

Hansen, Oda
Helgesen, Olivia

Forebygging av decubitus fra et sykepleieperspektiv

Antall ord: 8760

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie
Veileder: Lindis Kathrine Helberget

Mai 2020

Hansen, Oda
Helgesen, Olivia

Forebygging av decubitus fra et sykepleieperspektiv

Antall ord: 8760

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie
Veileder: Lindis Kathrine Helberget
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne studien var å finne ut hvordan sykepleier kan jobbe aktivt for å forebygge decubitus hos pasienter som er innlagt på sykehus.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på åtte forskningsartikler.

Resultatet: Det er viktig at sykepleier har kompetanse i hvordan utvikling av decubitus kan forebygges hos sykehusinnlagte pasienter. Dette kan gjøres ved å kartlegge hvilke pasienter som er utsatt og videre rapportere om forekomsten på arbeidsplassen, ressurspersoner med spesiell kompetanse i forebygging av decubitus er også viktig. Sykepleiere har behov for å tilegne seg ny kunnskap og få regelmessig oppdatering. Dette kan oppnås gjennom kurs og opplæring. Når pasienten ble involvert i forebygging av decubitus opplevde de et bedre resultat av pleien som ble gitt. Tverrfaglig samarbeid er også sentralt i forebyggingen av decubitus, i tillegg til bruk av hjelpemidler som madrass-matter med sensorer og trykkreduserende utstyr. Det kommer også frem at tidspress, underbemanning og stor arbeidsmengde er utfordringer som også påvirker sykepleiernes forebyggende arbeid.

Konklusjon: Studien viser at sykepleiere har behov for økt kompetanse og opplæring i bruk av hjelpemidler for å kunne forebygge utvikling av decubitus. God kommunikasjon, godt arbeid i tverrfaglige team og pasientdeltagelse er avgjørende for å forebygge utvikling av decubitus.

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to figure out how registered nurses can prevent pressure ulcers in hospitalized patients.

Method: A systematic literature study based on eight research articles.

Result: It is important that nurses have expertise in how the development of pressure ulcer can be prevented in hospitalized patients. This can be done by identifying which patients are at risk and further on reporting on incidents in the workplace. Resource persons with special expertise in pressure ulcer prevention are also important. Nurses need to acquire new knowledge and receive regular updates on patients. This can be achieved through coursework and training. When the patient became involved in the preventive work of pressure ulcer, they experienced a better result from the care provided. Interdisciplinary collaboration are also central for the prevention of pressure ulcer, in addition to the use of aids such as mattress mats with sensors and pressure reducing equipment. It also emerges that time pressure, understaffing and high workloads are challenges that affect the nurses preventive work.

Conclusion: The study shows that nurses are in need for increased competence and training in the use of assistive devices, to prevent the development of pressure ulcer. Good communication and good work in multidisciplinary teams and patient participation are crucial for preventing the development of pressure ulcer.

Forord

SÅRET

Det er rødt.

Det er som høsten.

Det hører hjemme under plaster.

Vondt som haggelvær mot hud.

Hører hjemme i sykesenga.

Det minner om krigsfilmer.

Det eter bakterier.

André, 10 år (Oland, 2001, s. 19).

Innhold

1	Innledning og bakgrunn for valg av tema	10
1.1	Studiens hensikt	10
1.2	Problemstilling	11
1.2.1	Begrepsavklaring	11
1.3	Oppgavens videre oppbygning	11
2	Teoribakgrunn	12
2.1	Hudens oppbygning	12
2.2	Decubitus.....	12
2.3	Hjelpemidler og risikoverktøy.....	13
2.4	Kommunikasjon og veiledning.....	14
2.5	Virginia Henderson	14
3	Metode	16
3.1	Datainnsamling	16
3.1.1	Databaser, søkeord og søkehistorikk	16
3.1.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	17
3.1.3	Kvalitetsvurdering.....	18
3.1.4	Etisk vurdering	19
3.2	Analysen av artiklene.....	19
4	Resultat.....	21
4.1	Sykepleierens kompetanse	21
4.2	Å tilnærme seg ny kunnskap.....	22
4.3	Ressurser.....	22
4.4	Samhandling	24
5	Diskusjon.....	26
5.1	Metodediskusjon	26
5.2	Resultatdiskusjon	27
5.2.1	Sykepleierens kompetanse.....	27
5.2.2	Å tilnærme seg ny kunnskap	29
5.2.3	Ressurser	29
5.2.4	Samhandling	31
6	Konklusjon.....	33
	Referanser	34
	Vedlegg	38

1 Innledning og bakgrunn for valg av tema

Til vår bacheloroppgave har vi valgt temaet decubitus, trykksår. Decubitus er sårdannelse i huden som følge av trykk, friksjon eller forskyvning av vev, og deles inn i ulike grader etter hvor alvorlig skaden er. Det er vanlig å dele inn i fire ulike grader, der grad 1 kjennetegnes ved misfarging på huden som ikke forsvinner ved trykk, mens ved grad 4 går skadene helt ned til fascier og muskler (Gürgen & Langøen, 2015, s. 281-282).

Selv om de aller fleste decubitus kan forebygges, viser det seg at mellom 15-54 prosent av pasientene ved norske sykehus har decubitus. Decubitus er en komplikasjon som oppstår på grunn av trykk mot huden over lengre tid og kan medføre infeksjon, smerter, økt sykkelighet og dødelighet for pasienten. I tillegg til redusert livskvalitet hos pasienter, koster det mye for samfunnet å behandle decubitus (Bakken, Engebrigtsen, Monsen, Johansen & Juritzen, 2018; Gürgen & Langøen, 2015, s. 195 og 284). Ifølge Dr. Posnett referert i Tempel (2014) vil decubitus hos pasienter på sykehus og sykehjem koste helsevesenet 1,3 milliarder kroner i året.

Sykepleiere har den ledende rollen i forebygging og behandling av decubitus i helsetjenesten. Sykepleierens kunnskap og holdninger rettet mot forebygging og behandling av decubitus er viktig for å kunne redusere forekomsten av decubitus. Det er sykepleieren som må legge til rette for oppmerksomhet rundt problemet og riktige avgjørelser i den kliniske utøvelsen (Aslan & Giersbergen, 2016, s. 67). Gjennom vårt kliniske arbeid har vi erfart at forekomsten av decubitus er høy, til tross for at de fleste sykepleiere har kjennskap til hvordan problemet kan forebygges. Vi opplever at det ikke blir satt i gang tiltak før decubitus allerede har oppstått, og at det er manglende kommunikasjon og oppmerksomhet rundt det i klinisk praksis.

1.1 Studiens hensikt

Hensikten med denne studien var å finne ut hvordan sykepleiere kan jobbe aktivt med å forebygges decubitus hos pasienter som er innlagt på sykehus. Denne studien kan være med på å øke kunnskapen om sykepleiers rolle i forebygging av decubitus, som kan være til nytte i arbeidslivet.

1.2 Problemstilling

Vi har valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge decubitus hos sykehusinnlagte pasienter?

Oppgavens synspunkt er fra et sykepleier perspektiv, og målgruppen er avgrenset til å omfatte voksne pasienter innlagt på sykehus.

1.2.1 Begrepsavklaring

Forebygging av decubitus skal iverksettes ved risiko for utvikling av decubitus, og være basert på både systematisk risikovurdering og klinisk skjønn (Gürgen & Langøen, 2015, s. 286).

Decubitus er definert som «en avgrenset skade på huden og/eller det underliggende vev, vanligvis over et benfremspring, som er et resultat av trykk eller trykk i kombinasjon med skjærende krefter» (European Pressure Ulcer Advisory Panel et al., 2014, s. 12).

1.3 Oppgavens videre oppbygning

Videre i denne oppgaven vil relevant teori belyses, noe som danner grunnlag for oppgaven og videre drøfting. Det neste steget er å gjøre rede for metoden, som inneholder datainnsamling og analyse av artiklene. Resultatene vil så bli presentert og deretter drøftet ved bruk av faglitteratur og forskningsartikler. Til slutt vil en kort konklusjon bli presentert og forslag til videre forskning.

2 Teoribakgrunn

2.1 Hudens oppbygning

Hudens oppbygning består av tre lag; Hypodermis, dermis og epidermis. Hypodermis ligger dypest og inneholder 60 prosent av kroppens fettdepot, og fungerer som et energidepot, isolasjon mot kulde og absorpsjonslag ved støt mot kroppen. Over hypodermis ligger dermis, som har bindevevsfibrer av kollagen, elastiske fibrer og retikulære fibrer som holder huden elastisk og fleksibel. Bindevevsfibre er viktig i sårtilhelingsprosessen, og nervene i dermis formidler beskjeder om trykk-, berøring-, smerte- og temperatursanser. Det øverste hudlaget heter epidermis og beskytter kroppen ved å fungere som epidermal permabilitetsbarriere, antimikrobiell barriere, mekanisk beskyttelsesbarriere og barriere mot ultrafiolette stråler. De døde hudcellene i det ytre lag av epidermis fungerer som et "skjold" mot omgivelsene, og en kan risikere at huden blir rød og sår dersom disse døde hudcellene vaskes bort (Langøen, 2015, s. 14-19).

2.2 Decubitus

Decubitus er definert som misfarget hud eller sårdannelse som følge av trykk, friksjon eller forskyving av vevet over 30 minutter etter oppheving av trykk. Ved trykk mot huden avstenges blodtilførselen som over en lengre periode kan utløse en inflammatorisk reaksjon og ødem, som kan skade vevet i større grad enn selve trykket. Ved å redusere trykk og drag mot huden normaliserer sirkulasjonen og inflammasjonen seg, og kan forebygge decubitus (Gürgen & Langøen, 2015, s. 281-282).

Ut ifra det internasjonale klassifiseringssystemet deles decubitus inn i fire ulike grader (European Pressure Ulcer Advisory Panel et al., 2014, s. 12-13).

Grad 1: Rødhetsområde som ikke blekner ved trykk. Kan være smertefullt, fast, bløtt, varmere eller kaldere sammenlignet med omkringliggende vev.

Grad 2: Delvis tap av dermis som overfladisk åpent sår med rød-rosa sårbunn uten dødt vev, intakt eller revnet blodfylt blemme, eller skinnende og tørt uten dødt vev og blåmerker.

Grad 3: Tap av hele hudlaget, subkutant fett kan være synlig. Mulig dødt vev.

Grad 4: Tap av alle vevslag, kan se eller føle ben, sener eller muskulatur. Det kan oppstå dødt vev, sårskorpe, underminering og tunneldannelse. Kan omfatte muskel og/eller støttestrukturer.

2.3 Hjelpemidler og risikoverktøy

En strukturert risikovurdering skal utføres så snart som mulig for å identifisere risikopasienter, senest innen åtte timer etter at en pasient er innlagt (European Pressure Ulcer Advisory Panel et al., 2015, s. 14). Det er viktig å kartlegge hvem som er risikopasienter når det kommer til utvikling av decubitus, fordi det er kostbart og lite hensiktsmessig å sette inn forebyggende tiltak overfor alle pasienter (Gundersen, Ingebretsen & Storheim, 2017, s. 382).

