



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Forebygging og behandling av trykksår grad 2

Hildegunn Løvsletten

Totalt antall sider inkludert forsiden: 37

Molde, 7. mai 2009



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Forebygging og behandling av trykksår grad 2

Tittel på engelsk: Prevention and treatment of second degree pressure ulcers

Forfatter(e): Hildegunn Løvsletten

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 12

Årstall: 2009

Veileder: Jeanette Varpen Unhjem

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?** ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 6. mai 2009

Antall ord: 11 986

Innhold

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Problemstilling.....	6
1.3 Avgrensning.....	6
1.4 Hensikten med oppgaven.....	6
1.5 Oppgavens disposisjon.....	7
2.0 METODE	8
2.1 Valg av metode.....	8
2.2 Å finne forskningsartikler.....	8
2.3 Å finne bøker.....	9
2.4 Kildekritikk.....	9
3.0 TEORETISK REFERANSERAMME	11
3.1 Hudens oppbygging og funksjon.....	11
3.2 Hva er trykksår?.....	11
3.3 Hvordan heles et trykksår?.....	13
3.4 Hvor oppstår trykksårene?.....	14
3.5 Smerter ved trykksår.....	14
3.6 Hva er spesielt med sykepleie til pasienter i sykehjem?.....	15
3.7 Sykepleiefaglig referanse – Virginia Henderson.....	16
3.8 Forskningsartikler.....	17
4.0 DRØFTING	21
4.1 Bruk av hjelpemidler.....	21
4.1.1 Trykkavlastende madrasser.....	22
4.1.2 ”Grynsokk” og Repose-støvel.....	24
4.1.3 Bruk av puter.....	24
4.1.4 Ulike bandasjer.....	25
4.2 Mobilisering/stillingsendring.....	27
4.2.1 Hvor ofte skal man forandre stilling?.....	28
4.2.2 Ulike stillinger.....	29
4.2.3 Å komme seg opp av senga.....	30
4.2.4 Forflytningsteknikk.....	31
4.2.5 Motivasjon.....	32
4.2.6 Oppfølging.....	32
5.0 KONKLUSJON	34
6.0 LITTERATURLISTE	35

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det var ikke lett å velge ett tema blant alle de interessante temaene man kan velge. Jeg hadde tenkt ut før sommerferien at det kunne vært nyttig å lære mer om forebygging av trykksår, men var usikker på om det var det jeg ville skrive om. Jeg skrev likevel ned et par forslag til problemstillinger, og bestemte meg for å tenke mer på det over sommeren. Da skolen begynte igjen, tenkte jeg over et par andre tema, men kom alltid tilbake til trykksår. Så jeg bestemte meg for å kutte ut de andre temaene, og konsentrere meg om trykksår. Jeg tok frem de problemstillingene jeg hadde skrevet før sommeren, og prøvde å finpusse litt på dem. Jeg valgte å skrive om trykksår fordi jeg har oppfattet det som det som et stort problem i sykehus og sykehjem i dag. Jeg var litt usikker på om emnet kanskje kunne bli litt kjedelig å skrive om, men etter hvert som jeg tenkte mer på det og begynte å finne stoff om det, innså jeg at det faktisk er et svært interessant og viktig tema. Jeg husker også fra egen praksis at jeg møtte en del pasienter med trykksår, som jeg ønsket at jeg visste mer om hvordan man skulle behandle på riktig måte. Når jeg blir ferdig utdannet sykepleier kommer jeg nesten helt sikkert borti pasienter som har trykksår eller som er i faresonen for å utvikle trykksår. Jeg har tidligere opplevd flere ganger i praksis at det er mye usikkerhet blant helsepersonalet angående hva man skal gjøre med trykksår. Noen mener at man kan legge en pute under leggene for å forebygge trykksår på hælene. Andre mener at dette hindrer normal blodgjennomstrømming til hælene, og dermed disponerer mer for å utvikle trykksår. Jeg har også hørt om alternativ behandling av trykksår, som honning, yoghurt og grønnsåpebad, og jeg vil vite hva som er virksomt av disse, altså hva jeg skal gjøre dersom jeg får en pasient med begynnende trykksår. Jeg ønsker å finne ut mer om trykksår fra nyere forskning, og finne ut om det kan være noe i disse metodene. Jeg vil ha fokus på hva vi som sykepleiere kan gjøre for å forebygge at trykksår oppstår eller videreutvikler seg. Noen mener at forekomsten av trykksår har gått kraftig ned de senere årene. Andre mener at antallet pasienter med trykksår vil øke, fordi antallet eldre vil øke, og disse eldre vil ofte ha mange sammensatte sykdommer. Antallet hoftefrakturer blant eldre forventes også å økes i følge Lindholm (2004), og det er denne pasientgruppen som har flest rapporterte trykksår. Det vil derfor være aktuelt som fremtidig sykepleier å kunne en del om trykksår og hvordan man forebygger og behandler dem. Det jeg finner ut, ønsker jeg å videreformidle til avdelingen hvor jeg begynner å jobbe som ferdig utdannet sykepleier, slik at pleierne der kan bli mer sikre på hva de skal gjøre for å

forebygge og behandle begynnende trykksår. Etter litt om og men, kom jeg til slutt fram til at jeg ville bruke denne problemstillingen:

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier forebygge videre sårutvikling hos en pasient som har et trykksår grad 2?

1.3 Avgrensning

Etter min første veiledning med lærer, fikk jeg noen tips om hvordan jeg kunne forandre problemstillingen, slik at den skulle bli mer omfattende, og samtidig lettere å avgrense. I stedet for å skrive bare om forebygging, kunne jeg skrive om en gruppe sykepleietiltak som er aktuelle å sette i gang. Jeg har bestemt meg for å dele inn disse tiltakene i 7 grupper, for så å fokusere på to av dem. Tiltakene kan deles inn i for eksempel

- Dokumentasjon
- Mobilisering/stillingsendring
- Undervisning til pleiere
- Kostholdsveiledning
- Hjelpemidler
- Riktig hudpleie
- Tverrfaglig samarbeid

Jeg har valgt å fokusere på bruk av hjelpemidler og mobilisering/stillingsendring. Bruk av hjelpemidler vil kanskje være litt på grensen til å kunne kalles et sykepleietiltak, men jeg velger å kalle det det, fordi det ofte er sykepleier som oppfordrer til bruk av hjelpemidlene. Jeg vil fokusere på trykksår grad 2, og jeg vil konsentrere meg om pasienter i sykehjem. Dette på grunn av at jeg har inntrykk av at det oftest er her trykksår oppstår, og fordi det er her jeg har sett det selv. Det som kjennetegner denne pasientgruppen, er at de oftest er eldre mennesker. De har ofte skjøre hud som er mindre elastisk. I tillegg har de ofte dårlig ernæring og dårlig sirkulasjon. Disse faktorene gjør at de er mer utsatt for trykksår enn andre.

1.4 Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å avlegge avsluttende eksamen i bachelorgrad i sykepleie. Men jeg har valgt dette temaet fordi jeg ønsker å lære mer om det, fordi jeg synes det er viktig og

interessant. Jeg håper og tror at det vil være nyttig for meg senere i livet, dersom jeg får meg jobb som sykepleier en dag. Jeg håper også at jeg kan hjelpe andre mennesker som jobber i helsesektoren til å bli mer sikre på behandling og forebygging av trykksår. På denne måten er det kanskje også noen pasienter på min fremtidige arbeidsplass som slipper å utvikle trykksår.

