for sykepleie, dette innebærer velgjørenhet, ikke-skade, autonomi og rettferdighetsprinsippet. Vi har valgt å bruke **Prinsippene om å ikke-skade og velgjørenhet** da disse faller ofte inn under hverandre fordi begge fokuserer på å gjøre pasienten vel. Prinsippet om å ikke-skade, handler om at vi som sykepleiere har plikt til å unngå at pasienten blir skadet av den behandlingen som vi yter. Velgjørenhetsprinsippet krever samtidig at vi gjør det beste for pasienten. Ikke-skade-prinsippet kan kalles en passiv handling som forteller at man ikke bør påføre noen skader eller vondter. Velgjørenhet blir derimot en aktiv handling fordi det sier oss noe om å forebygge skader og vondter (Slettebø 2007).

2.7 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å belyse viktigheten med trykksårforebygging i forhold til trykksårforekomst med fokus på helsepersonells kunnskaper og holdninger til trykksårforebygging. Ut i fra dette vil vi se på hvilke faktorer som hemmer og fremmer forebyggingen. Den aktuelle arenaen for oppgaven er langtidsavdelinger på sykehjem og helsepersonellet som jobber der, sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter.

For å **avgrense vår problemstilling**, har vi valgt å se bort ifra den direkte pasientkontakten, å heller ha fokusområde på sykepleiers ledende funksjon på en sykehjemsavdeling.

2.8 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere forebygge trykksår i en langtids sykehjemsavdeling?

- Hvilke faktorer hemmer og fremmer forebygging av trykksår?

3.0 Metode

Denne oppgaven er et litteraturstudie. I følge Forsberg og Wengström (2013) hevdes det at et litteraturstudie innebærer at man skal systematisk søke, kritisk granske og deretter sammenfatte litteraturen innen det valgte emne og problemområdet man har tatt for seg. Det systematiske litteraturstudiet bør fokusere på å finne aktuell forskning innenfor den gitte problemstillingen. For å gjennomføre et systematisk litteraturstudie er det flere punkter man skal gå igjennom:

- Forklare hvorfor studien skal gjennomføres, ha en relevant og konkret problemstilling.
 - Formulere spørsmål som skal besvares
 - Formulere en plan for litteraturstudiet.
 - Bestemme søkeord og søkestrategi
 - Identifisere og velge litteratur i form av vitenskapelige artikler
 - Kritisk vurdere, bedømme kvaliteten og velge den litteraturen som skal tas med
 - Analysere og diskutere resultatet
 - Sammenfatte og konkludere
- (Forsberg og Wengström 2013)

Når man snakker om **kildekritikk** menes de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. For å fastslå om en kilde er troverdig, må den granskes nøye. Oppgavens faglige innhold avhenger ofte av hvor gode kildene er, og om oppgaven skal være legitim, må den bygge på legitime kilder. Ved å skrive en oppgave og besvare spørsmål i den, er det viktig å kritisk granske kildene man bruker. Oppgaven skal være troverdig og bør derfor bygges på faglig korrekte kilder. For at vår oppgave skal være mest mulig troverdig for leseren, har vi valgt å bruke pensumrelaterte bøker som en faglig plattform. Likevel har vi i hovedsak benyttet oss av vitenskapelige artikler for å innhente litteratur. Når vi har kartlagt hvorvidt artiklene vi har valgt ut er vitenskapelige, har vi sett etter om artikkelen følger IMRAD-struktur, og i tillegg søkt opp artikkelens ISSN-nummer i Norsk samfunnsvitenskapelige datatjenestes databaser, for å se hvilket vitenskapelige nivå artikkelen har (Dalland 2012).

Kildekritikken består av 2 prosesser, kildesøk, som er prosessen hvor en innhenter litteratur relatert til problemstillingen, og redegjørelsen av den anvendte litteraturen. For å vurdere litteraturen, vurderes kilden med vekt på følgende:

- Hva slags tekst er det?
- Hvem har skrevet teksten?
- For hvem er teksten skrevet?
- Hvorfor skriver forfatteren om dette?
- Hva er formålet med teksten?
- Når er teksten skrevet?

(Dalland, 2012)

Mange artikler følger en bestemt oppbygning kalt **IMRAD-strukturen**. Denne kjennetegnes ved at den er delt inn i fire hovedpunkter (Polit og Beck 2014):

I - Introduksjonsdel. Her beskrives den sentrale handlingen og konseptet av studiet. Hypoteser og forskningsspørsmål blir presentert i denne delen – samt hensikten med studiet.

M - Metodedelen. Her blir metoden som har blitt brukt for å besvare problemstillingen lagt frem.

R - Resultatet. Studiets funn.

D - Diskusjon. Tolkningen av resultatene
(ibid.)

3.1 Systematisk søk av artikler

I denne oppgaven ønsket vi å finne gode og relevante artikler i samsvar med vår problemstilling. Vi ville finne studier med innhold som vi kunne benytte oss av. Vi startet derfor innhenting av artikler tidlig, slik at vi hadde god tid til å drøfte oss i mellom om artiklene svarte til våre forventinger. For å snevre inn og forenkle litteratursøket satte vi opp inklusjonskriterier vi skulle søke i databaser. Nedenfor er det satt opp punktvis inklusjonskriteriene som danner grunnlag for besvarelsen av oppgaven:

- Forebygging
- Trykksår/Decubitus
- Eldre pasienter i sykehjem eller sykehus
- Pleiepersonell
- Artikkelen følger IMRAD struktur

For å tilspisse søking av artikler ytterligere valgte vi noen eksklusjonskriterier:

- Diabetes
- Behandling av decubitus
- Artikler som er eldre enn 2008.
- Artikler som er fra et ikke vestlig land

Vi hadde i utgangspunktet tenkt å skrive om forebygging av diabetiske fotsår, men det viste seg at dette ga få treff i artikkelsøket i forhold til vår relevans for oppgaven. Vi ekskluderte derfor dette punktet, og fokuserte derfor på trykksår i stedet. Vi har også valgt å ekskludere artikler rettet mot behandling av trykksår, siden dette heller ikke var relevant for vår oppgave.

Vi begynte allerede søking av artiklene i februar, hvor vi søkte i databasene gjennom Høgskolen i Gjøvik sine hjemmesider. Vi har brukt Ovid Nursing database siden det er denne databasen vi føler oss trygg på. Når vi hadde funnet relevante søkeord, koblet vi sammen disse ved å trykke AND for å snevre inn søket. Dette ga oss et utvalg artikler, deretter valgte vi å se på de overskriftene som fanget vår interesse. Videre leste vi abstractet, og hvis dette svarte til vår problemstilling, valgte vi å få opp artikkelen i fulltekst for å lese hele artikkelen. Hvis artikkelen ikke fantes i fulltekst i databasen, søkte vi opp tittelen på artikkelen i Google Scholar og fikk fullteksten der. Hvis artikkelen var relevant, brukte vi ISSN-nummeret og søkte opp artikkelen på nettsiden nsd-database for statistikk og høgere utdanning. Der fant vi ut om tidsskriftet var vitenskapelig nivå 1 eller 2, ga den ikke treff så forkastet vi den. Alle våre artikler viste seg å være i vitenskapelig nivå 1.

ISSN-nummer (international standard serial number) et internasjonalt system der man kan identifisere publikasjoner (nasjonalt bibliotek 2012). NSD har en oversikt over autoriserte publiseringskanaler og gir en pekepinn på vitenskapelige publiseringer som gir utbytte i finansieringssystemet (nsd 2014). Disse vitenskapelige publiseringene kan rangeres etter kvalitetsnivå, nivå 1 og 2. Nivå 1 viser at det er en vitenskapelig publiseringskanal, mens nivå 2 viser at det er en vitenskapelig publiseringskanal med høyere prestisje som gir høyere uttelling enn nivå 1 (nsd 2013).

Kvantitative studiers validitet og nøyaktighet er i størst grad avhengig av studiets oppbygning og søkestrategi, dersom studiets hensikt/problemstilling gir grunnlag for å oppsøke ny informasjon. Strukturen er bygd opp av 7 hovedelementer:

- Intervensjon
 - Sammenlikning
 - Kontroll av ulike variabler
 - Tidsrammer
 - Fokus for innhentet data; retrospektiv eller prospektiv data
 - Lokalisasjon; hvor skal studiet utføres, setting for studiet
- (Polit og Beck 2014)

Søkestrategien er en generell plan utarbeidet for å svare på problemstillingen i henhold til hensikten med studiet. Studiedesignet avgjør om resultatet blir en intervensjon, om sammenlikninger av ulike data framkommer, hvorvidt ulike variabler blir tatt i betraktning, om det blir sensurering av enkelte data, og setting og tidsrom for studiet. Kjennetegnet for kvantitative metoder, er at funnene er målbare. Kvantitativ data skal gi en så presis avspeiling av variasjonene som mulig. Informasjonen er bredspektret, fra mange undersøkelsesenheter, og skal vise til gjennomsnittlige fellestrekk i funn. Innhenting av data skjer uten direkte kontakt med fagfeltet, og forskeren er nøytral (ibid.).

Det som karakteriserer kvalitative studier, er at de er fleksible og kapable til å endre forskningsdesignet avhengig av datainnsamlingen og dens funn. Ofte brukes flere ulike metoder sammen for innhenting av data, og forskeren har direkte kontakt med fagfeltet underveis. kvalitative studier streber ofte etter å gi fullverdige resultater og forståelsesmåter, og går i dybden. Kvalitative metoder for datasamling skal gi data som ikke er målbare eller lar seg teste. Resultater fra pågående dataanalyser påvirker strategier for fortsettelsen av studiet når datainnsamlingen er avsluttet. Innhentet data skal brukes til å gi forståelse, og forskerens perspektiv er innenfra og ut. kvalitative studiers form er ikke klarlagt på forhånd, men formes i samsvar med utviklingen av studiet (ibid.).