En strukturert risikovurdering er basert på klinisk skjønn og kunnskap om relevante risikofaktorer. Risikovurderingen skal omfatte vurdering av aktivitet, mobilitet og hudstatus. Risikovurderingsverktøy er en strukturert metode for å vurdere hvem som er i risiko for å utvikle decubitus. Ved bruk av risikovurderingsverktøy bør ytterligere risikofaktorer som hudstatus vurderes og klinisk skjønn bli brukt. Det er viktig å bruke et verktøy som er relevant for persongruppen, og som i tillegg er gyldig og pålitelig (European Pressure Ulcer Advisory Panel et al., 2015, s. 14-15). De hyppigste anvendte vurderingsskjemaene på verdensbasis er Norton-skalaen og Braden-skalaen. Felles for dem er at de ulike risikofaktorene for decubitus blir registrert og poengberegnet, som resulterer i en total skår. Ut ifra dette kan en se om en pasient er i risiko for å utvikle decubitus (Gundersen et al., 2017, s. 382).

Braden-skalaen gir en skår fra 6-23 poeng, der lav skår er tegn på høy risiko for utvikling av decubitus. Skalaen er delt inn i seks risikofaktorer; sensorisk persepsjon, fuktighet, aktivitet, mobilitet, ernæring og gnissing/forskyvning, der alle risikofaktorene kan få 1-4 poeng ut ifra pasientens tilstand (Gundersen et al., 2017, s. 383-384).

Norton-skalaen har en maksimal skår på 20 poeng, hvis den totale skåren er under 14 poeng er det risiko for utvikling av decubitus, 13 poeng eller lavere viser til stor fare. Skalaen er delt inn i fem ulike risikofaktorer; fysisk tilstand, psykisk tilstand, aktivitet, mobilitet og inkontinens, der hver risikofaktor kan få 1-4 poeng (Gürgen & Langøen, 2015, s. 285).

Når det foreligger risiko for utvikling av decubitus, skal det alltid iverksettes tiltak. Trykkavlastende virkemidler kan deles inn i tre grupper: manuelle metoder, madrasser og lokale trykkavlastende hjelpemidler. Manuelle metoder handler om venderegimer, god forflytningsteknikk og å legge til rette for en gunstig posisjon i sengen/stolen for å motvirke drag, trykk og friksjon. Måten pasienten plasseres i sengen eller stolen, er avgjørende for hvor stort drag huden utsettes for. Det finnes flere ulike typer madrasser å velge mellom, der det er anbefalt ulike typer ut ifra omsorgsnivåer. Madrassene som er anbefalt på sykehus ved liten risiko er: fibermadrass, skummadrass og gelémadrass, ved

middels risiko: statisk luft og pulserende luft, og ved stor risiko: dynamisk luft. Lokale trykkavlastende hjelpemidler innebærer bandasjer, vannfylte hjelpemidler, luftfylte hjelpemidler og hjelpemidler fylt med fiber eller skum (Gürgen & Langøen, 2015, s. 286).

2.4 Kommunikasjon og veiledning

Ifølge Eide og Eide (2017, s. 39) er det godt dokumentert at svikt i kommunikasjon er en årsak til uønskede hendelser, det er derfor viktig å utvikle gode kommunikasjonsferdigheter for å heve kvaliteten og styrke pasientsikkerheten. Ved gode kommunikasjonsferdigheter kan en bedre forstå pasienten, forstå relasjonen, gi bedre hjelp og støtte, ta gode beslutninger sammen, styrke følelsen av trygghet og stimulere den andres utvikling og motivasjon.

Hensikten med å samarbeide i grupper er å gjennomføre noe og nå et mål. Lederen har en viktig kommunikatív oppgave ved å inspirere og lede arbeidet til et godt resultat. Et dårlig og lite anerkjennende miljø kan gjøre arbeidet tyngre å utføre. Gjennom samarbeidsfasen blir medlemmer preget av større åpenhet og lytter mer til hverandre i utførelsen av arbeidet (Eide & Eide, 2017, s. 339-343).

I endringsprosesser er det behov for en veileder som kan gi informasjon, rådgivning og veiledning. Veilederen er en profesjonell samtalepartner som kan speile pasientenes behov, stimulere til å avklare mål, muligheter og prioriteringer, og jobbe personsentrert for pasienten i utviklingen og gjennomføringen av deres helseprosjekt. Gjennom veiledning kan en motivere pasienten til endringer ved å lytte aktivt, bekrefte og interessere seg for pasientens personlige tanker, opplevelser og bekymring. Dette øker pasientens følelse av selvbestemmelse i sin egen helse (Eide & Eide, 2017, s. 258-262).

2.5 Virginia Henderson

Virginia Henderson var en av de første sykepleierne som beskrev sykepleierens særegne funksjon, og utga sykepleiernes grunnleggende prinsipper i 1960. Hendersons grunnprinsipper og sykepleiedefinisjon har hatt innflytelse på senere sykepleieteorier, og har som hensikt å svare på hva som er sykepleierens særegne ansvars- og funksjonsområde i arbeid med pasienter (Kristoffersen, 2017, s. 36-37). Hendersons sykepleiedefinisjon, sammen med hennes 14 grunnprinsipper, preger fortsatt sykepleiertenkningen i mange land (Kristoffersen, 2017, s. 22). Henderson definerer sykepleierens særegne funksjon slik:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død),

noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelig krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Henderson, 1997, s. 9).

Ut i fra vår problemstilling har vi valgt å fokusere på tre av Hendersons 14 grunnprinsipper:

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

Dersom pasienten skal forstå hvordan han kan bevare god kroppsstilling er det nødvendig å ha riktig utstyr for å gjøre det mulig. Sykepleier må klare å legge til rette for at pasienten hviler i en god stilling, å undervise andre om hvordan de skal forandre pasientens leie, og oppmuntre og hjelpe pasienten til å bli uavhengig i sin mobilisering. Det er sykepleierens ansvar å sørge for at pasientene ikke ligger for lenge i samme stilling, og det er et kriterium på pleiekvaliteten at sykepleier kan forebygge decubitus hos langvarig sengeliggende pasienter ved hyppig leieendring og renslighet. Hvis sykepleier ser behov for å anskaffe hjelpemidler for pasienter som er i fare for å utvikle decubitus, er det hennes ansvar å jobbe aktivt for å få på plass disse (Henderson, 1997, s. 37-39).

Å hjelpe pasienten å holde kroppen ren og velstelt og å beskytte huden:

Henderson legger vekt på at alle pasienter bør få de hjelpemidlene, det utstyret og den hjelpen de trenger for å holde huden ren. Hvor ofte pasienter trenger kroppsvask vurderes individuelt, men alle bør få det så ofte at han/hun ser ren og velstelt ut, at det ikke lukter ubehagelig og at huden er beskyttet mot tørrhet eller andre former for irritasjon (Henderson, 1997, s. 44-49).

Å hjelpe pasienten å lære:

Sykepleieren har som plikt å gi helseveiledning. En kan si at undervisning er integrert i alt det sykepleieren gjør, det betyr likevel ikke at det gjøres tilfeldig, eller at det bare antas at det gjøres godt nok. Når sykepleier gjør noe for pasienten, burde han/hun tenke om det er noe som kan læres vekk. Sykepleieren bør alltid ha et mål for øye, og målet er at pasienten skal gjenvinne full sunnhet og uavhengighet, eller leve best mulig med de begrensninger hans tilstand påfører han/hun (Henderson, 1997, s. 63-67).

3 Metode

Metode er et redskap en kan bruke når man vil undersøke noe. Metoden hjelper oss til å samle inn data, som vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen (Dalland, 2017, s. 52). Det blir foretatt en litteraturstudie, og i dette kapitlet blir datainnsamling og analyse av artiklene presentert.

3.1 Datainnsamling

En litteraturstudie kan betegnes som en litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt (Forsberg & Wengström, 2017, s. 25) I denne oppgaven har vi brukt et systematisk litteratursøk ved innhenting av forskningsartikler. Mulrow og Oxman referert i Forsberg & Wengström (2017, s. 27) definerer systematisk litteraturstudie basert på en tydelig formulert problemstilling som skal besvares systematisk gjennom å identifisere, vurdere, velge og analysere forskning som er relevant.

3.1.1 Databaser, søkeord og søkehistorikk

Databasene vi har brukt i vår prosess for å finne artikler er Cinahl Complete og SweMed. Ifølge Forsberg & Wengström (2017, s. 65) er Cinahl Complete en database som består av helsefaglig forskning og SweMed er en database som består av medisinsk forskning, de er derfor relevant for denne oppgaven.

Søkeordene som først ble brukt var: Pressure Ulcer AND Prevention AND Bedridden patients AND Nurse AND Hospital, dette resulterte i 1 treff i databasen Cinahl Complete, som vi ikke anså som relevant for vår oppgave. Det var ingen treff i databasen Swemed.

Med søkeordene Pressure Ulcer Prevention AND Hospital patients AND Nurse, kom det opp 45 treff i databasen Cinahl Complete, hvorav to artikler ble valgt. Det var 1 treff i databasen Swemed som vi valgte å ikke ta med, da vi ikke anså den som relevant. Henviser til vedlegg 2.1.

To av artiklene ble funnet i databasen Cinahl Complete med søkeordene: (MH) Preventive Health Care OR Prevention AND (MH) Pressure Ulcer OR Pressure Ulcer AND (TI) Nurs*

AND (SU) nurs* AND (AB) nurs*. Ved å bruke søkeordet "nurs*" åpnet det opp muligheter for sykepleier-rollen i en-tall og fler-tall i ulike artikler. Flere av søkeordene skulle være en del av tittelen, abstraktet og emnet i de relevante artiklene, derfor ble Exact Subject Heading (MH), Title (TI), Subject (SU) og Abstract (AB) valgt i søket. Søkeordene resulterte i 147 treff, henviser til vedlegg 2.2.

De siste fire artiklene ble funnet med søkeordene: Pressure ulcer AND Prevention AND Nurse OR Nurses OR Nursing AND Hospital i databasen Cinahl Complete. Søkeordene resulterte i 295 treff. Henviser til vedlegg 2.3.

Når man har funnet søkeord ut ifra problemstillingen, kan dette enten søkes ved enkeltord eller ord i kombinasjon med hjelp av logiske søkeoperatører. Søkeordene kombineres da i et fritekstsøk med hjelp av de såkalte boolske operatørene "AND", "OR" og "NOT". Ved å bruke kombinasjonen AND ble det mulig å kombinere de valgte søkeordene for å begrense søket og oppnå et smalere resultat. Dette gjorde det enklere å finne artikler som hadde relevans. Ved å bruke kombinasjonen OR kunne søket utvides og gi et bredere resultat (Forsberg & Wengström, 2017, s. 69).

Vi begynte å søke etter forskningsartikler i november, dette var en krevende prosess som tok litt over syv uker å gjennomføre. Søkeordene ble utarbeidet i tråd med den valgte problemstillingen. Først oversatte vi problemstillingens nøkkelord til engelsk og søkte i databasene Cinahl Complete og SweMed med nøkkelordene. Dette ga lite treff og vi valgte derfor å kombinere og redusere noen av ordene for å utvide søkeresultatet. Vi utførte et systematisk litteratursøk i databasene CINAHL Complete og SweMed, men endte opp med å bare bruke artikler fra databasen Cinahl Complete. SweMed ble ikke tatt med videre i litteratursøket da vi ikke fant artikler som vi anså som relevant for vår oppgave.

Vi hadde som mål å finne fem forskningsartikler i løpet av desember, og i starten av denne måneden var det gjennomført. I midten av desember fant vi ut at tre av de fem artiklene ikke hadde riktig perspektiv, og kunne derfor ikke brukes. Innen slutten av desember ble tre nye artikler valgt ut og brukt videre i oppgaven. I starten av januar ble de siste tre artiklene funnet, og vi satt da igjen med åtte artikler som ble brukt i oppgaven.