1.5 Oppgavens disposisjon

I metodekapittelet vil jeg skrive om hvordan jeg kom fram til metoden i oppgaven og hvordan jeg fant bøker og forskningsartikler. Jeg vil også skrive litt om kildekritikk. I teorikapittelet forklares grunnleggende teori om temaet for oppgaven, om hudens oppbygging og hva et trykksår egentlig er. Jeg vil si litt om hvor og hvordan de oppstår, sårtilheling, og om smerter ved trykksår. Jeg vil også si litt om hva som er spesielt med sykepleie til pasienter i sykehjem. I tillegg kommer en beskrivelse av valgt sykepleieteoretiker og en presentasjon av forskningsartiklene. I drøftkapittelet vil jeg diskutere svaret på problemstillingen, i lys av litteraturen og forskningsartiklene jeg har funnet. Til slutt, vil jeg i konklusjonen forsøke å gi et svar på problemstillingen, og gjøre rede for det jeg har kommet fram til gjennom arbeidet med oppgaven.

2.0 METODE

2.1 Valg av metode

Valg av metode var allerede tatt for oss, det skulle være en litteraturstudie. I litteraturen finner vi i følge Dalland (2005) både kunnskap om ulike teorier og kunnskap fra undersøkelser. Vi skulle bruke aktuell litteratur, og finne minst fem nyere forskningsartikler. Vi kunne i tillegg til dette trekke inn praksiserfaringer, observasjoner, case, fortellinger, samtaler med relevante personer i praksisfeltet, osv. Dette for å levendegjøre og konkretisere teorien. Ifølge Dalland (2005) krever oppgaveskriving mer enn pensumlitteratur, og det er derfor helt nødvendig å gjøre seg kjent i biblioteket. Litteratursøking bør starte tidlig, da det kan ta tid å få tak i den aktuelle boka. Jeg hadde ikke brukt biblioteket spesielt mye før jeg skulle skrive denne oppgaven, og var noe oppgitt i forhold til hvordan jeg skulle finne litteratur. Men jeg fikk god hjelp til å søke av bibliotekarene til å begynne med, og etter hvert begynte jeg å forstå litt mer gangen i søkeprosessen, og fikk det til selv mer og mer. Når man skal skrive en litterær oppgave, møter man ikke informanter som gjør at man må forklare hvilket fenomen man har tenkt å studere, og man får derfor heller ikke så lett reaksjoner på problemstillingen eller oppgaven sin. Ingen forteller en uten videre at den er alt for vid eller upresis. Derfor må en sørge for å få tilbakemelding på oppgaven på andre måter, ved å bruke veileder på skolen, medstudenter, eller andre. Reaksjonene en får her kan bidra til en nyttig presisering (Dalland 2005).

2.2 Å finne forskningsartikler

Vi begynte med undervisning med bibliotekaren om søking etter forskningsartikler. Dette har vi lært om flere ganger tidligere, men det var veldig greit å få litt oppfriskning. Det er ikke så lett å finne frem i databasene. Etter undervisningen satte jeg meg ned for å søke med en gang, mens triksene enda var friskt i minnet. Jeg fant fort noen artikler som virket interessante og som var aktuelle for mitt valgte tema. Jeg kommer vanligvis på skolen en time før undervisningen begynner, og har derfor litt tid da til å søke etter artikler. Jeg har erfart at det kan ta litt tid å finne dem. Men jeg har funnet en nå og da, og bestilt en del på biblioteket. Når jeg fant artikler som var aktuelle, fant jeg andre aktuelle søkeord ved artiklene, som kunne hjelpe meg videre med søkingen. Blant søkeordene jeg brukte for trykksår, var decubitus, decubitus ulcer, pressure sore, pressure ulcer. For å få forskning fra sykehjem, brukte jeg ordene nursing home, home for the aged og retirement home. I tillegg til disse brukte jeg

nutrition, circulation, prevent, nurse, research, mattress. På alle søkeordene brukte jeg trunkering, for å få frem flest mulig artikler om mitt tema. Jeg føler at det å finne forskningsartikler ikke er så vanskelig nå som det var da vi først begynte med det i første semester.

2.3 Å finne bøker

Etter å ha funnet tre forskningsartikler, tenkte jeg at jeg kunne begynne å se litt etter aktuelle bøker. Jeg gikk på bokhandleren på skolen og spurte om de hadde noen bøker om sår. Jeg kjøpte en bok der, som hadde mye stoff som var aktuelt for min problemstilling.

Etter en tur på bokhandelen gikk jeg på biblioteket for å se etter bøker. Jeg skrev ned forfatterne og navnene på noen aktuelle bøker, for å se senere om jeg kunne bruke dem. Etter å ha funnet en aktuell bok og flere aktuelle forskningsartikler, satte jeg meg ned for å lese gjennom dette. Jeg tenkte at jeg burde finne ut hva jeg har og ikke har i forhold til oppgaven min, altså hva jeg måtte lete mer etter. Mens jeg leste, noterte jeg meg punkter på hva jeg ønsket å ha med i oppgaven, for ikke å glemme dette.

Når jeg hadde gjort dette, ville jeg finne mer bøker jeg kunne bruke. Jeg gikk på biblioteket og søkte på BIBSYS etter trykksår på fanen "emner". Det kom opp mange bøker, og de fleste stod omtrent på samme sted. Her fant jeg en god del bøker som omhandlet sår. Jeg lånte med meg noen av disse, og dro hjem og leste litt i dem. Senere benyttet jeg meg mye av bibliotekets tilbud om å sende bøker i posten, da jeg bor et stykke fra skolen. Jeg var heldig, da Høgskolen hadde de fleste bøkene jeg fant. Søkeordene jeg brukte da jeg søkte etter bøker var sår og trykksår. Jeg søkte etter dette både som tittel, del av tittel og som emne.

For å finne en sykepleieteoretiker som var aktuell for oppgaven min, lånte jeg etter anbefaling fra min veileder boka til Marit Kirkevold om sykepleieteorier. Denne boka har samlet de viktigste punktene fra de meste aktuelle sykepleieteoretikerne, og analysert og evaluert dem. Etter litt lesing i denne boka, fant jeg ut at jeg ville flette inn Virginia Hendersons definisjon av sykepleiens natur. Dette fordi hun har en del punkter som kan relateres til mitt tema.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk betyr ifølge Dalland (2005) å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet. Hensikten er at leseren skal få del i refleksjonene skriver har gjort seg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen. Når det

gjelder et tema som trykksår, vil jeg anta at det er viktig å bruke så ny litteratur som mulig, da det kontinuerlig kommer mye forskning og utvikling på området. Da er det viktig for meg å finne de nyeste behandlingsmetodene og de nyeste hjelpemidlene i forhold til trykksår. Selv om bøkene jeg fant ikke var helt nye, var disse de nyeste jeg fant på biblioteket på skolen. Boka til Lindholm (2004) fikk vi beskjed om at var pensum i undervisningen om sår og sårbehandling. Dette er en veldig god bok, og jeg har brukt den mye i arbeidet med oppgaven. Jeg fikk den anbefalt av bokhandleren på skolen, da det var den nyeste boken de hadde om temaet sår. Den er svært aktuell for sykepleiere, og har veldig utfyllende informasjon om flere typer sår og sårbehandling. Boka til Langøen (2006) fant jeg på biblioteket på Høgskolen. Jeg synes den er grundig og god, og den er en av de nyeste bøkene jeg fant som omhandler huden og sår. Begge bøkene hadde et kapittel som het trykksår, som inneholdt mye utfyllende og bra stoff om trykksår. Forskningsartiklene fant jeg på biblioteket sine emneportaler. Jeg fant 4 av dem på Ovid, og den siste på ProQuest. De er alle utgitt i de senere årene, da jeg begrenset søkene til 2003. Jeg vil kvalitetsvurdere enkeltvis i den teoretiske referanserammen etter en presentasjon av dem. For å kvalitetsbedømme forskningsartiklene brukte jeg sjekklister for kvantitative forskningsartikler, som vi fikk lenken til utdelt i undervisningen på skolen. Jeg brukte en sjekkliste for randomiserte kontrollerte studier og en for avbrutte tidsserier.