3.2 Forskningsetikk:

I studier som er basert på mennesker eller dyr må forskerne ta hensyn til etiske problemstillinger. Etiske hensyn er spesielt viktig i sykepleieforskning siden linjen mellom utøvelse av sykepleie og innsamling av data ofte er tynn. Et eksempel på uetisk forskning fra verdenshistorien, var det Nazistene utførte på sine fanger under 2. verdenskrig. Ikke bare var deltagelsen ufrivillig, men det ga varige fysiske og psykiske skader. Her var det tydelig at forskningen gikk foran etikken og menneskeverd (Polit og Beck 2014).

I dagens samfunn er prinsippet med forskning at menneskerettighetene skal komme først. Dette er med på å beskytte forsøkspersonene. Den første internasjonale koden for å sette etiske standarder kom i 1949 og ble kalt Nürnbergkoden. Den nyere Helsinkikoden fra 1964 bygger sine prinsipper på denne (Polit og Beck 2014).

Sykepleiere har utviklet sine egne etiske retningslinjer og flere av dem har blitt publisert. Blant annet; The American Association (ANA) ga ut i 1995 *Ethical Guidelines in the Conduct, Dissemination, and implementation of Nursing Research*. ANA ga også ut *Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements* i 2001 som var et dokument som gjorde rede for etiske dilemmaer for praktiserende sykepleie, men tok også for seg prinsippene for etikken i sykepleieforskningen. The international Council of Nurses (ICN) har utviklet ICN Code of Ethics for Nurses som består av etiske retningslinjer. Denne ble sist oppdatert i 2006 (Polit og Beck 2014).

Selve fundamentet i det etiske prinsippet innenfor forskning er å minisere ulempene og maksimere fordelene. Slik at forsøkspersonene kan få utbytte av deltagelsen. Deltagerne i forskningen skal få beholde sin anonymitet, og elementer som kommer fram i studiet skal ikke bli brukt mot dem ved en senere anledning. Ved siden av dette blir også respekten for menneskeverden og pasientens fulle rett til å få tilgang til og å lese studiet tatt hensyn til (Polit og Beck 2014).

I Dalland (2012) understrekes også viktigheten av å anonymisere sensitive opplysninger. Det å få være anonym i et studie er ofte forutsetningen for at personene vil delta. Videre skriver også Dalland dette med at forsøkspersonene ikke skal oppleve unødvendig belastning av å være med i studiet. Igjen understrekes også at forskerens mål om vinning av ny kunnskap ikke skal skje i bekostning av enkeltpersoners integritet. Etiske krav som ble overveid i artiklene vi har brukt, var at deltakelsen i undersøkelsene var frivillig. Hvis det ble foretatt spørreundersøkelser, var det garanti for personlig integritet samt at dataene ble behandlet konfidensielt.

3.3 Begrunnelse for valg av artikler

For å besvare vår problemstilling, fant vi artikler som omhandlet de tre hovedkategorier som har vært relevante i vår oppgave:

- Kunnskap
- Holdninger
- Kartlegging og rutiner

De artiklene vi har funnet sier noe om kunnskapsforskjeller blant helsepersonell i en sykehjemsavdeling, og eventuelt om de har hatt noen kurs eller fagdager og hvilke utfall dette har hatt når det gjelder forebygging. Videre ville vi finne noe om holdninger når det gjelder trykksår hos helsepersonell, dette for å få et overblikk over hvordan de faktisk stiller seg til forebyggingen. Vi ville også se på om de brukte noen form for kartleggingsverktøy, og om kartlegging og rutiner hadde positive eller negative utfall. Vi ønsket også å finne artikler som belyste utfordringer som følger med forebygging, med tanke på ressurser som tid, penger og bemanning.

4.0 Resultater:

I denne delen av oppgaven vil vi presentere artiklene vi har funnet og trukket frem det som er relevante funn for vår oppgave. For å få en bedre oversikt, har vi valgt å sette artiklene inn i en matrise.

Forfatter, Tittel, År, Land, Tidsskrift	Kate Sprakes & Julie Tyrer Improving wound and pressure area care in a nursing home November 2010 Storbritannia Nursing standard
Formål	Målet var å fastslå om gjennomføringen av et sår- og trykksår administrasjons kompetanserammeverk på et sykehjem ville forbedre pasientenes utfall og redusere alvorlighetsgraden av antall sår og trykksår. Samt redusere antall sykehusinnleggelse.
Metode og Deltakere	Fire sykepleiere på et sykehjem ble valgt ut i studien. De fikk en undervisningsdag om såravurdering, og en dag med trykksårforebygging og behandling. De skulle senere jobbe sammen med forfatterne, der kunnskapen deres ble evaluert før og under gjennomføringen av prosjektet. Hver sykepleier fikk 6 uker på dette. Retrospektive data ble samlet inn 6 mnd før oppstart av prosjektet, der i blant pasientjournaler. Etter prosjektet ble det samlet inn samme data 6 måneder senere.
Resultater	Forekomst av antall sår ble redusert med 77 %, og antall trykksår med 57 %. Etter undervisningen viste det seg at 89% av trykksårene ble klassifisert i forhold til alvorlighetsgrad. Tidligere lå denne andelen på 42%. De ansatte gjennomførte en egenavurdering av kunnskap og ferdigheter før og etter prosjektet. Det resulterte i økt kunnskap og ferdighet om risiko og identifisering av trykkskade, og en forbedret evne til å utøve kunnskapsbasert og selvsikker praksis. Det ble rapportert en økning i jobbtilfredshet. Prosjektet ga mindre arbeidspress enn før og kvaliteten på pleien er forbedret.
Kildekritikk/ relevans for oppgaven	Kun fire sykepleiere som deltok i studien.

Forfatter, Tittel, År, Land, Tidsskrift	<p>Ulrika Källman & Björn-Ove Suserud</p> <p>Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment – a survey in a Swedish healthcare setting</p> <p>2009</p> <p>Sverige</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences</p>
Formål	<p>Målet med studien var å undersøke holdninger om trykksårforebygging, kunnskap om trykksårforebygging og behandling, praktisering av risikovurdering og dokumentasjon av trykksår og å identifisere antatte muligheter og hindringer i trykksårforebygging og behandling.</p>
Metode og Deltakere	<p>En tverrsnitts studie i vestlige Sverige. 230 deltakere, likt fordelt mellom sykepleiere og hjelpepleiere, på sykehus og servicesenter. Det var krav om enten halv- eller fulltidsansettelse.</p> <p>Spørreskjema ble anvendt, 67 % av de 230 spørreskjemaene ble besvart. 47 spørsmål fordelt i 6 seksjoner. Spørsmålene undersøkte holdninger, en skala om trykksårforebygging, kunnskapsbasert test om trykksår, spm om dokumentasjon og muligheter og hindre mot trykksårforebygging. Den siste delen fokuserte på oppgradering av pleiepersonellens kompetanse.</p> <p>På forhånd hadde 30% av deltakerne deltatt på et grunnleggende kurs om trykksår og 55% av hadde lest et tidsskrift om trykksår.</p>
Resultater	<p>Flertallet av sykepleiere kunne identifisere risikoområdet og foreslå nødvendige tiltak til forebygging og behandling. De kunne også identifisere indre risikofaktorer. Hjelpepleiere viste signifikant lavere resultat på dette. I begge yrkesgruppene var det få som kunne angi korrekte ytre risikofaktorer. Det hyppigste var reposisjonering (75%), madrass (67%), trykkavlastning (42%) ernæring (40%), tillegg til bekledning.</p> <p>Betydelig færre hjelpepleiere enn sykepleiere kunne korrekt identifisere stadie 1 og 2 av trykksår.</p> <p>De som deltok på et grunnleggende kurs om trykksår, oppnådde betydelig bedre resultater i alle deler av kunnskapstesten, unntatt gradering. De som leste et tidsskrift om trykksår, hadde også mer kunnskap, unntatt om risikoutsatte områder og gradering.</p>

Forfatter, Tittel, År, Land, Tidsskrift	Alica Bangova Prevention of pressure ulcers in nursing home residents 2013 Storbritannia Nursing Standard
Formål	Belyse betydningen av kunnskap i forebyggingen av trykksår på hæl.
Metode og Deltakere	Artikkelen er et litteraturstudie som omhandler trykksår på hæler og forebygging av trykksår, og aktuell arena er sykehjem. Temaene for litteraturen forfatteren bruker, er opplæring - og støtte, kunnskap og holdninger og helsepersonellens meninger.
Resultater	Funnene viste at dersom en skal oppnå varige forbedringer i forebygging av trykksår, må det være kontinuitet i arbeidet med opplæring og støtte. Det kreves at hele staben av helsepersonellet i sykehjemmet vier innsats, og at pleien inkluderer de faggruppene og pleierne som har mest kontakt med den aktuelle pasienten.
Kildekritikk/ relevans for oppgaven	Artikkelen omhandler kun trykksår på hæl.