3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

En systematisk litteraturstudie skal inneholde tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier ved valg av forskningsartikler (Forsberg & Wengström, 2017, s. 28).

Forsberg og Wengström (2017, s. 107) beskriver forskning som en ferskvare, derfor er søket begrenset til nyere forskning fra 2010 og senere. Inklusjonskriteriene vi hadde var engelske artikler, fagfellevurdert, etisk vurdert, sykepleieperspektiv i sykehus, trykksår og pasienter over 18 år. Ved å bruke disse inklusjonskriteriene ble flere artikler ekskludert i søket, vi valgte å ekskludere artikler som handlet om barn som pasienter.

3.1.3 Kvalitetsvurdering

Ifølge Forsberg og Wengström (2017, s. 104) bør kvalitetsvurdering omfatte studiens formål og problemstilling, utvalg, design, måleinstrument, tolkning og analyse. Alle artiklene ble lest nøye gjennom flere ganger og vurdert ut ifra de nevnte kriteriene. For å kvalitetssikre artiklene ble det brukt sjekklister fra Helsebiblioteket. De sjekklistene som ble brukt var både for kvantitative studier, prevalensstudie/tverrsnittstudie, og kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2016). Kvantitative metoder fremlegger data som er presentert i målbare enheter. De kvalitative metodene går i dybden og henter data i form av meninger og opplevelser fra personer (Dalland, 2017, s. 52).

Sjekklistene for kvantitative og kvalitative studier inneholder spørsmål om studiens formål, metode, utforming, utvalgsstrategi, datainnsamling, påvirkninger, etiske forhold, analyse, resultat og om resultatene er nyttig. Artiklene bedømmes ut ifra spørsmål som kan krysses ja eller nei på, hvor antall ja-svar gjorde det mulig å få oversikt over artiklenes relevans og om de var av god nok kvalitet (Helsebiblioteket, 2016).

I søkeprosessen hadde vi et kriterium om at alle artiklene skulle være fra 2010 eller senere. Vi hadde dette kriteriet for å kvalitetssikre artiklene siden forskning stadig er i bevegelse og blir endret. Det var også viktig å kvalitetsvurdere tidsskriftene som artiklene var publisert i, ved å sjekke hvilke nivå de kvalifiserer seg for. Det ble gjort søk i Register over Vitenskapelige Publiseringsskanaler gjennom Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) for å vurdere artiklenes nivå (Norsk Senter for Forskningsdata, 2019). Alle artiklene var publisert i et tidsskrift som enten holdt nivå 1 eller 2, hvorav tre av artiklene holdt nivå 2 og fem av artiklene holdt nivå 1.

Vi vurderte kvaliteten på artiklene ut ifra at de skulle inneholde en IMRaD-struktur, denne strukturen blir brukt for oppbygging av forskningsartikler. IMRaD-struktur innebærer at artiklene har en introduksjon-, metode-, resultat- og diskusjonsdel. Denne standardiseringen kan gjøre det enklere for leseren å orientere seg i ukjente tidsskrifter og at lesingen går raskere (Dalland, 2017, s. 163).

3.1.4 Etisk vurdering

Ifølge Forsberg & Wengström (2017, s. 59) er det viktig å velge studier som enten har fått godkjenning fra en etisk komité eller der det har blitt foretatt et etisk hensyn. Helsinkideklarasjonen inneholder retningslinjer om medisinsk forskning som involverer mennesker og forskning på identifiserbart menneskelig materiale og data (World Medical Association, 2018). Helsinkideklarasjonen fastslår at forskningen må utføres av vitenskapelig kvalifiserte personer og må følge aksepterte vitenskapelige prinsipper (Førde, 2014).

Helseforskningsloven §5 (2008) om forsvarlighet, sier at «medisinsk og helsefaglig forskning skal organiseres og utøves forsvarlig. Forskningen skal være basert på respekt for forskningsdeltakernes menneskerettigheter og menneskeverd». Dette innebærer at hensynet til alle deltakernes velferd og integritet skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser.

Alle forskningsartiklene som er brukt i denne oppgaven er vurdert av en etisk komité. Seks av de åtte artiklene har fått etisk godkjenning. I to av artiklene ble det vurdert at det ikke var behov for en etisk godkjenning, siden det ikke var tatt i bruk identifiserbar data om deltakerne.

3.2 Analysen av artiklene

Ifølge Forsberg & Wengström (2017, s. 152) handler analyse om å dele opp i mindre deler. Det vitenskapelige analysearbeidet skal dele studienes funn i mindre biter slik at de kan undersøkes individuelt før de settes sammen som en helhet.

I denne oppgaven har vi brukt analysemetoden til Forsberg & Wengström.

Første fase handler om å bli kjent med materialet og lese gjennom artiklene som skal analyseres flere ganger (Forsberg & Wengström, 2017, s. 153).

Resultatet i denne oppgaven baseres på materialet til åtte forskningsartikler av både kvalitativt og kvantitativt design. Vi leste gjennom de åtte artiklene flere ganger for å bli godt kjent med innholdet. For å skape en bedre oversikt for analysen nummererte vi artiklene fra en til åtte, som la grunnlag for arbeidet i andre fase.

I **Andre fase** skal en identifisere hva artiklene handler om og gi dem koder (Forsberg & Wengström, 2017, s. 153). Målet med analysen var å identifisere hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge decubitus hos pasienter på sykehus. Ved å analysere artiklene, kom

vi frem til kodene; kunnskap, ferdigheter, hjelpemidler, kurs, opplæring, tidspress, underbemanning, pasientsamarbeid og tverrfaglig samarbeid. Hver kode fikk sin egen farge for å gjøre arbeidet oversiktlig. Funnene som ble identifisert i artiklene ble oversiktlig listet opp i et eget dokument, og sortert etter kodene.

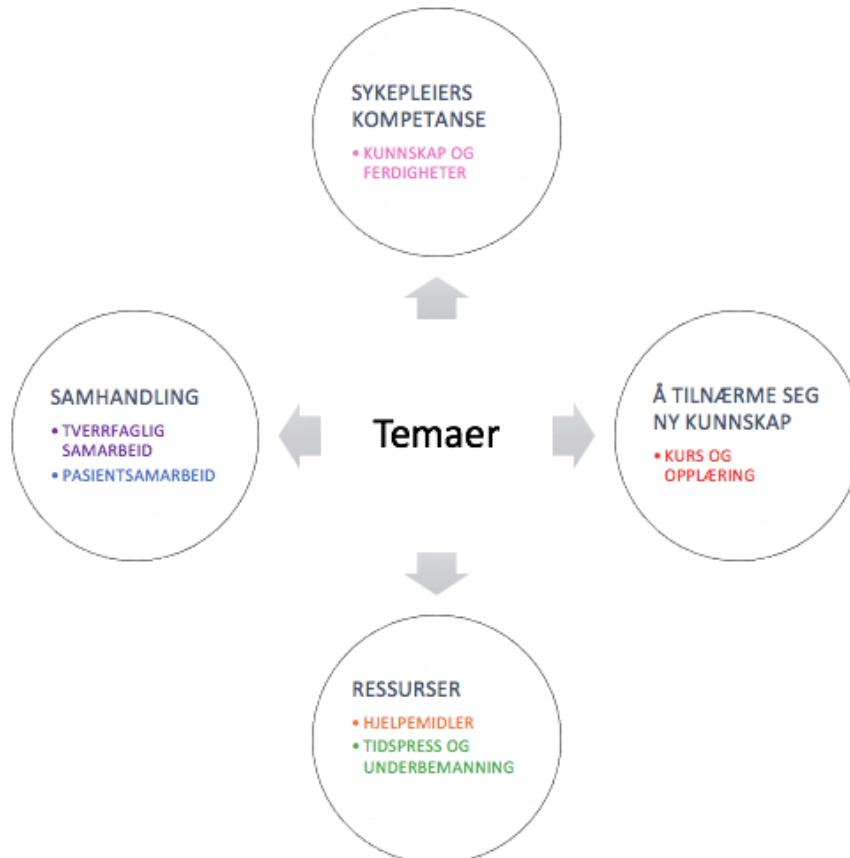
Tredje fase handler om å sette kodene fra andre fase i kategorier (Forsberg & Wengström, 2017, s. 153). I denne fasen gikk vi gjennom kodene og fordelte de i kategoriene: Kunnskap og Ferdigheter, Hjelpemidler, Kurs og Opplæring, Tidspress og Underbemanning, Pasientsamarbeid og Tverrfaglig Samarbeid.

I **Fjerde fase** ser en på kategoriernes mønster for å sammenfatte de til ett eller flere tema (Forsberg & Wengström, 2017, s. 153). I denne fasen satt vi sammen kategoriene til fire ulike temaer;

- 1) Sykepleierens kompetanse (herunder kategori: kunnskap og ferdigheter).
- 2) Å tilnærme seg ny kunnskap (herunder kategori: kurs og opplæring).
- 3) Ressurser (herunder kategori: hjelpemidler og, tidspress og underbemanning).
- 4) Samhandling (herunder kategori: tverrfaglig samarbeid og pasientsamarbeid).

Femte fase er den siste fasen og handler om å tolke og diskutere resultatene (Forsberg & Wengström, 2017, s. 153). Dette blir presentert i punkt 4.0 Resultat.

Figur 1 - Hovedtemaer med kategorier.



4 Resultat

4.1 Sykepleierens kompetanse

Flere av artiklene legger vekt på kunnskap som en viktig faktor i arbeidet for å forebygge decubitus (Bååth, Gunningberg, Hommel & Idvall, 2016; Fredriksson, Gunningberg, Mamhidir & Sving, 2016; Geraedts & Schneider, 2016).

Et viktig moment for å forbedre kunnskapen er å bli orientert om aktuelle resultater og tall om tilfellene av decubitus (Bååth et al., 2016; Fredriksson et al., 2016; Geraedts & Schneider, 2016). Bååth et al. (2016, s. 185) mener at ved å utføre lokale målinger, og ikke bare nasjonale, kan være en suksessfull faktor for effektive forandringer og for å få kontroll på det forebyggende arbeidet mot decubitus. Tilbakemelding om resultatene bidro til å forstå og forbedre forebygging av decubitus. I studien til Bååth et al. (2016, s. 185) og Fredriksson et al. (2016, s. 3204) kom det frem at ved å legge frem aktuelle tall og målinger om forekomsten av decubitus, åpnet dette opp for mer diskusjon og oppmerksomhet på daglig basis og gjorde at sykepleierne fikk et helhetlig syn.

I studien til Fredriksson et al. (2016, s. 3206-3207) ble det brukt en ressursperson på avdelingene som hadde spesiell kunnskap og kompetanse i forebygging av decubitus. Sykepleierne mente at dette bidro til støtte slik at forebyggingen ble bedre. Ressurspersonen og en teamsykepleier fra avdelingen vurderte hvilke behov pasientene hadde i det forebyggende arbeidet, og formidlet dette videre til sykepleieren som hadde ansvar for de ulike pasientene. Dette ga økt kunnskap for sykepleierne, omsorgen ble bedre og sykepleierens perspektiv om hvordan forebygging utføres ble endret. En sykepleier hadde dette å si om ressurspersonen:

She's gone in and looked at a lot of them, she can just take a glance and say: Well that's at this level (pressure ulcer category) and then you get support when you register it. Document it in the right way (Fredriksson et al., 2016, s. 3206).