3.0 TEORETISK REFERANSERAMME

3.1 Hudens oppbygging og funksjon

Den normale huden deles inn i tre lag: epidermis (overhuden), dermis (lærhuden) og subcutis (underhudsfettvevet) (Fyrand 2007). Tykkelsen på hudlagene varierer rundt om på kroppen. Innbuktninger av epidermis i dermis og subcutis gir opphav til hår, svettekjertler, negler og talgkjertler, som med fellesnavn kalles attributter (Wyller 2005). Huden er kroppens grenseflate mot omverdenen. Dens viktigste oppgaver er ifølge Langøen (2006) å

- Beskytte kroppen mot ytre påvirkning som f. eks. bakterier, virus, sopp, varme, kulde, ultrafiolette stråler, støt og kjemikalier
- Regulere kroppens væske-, elektrolytt- og varmebalanse
- Danne vitamin D3 under påvirkning av ultrafiolett lys
- Formidle beskjeder til trykk-, berørings-, smerte- og temperatursansene
- Fungere som energidepot via fettlaget i subcutis
- Være en del av kroppens immunsystem via langerhansceller, mastceller, makrofager og lymfocytter
- Fungere som blodreserve i situasjoner der det kreves mer blod til sentrale organer som hjerte, hjerne og lever
- Kommunisere med andre mennesker

Det som er spesielt med eldres hud er at de ofte har lav talgkjertelproduksjon og tørr hud som er rynket Langøen (2006). I tillegg vil sår gro saktere hos eldre pasienter. Ting som fysiske og/eller psykiske handikap, dårlige vaner og gammeldage sanitærforhold kan føre til vansker med hygien. Alle disse faktorene kan virke inn på risikoen for å utvikle trykksår, og sykepleier må særlig være obs på dette hos sengeliggende pasienter.

3.2 Hva er trykksår?

Et trykksår kan ifølge Christina Lindholm (2004) defineres som et område med avgrenset skade i hud og underliggende vev, forårsaket av trykk, skyvekrefter eller friksjon og/eller en kombinasjon av disse faktorene. Det som skjer er at et hudområde i lengre tid blir klemt mot en bakenforliggende knokkel, for eksempel hælbeinet eller korsbeinet, slik at blodstrømmen i kapillærene hindres. Resultatet blir hypoksisk vevsskade som først og fremst vil gå ut over

subkutant vev og underliggende muskler, mens dermis og epidermis spares i noen grad. Et lite sår kan derfor være forbundet med omfattende ødeleggelser i dypet. En må være spesielt obs på infeksjoner i tilfeller med brutt hudbarriere. En infeksjon i et trykksår kan føre til abscess eller sepsis, og bakterien kan eventuelt spre seg til bakenforliggende knokler slik at det oppstår osteomyelitt (betennelse i ben og benmarg). I verst fall kan vevsskaden bli så omfattende at det dannes en sammenhengende sårhule fra huden og inn til indre organer (Wyller 2005). Det er viktig å ta prøver av såret, for å se om det kan være betent. Dersom det er bakterier i såret, vil det være vanskelig å få det til å gro. Da må lege gi pasienten antibiotika, og først ta knekken på bakteriene. Deretter kan såret gro lettere. Gnidningsskader kan oppstå ved flytting i seng, hvor friksjon og varmeutvikling kan skade huden når den gnisser mot lakenet. Sårene kan oppstå så å si over hele kroppen, men de mest utsatte stedene er på hælene, på baken og ellers steder som utsettes for konstant trykk og/eller friksjon. Ryggraden og skulderbladene er utsatt hos svært tynne pasienter. Trykksår kan inndeles i 4 grader, avhengig av hvor dypt såret er. Klassifikasjonen er vist i Lindholms bok *Sår* (2004):

- Grad 1: Vedvarende misfarging, men huden er fremdeles hel
- Grad 2: Overflatisk epitelskade
- Grad 3: Fullhudsskade uten sårhule
- Grad 4: Fullhudsskade med sårhule

Sårdannelsen øker ofte raskt, og kan fortsette inn mot muskler og knokler. De pasientene som er mest utsatt kan faktisk utvikle et trykksår i løpet av en time! (Kristiansen og Sætren 2002). Jeg vil som sagt sette fokus på trykksår grad 2. Det kan kjennes igjen ved epitelskade med blemme, sprekke eller avgnagning av huden. Noen velger å dele trykksår inn i 5 grader, hvor grad 0 er lokal rødme i huden som forsvinner ved fingertrykk, og grad 1 er lokal rødme som ikke forsvinner ved fingertrykk. Men jeg velger å bruke Lindholms klassifikasjon. Trykksår grad 2 er reversibelt med trykkavlastning. I noen tilfeller blir trykksåret større selv om trykkavlastning er igangsatt. Dette kan skyldes at pasienten har vært utsatt for stort trykk over lang tid. Nekrose kan ha oppstått i de dypere hud- og muskellag, og det nekrotiske vevet avstøtes etter hvert. Grunnlaget for sårutviklingen er med andre ord lagt, men selve såret utvikler seg etter hvert (Langøen og Gottrup 2006). Sykepleier må også være obs på at trykksår *kan* oppstå uten at pasienten kjenner smerter. Det kan skyldes et traume, lammelser eller smertestillende medisiner som pasienten får i forbindelse med f. eks. en operasjon. Når et trykksår først har oppstått, medfører det ekstra belastninger for pasienten. Det er også tidkrevende for personalet og en økonomisk belastning for samfunnet. Målet med tiltakene/behandlingen er sårtilheling, og å slippe nye trykksår (Kristiansen og Sætren 2002).

Dersom det har oppstått vannfylte blærer over såret, skal disse fjernes. Dette er ikke uvanlig med trykksår av grad 2. Huden over blærene er å anse som nekrotisk vev, og skal også fjernes (Langøen og Gottrup 2006)

3.3 Hvordan heles et trykksår?

For å vite noe om hvordan et trykksår kan gro, er det viktig for sykepleier å vite noe om sårtilheling. Flere av bøkene jeg har lånt hadde noe om sårtilhelingsfasene, og ikke alle var like. Jeg valgte å bruke Lindholm (2004) sin inndeling, da dette var den mest brukte av de jeg hadde sett, og den var lett forståelig. Lindholm (2004) deler sårhelingsprosessen inn i 3 faser. Disse kan det være nyttig å vite om når en skal behandle et trykksår, og selv om de ikke er tydelig atskilte, kan de brukes som forklaringsmodell og gjøre det lettere å forstå sårhelingsbiologi. Fasene i sårtilhelingen styres av vekstfaktorer som blant annet blir dannet av makrofager, og som utskilles av de celletypene som er involvert i sårhelingsprosessen. Fasene er:

- **Inflammasjonsfasen.** De klassiske tegnene på inflammasjon er rødme, varmeøkning, hevelse og smerte. Det som skjer er i korte trekk at immunforsvaret med de hvite blodlegemene kommer til sårstedet, og etter hvert får vi en økt blodgjennomstrømming på grunn av reaktiv dilatasjon av venoler. Plasma lekker ut i vevet, mikroorganismer og nekrotisk vev blir fagocyttert av hvite blodlegemer, og vi får en aktivisering av trombocytter og dannelse av fibrinnett begynner. Denne fasen varer vanligvis i 3-4 dager etter en skade, men ved kroniske sår er den aktiv gjennom nesten hele sårtilhelingsforløpet.
- **Nydannelsesfasen.** Denne fasen varer ved akutte sår i 3-4 uker. I løpet av denne tiden blir tapt eller skadet vev erstattet med nydannet vev. Det dannes også nye blodkar, og sårets overflate dekkes av epitelceller. Kollagen er det vanligste vevsprotein. Dersom dannelsen av nye blodkar ikke finner sted, stopper sårhelingen opp, siden fibroblastene ikke lenger får næring.
- **Modningsfasen.** Denne fasen begynner vanligvis 1-3 uker etter en skade, og kan pågå i opptil flere år. Da modnes de prosessene som startet i løpet av inflammasjonsfasen, særlig fibroblastenes aktivitet. Etter 4 uker er styrken ca 70 % av hudens styrke før skaden. Arrvevet som oppstår får aldri høyere strekkevne enn 80 % av hudens opprinnelige strekkevne.