Forfatter, Tittel, År, Land, Tidsskrift	Lynn Howe Education and Empowerment of the Nursing Assistant: Validating Their important Role in Skin Care and Pressure Ulcer Prevention, and Demonstrating Productivity Enhancement and Cost Savings Juni 2008 USA Advances In Skin & Wound Care
Formål	Belyse et utdanningsprogram utviklet for å øke kompetansen til ufaglærte og hjelpepleiere, i forhold til trykksår.
Metode og Deltakere	Deltagere var ufaglært helsepersonell og hjelpepleiere. Deltagerne gikk gjennom et utdanningskurs bestående av teori og praksisrettet undervisning. I tillegg bestod utdanningsprogrammet i opplæring av nye rutiner og kartleggingsverktøy.
Resultater	Etter å ha gått gjennom utdanningsprogrammet, ble helsepersonellet tryggere i yrkesrollen, de fikk økt kunnskap, samt at forekomsten av trykksår sank. I tillegg ble frigjort mer tid i det kliniske arbeidet, og kostnader som følge av trykksår sank.
Kildekritikk/ relevans for oppgaven	Omhandler hjelpepleiere og ufaglærte, ikke sykepleiere.

Forfatter, Tittel, År, Land, Tidsskrift	<p>Niederhauser VanDeusen Parker Ayello Zulkowski Berlowitz</p> <p>Comprehensive programs for preventing pressure ulcers: A review of the literature</p> <p>April 2012</p> <p>USA</p>
Formål	<p>Målet med dette studiet var å undersøke bevis som støtter den kombinerte bruken av ulike tiltak for å forebygge trykksår i akuttbehandling og i langsiktige omsorgsfasiliteter. Etter å ha deltatt i denne utdanningsaktiviteten, bør deltakeren være bedre i stand til å:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analysere resultatene av trykksårforebygging. 2. Tilføye forskningsresultater til klinisk praksis.
Metode og Deltakere	<p>Et litteraturstudie hvor en systematisk gjennomgang av litteraturen som beskriver ulike programmer for trykksårforebygging ble utført. Andre artikler ble inkludert i studiet om de oppfylte disse kravene: beskrivelse av en intervensjon implementert i akutte helsesettinger eller langtids omsorgsfasiliteter, innlemmet mer enn en intervensjons komponent, involverte et tverrfaglig team og inkluderte informasjon om resultater knyttet til intervensjon.</p>
Resultater	<p>24 studier ble identifisert. Programmet om gjennomføring av trykksårforebygging inkluderte praksis, personalets utdanning, hudpleie, klinisk overvåking og tilbakemeldinger.</p> <p>10 studier rapporterer trykksårprevalens. 9 av dem rapporterte redusert prevalens mot slutten av sine programmer. 6 studier rapporterte trykksårforekomst, 5 av dem rapporterte en nedgang. 4 studier målte "careprocesses" modellen, 1 en studiene rapporterte en generell forbedring. 2 av dem rapporterte bedring på noe, men ikke ved alle tiltak. Og til slutt rapporterte 1 studie ingen endring.</p>

Forfatter, Tittel, År, Land, Tidsskrift	<p>Mertens Halfens Dietz Scheufele Dassen</p> <p>Pressure ulcer risk screening in hospitals and nursing homes with a general nursing assessment too: evaluation of the caredependency scale</p> <p>Desember 2008</p> <p>Tyskland</p> <p>Journal of Evaluation in Clinical Practice</p>
Formål	<p>Målet var å evaluere risikoen for trykksår, det ble da brukt en skala som heter "Care Dependency Scale". De kvantitative analysene ble utført med data fra tverrsnittsundersøkelser som ble utført i 2005 på 39 tyske sykehjem og 37 sykehus, med mer en 100 000 deltakere.</p>
Metode og Deltakere	<p>Denne studien er en grundig analyse av tverrsnittsdata samlet inn på landsbasis i tyske sykehjem og sykehus i 2005. Siden 2001, har denne frivillige undersøkelsen blitt gjennomført årlig for å evaluere siste forekomsten av trykksår, inkontinens og fall, og å beskrive omsorgsavhengighet hos sykehjemsbeboere og sykehuspasienter. I oppstarten av studiet i 2005, fikk ansatte sykepleiere og institusjonene en standardisert opplæring og en omfattende studiemal. I løpet av datainnsamlingen var de studieansvarlige i kontakt med deltagerne for å svare på daglige spørsmål. De ansatte sykepleiere utførte datainnsamling ved å fylle ut et standardisert, anonymt spørreskjema for hver pasient som hadde gitt samtykke. Etisk godkjenning for studien ble gitt av General Medical Council.</p>
Resultater	<p>Da studien ble utført hadde 987 deltagerne minst ett trykksår. Forekomsten var mindre på sykehjem enn det var på sykehus. Det var ikke noen signifikante forskjeller mellom damer og menn. CDS skalaen viser seg å være et velfungerende verktøy for å oppdage risiko for trykksår. I sykehus viser det seg at de viktigste risikoelementene for trykksår er kontinens, mobilitet og hygiene. Ved sykehjem viser skalaen at de viktigste elementene for risiko er mobilitet, på og avkledding, hygiene og til slutt unngå farer.</p>

4.1 Kunnskap

I artikkelen til Mertens m.fl. (2008) vistes en relasjon mellom de mest pleietrengende pasientene og forekomsten av trykksår. Dette mener Mertens er viktig at pleiepersonellet har kunnskap om. Källman og Suserud (2009) hevder at kunnskap er viktig for å vite hva man skal gjøre og hvorfor man gjør det når det gjelder forebygging av trykksår. Videre i artikkelen beskrives det at kunnskapen til både sykepleiere og hjelpepleiere om trykksår er relevant og at de aktivt deltar i forebyggingen. Sprakes og Tyrer (2010) Understreker dette med at utdanning sannsynligvis er den mest effektive måten å redusere forekomst av trykksår på. Det ser ut til at ikke alle sykehjem er i stand til å innvilge disse kravene som er med på å opprettholde forsvarlig omsorg. Bangova (2013) påpeker også dette i sin artikkel at utdanning, opplæring og praksisrettetundervisning er sentrale deler i forebygging av trykksår hos pasienter i sykehjem. Likevel er det utfordringer på tilgang av tilstrekkelig opplæring. Andre utfordringer som Niederhauser m.fl (2012) og Källman og Suserud (2009) beskriver, er mangel på tid, ansatte og utstyr. Bangova (2013) understreker også at mangel på tid kan forhindre bruk av kunnskapsbasert praksis. Hun mener også at det er et stort forbedringspotensialet innen dette feltet. Bangova (2013) beskriver i sin artikkel at det kreves mer forskning på trykksårbehandling for å forbedre forebygging av dette i sykehjem, og for å redusere forekomsten av trykksår. Hun understreker i sin artikkel at denne evidensbaserte forskningen ikke er tilstrekkelig.

Källman og Suserud (2009) beskriver i sitt studie at det ble utført en kunnskapstest, der resultatet viste at flertallet av sykepleierne kunne identifisere risikoområdet og foreslå nødvendige tiltak til forebygging av trykksår. Sykepleierne kunne også identifisere underliggende risikofaktorer. Hjelpepleierne hadde vesentlig lavere score på den samme testen. I forkant av kunnskapstesten deltok en andel på et grunnleggende kurs om trykksår og en annen andel leste et tidsskrift om trykksår. De resterende deltakerne var ikke på forhånd forberedt. Det viste seg at de som deltok på det grunnleggende kurset hadde høyere kunnskaper enn de som leste tidsskrift, og de som ikke var forberedt besvarte dårligst (Källman og Suserud 2009). I studiet til Sprakes og Tyrer (2010) deltok sykepleierne på en undervisning som omhandlet trykksår. Dette resulterte i økt kunnskap og en reduksjon på 57 % av tilfeller av trykksår. Etter undervisningen viste det seg at 89% av trykksårene ble

klassifisert i forhold til alvorlighetsgrad. Tidligere lå denne andelen på 42%. Dette resulterte i økt kvalitet på pleien (Sprakes og Tyrer 2010).

Sprakes og Tyrer (2010) påpeker i sin artikkel at den kunnskapsbaserte pleien for såravurdering var avvikende og at det derfor ble satt i gang trykksår opplæring og gjennomføring av kompetanserammeverk. Källman og Suserud (2009) understreker også den manglende kunnskapen til å vurdere gradene av sår i sitt studie ved at hjelpepleierne ikke klarte identifisere trykksåret ved grad 1 og 2. Først ved grad 3 klarte de å klassifisere dette som et trykksår. Hjelpepleierne jobber ofte tettere på pasienten enn sykepleiere, og det er derfor viktig at de kan vurdere pasientens hudtilstand og oppdage begynnende trykksår allerede på grad 1. Hjelpepleierne uttalte at trykksår ikke var så "vanlig" nå til dags- dette kom i sammenheng med at de ikke identifiserte trykksåret ved grad 1 og 2. Disse svakhetene kan påvirke kvaliteten av omsorgen og føre til trykksår som konsekvens. Resultatet tyder på at utdanning og erfaringer kan påvirke kunnskapsnivået (Källman og Suserud 2009).