Lederne på avdelingene mente det var nødvendig med en umiddelbar diskusjon mellom dem, team-sykepleieren og ressurspersonen, for å tilrettelegge for fremtidige dialoger på formelle og uformelle personalmøter. Lederne på avdelingene holdt morgenmøter der de orienterte om pasienter som var blitt dårlige og som ikke hadde fått leieendring. Morgenmøtene bidro til rom for diskusjoner og forbedring, noe som økte kunnskapen til sykepleierne (Fredriksson et al., 2016, s. 3207). Sykepleierne opplevde at åpne diskusjoner var til nytte og bidro til å formidle informasjon videre, for eksempel hvis en pasient hadde tendens til rødhet i huden (Bååth et al., 2016, s. 186).

I studien til Bååth et al. (2016, s. 185-186) kom det frem hvordan evidensbasert kunnskap hos sykepleierne var en vellykket faktor for å forhindre decubitus. Kunnskapen til sykepleierne inkluderte både vitenskapelig og praktisk kunnskap som stammet fra klinisk praksis og erfaringer. Studien til Geraedts & Schneider (2016, s. 460) viste at sykehus med færre antall sykepleiere enn helsefagarbeidere og assistenter hadde lavere kvalitet når det kom til forebygging av decubitus, enn andre sykehus med flere sykepleiere.

4.2 Å tilnærme seg ny kunnskap

Flere av artiklene tok for seg hvordan sykepleiernes fokus og oppmerksomhet på forebygging av decubitus endret seg etter at de hadde deltatt i studien (Banks et al., 2016; Bååth, Gunningberg & Sving, 2018; Fredriksson et al., 2016).

Fredriksson et al. (2016, s. 3204) viste at studien hadde endret måten å forstå og jobbe med forebygging av decubitus. Nesten alle sykepleierne på avdelingen deltok en dag på kurs med teoretiske og praktiske tilnærminger. De som hadde deltatt på kurset fikk en felles bakgrunn og forståelse for decubitus, og kunne kommunisere bedre om forebyggende tiltak. Sykepleierne følte dette bidro til å utvikle og endre måten de jobbet på, fra å behandle decubitus til å forebygge decubitus (Fredriksson et al., 2016, s. 3207).

Sykepleierne observerte nå pasientenes mobilisering og risiko mens de utførte annen pasientbehandling, en sykepleier fortalte dette slik:

Then you just thought 'I'm sure I can help you' and then you held on to them and helped them up. But today I ask: Is it alright if you sit on the edge of the bed or would you like help? So that you can see, can they move or are there any pressure ulcer, can they get up at all. I didn't think like that before (Fredriksson et al., 2016, s. 3207).

Ifølge Aslan og Giersbergen (2016, s. 69-71) hadde sykepleiere som hadde fått opplæring om forebygging av decubitus de siste 0-12 månedene et høyere kunnskapsnivå enn de som hadde hatt opplæring for mer enn to år siden, eller aldri hadde hatt opplæring.

4.3 Ressurser

Bååth et al. (2018), Fredriksson et al. (2016) og Gunningberg et al. (2011) skriver om at tilgangen på og bruken av hjelpemidler er en viktig faktor i det forebyggende arbeidet av

decubitus. For å oppnå et godt resultat var det viktig at hjelpemidlene ble tatt i bruk på riktig måte.

I studien til Bååth et al. (2018) ble sykepleierne introdusert for et hjelpemiddel som var et kartleggingssystem med en madrass-matte med sensorer tilkoblet en monitor på nattbordet. Kartleggingssystemet visualiserte pasientens trykkavlastning, og ga beskjed ved behov for ny leieendring gjennom fargekoder, uavhengig av når pasienten ble snudd sist. Sykepleierne opplevde kartleggingssystemet som et viktig hjelpemiddel for pasienter som ikke kunne bevege seg eller allerede hadde utviklet decubitus. Den ga tilbakemelding på arbeidet som ble utført og avslørte om sykepleierne hadde reposisjonert feil. Dette forenklet arbeidet og ga sykepleierne økt trygghet om at trykkavlastningen var utført riktig (Bååth et al., 2018, s. 143-144).

Kommunikasjon med de andre sykepleierne åpnet opp for dialog om nyttigheten av kartleggingssystemet. Det ble økt bevissthet for behovet av forebygging av decubitus blant sykepleierne. Sykepleierne fikk bedre forståelse for hvordan trykk kunne utvikle seg på kort tid og så på det som uakseptabelt at noen av pasientene skulle utvikle decubitus. Resultatet av dette var redusert forekomst av decubitus på avdelingen, og de så utfordringer ved å ikke ha tilgang på et slikt kartleggingssystem (Bååth et al., 2018, s. 143-144).

Fredriksson et al. (2016) sin studie introduserte sykepleierne for forebygging av decubitus gjennom kurs og informasjon. Sykepleierne fortalte at kurset, som bestod av både teoretiske og praktiske tilnærminger, ga økt kunnskap om trykkreduserende utstyr, som madrass og hælbeskytter.

Stor arbeidsmengde, tidspress og underbemanning var utfordringer i forebyggingen av decubitus (Banks et al., 2016; Gunningberg, Högman, Mamhidir & Sving, 2011; Fredriksson et al., 2016). Dårlig kontinuitet i sykepleierens arbeid var en disponerende faktor for uheldige utfall som decubitus og det ble lagt vekt på at sykepleierens kontinuitet varierte (Keenan et al., 2015).

Sykepleierne opplevde at trykkavlastning ble nedprioritert som følge av høy arbeidsmengde, og hindret det forebyggende arbeidet av decubitus. Det var også utfordrende å jobbe med trykkavlastning hos pasienter som ikke ville samarbeide med sykepleier (Gunningberg et al., 2011, s. 1297-1298). Ressurspersonen jobbet for positive resultater innen trykkavlastning ved å utføre kvalitetsmålinger, men underbemanning gjorde det utfordrende (Fredriksson et al., 2016, s. 3205).

4.4 Samhandling

I studien til Banks et al. (2016, s. 4) fikk sykepleierne god forståelse for den forebyggende pleien av decubitus ved å ta i bruk sykepleier-pasient-samarbeid og pasientdeltakelse. Ved å dele informasjon og ha god kommunikasjon kunne sykepleierne forebygge decubitus ved hjelp av tilbakemelding og informasjon fra pasientene.

Som følge av sykepleier-pasient-samarbeid og pasientdeltakelse ble det lettere for sykepleierne å snakke med pasientene om decubitus og hvordan de kunne jobbe forebyggende. Dette ga pasientene bedre forståelse for tiltak som mobilisering og leieendring. Sykepleierne opplevde at pasientene ble mindre nervøs og mer engasjert i leieendring og mobilisering, og ga tilbakemelding dersom de hadde mobilisert seg selv. Sykepleierne sparte tid i det forebyggende arbeidet ved pasientdeltakelse, og opplevde at pasientene ble mer selvstendig for å ta vare på sin egen hud (Banks et al., 2016, s. 5-7).

Banks et al. (2016, s. 5-7) legger frem hvordan sykepleierne opplevde pasientene som mer uavhengig i egen pleie, og at de fikk økt interesse for å bevege seg. Sykepleierne brukte mindre tid til å veilede pasientene og repetere informasjon, og pasientene hadde lettere for å spørre om hjelp til mobilisering og leieendring. Resultatet av pasientdeltakelsen var økt forståelse og støtte, bedre resultat på pleien og pasientene var mer fornøyd med sykehusoppholdet (Banks et al., 2016, s. 5-7).

...the more information you share, the more education that you give them, they actually help you. And in return you get what you need, which is the optimum outcome which is for them to be discharged with good health or get into the right frame of mind about their own health care (Banks et al., 2016, s. 6).

Gunningberg et al. (2011) og Bååth et al. (2016) trekker frem hvordan tverrfaglig samarbeid kan være til nytte i forebyggingen av decubitus. Viktige fagpersoner som ble trukket frem var helsefagarbeiderne, fysioterapeuter og ergoterapeuter (Gunningberg et al., 2011).

I studien til Gunningberg et al. (2011) fortalte sykepleierne at det var viktig å jobbe "som et lag" sammen med andre faggrupper for å forebygge decubitus. Fysioterapeutene var viktig for å instruere om stillingsendringer som ikke forårsaket ytterligere skader på pasientene, og ergoterapeutene tilrettela for riktig egnet brukerstyr til bruk i forebyggingen av decubitus. Bååth et al. (2016) skriver hvordan sykepleierne understreket at det var viktig at personalet jobbet i tverrfaglig team for å lykkes i det forebyggende arbeidet. Det var viktig at hvert team-medlem hadde et klart og bestemt ansvar, der sykepleieren hadde det overordnede ansvaret.

På grunn av sykepleierens varierte arbeidsoppgaver, som medisinsansvar og legevisitt, var de avhengig av å få vurderinger og rapporteringer fra helsefagarbeiderne. Det var forventet at helsefagarbeiderne kunne utføre grunnleggende sykepleie som stell, å snu pasienten og rapportere dersom noe var unormalt. Sykepleierne beskrev helsefagarbeiderne som kunnskapsrike og erfarne når det gjaldt forebygging av decubitus, og det ble ofte diskutert mellom dem hvilke behov pasientene hadde, hyppighet av stillingsendring, behov for trykkavlastning og snuregime. Sykepleierne hadde tillit til helsefagarbeiderne og stolte på at trykkavlastningen ble gjennomført (Gunningberg et al., 2011, s. 1298-1299).

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Den systematiske litteraturstudien vi har foretatt baserer seg på åtte forskningsartikler som er hentet ved et systematisk litteratursøk. De individuelle veiledningene gjennom hele prosessen var viktig i arbeidet med litteraturstudien. Metoden og resultat baserer seg på boken til Forsberg og Wengström (2017), og det er brukt Cinahl Complete som database for det systematiske litteratursøket. Forskningsartiklene er etisk vurdert og kvalitetssikret gjennom Norsk Senter for forskningsdata (2019).

I starten ble det utarbeidet en problemstilling for den systematiske litteraturstudien, etterfulgt av en fremdriftsplan og prosjektplan. Problemstillingen ble omformulert underveis i arbeidet for å vise en bedre forståelse av studiens hensikt. Forskningsartiklene ble nøye studert og sentrale koder ble identifisert, som la grunnlag for det videre arbeidet i studien. Kodene ble komprimert til kategorier som senere ble til fire hovedtemaer.

En styrke var at vi var strukturerte og samarbeidet godt gjennom hele oppgaveskrivingen med rom for åpne diskusjoner og egne synspunkter, noe vi så på som positivt. Tidligere i studiet har vi fått muligheten til å jobbe og bli kjent med databasen Cinahl Complete, dette så vi på som en styrke når vi skulle sette i gang arbeidet med systematisk litteratursøk.

Noe vi opplever som en svakhet for oppgaven er at forskningsartiklene vi har valgt kommer fra samme database; Cinahl Complete. Ved å bruke andre databaser kunne vi muligens funnet andre artikler som ikke er tilgjengelig i Cinahl Complete, noe som kunne styrket vår oppgave. Samtidig var vi trygge på Cinahl Complete ettersom vi var kjent med databasen. Vi føler at alle artiklene er av god kvalitet og har et bredt spekter når det kommer til ulike funn og resultater. En uforutsett svakhet som ikke var mulig å kontrollere var pandemi-situasjonen med Corona-viruset COVID-19, som blant annet førte til at siste seminar ikke lot seg gjennomføre. Dette ble kompensert med en ekstra veiledning. Denne hendelsen førte også til at det var begrenset tilgang på bibliotek, og påvirket tilgjengeligheten til relevant faglitteratur.