Juridisk sett, må lege forordne behandling av trykksår, men sykepleier som kjenner prosedyren og teknikken kan utføre behandling og sårstell (Kristiansen og Sætren 2002).

3.4 Hvor oppstår trykksårene?

Ifølge Müller (2005) oppstår trykksårene på sykehjemmet. Hun skriver at trykksår oftest ikke er et problem som pasientene har med seg ved innflytting eller erverver under et sykehusopphold. Dette bygger hun opp under med forskning som er utført av Videntcenter for Sårheling i København, hvor 3 av 4 trykksår oppstod på sykehjem. I min praksis på sykehjemmet opplevde jeg stor frustrasjon fra sykepleierne rettet mot sykehusene, da de mente at pasientene ofte hadde pådratt seg trykksår under sykehusopphold. Noe som kan være sant i noen tilfeller, men kan det også være at pasienten hadde et begynnende trykksår før han dro, og det utviklet seg videre mens han var på sykehuset? Müller mener at sykehjemmene bare i begrenset omfang har de nødvendige sårbehandlings- og avlastningsmaterialer til rådighet, og at mer kunnskap om behandling og forebygging av trykksår er et savn hos pleiepersonalet på sykehjemmene. Fra min egen praksis i sykehjem, opplevde jeg også at det var svært lite kunnskap om temaet blant sykepleierne, og at det var begrenset med hjelpemidler for å forebygge trykksår. Man ble på en måte bare stående å se på at et trykksår utviklet seg fra grad 1 til grad 3, før man fikk innhentet ressurser til å behandle såret. Og da var det på mange måter litt sent. Og i forhold til trykkavlastning, var det stor uenighet blant sykepleierne om hvordan putene skulle ligge og om hvordan pasientene skulle sitte for å best mulig forebygge trykksår. Men det skal også sies at det var engasjement og vilje til å gjøre det best mulig for pasientene.

3.5 Smerter ved trykksår

Trykksår av grad 1 og 2 er smertefulle fordi nervene i huden er intakte (Kristiansen og Sætren 2002). Mange pasienter opplever smerten som det verste ved å ha trykksår. Smerten blir ofte beskrevet som brennende og skjærende. Smerten behandles i første omgang ved å eliminere kilden til smerten der dette er mulig. Oftest handler det om trykk mot underlaget. Men det kan for eksempel også være uegnet lokalbandasje, trykkavlastende materiale som oppleves smertefullt, snuteknikk som forårsaker smerte, osv. Dersom det er behov for det, må farmakologisk smertelindring rekvireres. Dette er leges oppgave. Sykepleiers jobb i dette tilfellet, er å gi foreskrevet medisin, og å observere, dokumentere og rapportere tilbake til lege. Paracetamol er førstevalg. NSAID-preparater kan også ha god virkning, men her må

man imidlertid ta hensyn til de negative virkningene NSAIDS kan ha på sårtilhelingen. Tricykliske antidepressiva kan også ha god smertelindrende virkning for enkelte, og bør i tilfelle settes inn i en lav dose og langsomt trappes opp. Pleiepersonalet må være oppmerksomme på tegn som tyder på at trykksåret skaper ubehag eller smerte hos pasientene, særlig hos pasienter som ikke har evne til å si ifra selv, og så søke løsninger på de spesifikke problemene (Lindholm 2004).

3.6 Hva er spesielt med sykepleie til pasienter i sykehjem?

Som sykepleiere møter man pasienter i mange forskjellige institusjoner og sammenhenger. Det fører til at man må tilpasse sykepleien man utfører til den pasientgruppen man møter. Man trenger kanskje ikke å pusse tennene til en ung mann som har fjernet galleblæra, og man kan kanskje ikke ta for gitt at en sengeliggende eldre mann klarer å vaske seg selv om morgenen. Det som er spesielt med pasienter på sykehjem, er at vi møter dem i en slutfase i livet. Man flytter gjerne inn i et sykehjem med vissheten om at det mest sannsynlig er siste gangen man flytter noe sted. Det er viktig å vise respekt og verdighet til disse menneskene, og vise at man ser dem. Hos sykehjemspasienter er det også mange som er inkontinente for urin og avføring, noe som kan bli en medvirkende faktor til å utvikle trykksår. Her skal en også passe på å ta hensyn til hele mennesket, og se at det kan være svært ubehagelig for en pasient å skulle ha noen til å vaske opp urin og avføring etter seg. Mange eldre pasienter er også demente, og ser ikke alltid at det sykepleier gjør er til det beste for dem. Det kan også være en utfordring at flere pasienter på sykehjemmet har mistet evnen til å snakke tydelig nok til å gjøre seg forstått. Det er svært vanskelig å skulle passe på at en pasient har det bra, når ikke pasienten selv kan forsikre en om det. Det er derfor viktig at sykepleier lærer seg å se uttrykk for smerte og ubehag hos disse pasientene. Det kan for eksempel være en rynke mellom øyenbrynene, eller at pasienten rett og slett ynker seg, som er uttrykket for at for eksempel hælene verker. Mange eldre ønsker et omfattende morgenstell, da de har glede av å bli stelt med. Og dersom man har tid til det, er det fint om man tar seg tid til dette. Men eldre har ofte tørr og skjør hud, og det kan kanskje bli litt hardt for huden å bli skrubbet og vasket for mye. Da kan det være et godt alternativ å smøre inn huden deres med oljer, lotion eller krem. Dette kan være med på å forebygge at huden sprekker og blir sår og trykksår dannes (Langøen 2006). I sykehjem finner en svært mange immobile pasienter. De som ikke klarer å snu seg selv, eller å flytte på foten når hælen verker. Da er det sykepleiers oppgave å hjelpe pasienten med dette.

3.7 Sykepleiefaglig referanse – Virginia Henderson

Etter litt lesing og vurdering, kom jeg fram til at Virginia Hendersons definisjon av sykepleiens natur ville være aktuell å nevne i oppgaven min. Hun har fått status som en av sykepleiefagets klassikere, og er den dag i dag aktuell med sitt syn på sykepleie. Hendersons definisjon på sykepleiens funksjon er:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig. (Kirkevold 1998, s. 101)

Altså skal sykepleier hjelpe en person med å gjøre det han/hun ville gjort selv dersom han/hun hadde kunnet. Henderson mente at man må, for å kunne gi individuell sykepleie til en pasient, danne seg et overblikk over hva pasienten har behov for hjelp til. Da er det nyttig å ta utgangspunkt i pasientens grunnleggende behov. Disse grunnleggende behovene er ifølge Henderson (Mathisen 2006):

1. Å puste normalt
2. Å spise og drikke tilstrekkelig
3. Å få fjernet kroppens avfallsstoffer
4. Å kunne bevege seg og innta ønskelig kroppsstilling (gå, sitte eller ligge og kunne forandre den etter behov)
5. Å få tilstrekkelig søvn og hvile
6. Å velge riktig påkledning og få kledd av og på seg
7. Å kunne opprettholde kroppstemperaturen og tilpasse den til krav fra omgivelsene
8. Å holde kroppen ren og velpleiet og huden beskyttet
9. Å unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre
10. Å gjennom kommunikasjon med andre få uttrykke følelser, behov, frykt, osv.
11. Å utføre handlinger i pakt med sin religion
12. Å ha oppgaver som gir en følelse av å prestere noe
13. Å leke og delta i forskjellige former for rekreasjon
14. Å lære, oppdage eller tilfredsstille den nysgjerrighet som fører til normal utvikling og god helse

Ut av disse 14 punktene er det noen som er mer relevante for problemstillingen enn andre. Disse vil bli nærmere beskrevet i drøftingsdelen.