Niederhauser m.fl. (2012) viser til ulike utdanningsprogrammer som ble utført for å fremme kunnskapene hos pleiepersonell. Dette resulterte i positiv utfall hos flertallet av studiene som omhandlet trykksårforebyggende tiltak. Tverrfaglige forebyggende tiltak brukt i akutt og langtidsbehandling har vist seg å kunne redusere prevalensen av trykksår. Betydningen av utdanning og kunnskap understreket også Howe (2008) i sitt studie, som viser til at helsepersonellet opplevde at deres roller som helsepersonell ble styrket etter deltagelse av utdanningsprogrammet. Samtidig viste det seg at forekomsten av trykksår gikk ned fra 2,17% i 2002 til 1,71% i 2003, noe som ble sett i sammenheng med helsepersonellens kompetanseheving (Howe 2008). I artikkelen til Sprakes og Tyrer (2010) viste det seg at utgiftene på trykksår ble redusert etter at et sykepleieteam hadde vært i kontakt med et sykehjem, der de fikk råd og veiledning om trykksårforebygging. Källman og Suserud (2009) beskriver de økonomiske utfordringene i sitt studie ved at utviklingen av et trykksår gir høye kostnader for helsevesenet. Sprakes og Tyrer (2010) påpeker også at kostnadene til et trykksår øker i takt med gradering, det samme mener Mertens m.fl (2008).

4.2 Holdninger

I spørreundersøkelsen i studiet til Källman og Suserud (2009) var det spørsmål knyttet mot holdningene til pleiepersonell vedrørende trykksår. Forfatterne mente at gode holdninger hos både hjelpepleiere og sykepleiere er viktig. Studiet viste at pleiepersonellet hadde positive holdninger til trykksårforebygging. Det viste seg at dårlig samarbeid mellom pleiepersonell er en risiko for at kvalitetsnivået på forebygging ikke blir høyt nok.

I studiet til Sprakes og Tyrer (2010) viste det seg at for å få en vellykket gjennomføring av prosjektet, krevdes det gode holdninger og motivasjon hos pleiepersonell for å utføre endringer. Det var frykt for endringer hos pleiepersonellet. Bangova (2013) viser til at for å oppnå varige forbedringer i forebyggingen av trykksår, er kontinuitet i arbeidet hensiktsmessig. Det kreves at hele staben av helsepersonell viser innsats. Holdninger og verdier kan påvirke den kunnskapsbaserte praksisen. Niederhauser m.fl. (2012) understreker også dette i sitt studiet at manglende motivasjon til å endre praksis kan være et hinder i utførelse av forebyggende tiltak knyttet mot trykksår. Studiet viste at hvis de forsto grunnlaget for at endringene skulle skje, var det større sjanse for at de ville gjennomføre det. Utfallet ble bedre omsorg, økt kunnskap og ferdigheter. Dette igjen resulterte i økt trivsel og jobbtilfredshet hos de ansatte (Sprakes og Tyrer 2010).

Howe (2008) hevder at helsepersonellet, i forkant av kursene, ikke hadde full forståelse av egen påvirkningskraft på pasientenes behandlingsforløpet. Etter å ha gått gjennom et utdanningsprogram, rapporterte helsepersonellet at de ble mer tilfreds med utøvelse av egen praksis og fikk en klarere forståelse av egen rolle i en tverrfaglig gruppe. Samtlige ble motivert for å bruke nyervervet kunnskap og nye prosedyrer, og de fikk økt tillitt administrasjonens betydning for praksis.

4.3 Kartlegging og rutiner

Källman og Suserud (2009) forteller at kun 37% av de som deltok i spørreundersøkelsen hadde utarbeidet rutiner på sin arbeidsplass i forhold til trykksårforebygging. Likevel mente samtlige av deltagerne at rutiner var en god løsning på forebygging. Kun 9% brukte vurderingsskala da de risikovurderte pasientene og halvparten av disse igjen brukte den bare av til. 40 % hadde vurdert pasienten på nytt ved endret tilstand. 42 % skrev en individuell

trykksårforebyggende plan for de risikoutsatte pasientene. 25 % oppdaterte individuell plan daglig. 35 % av de spurte brukte EUPAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) klassifiseringssystemet i dokumentasjon av oppståtte trykksår. Videre skriver Källman og Suserud (2009) at helsepersonellet burde bruke EUPAPs retningslinjer som var med på å forbedre utfallet for trykksårutsatte pasienter.

Ved observasjon av helsepersonellet ble det understreket at strukturen for å forebygge, og dokumentasjonen av trykksår var utilstrekkelig. Dette var spesielt fraværende hos hjelpepleierne (Källman og Suserud 2009). Videre påvises det i studiet at klassifiseringssystemene ble dårlig oppfulgt, og det ble synliggjort at personalet ikke var kjent med dette systemet og derfor ikke brukt i dokumentasjonen. Pleiepersonellet var heller ikke overbevist om at dette systemet var bedre enn deres eget kliniske skjønn. Dette kan ha en sammenheng med mangel av kunnskap og bruken av den. Den store variasjonen i dokumentasjonsrutinene og rutiner for risikovurdering, tyder på at trykksårforebyggende strategier mangler. Konsekvensene av dette er at pasientene vil bli ulikt behandlet og oppleve forskjellige rutiner av pleiepersonell, og i verste fall medføre trykksår. Følgelig vil kunnskapsbaserte rutiner kunne øke pasientsikkerheten (Källman og Suserud 2009). Sprakes og Tyrer (2010) beskriver at der det var forventede standarder, oppsto det likevel avvik når det kom til risikovurdering og dokumentasjon, individuelle planer og tidsplaner, tidlige iverksetting av tiltak og korrekt gradering- og dokumentasjon for sår vurdering.

Dokumentasjon er en integrert del av pleien og et profesjonelt verktøy i praksis for behandlingsprosessen. En helhetlig vurdering for å identifisere risikofaktorer og gjennomføring av nødvendige tiltak er avgjørende for å forebygge trykksår. Niederhauser m.fl. (2012) beskriver viktigheten av å benytte seg av dokumentasjon som har blitt gjort på en gitt pasient for å kunne fortsette lik prosedyre og få en jevn rutine på det, samt ha en regelmessig gjennomgang av retningslinjer på forebyggingen for så og kontinuerlig evaluere og vurdere effekten. Studiet understreker at siden det er individuelle behov, trengs det også ulike tiltak. Pleiepersonell må derfor bruke klinisk skjønn for å kunne vurdere hvilke forebyggende tiltak som fungerer på hver enkelt pasient. Dette gjelder også på sykehjemmene generelt. Det som ikke fungerer på en institusjon kan allikevel fungere på en annen (Niederhauser m.fl. 2012).

For å oppnå en helhetlig forebygging kreves det at administrasjonen aktivt inkluderes i det kliniske arbeidet (Niederhauser m.fl. 2012). Bangova (2009) hevder at den administrative delen av avdeling må tilrettelegge for at det er bruk av kunnskapsbasert praksis ved å sørge for at det er ressurser til dette. Det kreves derfor systematisk planlegging og gjennomføring av tiltak for å sikre varige positive endringer (Niederhauser m.fl. 2012). Niederhauser m.fl. (2012) hevder samtidig at ved å gjøre for mange endringer på en sykehjemsavdeling på kort tid, kan virke mot sin hensikt. Det kan resultere i dårlig oppfølging av de nye rutinene og at pleiepersonellet ikke makter å oppfølge kravene.

Howe (2008) forteller at gjennom å utarbeide klare rutiner og standarder for hud- og sårpleie, økte helsepersonellets produktivitet og effektivitet, samt at helsepersonellet opplevde økt kontroll og forståelse for praksis. Det framkom av resultatene at gjennom å bruke nye verktøyer for pasientkartlegging, ble det spart inn 6-10 minutter per pasient i klinisk arbeid. Sammen med at trykksårforekomsten sank, medførte dette kostnadsinnsparinger samt tidsressurser. I studiet til Mertens m.fl. (2008), hevdes det at risikovurdering er anbefalt som første skritt i trykksårforebygging. Sprakes og Tyrer (2010) forteller at det kreves iverksettelse av gode rutiner med en tidsramme som alle må følge. Med dette kan en oppnå tidlig identifisering og optimalisering av forebyggende faktorer som kan eller forhindre at trykksår oppstår. Et resultat av dette er potensielt økt kunnskap om pasientdokumentasjon.

5.0 Drøfting

I drøftingsdelen vil sentrale temaer belyses som er med på å besvare vår problemstilling. De vitenskapelige artiklene som ble presentert i resultatdelen vil bli trukket frem og underbygget av andre studier, samt annen relevant litteratur vil bli benyttet.

5.1 Betydningen av kunnskap for å fremme forebygging av trykksår:

En forutsetning som ser ut til å fremme forebygging av trykksår er kunnskapsnivået (Mertens m.fl. 2008, Källman og Suserud 2009). Det hevdes at kunnskap er viktig for å vite hva man skal gjøre og hvorfor man gjør det (Källman og Suserud 2009, Howe 2008). Ved manglende kunnskap rundt trykksår kan dette føre til trykksår som konsekvens (Källman og Suserud

2009). Det er manglende kunnskaper på dette området (Sprakes og Tyrer 2010), der hjelpepleierne har lavere kunnskap rundt trykksåravurdering enn sykepleiere (Källman og Suserud 2009). Det ser ut til at utdanning er den mest effektive måten å redusere trykksårforekomsten på (Sprakes og Tyrer 2010, Bangova 2013, Källman og Suserud 2009), men at tilstrekkelig opplæring på dette området er en utfordring (Bangova 2013). Etter utdanningsprogrammer der helsepersonellet fikk opplæring rundt trykksår, ble forekomsten redusert og det ble en bedre kvalitet på pleien (Sprakes og Tyrer 2010, Howe 2008, Niederhauser 2012), samt at helsepersonellet følte at deres roller ble forsterket ved økt kunnskap (Howe 2008).