Vi opplevde det som krevende i startfasen å finne forskningsartikler med riktig perspektiv, og måtte bytte ut tre av artiklene på grunn dette. En svakhet i oppgaven er at decubitus ikke ble brukt som søkeord. I startfasen var trykksår en del av problemstillingen, men etter nøye gjennomgang valgte vi å bruke decubitus. Denne endringen ble gjort underveis i oppgaven, og derfor er Pressure Ulcer brukt som søkeord.

En svakhet for oppgaven kan være at vi bare valgte ut tre av de 14 punktene i Hendersons grunnleggende prinsipper, men på bakgrunn av decubitus som tema ser vi på de valgte punktene som mest relevant. Selv om Henderson sin teori ble utgitt i 1960 ser vi på den som fortsatt viktig for nåværende sykepleie.

5.2 Resultatdiskusjon

I denne delen blir pensumlitteratur og aktuelle funn fra forskningsartiklene drøftet opp mot problemstillingen: Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge decubitus hos sykehusinnlagte pasienter?

5.2.1 Sykepleierens kompetanse

Funnene viser at kunnskap er en viktig faktor for å arbeide forebyggende mot decubitus (Bååth et al., 2016; Fredriksson et al., 2016; Geraedts & Schneider, 2016). Nortvedt og Grønseth (2017, s. 20) poengterer at: «*Uten kunnskap om kroppens normale funksjon og oppbygning, og om sykdomslære blir en stående uten hjelpemidler når en som sykepleier skal yte omsorg for syke pasienter*».

Funnene viser at å legge frem aktuelle tall og resultat om tilfeller av decubitus kan øke sykepleiernes kunnskap (Bååth et al., 2016; Fredriksson et al., 2016; Geraedts & Schneider, 2016). Bååth et al. (2016, s. 185) legger frem at ved å utføre lokale målinger, og ikke bare nasjonale, kan legge til rette for forbedring og kontroll på det decubitusforebyggende arbeidet. Gürgen og Langøen (2015, s. 284) viser også til at prevalensmåling av decubitus er et av de beste kvalitetsmålingene når sykepleiertjenesten skal kvalitetsvurderes. De trekker frem at prevalensmåling bør primært brukes ved vurdering av ens egen virksomhet, noe som samsvarer med studien til Bååth et al. (2016, s. 185). Å legge frem aktuelle tall fra lokale målinger mener vi kan bidra til å realitetsorientere sykepleiere om kvaliteten på det forebyggende arbeidet. Vi mener at dersom sykepleierne bare forholder seg til nasjonale målinger, kan dette føre til at de fraskriver seg ansvar ved å tenke at dette ikke er noe som angår dem og deres arbeid. Funnene viser at ved å synliggjøre resultatet, åpnes det opp for mer diskusjon og oppmerksomhet på daglig basis og hjelper sykepleierne med å få et helhetlig syn på problemet (Bååth et al., 2016, s. 185; Fredriksson et al., 2016, s. 3204). Ut ifra dette mener vi at å synliggjøre resultat fra lokale målinger vil føles mer personlig og det blir ikke like lett å fraskrive seg ansvar.

For at sykepleierne skal lykkes i forebyggingen av decubitus er det viktig med evidensbasert kunnskap, dette inkluderer både vitenskapelig og praktisk kunnskap (Bååth et al., 2016, s. 185-186). Henderson (1997, s. 38) understreker at sykepleier må kjenne prinsippene for stillingsfysiologi, riktig leie og sørge for at ingen pasienter ligger i samme stilling for lenge. For å foreta en pålitelig vurdering må sykepleieren ha en sterk

fagspesifikk kunnskapsbase, basert på teori og forskning, erfarings- og personlig kunnskap, og kunnskapen må hele tiden oppdateres og fornyes (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 20).

Dersom sykepleier skal til enhver tid holde seg faglig oppdatert, mener vi det er viktig at arbeidsplassen legger til rette for det. Arbeidsplassen kan sette opp fagdager som inngår i arbeidstiden, noe vi også har erfart at har blitt gjennomført i klinisk praksis med positiv effekt. Om arbeidsplassene legger til rette for dette mener vi det kan gi økt motivasjon og bidra til at sykepleierne velger å bli i jobben. Dersom sykepleier må bruke sin egen fritid til å holde seg faglig oppdatert kan en konsekvens være at det ikke blir gjennomført, noe vi mener kan påvirke pasientsikkerheten. En annen konsekvens kan være at sykepleierne blir utbrent, dette kan forklares som langvarig, yrkesrelatert stress blant ansatte som har vist engasjement, men som gradvis blir overveldet av emosjonell utmattelse, mister energi og trekker seg tilbake fra arbeidet (Orvik, 2016, s. 146). Utbrenthet blant de ansatte kan føre til "turnover" på arbeidsplassen, som vil si at mange slutter og arbeidsplassen kan miste ressurspersoner (Befring, 2017, s. 134). Det kommer også frem i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere at de har ansvar for å holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2019).

I studien til Fredriksson et al. (2016, s. 3206-3207) ble det benyttet en ressursperson på avdelingen som hadde spesiell kunnskap og kompetanse i det forebyggende arbeidet, noe som bidro til støtte og økt kunnskap blant sykepleierne. Vi mener at en ressursperson gir mulighet for kvalitetssikring i pleien, noe som kan trygge sykepleier i arbeidet. Men dette kan også føre til at sykepleierne blir for avhengig av ressurspersonen, og glemmer å ta i bruk, reflektere og vurdere sin egen kompetanse. Vi ser på det som en utfordring å etablere ressurspersoner på flere avdelinger, da det kan blir kostnads- og ressurskrevende. En mulighet kan være å danne en ressursgruppe med flere sykepleiere på avdelingen som har fokus på decubitus, og som sykepleierne kan søke kunnskap og hjelp fra. I praksis har vi erfart at å søke kunnskap og råd blant erfarne kollegaer har skapt trygghet og økt kunnskap i arbeidet, noe også Nortvedt og Grønseth (2017, s. 25) trekker frem som en viktig kunnskapskilde.

Kirkevold (2017, s. 275) skriver om hvor viktig det er å etablere gode rutiner for kommunikasjon og rask formidling av meldinger mellom partene som har medansvar for en pasient. Dersom gode rutiner for kommunikasjon ikke prioriteres riktig, tenker vi at pasientsikkerheten kan svekkes da det kan føre til mangel på viktig informasjon om pasientene. Svikt i kommunikasjon er ofte en årsak til uønskede hendelser, og det er derfor nødvendig med gode kommunikasjonsferdigheter for å styrke pasientsikkerheten og kvaliteten (Eide & Eide, 2017, s. 39). Å holde morgenmøter på avdelingene sørger for at sykepleierne får informasjon og blir orientert om pasientens status, noe som gir rom for diskusjoner og forbedring, og bidrar til å økt kunnskap (Fredriksson et al., 2016, s. 3207). Ut ifra dette tenker vi at diskusjoner kan bidra til å øke oppmerksomheten til sykepleierne og føre til at de tenker mer forebyggende i sitt arbeid.

Lederen på avdelingen har en viktig kommunikativ oppgave ved å inspirere og lede arbeidet til et godt resultat, og ved samarbeid blir det rom for åpenhet og aktiv lytting (Eide & Eide, 2017, s. 339-343). Vi mener det er viktig at lederen står i frontlinjen og leder kommunikasjonen til diskusjon og læring. God kommunikasjon mellom helsepersonell bidrar til bedre resultater av behandlingen som blir gitt, og bedre helse for pasienten (Kristoffersen, 2017, s. 206).

5.2.2 Å tilnærme seg ny kunnskap

I dette punktet vil vi diskutere og trekke frem hvordan kurs og opplæring bidro med ny kunnskap til sykepleierne. Sykepleier har en fagutviklende funksjon som handler om å holde seg faglig oppdatert og bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring (Grønseth & Nortvedt, 2017, s. 23).

Faglige oppdateringer i form av kurs og etterutdanning bidrar til å vedlikeholde og forbedre kunnskapsgrunnlaget som sykepleieren foretar kliniske vurderinger og valg på bakgrunn av (Grønseth & Nortvedt, 2017, s. 25). I studien til Fredriksson et al. (2016) deltok sykepleierne på et teoretisk og praktisk kurs. At nesten alle på avdelingen hadde deltatt på kurset resulterte i at sykepleierne delte en felles bakgrunn og kunne kommunisere bedre om forebyggende tiltak. Sykepleierne mente at kurset bidro til å utvikle og endre måten de jobbet på, og satt i gang et nytt tankesett; fra å behandle decubitus til å forebygge decubitus. Ifølge Henderson (1997, s. 37-39) er et kriterium på pleiekvaliteten at sykepleier kan forebygge decubitus. Vi mener at kurs om forebygging av decubitus burde prioriteres siden sykepleierne har et ansvar for pasientene som er innlagt, og det er derfor nødvendig at sykepleierne stiller med et godt kunnskapsgrunnlag.

Ifølge Aslan & Giersbergen (2016, s. 69-71) hadde sykepleierne som hadde fått opplæring nylig, et høyere kunnskapsnivå om forebygging av decubitus, enn de sykepleierne som ikke hadde hatt opplæring på flere år eller aldri hadde hatt det. Vi tenker det er viktig at sykepleierne får delta på kurs om decubitus regelmessig for å få mer kunnskap som kan brukes i arbeidet. Dersom sykepleierne ikke får delta på kurs kan konsekvensen være at de ikke holder seg faglig oppdatert, noe som kan føre til et lavere kunnskapsnivå blant sykepleierne. I de nasjonale retningslinjene anbefales det at ansatte får regelmessig opplæring og utdanning i forebygging og behandling av decubitus (European Pressure Ulcer Advisory Panel et al., 2014, s. 68-69).

5.2.3 Ressurser

Flere av artiklene trekker frem hvordan bruken av hjelpemidler er en viktig faktor i det forebyggende arbeidet av decubitus (Bååth et al., 2018; Fredriksson et al., 2016; Gunningberg et al., 2011). For å beskytte pasientenes hud bør det sørges for at alle

pasienter får de hjelpemidlene, det utstyret og den hjelpen de trenger (Henderson, 1997, s. 44-49). Flere av artiklene trekker frem at stor arbeidsmengde, tidspress og underbemanning er sentrale utfordringer i forebyggingen av decubitus (Banks et al., 2016; Gunningberg et al., 2011; Fredriksson et al., 2016).

I følge Gürgen og Langøen (2015, s. 286) deles trykkavlastende virkemidler inn i tre grupper: manuelle metoder, madrasser og lokale trykkavlastende hjelpemidler. I studien til Fredriksson et al. (2016, s. 3205) fikk sykepleierne opplæring i trykkreduserende utstyr som madrasser og hælbeskytter gjennom kurs. Valg av trykkfordelende underlag bør skje individuelt basert på pasientens behov (European Pressure Ulcer Advisory Panel et al., 2014, s. 28). Det er ifølge Henderson (1997, s. 37-39) sykepleiernes ansvar å anskaffe hjelpemidler for pasienter som er i fare for å utvikle decubitus. Vi opplever at det finnes mange ulike typer hjelpemidler, noe vi mener kan gjøre det vanskelig for sykepleier å vite hva som skal brukes til hvilken pasient. Kurs eller opplæring om ulike hjelpemidler mener vi kan hjelpe sykepleier til få bedre forståelse for hvilke hjelpemidler som skal velges ut fra pasientens behov. Gürgen og Langøen (2015, s. 286) trekker frem at for å oppnå best resultat er det ofte nødvendig å bruke flere hjelpemidler sammen.