3.8 Forskningsartikler

Den første forskningsartikkelen heter *Effectiveness of turning with unequal time intervals on the incidence of pressure ulcer lesions*. Den er skrevet av Katrien Vanderwee, Maria H. F. Gryndonck, Dirk DE Bacquer og Tom Defloor, og ble utgitt i 2007 i tidsskriftet *Journal of Advanced Nursing*. Formålet med studien var å se om forekomsten av trykksår går ned, dersom man snur pasientene oftere enn hver 4. time. Studien ble utført i Belgia, hvor 84 sykehjemsavdelinger deltok. Hver av de 84 avdelingene var med i studien i 5 uker, og studien tok til sammen 21 måneder. Det var 235 pasienter som fylte kriteriene for å være med i studien. Disse ble delt inn i to grupper; 122 i en eksperimentell gruppe, og 133 i en kontrollgruppe. I den eksperimentelle gruppen skulle pasientene ligge 4 timer i semi-Fowlers leie 30 grader (med hevet hode og bein i 30 grader), og så 2 timer i venstresidig lateral stilling, men en pute under ryggen slik at de ligger litt på siden (30 grader). Så 4 timer i semi-Fowler, og 2 timer i høyresidig lateral stilling. I kontrollgruppen skulle pasientene snues hver 4. time, først 4 timer i semi-Fowler, så 4 timer i lateral stilling. Resultatene ble at 20 (16,4 %) pasienter utviklet trykksår i den eksperimentelle gruppen, sammenlignet med 24 (21,2 %) pasienter i kontrollgruppen. Dette var ikke en betydelig forskjell, og artikkelen konkluderer derfor med at å snu pasienter oftere enn hver 4. time, ikke kan defineres som et mer effektivt forebyggende tiltak. I studien ble deltakerne randomisert til enten intervensjon eller kontroll, og deltakerne ble analysert som tilhørende den gruppe de ble randomisert til. Alle begynte med samme prognose, og det er sannsynlig at deltakerne i intervensjons- og kontrollgruppe beholdt sin likeartede prognose underveis i forsøket. Både pasientene, personalet og de som bedømte resultatene visste hvilken gruppe deltakerne var i, og oppfølgingen var komplett. Jeg vil vurdere studien til å være av høy kvalitet.

Den andre forskningsartikkelen heter *Decreasing the incidence of Heel Pressure Ulcers in Long-term Care by Increasing Awareness: Results of a 1-year program*. Den er skrevet av Roxann Frain, og utgitt i USA i 2008 i tidsskriftet *Ostomy Wound Management*. Formålet med studien var å se om økt kunnskap og forebyggende tiltak kunne være med å redusere forekomsten av trykksår. Deltagerne i studien var 40 beboere på en langtidsavdeling, som ble fulgt i ett år. 37 sykepleiere og andre pleiere var med på studien. Det var en ikke-medisinsk

studie, og Braden-skalaen ble tatt i bruk for å vurdere gradene av trykksår. Hovedfunnene i studien var en bekreftelse på at det hjelper å kunnskapsberike de ansatte, og at daglige vurderinger og forebyggende tiltak hjelper med å forebygge at trykksår oppstår. I løpet av det året studien pågikk, var det en betydelig reduksjon i antallet nye trykksår i forhold til hvordan det hadde vært før. I forhold til kvaliteten av denne forskningsartikkelen, var det litt for få pasienter med i studien for at det skal kunne være en veldig god studie. Etter ett år, var bare 17 av de i utgangspunktet 40 pasientene fortsatt med, noe som er et litt for stort frafall. Tiltaket forekom uavhengig av andre endringer over tid, og det er sannsynlig at tiltaket ikke påvirket datainnsamlingen. Primærutfallet ble målt på en objektiv måte, med høy grad av presisjon. Men studien får trekk da hver måling ikke dekket minst 80 % av det totale antall deltakere. Forventet effektkurve er beskrevet, og avstand mellom angitte målepunkter er forklart. Grunnet stort frafall, vil jeg vurdere studien til å være av middels god kvalitet.

Den tredje forskningsartikkelen heter *Evaluation of a new pressure ulcer preventive dressing containing ceramide 2 with low frictional outer layer*. Den er skrevet av Gojiro Nakagami, Hiromi Sanada, Chizuko Konya, Atsuko Kitagawa, Etsuko Tadaka og Yutaka Matsuyama. Artikkelen ble utgitt i 2007 i tidsskriftet Journal of Advanced Nursing. Formålet med studien var å evaluere virkningen av en nyutviklet bandasje som inneholder ceramid 2, som skal forebygge utviklingen av trykksår og bedre vannholdigheten i huden uten å øke hudens pH hos sengeliggende eldre pasienter. Studien ble utført på et sykehus i Japan i 2004, med 37 sengeliggende eldre pasienter som var i faresonen for å utvikle trykksår. Det var en eksperimentell bilateral sammenligningsstudie, hvor bandasjen ble påført på den venstre trochanter major (knokkelknote på lårbenets øvre del), mens ingen bandasje ble påsatt på høyre side for kontroll. Deretter ble huden kontrollert ukentlig i de følgende 3 ukene bandasjen skulle være på, og en uke etter at den var fjernet. Funnene var grad 1 trykksår hos 2 pasienter på venstre side (med bandasjen) og 11 på høyre side (uten bandasjen). Ingen trykksår av grad 2-4 ble observert. Det ble også observert at hudens vannholdighet ble økt, mens hudens pH ble noe redusert. Hudens vannholdighet fortsatte på et høyere nivå enn utgangspunktet også etter fjerning av bandasjen. Konklusjonen er derfor at bandasje med ceramid 2 kan være virkningsfull i å redusere forekomsten av trykksår og forbedre hudvannholdigheten på lang sikt, hos sengeliggende eldre pasienter som står i fare for å utvikle trykksår. Denne trygge og effektive bandasjen kan være virkningsfull i trykksårforebygging hos pasienter med utstikkende ben og tørr hud. I denne artikkelen forekom tiltaket uavhengig av andre endringer over tid, og det er sannsynlig at tiltaket ikke

påvirket datainnsamlingen. Primærutfallet ble målt på en objektiv måte, med høy grad av presisjon. Hver måling dekket minst 80 % av det totale antall deltakere. Forventet effektkurve er beskrevet, og avstand mellom angitte målepunkter er forklart. Jeg vil også si at studien ble analysert hensiktsmessig. Jeg vil derfor vurdere studien til å være av høy kvalitet.

Den fjerde forskningsartikkelen heter Reducing Hospital-Acquired Pressure Ulcer Prevalence Through a Focused Prevention Program. Den er skrevet av Joan A. McInerney, og utgitt i *Advances in Skin and Wound Care* i 2008. Formålet med studien er å gi helseorganisasjoner strategier for å redusere forekomsten av trykksår. Studien foregikk ved et sykehus i Florida, USA, som har 548 sengeplasser. Alle pasientene var med på studien, bortsett fra barn og obstetriske eller psykiatriske pasienter. I løpet av 4,5 år ble forekomsten av trykksår målt to ganger i året, mens flere strategier ble prøvd underveis. Noen av disse strategiene var for eksempel elektroniske pasientjournaler, risikovurderingsskjema, trykkavlastningshjelpemidler, nytt utstyr og personellundervisning, pluss et team som skulle styre det hele. Resultatene var overveldende. Forekomsten av trykksår ble redusert med 81 %, og trykksår på hælene ble redusert med hele 90 %. Konklusjonene er at dette trykksår forebyggingsprogrammet virker, noe som fører til bedret pasientstatus, og kostnadssparing for helseorganisasjonene. Selv om trykksår antakelig aldri vil forsvinne helt, kan man sette i gang tiltak som kan gjøre at det blir et mindre problem i fremtiden. I denne artikkelen forekom tiltaket uavhengig av andre endringer over tid, og det er sannsynlig at tiltaket ikke påvirket datainnsamlingen. Primærutfallet ble målt på en objektiv måte, med høy grad av presisjon. Hver måling dekket minst 80 % av det totale antall deltakere. Forventet effektkurve er ikke beskrevet, men avstand mellom angitte målepunkter er forklart. Studien ble analysert hensiktsmessig. Jeg vil vurdere studien til å være av høy kvalitet.