Vi ser at **kunnskapsnivået** er forskjellig fra yrkesgruppene (Sprakes og Tyrer 2010, Källman og Suserud 2009). Hvorfor er det slik? Det kan tenkes at dette har noe med grunnutdanningen å gjøre, da sykepleieren har en treårig høgskoleutdanning mot for hjelpepleier som har toårig videregående utdanning kombinert med en toårig lærlingtid (Karlsen 2014). I det store og hele går høgskoleutdannelsen mer i dybden av faget og den teoretiske kunnskapen blir derfor høyere, sett bort ifra erfaring (nsf.no 2011).

Det kan reflekteres over hvorfor holdninger til sykepleiere er bedre enn hjelpepleiere. Kan dette ha noe med **kunnskapsforskjellen** å gjøre? Demarré m.fl (2011) mener at det kan være en sammenheng med at en mer **dyptgripende grunnutdanning** har en sammenheng med høyere motivasjon og holdning til trykksårforebygging. Hun hevder også at kunnskap i seg selv ikke er en god nok predikator for trykksårforebygging, men at holdninger også er nødvendig for å få en helhetlig pleie. Vi antar at helsepersonell får økt forståelse av eget arbeid dersom de har en dypere forståelse for hvorfor en gjør det en gjør. Kanskje kan dette gi økt mestringsfølelse, samt bedre holdninger til eget arbeid? Andre faktorer som vil forbedre kvaliteten ved trykksårforebygging, er rutiner og organisatoriske, administrative og økonomiske forhold (Demarré m.fl. 2011). Det menes at sykepleieren bruker sine ferdigheter som er ervervet gjennom utdanningen og at de legger stor verdi i sin kunnskap til sine kolleger og at de indikerte ingen intensjon om å revurdere eller endre pleien ved påvirkning av andre (ibid.). Håkonsen (2010) skriver at atferden vår påvirkes av forventninger til de rundt oss og sosialt press. Med en egenskap der man ikke lett påvirkes av andre, vil man få

en større trygghet omkring egen kunnskap, og kan lettere dele kunnskapen med andre kolleger i stedet for å bli påvirket i negativ retning.

Med en sykepleiertittel foreligger det en **ledende funksjon**. Den ledende delen av rollen har et ansvar for at kvaliteten på utøvelsen av sykepleie er bra nok, samt å tilrettelegge for at personalet holder seg faglig oppdatert. Men det er et individuelt ansvar å sørge for å tilegne seg denne kunnskapen. Denne rollen skal sørge for medarbeidernes utviklingsmuligheter, og det foreligger et ansvar om at det jobbes for trivsel på avdelingen (Pfeiffer 2002). Om den faglige sykepleieren er usikker i sin ledende rolle som innebærer å delegere oppgaver til kolleger, kan dette virke negativt. Dette er med på å skape usikkerhet på avdelingen blant de ansatte, og den ledende funksjonen kan bli fraværende. Dette kan føre til hull i prosedyrer og at tiltak ikke blir fulgt opp på riktig måte (Pfeiffer 2002).

Kunnskapssenteret (2012) forteller at kunnskapsbasert praksis er faglig utøvelse basert på tre hovedelementer av kunnskap. Det skilles mellom **forskningsbasert** og **erfaringsbasert kunnskap**, samt pasientens individuelle behov. Vi antar at erfaringsbasert kunnskap er av betydning for trykksårforebyggingen. Deling av erfarings- og forskningsbasert kunnskap mellom helsepersonellet, uavhengig av utdanningsnivå, vil kunne være av stor verdi for pleien som ytes. Bergland og Hestetun viser til at en gruppe med ulike erfarings- og kunnskapsbakgrunn innbyr til en bedre utnyttelse av den samlede kompetansen som finnes i avdelingen. I tillegg kan helsepersonellens kompetanse øke ved at de ulike faggruppene utfordrer hverandre konstruktivt (2003). Det kan likevel stilles spørsmål vedrørende den erfaringsbaserte kunnskapen. Er den erfaringsbaserte kunnskapen samstemt med nyere forskning? Tar den enkelte ansvar for å holde egen erfaring faglig oppdatert? Vi antar at erfaringsbasert kunnskap kan bli en potensiell fallgrube. Dersom erfaringer leder til et rutinemønster i forebyggingen av trykksår, og disse rutinene ikke holdes faglig oppdatert, kan dette gå ut over kvaliteten i pleien.

Vi ser at **endringer** i en avdeling kan skape frykt hos noen av de ansatte (Sprakes og Tyrer 2010). Hvordan kan personalet tilegne seg ny kunnskap om dette er tilfelle? Ved at sykepleieren har en rolle som tilsier at vi skal kunne tilrettelegge ny kunnskap til personalet,

er iverksetting av faglunsjer eller refleksjoner muligheter for at personalet kan tilegne seg ny kunnskap. Ved å gi personalgruppen mulighet til dette, vil det heve kompetansen samt at det ses at kvaliteten på pleien øker (Bergland og Hestetun 2003). En forutsetning må være at kunnskaper og erfaringer som blir på slike faglunsjer er gode, og at ikke feil kunnskap blir formidlet. Samtidig må det bemerkes at det kreves planlegging og tilrettelegging for å innføre dette, men at det gir en gevinst for alle parter til syvende og sist (ibid.). Hinder vil kunne oppstå i arbeidet med kompetanseheving i avdelingen. Hvorfor er det slik at enkelte motsetter seg tilegnelse av kunnskap? Kanskje skyldes dette usikkerhet eller dårlige holdninger? Det kan også være verdt å reflektere over om hvorvidt rammene rundt kompetansehevingen er av god kvalitet. Dersom iverksettingen ikke skaper engasjement eller er tilpasset publikumet, antar vi at det er fare for at målet om kompetanseheving ikke nås.

Det har blitt vist at **kompetanseheving** gir redusert forekomst av trykksår og at kurs er en god metode for kunnskapsheving blant personalet (Sprakes og Tyrer 2010, Howe 2008). Hvorfor blir ikke dette området satt mer fokus på når det vises at kompetanse og forekomst har en sammenheng? Det er hevdet at mye av kostnadene som går med til trykksårbehandling er sykepleiers arbeidstid (Lindholm 2012). Ville det ikke vært mer hensiktsmessig å heller bruke den gitte tiden på forebyggende tiltak i stede, slik som undervisning og kursing? Helsedirektoratet (2012) mener at tidlig intervensjon av forebyggende tiltak som er individrettet er mer helsefremmende enn behandling på allerede oppstått sykdom eller tilstand. Vi har erfart i praksis at bandasjeleverandøren sykehjemmet benytter seg av, tilbyr gratis sårkurs til sine kunder. Dette er noe de fleste bandasjeleverandører tilbyr. Markedskordinator i bandasjeleverandøren Mediq, forteller at kursene er ment som en service til kundene, da de vil at kundene skal ha best mulig kompetanse og vil bidra til at de får mulighet til å holde seg oppdatert innen helse og pleie (personlig kommunikasjon, 7. April 2014).

5.2 Betydningen av holdninger for å fremme forebygging av trykksår:

Det hevdes at gode **holdninger** hos helsepersonell er viktig i pleien. Det viser seg at holdninger knyttet til trykksår er gode (Källman og Suserud 2009), men på en annen side viser studiet til Demarré m.fl. (2011) at sykepleiere har signifikant bedre holdninger enn

hjelpepleiere. Hvorfor er dette tilfellet? For at endringer skal kunne utføres, kreves det gode holdninger og motivasjon (Sprakes og Tyrer 2010, Niederhauser m.fl. 2012), samt kontinuitet i arbeidet (Bangova 2013). Om personalet forstår grunnlaget for at endringer skal iverksettes, er sjansen større for at det blir gjennomført (Niederhauser m.fl. 2012). Dette igjen resulterer i bedre omsorg, økt kunnskap og jobbtilfredshet (Sprakes og Tyrer 2010). Ved økt kunnskap får personalet mer innsikt i deres rolle i et tverrfaglig samarbeid og de blir motivert til å ta i bruk ny kunnskap og prosedyrer (Howe 2008). Holdninger og verdier kan ha en påvirkningskraft på den kunnskapsbaserte praksisen (Bangova 2013).

Hvilke **konsekvenser** vil gode og dårlige holdninger ha for forebygging av trykksår? Demarré m.fl. (2011) mener at holdninger til helsepersonell i forhold til trykksår er sentralt for å etterleve retningslinjer for trykksårforebygging. De antar at jo bedre en persons holdninger er, jo mer sannsynlig er det at man utfører denne atferden. Selv om holdninger har vist seg å ha stor betydning for trykksårforebyggingen, mener vi at våre funn ikke gir et fullstendig bilde av hvordan holdninger påvirker trykksårforebyggingen. Vi undrer oss over om holdninger vil påvirke pleien som utføres for å forebygge trykksår. Studier har vist at holdninger ikke nødvendigvis har noen betydning for atferden. Det kan være fordi det ofte er flere årsaker til at vi utfører en handling, og at det kan være situasjonsbestemt innflytelse (Håkonsen 2010), eksempelvis når man går inn i en rolle som helsepersonell. Våre holdninger til en gitt hendelse samsvarer nødvendigvis ikke med holdningene vi har til samme sak privat. Vi stiller oss likevel spørrende til hvorvidt våre holdninger kan påvirke kvaliteten i pleien. Håkonsen (2010) hevder at selv om vi har en holdning til noe, betyr ikke det nødvendigvis at vi oppfører oss i samsvar med den. Vi antar at dette skyldes at vi ønsker å innfri forventninger knyttet til den profesjonelle yrkesrollen. En rolle er forventninger fra omgivelser til hvordan en person skal opptre i gitte situasjoner (ibid.).