Kartleggingssystemet var et viktig hjelpemiddel for sykepleierne og visualiserte pasientenes trykkavlastning ved hjelp av sensorer og varslet om behov for leieendring. Hjelpemiddelet avslørte dersom sykepleierne leieendret feil og var enkel å forstå og tolke (Bååth et al., 2018). Noe vi ser på som en utfordring er at kartleggingssystemet kan bli kostnadskrevenne dersom det skal investeres til daglig bruk på sykehus, noe som kan føre til at sykehusene ikke prioriterer å anskaffe det. Vi ser for oss at hjelpemiddelet kan ses på med skepsis som følge av fordommer om at det blir for avansert.

Gürgen og Langøen (2015, s. 287) mener at innkjøp av dyre og kompliserte madrasser som ingen kan vedlikeholde, havner på lager etter kort tid. Dette er noe vi føler kan skje dersom sykepleierne ikke får nok opplæring i hvordan den skal brukes. Kartleggingssystemet gjorde sykepleierne bevisst på behovet for forebygging av decubitus og resulterte i en stor reduksjon i forekomsten av antall decubitus på avdelingen. Sykepleierne så umiddelbart utfordringer ved å ikke ha et slikt kartleggingssystem (Bååth et al., 2018, s. 143-144). Vi mener at en konsekvens av å ta i bruk dette kartleggingssystemet kan være at sykepleierne blir for avhengig av den og mister selvstendigheten, likevel ser vi på dette hjelpemidlet som en viktig ressurs i forebyggingen av decubitus.

Risikoverktøyene som er hyppigst brukt på verdensbasis er Norton-skala og Braden-skala (Gundersen et al., 2017, s. 382). I studien til Gunningberg et al. (2011, s. 1295) blir risikoverktøyet Modified Norton Scale (MNS) presentert. MNS tar for seg syv underkategorier: mental tilstand, aktivitet og mobilitet, ernæring- og væskeinntak, inkontinens og generell fysisk tilstand. Sykepleierne mente at verktøyet gjorde arbeidet mer strukturert, og sikret trygg sykepleie og tidlig identifisering av pasienter med eller i fare for å utvikle decubitus. Sykepleierne understreket at dette verktøyet aldri kunne erstatte den kliniske vurderingen, og at de selv kunne vurdere om en pasient var i fare uten å bruke MNS. Gürgen og Langøen (2015, s. 285) hevder at mange har kritisert

bruken av risikoverktøy fordi de mener at erfarne sykepleiere er dyktigere til å forutsi om det er fare for å utvikle decubitus. Vi mener at en konsekvens av dette kan være at risikoverktøy ikke blir brukt slik at risikopasienter ikke blir identifisert.

Dersom sykepleier har liten klinisk erfaring og manglende kunnskap kan det være vanskelig å identifisere risikopasienter (Gundersen et al., 2017, s. 384). Vi mener at å innføre systematisk bruk av risikoverktøy kan øke oppmerksomheten for decubitus og bidra til tidlig identifisering av risikopasienter. Vi mener at arbeidsplassen kan legge til rette for dette ved at leder synliggjør risikoverktøy tydelig på vaktrommet hvor sykepleierne foretar rapport og dokumentasjon. Det kommer frem i Gürgen og Langøen (2015, s. 285) at risikoverktøy ikke skal erstatte det kliniske skjønn, men heller brukes sammen, og det blir nevnt i det internasjonale klassifiseringssystemet for decubitus at klinisk vurdering er viktig (European Pressure Ulcer Advisory Panel et al., 2015, s. 15). Fra egen praksis har vi erfart at slike risikoverktøy er til god hjelp for å identifisere risikopasienter, men at ikke alle sykepleiere tar de i bruk. Vi opplever også at sykepleiere først blir oppmerksom på risikoverktøy etter at decubitus har oppstått.

I flere av artiklene blir stor arbeidsmengde, tidspress og underbemanning nevnt som sentrale utfordringer når det kommer til forebygging av decubitus (Banks et al., 2016; Gunningberg et al., 2011; Fredriksson et al., 2016). I studien til Gunningberg et al. (2011, s. 1297-1298) kom det frem at høy arbeidsmengde førte til at forebygging av decubitus ble nedprioritert. Aase og Wiig (2010, s. 69) legger frem hvordan kostnadskutt i sykehus har skapt interne konflikter og forårsaket begrenset tid til rapportering, oppfølging og tilbakemelding til helsepersonell. Dette viser at sykehusorganisasjonen er preget av tidspress og mangel på personell. Vi ser på de nevnte utfordringene som store hindringer i arbeidet for å forebygge decubitus, hvor sykepleier blir tvunget til å prioritere arbeidsoppgaver de ser på som viktigst, noe som kan føre til at forebyggingen blir nedprioritert. Dårlig kontinuitet i sykepleierens arbeid er en disponerende faktor for uheldige utfall som decubitus (Keenan et al., 2015). Krav til kvalitet i helsetjenesten krever at god sykepleie skal være samordnet og preget av kontinuitet for å ivareta helheten rundt pasienten (Kirkevold, 2017, s. 274-275).

5.2.4 Samhandling

Funnene viser at sykepleier-pasient-samarbeid og tverrprofesjonell samhandling var viktig for å lykkes med det forebyggende arbeidet av decubitus (Banks et al., 2016; Bååth et al., 2016).

Ved at sykepleierne fokuserte på sykepleier-pasient-samarbeid og pasientdeltakelse, fikk de bedre forståelse for hvordan god kommunikasjon kan gi økt resultat i forebyggingen. Sykepleierne fikk i gjengjeld verdifull informasjon og tilbakemelding fra pasientene, og opplevde at de deltok i forebyggingen av decubitus sammen med sykepleier (Banks et al., 2016, s. 4-7). Ifølge Eide og Eide (2017, s. 258-262) kan en gi pasienten økt selvbestemmelse i sin egen helse ved å bruke en veileder som motiverer pasienten til å

delta i sin egen pleie og omsorg. Vi tenker at en god relasjon mellom sykepleier og pasient kan føre til bedre samarbeid og bidra positivt i forebyggingen. Pasientene trenger kunnskap om situasjonen og hvordan de selv kan påvirke sin egen helse og velvære for å oppleve kontroll over sin egen situasjon. Når pasienten selv er med på å ta beslutninger om sin egen pleie vil effektiviteten i pleietiltakene øke (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s. 104). Henderson (1997, s. 63-67) hevder også at sykepleier har plikt til å gi helseveiledning og tenke over hva som kan læres vekk til pasienten.

Tverrprofesjonell samhandling kan omfatte ulike kompetansedomener som: verdier og etikk for tverrprofesjonell praksis, roller og ansvar, tverrprofesjonell kommunikasjon, team og samarbeid (Orvik, 2015, s. 244). Samarbeid kan beskrives som to eller flere profesjonsutøvere som i en behandlingssituasjon komplementerer hverandre og er innstilt på å realisere felles mål og resultater (Stubberud, 2018, s. 56). Funn viste hvor viktig det var å jobbe i tverrfaglige team for å lykkes i det forebyggende arbeidet (Bååth et al., 2016), dette er også noe Davina Allen (2019, s. 61-62) legger vekt på som viktige mekanismer i kunnskapsdeling. Viktige faggrupper i forebyggingen av decubitus var fysioterapeuter og ergoterapeuter med tanke på stillingsendringer og tilrettelegging av brukerutstyr (Gunningberg et al., 2011). Ut ifra dette mener vi at et godt samarbeid mellom de ulike profesjonene kan bidra til et bedre behandlingsresultat og bidra positivt i forebyggingen. Dersom samarbeidet mellom faggruppene fungerer dårlig, mener vi at en konsekvens kan være uenigheter og føre til et dårligere behandlingsresultat.

Helsefagarbeiderne var en avgjørende gruppe i det tverrfaglige teamet fordi de arbeidet med forebygging av decubitus i avdelingen. Sykepleierne hadde tett samarbeid med helsefagarbeiderne og de diskuterte pasientens behov, hyppighet av stillingsendring, behov for trykkavlastning og snuregime (Gunningberg et al., 2011, s. 1298-1299). Vi ser på det som positivt at helsefagarbeiderne var til hjelp for å forebygge decubitus, men vi mener det er viktig å være kritisk til hvor mye ansvar som pålegges helsefagarbeiderne. Vi mener sykepleier er ansvarlig for å sørge for at pasientene får god og riktig behandling, noe som krever at sykepleier selv observerer pasientens hud. Henderson (1997, s. 21) stiller seg kritisk til å overlate det meste av den fysiske pleien til mindre kvalifisert helsepersonell, da de har lavere kunnskapsgrunnlag til å vurdere hvilke behov pasienten har, og sykepleier blir fratatt muligheten til å foreta en behovsvurdering gjennom den fysiske pleien. Noe vi ser på som viktig er at sykepleier lærer bort sin kunnskap om forebygging av decubitus til andre helsepersonell, som helsefagarbeidere. Erfarne sykepleiere er en viktig ressurs for å lære bort kunnskap og heve nivået av den forebyggende pleien (Grønseth & Nortvedt, 2017, s. 28).

6 Konklusjon

I denne oppgaven ønsket vi å se på hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge decubitus hos sykehusinnlagte pasienter. Studiene viser at sykepleier har behov for økt oppmerksomhet og bevissthet for decubitus. Lokale målinger av forekomst av decubitus utføres for å heve sykepleiers kompetanse. Arbeidsplassene må legge til rette for at sykepleier kan holde seg faglig oppdatert ved kurs og opplæring. Regelmessige morgenmøter med åpen kommunikasjon og veiledning er viktig for å jobbe forebyggende med pasienter i risikogruppen for decubitus. Det er viktig å ta i bruk ressurser og hjelpemidler som tverrfaglig team, ressurspersoner med spesiell kompetanse, risikoverktøy, manuelle metoder, madrasser og lokale trykkavlastninger. Det ble spesielt trukket frem et kartleggingssystem med sensorer i madrassen. Opplæring i de ulike hjelpemidlene og risikoverktøyene, og tilgang på riktig hjelpemidler er avgjørende for å forebygge decubitus. Sykepleier må jobbe aktivt for pasientdeltakelse gjennom sykepleier-pasient-samarbeidet.

Tidspress, underbemanning og stor arbeidsmengde er utfordringer som fører til nedprioritering av det forebyggende arbeidet.

Om sykepleier må bruke fritiden til å holde seg faglig oppdatert kan dette føre til lavere kunnskapsnivå, utbrenthet og turnover på arbeidsplassen. Dersom tverrprofesjonelt samarbeid fungerer dårlig kan en konsekvens være uenigheter og føre til dårligere behandlingsresultat. Sykepleier har behov for kunnskap om hvordan hjelpemidler anvendes uten å bli for avhengig av de for å identifisere risikopasienter og arbeide forebyggende.

Til videre forskning ser vi behov for mer forskning på hvilke ulike hjelpemidler som passer pasientenes behov, og hvilke hjelpemidler som er best egnet i forebyggingen av de fire gradene av decubitus. Det kommer ikke frem i vår oppgave hvilken rolle dokumentasjon har på det forebyggende arbeidet, vi tenker derfor at dette kan tas med til videre forskning.

Referanser

Aase, K. & Wiig, S. (2010). Skape og opprettholde et lærende helsevesen?. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet - teori og praksis i helsevesenet* (s. 59-73). Oslo: Universitetsforlaget.