Den femte forskningsartikkelen heter *Effectiveness of a Honey Dressing for Healing Pressure Ulcers*. Den er skrevet av Ülkü Yapucu Günes og Ismet Eser, og utgitt i 2007 i the *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*. Formålet med studien er å sammenligne effekten av en honningbandasje, versus effekten av etoxy-diaminoacridine og nitrofurazone bandasje hos pasienter med trykksår. Studien ble utført i Izmir, Tyrkia, og var en 5-ukers tilfeldig klinisk undersøkelse med parallelle gruppe evalueringer. Etoxy-diaminoacridine og nitrofurazone bandasjer blir ofte brukt på sykehus i Tyrkia for å behandle trykksår. 36 pasienter med til sammen 68 grad 2 eller 3 trykksår var med i studien. 26 av dem fullførte. 15 av de 26 hadde til sammen 25 trykksår, de ble behandlet med honningbandasjer. Og 11 med

til sammen 25 trykksår ble behandlet med etoxy-diaminoacridine og nitrofurazone bandasjer. Sårtilhelingen ble vurdert ukentlig. Etter 5 uker hadde pasientene som ble behandlet med honningbandasjer 4 ganger raskere sårtilheling enn den andre gruppen. Trykksårene hos de som var behandlet med honningbandasjer betydelig mindre enn kontrollgruppens trykksår, og 5 av de tredjegrads-trykksårene fra honningbandasjegruppen var fullstendig grodd. Dette skjedde ikke med noen av sårene i kontrollgruppen. Konklusjonen er at honningbandasjene betydelig økte tilhelingshastigheten sammenlignet med de andre bandasjene. Behandlingen var godt tolerert av pasientene. Resultatene gjelder riktignok for trykksår av grad 2 og 3, ikke for grad 1 og 4. I studien begynte alle deltakerne med samme prognose, og det er sannsynlig at de beholdt sin likeartede prognose underveis i forsøket. Deltakerne ble randomisert til enten intervensjons- eller kontrollgruppe, men det er uklart om randomiseringsmåten var skjult for dem som avgjør om pasienter skal komme med i forsøket. Deltakerne ble analysert som tilhørende den gruppe de ble randomisert til. Det er uklart om pasientene og de som bedømte resultatene visste hvilken gruppe pasientene havnet i, men helsepersonellet visste det. Jeg vil vurdere studien til å være av middels kvalitet, da noen av punktene ikke er klare, og det var et noe stort frafall.

4.0 DRØFTING

Forebyggende behandling er den viktigste terapi når det gjelder trykksår. Dersom trykksår kommer, vil det kreve mye større ressurser enn profylaktiske opplegg (Fyrand 2007). Ifølge Kristiansen og Sætren (2002) er det særlig to prinsipper som gjelder i forebyggingen av trykksår, og som alltid må benyttes i kombinasjon. De er

- 1: Å fordele kroppens trykk mot underlaget ved hjelp av trykkavlastende hjelpemidler
- 2: Å avlaste trykkutsatte steder ved periodevis å endre sitte- og liggestilling

Det passer bra med de to fokusområdene jeg har valgt, altså bruk av hjelpemidler og mobilisering/stillingsendring.

4.1 *Bruk av hjelpemidler*

”Hvis sykepleieren forstår at det vil være av verdi å anskaffe ”søsterassistent”, sirkelseng, rammer eller andre hjelpemidler til bruk for pasienter som ellers ville ha lett for å få liggesår, bør hun anstrenge seg for å få fatt på slike” (Henderson 1997, s.39). Det er altså sykepleiers ansvar å skaffe pasienten hjelpemidler som kan hjelpe i forhold til hans helsetilstand.

Det er mange hensyn en må ta når en skal velge forebyggende produkter. Produktene må ifølge Langøen og Gottrup (2006)

- Ha god evne til å forebygge decubitus
- Være økonomiske i bruk
- Være tilpasset de ulike pasientkategoriene
- Være laget av hudvennlige materialer
- Være brukervennlige og ikke stille for store krav til opplæring
- Være enkle å vedlikeholde og å rengjøre
- Kunne fjernes raskt (i tilfelle akuttillstander som hjertestans)

Lindholm (2004) er ikke like enig i at bandasjen må være så økonomisk i bruk, så lenge det er den bandasjen som virker best. Sykepleier skal etter hennes syn prioritere den bandasjen som virker best, uavhengig av kostnadene. Dette begrunner hun med at selv om bandasjen i seg selv er kostbar, blir den totale kostnaden betydelig lavere, da et helet sår alltid koster mindre enn et åpent sår.

4.1.1 Trykkavlastende madrasser

Henderson mener at hvis pasienten skal kunne forstå hva som er viktig for å bevare en god kroppsstilling, må han under sykdommen få seng, sengeutstyr og stol som kan gjøre dette mulig for ham (Henderson 1997). Lindholm (2004) er enig i dette, og skriver at alle sengeliggende pasienter som vurderes å være i risikozonen for å utvikle trykksår, skal ligge på trykkavlastende underlag. Vi vet at halebeinet, hoftebeinet og hælbeinet er de tre mest utsatte stedene hos sengeliggende pasienter, og det er derfor av stor betydning å unngå å få trykk på noen av disse stedene (Langøen og Gottrup 2006). Det vil være vanskelig å oppheve alt trykk på disse stedene på kroppen i liggende stilling, men en kan gjøre det man kan for at det skal bli så lite som mulig. I alle forskningsartiklene jeg fant, var det brukt trykkavlastende madrasser. Ifølge Langøen og Gottrup (2006) finnes det flere forskjellige typer trykkavlastende madrasser, og det er vanskelig å si hvilken av dem som gir best resultat i forhold til utvikling av trykksår. En av disse madrassstypene er madrasser med statisk luft. Disse er laget av gummi som er utformet som totter som pasienten ligger på, og trykket i tottene bestemmer hvor mye luft som pumpes inn. Denne typen er effektiv ved alle typer trykkrisiko, og er spesielt egnet for pasienter som siger ned i seng eller stol. De motvirker friksjon, og i tillegg motvirker de fuktighet ved at det sirkulerer luft under pasienten. Men til gjengjeld er de dyre i innkjøp, og de er vanskelige å bruke og å rengjøre. Det er kanskje derfor ikke det beste alternativet. En annen type er madrasser med pulserende luft, eller vekseltrykksmadrasser. Disse består av flere ”pølser” som er koblet på en holder, som vekselvis blir pumpet opp og tømt for luft. De har vaskbare trekk utenpå, og er derfor lette å holde rene. De gir også god trykkavlastning. Men det kan være fare for lekkasje, og de er relativt dyre og krever mye vedlikehold. I tillegg gir motoren en del støy. Det er kanskje derfor ikke en særlig god madrass, men den kan virke for noen. Madrasser med dynamisk luft er et svært dyrt hjelpemiddel, og forbeholdes pasienter med ekstrem risiko for å utvikle trykksår, da den sikrer riktig trykk hele tiden. Madrasser som inneholder gelé er enkle å bruke, men brukes i liten grad som hele overmadrasser. De har en tendens til å bli harde ved nedkjøling, og sengen blir tung og uhandterlig. Det er derfor ikke en særlig populær madrass. Madrasser som inneholder fiber (dynemadrasser) er billige i innkjøp og enkle å bruke, men kvaliteten på dem reduseres ved bruk og vask. Huden kan også bli varm og svett, noe som øker hudens behov for oksygen. Madrasser som inneholder skum er billige i innkjøp og enkle i bruk. De har en begrenset trykkavlastende effekt, men kan brukes av pasienter med liten til