Om holdninger til trykksårforebygging er dårlige, vil dette da gi konsekvenser for forebyggingen? Det kan antas at man vil utføre dårligere pleie om man i utgangspunktet ikke har noen god holdning på dette området. Vil det da være slik at man overfører rutiner på for eksempel snuregimer til neste vakt kommer? Konsekvenser av dette kan være at trykksår forekommer og at man utsetter pasienten for unødvendig lidelse (Lindholm 2012) på grunn

av personalets holdninger. Demarré m.fl. (2011) mener at ved å styrke holdningene til personalet, vil man forbedre kvaliteten på trykksårforebygging.

Vi mener at **god ledelse** er en nøkkelbrikke i arbeidet med å styrke personalets holdninger. Sykepleierens lederrolle forplikter, og gjør sykepleieren til en foregangsperson. Slik vi ser det, er det av stor verdi at sykepleieren tør å gå foran, stå imot ved misnøye, og selv tar initiativ til å endre holdninger. Om lederen virker usikker i sin veiledning, kan dette skape usikkerhet hos personalet (Tveiten 2013). Det må likevel understrekes at det kreves god tid, og det må skapes forståelse i grunnlaget for endring, på avdelingen (Pfeiffer 2002). Vi antar at det er større sannsynlighet for at helsepersonellet motiveres til holdningsendringer, dersom de selv ser behovet. Ved at lederskapet har god oppfølging av de ansatte, lytter til de, har medarbeidersamtaler og gir tilbakemeldinger, vil dette kunne skape mestringsfølelse og motivasjon, og de ansatte vil føle seg som en ressurs i avdelingen (Ibid.).

Det er vist at **veiledning** og andre former for **undervisning** i avdelingen er hensiktsmessig (Bergland og Hestetun 2003). Hva er det som gjør veiledning til et godt verktøy for å innføre nye rutiner? Vår erfaring er at gjennom felles veiledning i avdelingen, kan hele staben få kjennskap til ny kunnskap og nye rutiner. Samtidig kan dette bidra til faglige refleksjoner, og hjelpe med å utarbeide nye ideer (Bergland og Hestetun 2003). Videre påpekes det at det er av betydning at det kom en person utenfra som kunne motivere til å utføre positive endringer. Denne personen har et objektivt syn på avdelingens **holdninger og rutiner**. Dette bidrar til endrede strukturer for veiledning og refleksjoner, samt endret perspektiv på ulike situasjoner og arbeidsmetoder på avdelingen (ibid.). Likevel tror vi dette i verste fall kan virke mot sin hensikt. Dersom et allerede umotivert team vegrer seg for endringer, kan det oppstå misnøye ved at det kommer en ukjent ekstern veileder som skal endre deres rutiner. Det kan reflekteres over om dette bare skaper mer usikkerhet og dårlig samarbeid eller om dette gir et positivt utfall. I tillegg har det blitt hevdet at flere endringer på en sykehjemsavdeling på kort tid, kan virke mot sin hensikt (Niederhauser m.fl. 2012). Vi har erfart i praksis at ved å delta på veiledningstimer, er det muligheter for å skape et tverrfaglig samarbeid ved å få en økt forståelse for andres faglige bidrag med forskjellige utdannings-

og erfaringsbakgrunn. I tillegg gir dette økt yrkesidentitet og et styrket fellesskap (Tveiten 2013).

5.3 Betydningen av kartlegging og rutiner for å fremme forebygging av trykksår:

Det er vist at struktur for forebygging og dokumentasjon ikke er tilstrekkelig, dette avviket var spesielt hos hjelpepleiere (Källman og Suserud 2009). Dokumentasjon er et profesjonelt verktøy for iverksetting av tiltak (Sprakes og Tyrer 2010), ved bruk av dokumentasjon kan alle bruke samme rutine på prosedyrer, samt å evaluere og vurdere effekten (Niederhauser m.fl. 2012). Burde det derfor ikke settes større fokus på dette for å bevare pasientsikkerheten? Det var heller ingen struktur for bruk av klassifiseringssystemer ved trykksår, da få fulgte opp dette og flere mente at klinisk skjønn mulig var en bedre predikator (Källman og suserud 2009). Kan det tenkes at dette har noe med for dårlig opplæring på dette området, eller har dette noe med kunnskap å gjøre? Konsekvenser av dårlig struktur på slike områder kan forårsake ulik oppfølging av pasienter og i verste fall gå utover pasientsikkerheten og medføre trykksår (Sprakes og Tyrer 2010, Howe 2008). Det er vist at gjennom klare rutiner og bruken av verktøy gir det en positiv gevinst ved at produktiviteten og effektiviteten øker, samt at trykksårforekomsten blir mindre (Howe 2008). Dette fører til mindre utgifter på dette feltet og tidsforbruket sank (Sprakes og Tyrer 2010). Vi ønsker å reflektere over hvorfor det ikke er flere som benytter seg av kartleggingsverktøy når det viser seg at forekomsten går ned ved å bruke dette (Howe 2008). Ledelsen må implementeres i forebyggingen (Niederhauser m.fl. 2012), samt tilrettelegge for bruk av kunnskapsbasert praksis (Bangova 2009). Dette krever systematikk og planlegging (Niederhauser m.fl. 2012).

Vi har erfart at det kan være flere årsaker til at personalet ikke benytter seg av **kartleggingsverktøy** eller har gode **rutiner** vedrørende dette. Ofte har vi sett at det blir glemt og ikke prioritert. Kan dette ha en kombinasjon mellom svikt i ledelsen, kunnskap og holdninger? Kristoffersen (2011) understreker viktigheten av at kartlegging av pasienter blir utført av personell med kompetanse. Vi undres derfor over om at dette kan være en av årsakene til hvorfor ikke kartlegging blir utført, siden

det på en langtids sykehjemsavdeling også jobber ufaglærte (Karlsen 2014). Vi setter også spørsmålstegn om det finnes sammenheng mellom ferieavvikling og svikt i rutiner ved for dårlig opplæring av ufaglærte. Det kommer fram i pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24/7" at det er økt forekomst av trykksår ved ferietider da det er flere ufaglærte sommervikarer som jobber i avdelingen, men i de periodene det er økt forekomst av trykksår ble det satt i gang internundervisning om dette og at det ga økt kunnskap og større engasjement rundt forebyggingen (Hårstad, Holen og Andersson 2012).

Foss og Wahl (2002) mener at pasientens fysiske behov bør komme foran avdelingens rutiner. Det kan reflekteres over om dette har sammenheng med at ikke kartlegging av pasienter med henhold til trykksår blir gjort, ved at for eksempel å følge pasientene på toalettet og servering av mat skal gå foran rutiner som ikke direkte påvirker pasienten der og da. Travelbee (2007) understreker også at sykepleieren må være oppmerksomme på pasientens fysiske behov. Men det kan likevel settes spørsmål ved om dette er gunstig i det lange løp. Uten kartlegging slik som å benytte seg av Braden-skala, er det større sjanse for at en pasient som er i risikogruppen for trykksår ikke blir fulgt opp (Langøen 2012). Om det er dårlig med tid og ressurser på en avdeling, må man da velge mellom prioritering av de fysiske behov, og rutiner og kartlegging? Vi mener at begge deler er viktig. Det er vist at i perioder der det er travelt eller nytt personale på en avdeling, er det større avvik i rutinene (Hårstad, Holen og Andersson 2012). Er det slik at pasientenes behov skal vike for dette?

Det hevdes at utvikling av gode **rutiner** er nødvendig for at tiltak kan iverksettes (Hårstad, Holen og Andersson 2012). **Risikovurdering** er et viktig tiltak i forebygging av trykksår. Skalaer skal være et verktøy som skal hjelpe til å identifisere dette (Kottner og Dassen 2008), og ut ifra scoren blir det satt i gang nye tiltak (Bry, Buescher og Sandrik 2012). Braden-skalaen er det mest studerte instrumentet for trykksårforebygging og antas å være en god prediktor for risikovurdering (Lahmann m.fl. 2010), men det er omdiskutert hvorvidt studiene fokuserer på gyldigheten i stedet for påliteligheten (Kottner og Dassen 2008). Men er skalaen i seg selv nok for å

kunne vurdere trykksårrisikoen? Skalaen har blitt erfart som et godt verktøy, men etter erfaring har det blitt sett på som ikke en god nok predikator i seg selv, men kombinert med et klinisk skjønn er det et godt hjelpemiddel (Lahmann m.fl. 2010, Kottner og Dassen 2008). Når kartlegginger er utført skal dette dokumenteres slik at alle skal kunne se eventuelle endringer og tiltak (Orvik 2006). Men er det hensiktsmessig med kartlegging når det vises at dokumentasjonen ikke er tilstrekkelig? Sykepleiedokumentasjon og rapport er sentrale ledd for å opprettholde kvalitet i pleien (Hårstad, Holen og Andersson 2012). Sykepleieprosessen kan brukes som et utgangspunkt for rutiner rundt dokumentasjon og kartlegging. Prosessen innebærer datasamling av pasienten, identifisering av behov, angivelse av mål, iverksetting av sykepleiehandlinger og til slutt en evaluering. Ved oppfølging av prosessen, vil dette øke pasientsikkerheten, sikre kvalitet og kontinuitet i arbeidet, og gjøre kommunikasjonen mellom helsearbeidere og pasient lettere (Dahl og Skaug 2011).