Allen, D. (2019). *Sykepleiernes usynlige arbeid - organisering av sykehus og pasientomsorg* (1. utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Aslan, A. & Giersbergen, M. Y. (2016). Nurses' attitudes towards pressure ulcer prevention in Turkey. *Journal of Tissue Viability*, 25, 66-73.
<https://doi.org/10.1016/j.jtv.2015.10.001>

Bakken, L., Engebretsen, E., Johansen, E., Juritzen, H. & Monsen, B. (2018, 09. april). Samarbeider om å forebygge trykksår. Hentet fra
<https://sykepleien.no/forskning/2017/12/samarbeider-om-forebygge-trykksar#3>

Banks, M., Bucknall, T., Chaboyer, W., McInnes, E., Roberts, S. & Wallis, M. (2016). Nurses' perceptions of a pressure ulcer prevention care bundle: a qualitative descriptive study. *Bio Med Central (BMS) Nursing*, 15:64, 1-10. <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-016-0188-9>

Befring, A. K. (2017). *Helsepolitikk og ledelse - Styringssystemet for staten, velferdsstaten og helsetjenesten* (1. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Bååth, C., Gunningberg, L., Hommel, A. & Idvall, E. (2016). Successful factors to prevent pressure ulcers – an interview study. *Journal of clinical nursing*, 26, 182-189.
<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13465>

Bååth, C., Gunningberg, L. & Sving, E. (2017). Staff's perceptions of a pressure mapping system to prevent pressure injuries in a hospital ward: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 26, 140-147. <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12526>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner - personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel & Oan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). Forebygging og behandling av trykksår:

kortutgave av retningslinje. Hentet fra <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/norwegian-qrg-jan2016.pdf>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2017). *Att göra systematiska litteraturstudier (4. utg.)*. Stockholm: Natur & Kultur.

Fredriksson, L., Gunningberg, L., Mamhidir, A-G. & Sving, E. (2016). Getting evidence-based pressure ulcer prevention into practice: a process evaluation of a multifaceted intervention in a hospital setting. *Journal of clinical nursing, 26, 3200-3211*. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13668>

Førde, R. (2014, 10. oktober). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>

Geraedts, M. & Schneider, P. P. (2016). Staffing and the incidence of pressure ulcers in German hospitals. *Nursing and Health Sciences, 18, 457-464*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nhs.12292>

Grønseth, R. & Nortvedt, P. (2017). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (5. utg., s. 17-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gundersen, S. C., Ingebretsen, H. & Storheim, E. (2017). Sykepleie ved sykdommer og skader i huden. I H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 2* (5. utg., s. 362-396). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Gürgen, M. & Langøen, A. (2015). Forebygging og behandling av sår. Etiologisk inndeling. I A. Langøen (Red.), *Sårbehandling og hudpleie* (4. utg., s. 251-314). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gürgen, M & Langøen, A. (2015). Sårbehandling, generelle prinsipper. I A. Langøen (Red.), *Sårbehandling og hudpleie* (4. utg., s. 165-249). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). *Sjekklistor*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Henderson, V. (1997). *ICN Sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
Keenan, G. M., Khokhar, A., Lodhi, M. K., Lopez, K. D., Stifter, J., Yao, Y. & Wilkie, D. J. (2015). Nurse Continuity and Hospital-Acquired Pressure Ulcers. *Nursing Research*, 64, 361-371. <http://dx.doi.org/10.1097/NNR.0000000000000112>

Ingunn, O. (2001). *Sår og sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kirkevold, M. (2017). Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1 - fag og funksjon* (3. utg., s. 267-309). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2017). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1 - fag og funksjon* (3. utg., s. 89-138). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleie - Kunnskapsgrunnlag og Kompetanseutvikling. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1 - fag og funksjon* (3. utg., s. 139-191). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1 - fag og funksjon* (3. utg., s. 193-265). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Langøen, A. (2015). Hudens funksjon og oppbygning. I A. Langøen (Red.), *Sårbehandling og hudpleie* (4.utg., s. 11-30). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk senter for forskningsdata. (2019). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse - Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Stubberud, D. G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet - Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tempel, K. (2014, 10. desember). Trykksår kan enkelt forebygges. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2013/03/trykksar-kan-enkelt-forebygges>

World Medical Association. (2018, 09. juli). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles For Medical Research Involving Human Subjects. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vedlegg

Vedlegg 1

1.1

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep / Keywords	Metode	Resultat/ Konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Gunningberg, L., Högman, M., Mamhidir, A. G. & Sving, E. (2012). Registered nurses' attention to and perceptions of pressure ulcer prevention in hospital settings. <i>Journal of Clinical Nursing, 21</i> , 1293-1303. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04000.x	Målet med studien var å beskrive hvordan sykepleiere yter, dokumenterer og reflekterer over forebygging av decubitus i en spesifikk sykepleier-pasientomsorgssituasjon, så vel som generelt, på sykehusavdelinger.	Caring culture, interviews, nursing care, observations, pressure ulcer prevention & records review.	Det er brukt både kvalitativ og kvantitativ metode i studien. Deltagerne var sykepleiere fra geriatrisk, ortopedisk og medisinsk avdeling fra ulike sykehus i Sverige det det var forventet høy forekomst av decubitus. Data ble innhentet fra Januar 2009-April 2009. Først ble det gjort risikovurdering og observasjon av forebygging blant sykepleierne på avdelingen i en felt-observasjon. Det ble så gjort intervju av sykepleiere, for så å undersøke pasient-journalene og hvilke observasjoner som var gjort. Sammen med klinisk vurdering ble de presentert for risikovertoyet MNS (Modified Norton Scale)	Studien viser at det er mangel på oppmerksomhet rundt forebygging av decubitus på sykehusavdelinger blant sykepleiere. Omsorgskulturen påvirket både omsorgen som ble gitt og sykepleiernes refleksjoner rundt den omsorgen. Sykepleierne beskrev forebygging av decubitus som grunnleggende, men likevel var oppmerksomheten manglende. Sykepleierne forklarte at grunnen til dette var at de stolte på helsefagarbeiderne sin kunnskap og derfor dirigerte de oppgavene videre til dem. Det kom frem at strukturert og ikke strukturert arbeid påvirket forebyggingen.	Studien er relevant for vår oppgave fordi den viser sykepleiernes rolle og kommunikasjon i forhold til helsefagarbeiderne i forebyggingen av decubitus.

1.2

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep / Keywords	Metode	Resultat/ Konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Geraedts, M. & Schneider, P. P. (2016). Staffing and the incidence of pressure ulcers in German hospitals. <i>Nursing and Health Sciences</i>, 18, 457-464. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nhs.12292</p>	<p>Målet med studien var å undersøke hvilken effekt sykepleierbemanningen og kunnskapen har på pasientutfall når det gjelder utvikling av decubitus på sykehus.</p>	<p>Hospital, nurse staffing, physician staffing, pressure ulcer, quality of care og skill mix.</p>	<p>Det ble brukt en kvantitativ metode. Studien er basert på sekundære data som er innhentet fra kvalitetsrapportene til sykehus fra 2010 og 2012, sammen med data fra den tyske sykehuskatalogen. Kvalitetsrapportene inneholdt informasjon om kvalitetsindikasjoner, som decubitus-forekomst ved sykehus, sykepleierbemanning og andre karakteristikk. Det ble også lagt vekt på sykepleierens blanding av kunnskap sammen med bemanning.</p>	<p>Resultatet til studien viser at andelen kvalifiserte sykepleiere er relatert til positiv effekt i å forhindre utviklingen av decubitus på sykehus. Sykepleiernes kvalifikasjonsnivå og kunnskap om forebygging av sykehusrelaterte decubitus burde tilpasses pasientenes behov for å sikre trygg og riktig pasientbehandling, effektiv pleie av sykehusrelaterte decubitus og lav forekomst av decubitus på sykehus.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for oppgaven siden den belyser hvilken sammenheng sykepleiernes kunnskapsnivå har med forebygging av decubitus på sykehus. Artikkelen legger vekt på behovet for riktig kunnskap for å kunne gi hver enkelt pasient riktig pleie for å forebygge decubitus.</p>

1.3

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/Keywords	Metode	Resultat/Konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Banks, M., Bucknall, T., Chaboyer, W., McInnes, E., Roberts, Shelley., & Wallis, M. (2016). Nurses' perceptions of a pressure ulcer prevention care bundle: a qualitative descriptive study. <i>Bio Med Central (BMS) Nursing</i>, 15:64, 1-10. https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0188-9</p>	<p>Studiens hensikt var å undersøke sykepleiernes oppfatning av et decubitus-forebyggende pakkeforløp, inkludert dens innvirkning og hvordan det kan innarbeides i det daglige praksis, for å gi innsikt i hovedforsøkets funn, gi bredere implementering av decubitus-forebyggende pakkeforløpet, og oversettelse til rutinemessig praksis.</p>	<p>Care bundle, Evidence-based practice, Implementation science, Knowledge translation, Nurses, Patient engagement, Patient participation, Pressure injury prevention, Pressure ulcer prevention, Process evaluation.</p>	<p>Det ble brukt en beskrivende kvalitativ studie som inkluderte intervju med sykepleiere fra fire ulike sykehus i Australia som ble brukt som intervensjonssteder for en randomisert prøve for å teste et decubitus-forebyggende pakkeforløp. Fire til fem deltagere ble plukket ut hensiktsmessig fra hvert sted. Det ble brukt en erfaren intervjuer som brukte en semistrukturert guide for intervju for å spørre deltagerne om deres oppfatning om pakkeforløpet. Intervjuene ble tatt opp digitalt, transkribert og analysert tematisk. Etisk godkjenning ble opparbeidet ved hvert sykehus.</p>	<p>Studien viste at sykepleiere responderte positivt til et decubitus-forebyggende pakkeforløp som involverer sykepleier-pasient samarbeid for å fremme pasientens deltagelse i omsorgen som blir gitt. De så på forslaget som gunstig for både pasient og sykepleier gjennom økt bevissthet, kommunikasjon og deltagelse i pleie relatert til forebygging av decubitus. Programmet som ble foreslått var enkelt å forstå, bruke og implementere; selv om det var vanskelig for noen pasienter. De ga også tilbakemelding om at å samarbeide med andre sykepleiere gjennom kommunikasjon, formidling, ledelse og innflytelse, og ved å holde programmet enkelt, var avgjørende for å lette denne implementeringen. Programmet gjenspeiler også retningslinjer for den kliniske praksis og sykepleierne fant den aksepterende, og bruken av den kan være en effektiv strategi for å fremme evidensbasert decubitus-forebygging som er enkelt og billig implementert.</p>	<p>Denne studien er relevant fordi den viser at det er et behov for et program for å forebygge decubitus som sykepleier kan jobbe etter. Studien viser også at det er et ønske om å bruke et slikt program i samarbeid med flere sykepleiere. Denne metoden inkluderer også pasienter, som er lurt i arbeidet med å motivere pasienter for å selv være med på å forebygge decubitus. Dette kan også lette på arbeidet for sykepleier.</p>