middels risiko for å utvikle trykksår. I praksis i sykehjemmet observerte jeg at disse typer madrasser ikke er så mye brukt lengre, da ergoterapeuten der mente at de var for dyre og upraktiske for å brukes. Hos pasienter som var i risikozonen for å utvikle trykksår eller hadde et trykksår, ble det heller brukt tempurmadrasser. Disse fikk jeg tilbakemelding fra pasientene om at var veldig behagelige. Bruk av trykkavlastende madrasser er et tiltak som en kan være ganske sikker på at hjelper, og egentlig burde alle pasientene på sykehjem ha det. Men et problem er at det er kostbart, og det er ikke en prioritert kostnad på sykehjemmene. Der jeg var i praksis hadde sykehjemmet noen få slike madrasser, og de var som regel i bruk. Derfor måtte pasientene selv kjøpe disse madrassene dersom de ønsket det. De har oftest råd til å kjøpe seg en slik madrass, men problemet er vel heller at mange ikke vet hvor de skal henvende seg for å få kjøpt en, eller de vet ikke en gang at de finnes på markedet. Her kommer sykepleier inn i bildet. Hun kan gi råd og veiledning, og tipse pasienter som kunne hatt bruk for ulike hjelpemidler hvordan de kan få tak i disse, og hjelpe til med bestilling. Dersom det er anledning til det, kan sykepleier med fordel samarbeide med ergoterapeut om dette. Han er oppdatert om hva som finnes av produkter på markedet, og vet hvordan man skaffer produktene. Etter Hendersons syn på sykepleie, skal sykepleier gjøre det for pasienten som pasienten ville ha gjort selv dersom han hadde kunnet. Derfor kan man si at det blir sykepleiers ansvar å skaffe et slikt hjelpemiddel dersom pasienten ønsker å ha det. Noen har kanskje også rett til å få kostnadene dekt, og dette er ting som sykepleier bør vite om. Dersom pasientene selv ikke har råd til eller ønsker å bruke penger på dette, bør sykehjemmet rett og slett prioritere dette. En madrass vil mest sannsynlig koste mindre i det lange løp enn om pasienten utvikler et trykksår. I studien til Roxann Frain (2008) ble det satt i gang flere tiltak for å forebygge trykksår, og i artikkelen kommer det fram at kostnadene for å gjennomføre tiltakene var minimale. Det er med andre ord antakelig best på all måter å gå løs på problemet før det oppstår, altså med forebyggende tiltak. I boka til Langøen (2006) nevnes bruk av andre luftfylte hjelpemidler. Det finnes både seteputer og hælputer. Hælputene er særlig nyttige for pasienter som ikke ligger i ro, da den festes til foten. Seteputene er laget av de tidligere omtalte tottene, og er godt egnet til pasienter som sitter mye i rullestol. Ifølge Lindholm (2004) skal man ikke bruke hælbeskyttelse i form av ”smultringer”. Hun mener at trykkavlastende puter under hælen kan øke trykket mot akillessenen, og at de kan komme i feil stilling og øke trykket mot hælen. Derimot mener hun at hælbeskyttelse av skumplast kan vise seg å gi en viss trykkavlastning.

4.1.2 "Grynsokk" og Repose-støvel

Trykkavlastende puter under hælen kan i følge Lindholm (2004) øke trykket mot akillessenen, og de kan komme i feil stilling og øke trykket mot hælen. I praksis på sykehjemmet ble det brukt en del grynsokker hos pasienter som var utsatt for å utvikle trykksår, eller som allerede hadde utviklet et trykksår. I boka til Lindholm (2004) nevnes også bruk av Repose-støvel, som er en oppblåsbar plaststøvel som har samme effekt som en grynsokk, altså at den avlaster trykket mot hælen. I artikkelen til McInerney (2008) nevnes bruken av grynsokker. Her ble de forsøkt brukt på grunn av at det var en stor forekomst av trykksår på hælene til pasientene ved dette sykehuset (mer enn 50 %). Tidligere hadde de brukt en stiv trykkavlastende sko for å forebygge trykksårene, men denne hadde blitt forkastet grunnet at den forskjøv trykket til andre steder på foten, som akillessenen og ryggen på foten. Dermed ville ikke pleierne bruke denne skoen. Så i 2003 begynte de å bruke grynsokker hos alle pasienter som var utsatt for å utvikle trykksår eller hadde trykksår, og i juli 2005 var forekomsten av trykksår på hælen mer enn halvert. Disse grynsokkene er også noe som pasienter ofte må kjøpe selv, selv om noen sykehjem har en del av dem som pasientene kan låne. Å kjøpe grynsokker til alle immobile pasienter ville kanskje være en god investering? Kunstig saueskinn ble brukt en del i sykehjemmet hvor jeg var i praksis for at pasientene ikke skulle fryse på beina om natta. De kan også være med å forebygge trykksår. Men skinnene blir lett harde og lite effektive etter mange omganger i vaskemaskin.

4.1.3 Bruk av puter

Riktig fordeling av trykket over sårområdet restituerer blodsirkulasjonen, og dette er det viktigste elementet i sårbehandlingen (Fyrand 2007). I praksis i sykehjem opplevde jeg mye bruk av puter rundt pasienten for å avlaste forskjellige deler av kroppen. Her opplevde jeg at det var stor uenighet blant sykepleierne om hvor disse putene egentlig bør ligge for at ikke andre deler av kroppen skal bli utsatt for unødvendig trykk. Noen brukte for eksempel å legge en hodepute på tvers under leggene til pasienten, slik at hælene ikke kom i kontakt med madrassen. Mens andre mente at dette gir for mye trykk på leggene, og hindrer tilfredsstillende blodsirkulasjon. I følge Lindholm (2004) kan man plassere en hodepute under leggen i benets lengderetning for å avlaste hælen for trykk. Dersom en skal bruke pute under leggen, er det anbefalt å reise sengens fotende 10 grader for å øke blodgjennomstrømmingen og for å motvirke leggtrombose. Pasienter med lav ankeltrykksindeks (nedsatt perifer arteriesirkulasjon) har vist seg å bli rammet av hælssår oftere enn pasienter med normal

ankeltrykksindeks. I slike tilfeller er det avgjørende at sykepleier tilstreber fullstendig avlastning av trykket under hele den kritiske behandlingstiden. I studien til Vanderwee et al. (2007) ble det også brukt en pute til å heve den nedre del av beina. Dette var en pute av typen tempur, og den skulle ikke være høyere enn 11 cm. Det kan også nevnes at dynen ikke må trykke mot foten, og at ekstra teppe må ikke ligge brettet over fotenden, da dette øket trykket mot hælen vesentlig (Lindholm (2004). Dette observerte jeg at ble gjort mye i praksis, da eldre pasienter ofte fryser på beina. Det er derfor fint med grynsokker, da disse også gir en del varme til kalde føtter.

I en nyere studie utført i Belgia (Vanderwee et al. 2007) nevnes bruken av en såkalt 30 graders pute. Det sies i artikkelen at 30 grader sideliggende stilling er en av de beste måtene en kan ligge på for å forebygge trykksår. Men det kan være vanskelig å få til 30 grader ved å bare legge vanlige puter under siden til pasienten. Da blir stillingen kanskje heller ikke stabil nok, og det kan bli ubehagelig for pasienten. Denne 30 graders puten støtter pasienten fra skulderen og ned til sacrum (korsbeinet). Pasientens øvre arm kan hvile på toppen av puten. De første opplevelsene av puten er i følge artikkelen positive med tanke på pasientenes komfort, og de ligger i en lateral stilling lengre enn ved bruk av vanlige puter. Dette er ut ifra hva artikkelen sier et nokså nylig utviklet hjelpemiddel, og jeg har ikke funnet noe stoff om puten andre steder. Men Lindholm (2004) nevner i likhet med Vanderwee et al (2007) at det å ligge i 30 grader sideliggende stilling er svært bra for å forebygge trykksår. Så lenge pasienten ligger riktig.