5.4 Den ledende funksjonens betydning for å fremme forebygging av trykksår:

Vi tolker funnene våre slik at alle områder knyttet til trykksårforebygging, til syvende og sist er knyttet til ledelse. For at det skal bli et godt system på kartlegging og rutiner på en avdeling, er man avhengig av strukturerte ledere, der i blant sykepleiere som kan delegere arbeidsoppgaver til personalet. Om arbeidsfordelingen er konkret, er det større sjanse for at arbeidsoppgaven blir innfridd (Orvik 2006). Noe som kan gi økt motivasjon i avdelingen, er belønningssystemer. Om det har blitt gjort en ekstrainsats burde dette belønnes, enten med litt ekstra oppvartning eller rett og slett ros for det man har gjort (Pfeiffer 2002). Vår erfaring er ved å få positive tilbakemeldinger av medarbeidere eller ledere på utført jobb, øker dette motivasjon og arbeidslysten til å utøve god pleie.

Det viser seg at det er rimeligere å forebygge enn å behandle trykksår (Bjørø 2009). Økonomi brukes like vel som begrunnelse for at det er dyrt å innføre nye rutiner for forebygging av trykksår (ibid.), hvorfor er det slik? Kanskje er det slik at budsjettet ikke gjør endringer i rutiner mulig? Vi antar at i en periode med endring av rutiner, vil det muligens kreves ekstra ressurser. Dersom budsjettet ikke tillater dette, vil det da kunne være et hinder for å få gjennomført rutineendringer? Vi mener det er verdt å reflektere over om den

økonomiansvarlige innehar samme kompetanse omkring kostnader til trykksårbehandling og forebygging. Dersom den ansvarlige ikke vet at forebygging på lang sikt er kostnadsbesparende i forhold til behandling, mener vi det er usannsynlig at penger og tid bevilges til trykksårforebygging.

5.5 Kritisk vurdering av eget arbeid:

I utgangspunktet var det kunnskaper hos sykepleiere vi ville fokusere på. Vi ønsket se nærmere på kunnskapsforskjellene når det gjaldt hjelpepleiere og sykepleiere, men etter analyse av funnene våre fikk vi en annen innfallsvinkel og gikk mer bort fra dette. Vi så at holdninger, kartlegging og rutiner har mer å si for forebyggingen av trykksår enn det vi trodde. Vi er kritiske til innholdet av funnene, da disse er basert på artikler som ikke er norske, og følgelig ikke nødvendigvis er i samsvar med det norske helsevesenet. Det vi har funnet ut av i våre artikler kan fravike fra norske standarder. Vi har likevel forsøkt å bruke kilder fra land som i størst mulig grad samsvarer med det norske helsesystemet. Selv om vi har oversatt artiklene grundig, kan det allikevel være momenter som har blitt borte grunnet avvik i språkoversettelsen og tolkningen. I vår oppgave har vi tatt hensyn til forskningsetikken ved at vi ikke har kommet med opplysninger som kan spores tilbake til enkeltpersoner da vi beskrev våre erfaringer.

Vi har valgt å ha med 6 artikler da vi mener dette er tilstrekkelig. Men det må tas i betraktning at det kan være andre artikler som også kunne vært fordel å ha med. Med forbehold er det mulig at det er andre elementer som kunne vært supplert i funndelen for å kunne besvare vår problemstilling. For å underbygge våre funn mer, kunne vi med fordel kontaktet eksempelvis en sårsykepleier. Vi kunne da fått innblikk av hvordan ting faktisk foregår i praksis, samt underbygge eller sammenligne med egne erfaringer fra praksis.

I ettertid har vi sett at det kunne vært hensiktsmessig å bruke flere databaser i søkeprosessen. På denne måten ville vi om mulig fått et bredere spekter av data, og kanskje belyst nye problemstillinger. I ettertid har vi sett at vi har brukt et snevert spekter av søkeord i prosessen og kunne brukt lenger tid på dette. Samtidig har det utviklet seg nye forslag til søkeord underveis i arbeidet, som vi ser at vi kunne ha benyttet. Likevel må det

understrekes at vi tidlig i søkeprosessen fikk samlet inn god data, og vi opplevde at det ikke var nødvendig å utvide søket ytterligere. Vi er også klare på at vi har brukt noen eldre bøker, og til fordel kunne vi benyttet oss av nyere kilder for å få mer ny og oppdatert kunnskap. Vi har forsøkt å søke opp tall og statistikk omkring trykksår i Norge, men vi erfarte at dette var vanskelig å finne nøyaktig, norske data på.

6.0 Konklusjon:

Gjennom oppgaven har vi sett at kompetanse er viktig for å kunne forebygge trykksår. Det har vist seg at sykepleiere har større kunnskaper på dette området enn hjelpepleiere og ufaglærte. Gjennom det vi har sett, har dette noe med utdannelsen å gjøre. Det er vist sammenheng mellom dårlig pleie og dårlige holdninger. Ved gode holdninger er det større sjanse for at forebyggingen av trykksår finner sted. Vi har sett at for å ha en velfungerende pleieavdeling trengs det er sammensatt team som jobber sammen. På toppen må det sitte en leder som behersker jobben. Sykepleiers administrative funksjon har mye å si på hvert område. Vi har funnet ut at faglunsjer, refleksjoner og kursing er hensiktsmessige metoder for å øke kompetansenivået og fornye kompetanse i en avdeling, noe som heller ikke gjør noen store innvirkninger i økonomien. Dette er noe sykepleiere kan ta initiativ til, samt å dele hverandres kunnskap.

Det viser seg å være hensiktsmessig å benytte seg av kartleggingsverktøy som dokumentasjon, braden-skala kombinert med klinisk skjønn. Dette fører til bedre oppfølging av hver enkelt pasient. Om kartlegging blir en god rutine, er dette praktisk ved at man får kartlagt pasientene raskest mulig, også ved endret fysisk tilstand. Her kreves det også at dokumentasjonen er nøyaktig, ellers har kartleggingen liten hensikt.

Trykksår er forbundet med høye kostander i samfunnet og gir unødvendig lidelse for pasienten. Vi har sett at kompetanseheving gir reduksjon i antall trykksår, men at forebyggende tiltak ikke blir prioritert nok og at dette antakelig er pga økonomi og andre ressurser som tid. Et tiltak vi har sett i ettertid som kan være en god måte å vise fakta om dette på, er tidsregistrering som viser forskjellen på hvor mye tid det innvilges på forebyggende tiltak mot for behandling. andre tiltak som kan gjøres for å innvilge mer tid og penger på forebygging, er at for eksempel sykepleier holder et foredrag om trykksår for de

økonomiansvarlige. Alle økonomiansvarlige har nødvendigvis ikke en helsebakgrunn og har muligens derfor ikke god nok innsikt i hva konsekvensene for dårlig forebygging har å si, både når det gjelder tiden man bruker på behandling samt hva pasienten utsettes for.

For at en sykepleier kan forebygge trykksår på en langtidsavdeling, er det flere faktorer som spiller inn. Det å kunne ta lederrollen er sentralt for å strukturere arbeidet omkring trykksårforebygging. Ved god ledelse medfølger dette god struktur og motivasjon hos de ansatte, som igjen gir bedre holdninger og bedre utført arbeid. Gjennom oppgaven har vi erfart at kunnskap i seg selv ikke er nok for å få en god forebygging av trykksår. Det kreves en kombinasjon av kunnskap, holdninger samt kartlegging og rutiner. Men for at disse momentene igjen skal bli optimalisert og fulgt opp, kreves en god sykepleieledelse.

7.0 Litteraturhenvisninger:

- Aagard, H. (2011) Væske og ernæring I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.2*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 161-207.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2013) *Comprehensive, Hospital-Based Program Significantly Reduces Pressure Ulcer Incidence and Associated Costs* [online]. URL: <http://innovations.ahrq.gov/content.aspx?id=1851> (24.03.2014).
- Bangova, A. (2012) Prevention of pressure ulcers in nursing home residents. I: *Nursing Standard*, vol. 27 (24), Oktober, s. 54-61.
- Bennett, G., C. Dealey & D. Posnett (2004) The cost of pressure ulcers in the UK. I: *Age and ageing* [online], vol 33 (3), s. 230-235. URL: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/33/3/230.full.pdf+html> (03.04.2014).
- Bergland, Å., M. Hestetun (2003) Erfaringer med avdelingsvis veiledning. I: *Sykepleien*, 91(18), s. 46-48.
- Bergquist-Beringer, S., Davidson, J., Agosto, C., Linde, N. K., Abel, M., Spurling, K., Dunton, Christopher, A. (2009) Evaluation of the national database of nursing quality indicators (NDNQI) training program on pressure ulcers. I: *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(6), s. 252-260.
- Bjørro, K. (2009) Pilotstudie av trykksårprevalens i et norsk sykehus. I: *Sykepleien Forskning*, vol. 4 (4), S. 298-305.
- Bjørro, K., M. Kirkevold (2011) Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 343-380.

- Braut, G-S. (2008) *Trykksår i eit samfunnsperspektiv – spørsmål frå ein samfunnsmedisinar?* [online]. Bergen: Statens helsetilsyn. URL: http://www.nifs-saar.no/pdf/2008/2008_geir_sverre_braut.pdf (31.03.2004).

- Bry, K., D. Buescher & M. Sandrik (2012) Never Say Never: A Descriptive Study of Hospital-Acquired Pressure Ulcers in a Hospital Setting. I: *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, Vol. 39(3), Mai/Juni, s. 274–281.

- Dahl, K., E-A. Skaug (2011) Kliniske vurderingsposesser og dokumentasjon i sykepleie I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 2*. Oslo: Gyldendal, s. 15-60.