1.4

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep / Keywords	Metode	Resultat/ Konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Keenan, G. M., Khokhar, A., Lodhi, M. K., Lopez, K. D., Stifter, J., Yao, Y. & Wilkie, D. J. (2015). Nurse Continuity and Hospital-Acquired Pressure Ulcers. <i>Nursing Reserach</i>, 64, 361-371. https://insights.ovid.com/article/00006199-201509000-00005</p>	<p>Målet med studien var å undersøke sammenhengen mellom sykepleiers kontinuitet og forebygging av sykehus-relatert decubitus.</p>	<p>Health information technology, NANDA, NIC, NOC & nurse continuity.</p>	<p>Det ble brukt en kvantitativ metode. Studien er en komparativ analyse av elektronisk helse data gjennom en sekundær bruk av data fra Hands on Automated Nursing Data (HANDS). HANDS er en sykepleier plan for omsorgsdata som består av 42,403 episoder dokumentert av 787 sykepleiere på ni forskjellige avdelinger ved fire ulike sykehus som inkluderer sykepleierbemanning og pasient-karakteristikk. Studien har ikke brukt forskning på pasienter fordi dataene ble av-identifisert.</p>	<p>Resultatet viste at svak sykepleier-kontinuitet var rapportert på alle ni avdelingene i studien. Ernæring, mobilitet, perfusjon, hydrering, og hud problemer ved innleggelse, så vell som pasientens alder, var assosiert med sykehus-relatert decubitus. Det kom også frem at dårlig kontinuitet i sykepleierens arbeid var en disponerende faktor for uheldige utfall som decubitus.</p>	<p>Studien er relevant fordi den belyser at sykepleiers kontinuitet er knyttet til forekomsten av decubitus på sykehus. Studien er også relevant fordi den også viser at det er behov for tidlig oppdagelse av pasienter som er i faresonen for sykehus-relatert decubitus.</p>

1.5

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep / Keywords	Metode	Resultat/ Konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Aslan, A. & Giersbergen, M. Y. (2016). Nurses' attitudes towards pressure ulcer prevention in Turkey. <i>Journal of Tissue Viability</i>, 25, 66-73. https://doi.org/10.1016/j.jt.2015.10.001</p>	<p>Målet med studien var å identifisere sykepleiernes holdning til forebygging av decubitus.</p>	<p>Attitude, nursing, pressure ulcer & prevention.</p>	<p>Det er brukt en kvalitativ metode. Det ble utført en tverrsnittstudie som inkluderte undersøkelse av holdninger til sykepleiere om forebygging av decubitus. Deltagerne var 426 sykepleiere fra et universitetssykehus i Tyrkia. Sykepleierne holdt til på medisinske-, kirurgiske- og intensivavdelinger. Data ble samlet inn mellom juni og juli 2014. To verktøy ble brukt til å samle inn data; sykepleieridentifikasjonsskjema og verktøy om holdning mot decubitusforebygging.</p>	<p>Det ble sett at sykepleiere hadde en positiv holdning for forebygging av decubitus ved å bruke verktøyet rettet mot holdninger. Det var også positivt utfall ved å lese guider og retningslinjer om forebygging av decubitus samtidig bruke tid på å trene på decubitus, dette styrket også holdningen. Det kom frem at sykepleiere som hadde fått opplæring de siste 0-12 månedene hadde et høyere kunnskapsnivå om forebygging av decubitus enn de som hadde hatt opplæring for mer enn to år siden, eller aldri hadde hatt opplæring.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for oppgaven fordi den viser hvordan å holde seg oppdatert på gjeldende retningslinjer kan bedre holdningene til sykepleierne. Den viser også hvordan opplæring kan bidra til å øke kunnskapsnivået, noe som er viktig for å tidlig kunne identifisere pasienter i faresonen.</p>

1.6

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep /Key words	Metode	Resultat/Konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Bååth, C., Gunningberg, L. & Sving, E. (2017). Staff's perceptions of a pressure mapping system to prevent pressure injuries in a hospital ward: A qualitative study. <i>Journal of Nursing Management</i>, 26, 140-147. http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12526</p>	<p>Målet med studien var å beskrive personalets oppfatning av et kontinuerlig trykk-kartleggingssystem for å forhindre decubitus på en sykehusavdeling. Siden utviklingen av decubitus er et stort problem i sykehus, ønsket studien å forstå hvordan ny informasjon og kommunikasjonsteknologi kan legge til rette for forebygging av decubitus. Dette kartleggingssystemet lå på nattbordene som også hadde en matte med sensorer for trykk som viste fargekoder for hvordan trykk var balansert på kroppens ulike steder.</p>	<p>Hospital, Pressure injury, Pressure Mapping, Prevention, Qualitative research and Staff</p>	<p>Det ble brukt en kvalitativ metode. Studien ble gjennomført på et universitetssykehus i Sverige. Det ble brukt et kontinuerlig trykk-kartleggingssystem. Sykepleiere og helsepersonell hadde arbeidsgrupper for å intervjues om syn på helseproblemer, program, intervensjoner og forskning. Fokuset var decubitus-forebygging og spesielt om informantenes syn på systemet med sensor-matten.</p>	<p>Informantene rapporterte at utfordringen med decubitus-forebygging var tunge pasienter, mangel på materiale, mangel på tid og kontinuitet, og pasienter som ikke ønsket å delta i forebygging av decubitus hos seg selv. Det ble indentifisert fem kategorier; 1. Behov for informasjon, trening og veiledning over en lengre periode. 2. Decubitus-kartlegging – Systemet var et nyttig verktøy i forebyggingen av risiko-pasienter for decubitus. 3. Systemet med kartleggingen var lett å forstå og bruke, men noen praktiske spørsmål var irriterende. 4. De opplevde en ny måte å tenke og arbeide på. 5. Det var fremtidige muligheter for kartleggingssystem om å bruke det videre. Noen ønsket ved alle senger, mens andre ønsket bare hos noen. De så også for seg at flere pasienter kan være villig til å delta i forebygging av decubitus ved å bruke systemet. Men for å kunne bruke systemet måtte det utvikles rutiner som kan brukes i arbeidshverdagen for at det skal være mulig å gjennomføre. Konklusjonen var at systemet var en oppsiktsvekker for viktigheten om forebygging av decubitus. Personalet satt pris på tilbakemeldingen om trykk-scoren som varslet om når det var behov for trykkavlastning, å snu pasienten, og å få tilbakemelding på trykkavlastningen og stillingsendringen til pasienten.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant i vår oppgave fordi den handler om implementeringen av ny teknologi i forebyggingen av decubitus. Denne teknologien hjelper sykepleier i arbeidet om å vurdere de ulike trykk-avlastningene og stillingsendringene som blir gjort, og kan kvalitetssikre det forebyggende arbeidet mot decubitus.</p>

1.7

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Fredriksson, L., Gunningsberg, L., Mamhidir, A-G. & Sving, E. (2016). Getting evidence-based pressure ulcer prevention into practice: a process evaluation of a multifaceted intervention in a hospital setting. <i>Journal of clinical nursing, 26, 3200-3211.</i> http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13668</p>	<p>Studiens mål var å beskrive sykepleierne, sykepleier-assistentene og lederens opplevelser og oppfatninger av en intervensjon med fokus på implementering av evidensbasert forebygging av decubitus.</p>	<p>Hospital, implementatio n, pressure ulcer prevention og qualitative research.</p>	<p>Det ble brukt en kvalitativ metode. Deltakerne i denne studien var sykepleiere, hjelpepleiere og ledere fra tre medisinske og to kirurgiske enheter. Det ble utført fem fokusgruppe intervjuer for sykepleiere og hjelpepleiere, og utført fem individuelle intervjuer for lederne. Intervjumetoden som ble brukt, som ble lagt til grunn for både fokus og individuelle intervjuer var basert på de tre kjerneelementene: bevis, kontekst og tilrettelegging.</p>	<p>Resultatet viste at intervensjonen og implementeringsprosessen endret måter å forstå og jobbe med forebygging av decubitus; fra å behandle decubitus til å forhindre decubitus. Et tema ble formulert; "Forandret forståelse muliggjør endrede handlinger – gjennom ens egen ytelse og refleksjon rundt forebygging av decubitus". Deltakernes positive holdninger var avgjørende for å endre forståelse og arbeide mer forebyggende. Resultatene indikerer flere faktorer av betydning for å gjøre endringer i praksis. Det at nesten alle på avdelingene deltok på samme kurs førte til at de delte en felles forståelse, noe som gjorde det lettere å kommunisere.</p>	<p>Artikkelen viser hvordan kurs kan være med på å øke kunnskapen blant sykepleiere. Den belyser også at lederen må ta ansvar og følge opp sykepleier i implementeringen av tiltak for forebygging av decubitus.</p>

1.8

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Bååth, C., Gunningberg, L., Hommel, A. & Idvall, E. (2016). Successful factors to prevent pressure ulcers – an interview study. <i>Journal of clinical nursing</i>, 26, 182-189. http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13465</p>	<p>Målet med denne studien var å utforske hvilke faktorer som kan være med på å forhindre decubitus på sykehus. Det er vist at de fleste decubitus kan forhindres ved effektive tiltak, men likevel er utbredelsen høy på nasjonalt nivå.</p>	<p>Evidence-based practice, leadership, nurse´s responsibilities, pressure ulcer, qualitative study, quality and safety, work organization.</p>	<p>I denne studien er det brukt kvalitativ metode, basert på intervju. Det ble brukt individuelle intervjuer og fokusgrupper for å skape muligheter for både individuelle svar fra hver enkelt deltaker, og svar fra gruppen som en helhet. Studien ble utført ved seks sykehus. Studien er etisk godkjent.</p>	<p>Ifølge studien var det tre hovedkategorier som ble sett på som vellykkede faktorer for å forhindre decubitus, dette var: å skape en god organisasjon, opprettholde vedvarende bevissthet og innse fordelene for pasientene. Konklusjonen var at det er viktig at helsepersonell leverer bærekraftig pleie av god kvalitet, og her er forebygging av decubitus avgjørende. Det ser også ut til at det er lettere for små sykehus å utvikle og opprettholde en effektiv organisering i forebyggingsarbeidet.</p>	<p>Denne studien har relevans for vår oppgave fordi den ser på faktorer for å forebygge decubitus og går i dybden på organisasjonsnivå og pleienivå.</p>

Vedlegg 2

2.1

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
S1: Pressure ulcer prevention	02.12.19	CINAHL	925			
S2: Hospital patients	02.12.19	CINAHL	21546			
S3: Nurse	02.12.19	CINAHL	40632			
S4: Pressure ulcer prevention AND hospital patients AND nurse	02.12.19	CINAHL	45	35	11	1)Banks, M., Bucknall, T., Chaboyer, W., McInnes, E., Roberts, S. & Wallis, M. (2016). 2)Keenan, G. M., Khokhar, A., Lodhi, M. K., Lopez, K. D., Stifter, J., Yao, Y. & Wilkie. D. J. (2015).
S4: Pressure ulcer prevention AND hospital patients AND nurse	12.12.19	CINAHL	45	5	5	1)Geraedts, M. & Schneider, P. P. (2016).

2.2

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
S1: TI Nurs* AND SU nurs* AND AB nurs*	12.12.19	CINAHL	20,345			
S2: MH pressure ulcer OR pressure ulcer	12.12.19	CINAHL	2,232			
S3: MH preventive health care OR prevention	12.12.19	CINAHL	123,903			
S4: S1 AND S2 AND S3	12.12.19	CINAHL	147	40	15	1)Gunningberg, L., Högman, M., Mamhidir, A. G. & Sving, E. (2012). 2)Aslan, A. & Giersbergen, M. Y. (2016).

2.3

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
S1: Pressure ulcer	12.01.20	CINAHL				
S2: Prevention	12.01.20	CINAHL				
S3: nurse or nurses or nursing	12.01.20	CINAHL				
S4: hospital	12.01.20	CINAHL				
S5: S1 AND S2 AND S3	12.01.20	CINAHL	295			<p>1) Bååth, C., Gunningberg, L., Hommel, A. & Idvall, E. (2016).</p> <p>2) Bååth, C., Gunningberg, L. & Sving, E. (2017).</p> <p>3) Fredriksson, L., Gunningsberg, L., Mamhidir, A-G. & Sving, E. (2016).</p>