- Dalland, Olav (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Database for statistikk om høyere utdanning (2013) *Vitenskapelig publisering* [online]. Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. URL: <http://dbh.nsd.uib.no/pub/hjelp.jsp> (01.04.2014).

- Database for statistikk om høyere utdanning (2014) *Publiseringskanaler* [online]. Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. URL: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (01.04.2014).

- Demarré, L., K. Vanderwee, T. Defloor, S. Verhaeghe , L. Schoonhoven & D. Beeckman (2011) Pressure ulcers: knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes. I: *Journal of Clinical Nursing*, vol. 21, s. 1425–1434.

- Demarré, L., m.fl. (2011) Pressure ulcers: knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes. I: *Journal of Clinical Nursing*, vol. 21, Juni, s. 1425–1434.

- Dolonen, Kari A. (2009) Ikke etter planen [online]. *Sykepleien*. URL: <http://www.sykepleien.no/nyhet/257704/ikke-etter-planen> (14.04.2014).

- Forsberg, C. og Y. Wengström (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Foss, B., A-K. Wahl (2002) Pasientens behov viktigere enn rutiner I: *Sykepleien*. 90(18), s.35-39.
- Gunningberg, L., A. Hommel, C. Baath & E. Idvall (2013) The first national pressure ulcer prevalence survey in county council and municipality settings in Sweden. I: *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 19 (5) s. 862-867.
- Hauge, S. (2008) Sykepleie i sykehjem. I: Kirkevold, M., K., Brodtkorb og A. Hylene Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.219-236.
- Hauge, S. (2008) Sykepleie i sykehjem. I: Kirkevold, M., K., Brodtkorb og A. Hylene Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal, s.219-236.
- Helsedirektoratet, *Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten (IS-2032)*, 2012, s, 26.
- Helsepersonelloven (2014) *Lov om helsepersonell* [online] Lovdata: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helse* (01.04.2014).
- Henderson, V.A. (1998) *Sykepleiens natur, refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Howe, L. (2007) Education and Empowerment of the Nursing Assistant: Validating Their Important Role in Skin Care and Pressure Ulcer Prevention, and Demonstrating

Productivity Enhancement and Cost Savings. I: *Advances in Skin & Wound Care*, vol. 21(6), Juni s.275-281.

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/Forside> (01.04.2014).

- Håkonsen, K.M. (2010) *Innføring i Psykologi. 4.utg.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hårstad, J., E. Holen & H. Andersson (2012) *Forebygging av trykksår* [online] Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. URL: http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsområder/_attachment/1913?_ts=13dd9d73d66 (25.03.2014).
- Ingebretsen, H., Storheim, E. (2010) Sykepleie ved sykdommer og skader i huden. I: Almås, H., D. Stubberud. og R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie, b.2.* Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 345-380.
- Jacobsen, D. M.fl. (2012) Traumatologi. I: Jacobsen, D., S. E. Kjeldsen, B. Ingvaldsen, T. Buanes & O. Røise (red.). *Sykdomslære – indremedisin, kirurgi og anestesi, 2. Utgave.* Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 448- 522.
- Johansen, E. (2011) Sirkulasjon. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.2.* Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 101-134.
- Karlsen, R. (2014) Sykepleier [online]. Utdanning.no. URL: <http://utdanning.no/yrker/beskrivelse/sykepleier> (29.04.2014).
- Karoliussen, M. (2011) *Nightingales arv – Ny forståelse, sykepleierens kjerne; verdier, intensjon og handling.* Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Korsmo, S. (silje.korsmo@mediq.com), 7. April 2014, *Bachelor*. E-post til M. Hansen (minahansen92@hotmail.com).

- Kotter, J., T. Dassen (2008) An interrater reliability study of the Braden scale in two nursing homes. I: *ScienceDirect*, vol. 45 Februar, s. 1501-1511.

- Kristoffersen, N, J. (2011) Sykepleier i organisasjon og samfunn I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal, s. 281-341.

- Kristoffersen, N, J. (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.3*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 207-280.

- Kristoffersen, N. (2011) Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 162- 206.

- Kunnskapsbasert praksis (2012) *Kunnskapsbasert praksis* [online]. Mediesenteret, Høgskolen i Bergen. URL: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/> (01.05.2014).

- Källmann, U. & B-O. Suserud (2009) Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment – a survey in a Swedish healthcare setting. I: *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, vol. 23, s. 334-341.

- Lahmann, N. A., A. Tannen, T. Dassen & J. Kottner (2010) Friction and shear highly associated with pressure ulcers of residents in long-term care – Classification Tree Analysis (CHAID) of Braden items. I: *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 17, s. 168-173.

- Langøen, A. (2012) Hudens funksjon og oppbygging. I: Langøen, A. (red.). *Sårbehandling og hudpleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 11-29.

- Langøen, A., M. Gürgen (2012) Forebygging og behandling av sår. I: Langøen, A. (red.). *Sårbehandling og hudpleie*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 251-315.
- Levine, J.M. (2005) Historical Perspective on Pressure Ulcers: The Decubitus Ominosus of Jean-Martin Charcot. I: *Journal of The American Geriatrics Society*, vol. 53 (7), Juli, s. 1248-1251.
- Lillemoen, M. (2012) *Kvalitet i sykepleie* [online]. Høgskolen i Gjøvik. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet> (14.04.2014).
- Lindholm, C. (2012) *Sår. 3.utg.* Oslo: Akribe Forlag.
- Mason, D.J. (2009) Contrasts in long-term care. I: *American Journal Of Nursing*, vol. 109 (1) s. 50-51.
- Mertens, E.I, m.fl. (2008) Pressure ulcer risk screening in hospitals and nursing homes with a general nursing assessment tool: evaluation of the care dependency scale. I: *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(6) Desember s. 1018-1025.
- Nasjonalt bibliotek (2012) *ISSN* [online]. Oslo. URL: <https://www.nb.no/Om-NB/Standardnummerering/ISSN> (01.04.2014).
- Niederhauser, A., m.fl. (2012) Klinikal Managemnt Ekstra. I: *Comprehensive Programs for Preventing Pressure Ulcers: A Review of the Literature*, vol. 25 (4) April, s,167-188.
- Nortvedt, P., R.Grønseth (2011) Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I: Almås, H., D.G. Stubberud, og R. Grønseth (Red.) *Klinisk sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 17-32.

- Nsf.no (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs etiske regler* [online]. International Council of Nurses. URL: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (29.04.2014).
- Orvik, A. (2006) *Organisatorisk kompetanse – I sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Pfeiffer, R. (2002) Ansvarsforhold ved ledelse av sykepleiepraksis I: *Sykepleier og leder, Den administrative og den faglige sykepleierlederens funksjon*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke, s.4-35.
- Polit, D. E. og Beck, C. T. (2014) *Essentials of Nursing Research - Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia; London: Wolters Cluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. E. og Beck, C. T. (2014) *Essentials of Nursing Research - Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia; London: Wolters Cluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Sand, Olav m.fl (2007) Fra celler til kropp. I: Sand, O., Ø. V. Sjaastad, E. Haug & J. G. Bjålie. *Menneskekroppen – fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 78-101.
- Skaug, E.A. (2011) Personlig hygiene. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.2*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 331-370.
- Slettebø, Å. (2007) Til pasientens beste? I: Slettebø, Åshild (red.) *Sykepleie og etikk, 4. utg*. Oslo: Gyldendal akademiske, s. 75-97.
- Sprakes, K. & J. Tyrer (2010) Improving wound and pressure area care in a nursing home. I: *Nursing Standard*, vol. 25 (10) November, s. 43-49.

- Travelbee, J. (2007) *Mellommenneskelig forhold i sykepleie. 5. opplag.* Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tveiten, S. (2013) Veiledning som planlagt og strukturert og spontan og integrert virksomhet I: *Veiledning - mer enn ord. 4. utg.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke, s.87-104.

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: Søking og resultater

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Valgte artikler	Dato for søk
<ol style="list-style-type: none"> 1. Health Personnel 2. Nursing assistant 3. Teaching 	Ovid Nursing Database	1, 2 og 3.	80	Nr. 24, Education and Empowerment of the Nursing Assistant: Validating Their Important Role in Skin Care and Pressure Ulcer Prevention, and Demonstrating Productivity Enhancement and Cost Savings	06.03.14
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pressure ulcer 2. Education 3. Nursing homes 4. Nursing care 	Ovid Nursing Database	1, 2, 3 og 4	42	Nr. 7 Prevention of pressure ulcers in nursing home residents	26.02.14
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pressure ulcer 2. Education 3. Nursing homes 4. Nursing care 	Ovid Nursing Database	1, 2, 3 og 4	42	Nr. 13, Improving wound and pressure area care in a nursing home	21.02.14
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pressure Ulcer 2. Education 3. Nursing homes 4. Nursing care 	Ovid Nursing Database	1, 2, 3 og 4	42	Nr. 19, Pressure ulcer risk screening in hospitals and nursing homes with a general nursing assessment tool: evaluation of the care dependency scale.	21.02.14
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pressure ulcer 2. Nursing care 3. Education 4. Nursing assistants 	Ovid Nursing Database	1, 2, 3 og 4	5	Nr. 3, Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment--a survey in a Swedish healthcare setting.	21.02.14
<ol style="list-style-type: none"> 1. Nursing care 2. Pressure ulcer 3. Nursing homes 4. Education/Nursing education 	Ovid Nursing Database	1, 2, 3, og 4	42	Nr. 9, Comprehensive programs for preventing pressure ulcers: a review of the literature	21.02.14