4.1.4 Ulike bandasjer

Det finnes mange ulike bandasjer en kan bruke for å forebygge at trykksår oppstår, eller til å behandle dem etter at de har oppstått. Like viktig som å bruke bandasjene, er at huden de festes på er ren og tørr. Jeg vil nevne Hendersons grunnleggende komponenter for god sykepleie punkt nr. 8: å hjelpe pasienten å holde kroppen ren og velstelt og å beskytte hud og slimhinner. Her nevner hun direkte at sykepleier har et grunnleggende ansvar når det gjelder å beskytte huden. Altså må vi passe på at huden er ren og tørr, og at den holder seg hel. Dette kan også knyttes opp til punkt 3, som går ut på å hjelpe pasienten med å få fjernet kroppens avfallsstoffer. Fuktighet fra urin og svette og bakterier fra avføring er ikke gunstige faktorer for å beholde en hel og sårfri hud (Kirkevold 1998). Det er derfor svært viktig i forebyggingen av trykksår at sykepleier hjelper pasienten med å holde huden tørr og ren. Dette vil være spesielt viktig hos pasienter i sykehjem, da disse pasientene ofte er inkontinente både for urin

og avføring. Kristiansen og Sætren (2002) presiserer i likhet med Henderson viktigheten av god hygiene ved bruk av bandasjer, og advarer mot risikoen for å få en infeksjon i såret ved dårlig rengjøring av såret. Ifølge Kristiansen og Sætren (2002) skal man ved trykksår grad 2 velge bandasjer som stimulerer kroppens egne tilhelingsmekanismer. Bandasjene skal skape et fuktig miljø og holde på varme, da dette skaper ideelle forhold for tilheling.

Jeg kan ikke ta med alle typer bandasjer for forebygging av trykksår som på markedet, men jeg vil nevne noen av de som i følge forskning ser ut til å ha god virkning.

- Selvklebende skumpute. Beskytter huden og forebygger trykksår, hudskader og gnagsår.

Kleber til hud, instrumenter og annet utstyr. Enkel å kutte og tilpasse, spesialdesign for hæl og albue (3M Helse 2006). Bruken av en slik pute nevnes i artikkelen til Roxann Frain (2008), hvor hun nevner tidligere utført forskning. Her sier hun at bruken av slike selvklebende skumputer gjorde at antall trykksår ble redusert med 72 % på 2 år på en kirurgisk intensiv avdeling med 140 pasienter. Denne type bandasje ble brukt en del ved sykehjemmet hvor jeg var i praksis, og sykepleierne der anbefalte den.

- Bandasje med ceramid 2. I Japan ble det utført en studie om hvorvidt en bandasje med ceramid 2 vil hjelpe med forebygging av trykksår. Ceramid 2 er et intracellulært lipid som finnes naturlig i huden. Dette lipidet hjelper til med å holde huden fuktig, noe som som sagt er svært viktig i behandlingen av trykksår. Bandasjen som ble testet hadde et klebende lag som inneholdt ceramid 2, et støttende lag, og et ytterlag med nylonfibre som minimaliserte friksjon. Denne bandasjen viste seg å være svært virkningsfull, da det bare var 2 trykksår grad 1 hvor bandasjen var på, mot 11 trykksår grad 1 hvor bandasjen ikke var brukt (Nakagami et al. 2007).

- Honningbandasje. Ved et sykehus i Tyrkia ble det utført en studie om honningbandasjer. Honning har flere ganger vært snakket om i media i det siste, for dens evne til å hjelpe til å få sår til å gro. Denne forskningsartikkelen kan være et bevis på at den virker. Ülkü Yapucu Günes og Ismet Eser (2007) skriver i sin artikkel om et forsøk som omfattet 36 pasienter som hadde til sammen 68 trykksår. 26 pasienter med 50 trykksår grad 2-3 fullførte studien, som gikk over 5 uker. Halvparten fikk honningbandasje, den andre halvparten fikk en bandasje som vanligvis ble brukt på trykksår ved dette sykehuset. Det viste seg at trykksårene til de pasientene som fikk honningbandasje grodde 4 ganger fortere, og etter 5 uker var 5 trykksår allerede fullstendig grodd. Alle pasientene i denne gruppen hadde en forbedring av sårene sine. Bruken av honning i sårbehandling er i følge Yapucu Günes og Eser økende, ettersom flere og flere rapporter om dens effektivitet publiseres. Honning kan hjelpe kroppen til å fjerne infeksjoner i huden, redusere inflammasjon, hevelse og smerte. Den kan

kontrollere lukt fra såret, fremme ny huddannelse, og fremme at såret gror med minimal arrdannelse. Honningen gir også et fuktig og godt miljø for best mulig sårheling. Dette er et billig og bra alternativ en kan bruke, men det er viktig å presisere at en skal bruke medisinsk honning, ikke vanlig honning en kjøper på matvarebutikkene. Bruk av honningbandasje vil bevare et fuktig miljø i såret, og er derfor i tråd med hva Kristiansen og Sætren definerer som gode sårtilhelingsforhold. Det vil også det neste punktet være.

- Hudpreparater med beskyttende effekt. Dette punktet kommer litt utenom temaet bandasjer, men jeg tar det med her likevel. Hudpreparater anvendes for å opprettholde hudens normale tilstand, og beskytter den mot påvirkning fra omgivelsene. Det kan være aktuelt å beskytte huden mot kjemiske forbindelser, som vaskemidler og urin, men også mot mekanisk påvirkning som friksjon fra bleier eller sengetøy. Det kan som nevnt brukes diverse bandasjer til dette formålet, men det kan ofte være et godt alternativ å bruke midler som etterlater en tynn barriere (film) på huden. De fleste barriereprodukter er vannavstøtende, og de er fremstilt som vannfrie midler, emulsjoner, oppløsninger eller som ”kjemiske hansker”. Et produkt som brukes en del på sykehjem er vaselin, et enkelt produkt som danner en vannavstøtende film på huden. Sinksalve blir også ofte brukt, den har en sammentrekkende (tettende) og tørrende effekt (Tønnesen 2006). Det blir opp til lege å forordne hvilke preparater som skal brukes i pasientens tilfelle, men sykepleier har et ansvar i å observere, dokumentere og vurdere hvilke tiltak og hjelpemidler som fungerer best. Det er sykepleier som omgås pasienten daglig, og ser effekten av tiltakene.

4.2 Mobilisering/stillingsendring

Punkt 4 i Hendersons 14 komponenter for generell sykepleie er å hjelpe pasienten med å opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling. Henderson (1997) betegner betydningen av å bevare bevegelsesapparatet intakt som en av de viktigste komponentene i den generelle sykepleie. Dette er spesielt viktig for forebygging av trykksår, for å unngå kontinuerlig trykk på ett sted på kroppen. Hun skriver videre at det er vanligvis regnet som et kriterium på pleiekvalitet at sykepleieren klarer å forebygge liggesår hos langvaring sengeliggende syke ved hyppig leieforandring og renslighet. Det kan være å gå litt langt å si at dersom en pasient utvikler et trykksår, har han fått dårlig pleie. Langøen (2006) nevner som sagt flere punkter som tilsier at enkelte pasienter kan være mer utsatt for å få trykksår enn andre. Derfor kan det i enkelte tilfeller være en litt for stor utfordring å forebygge at et trykksår oppstår. Men som utgangspunkt skal en prøve å unngå det.

Henderson legger også vekt på riktig arbeidsstilling for sykepleier i slike situasjoner, slik at hun ikke får belastningsskader. Nedsatt bevegelighet er ifølge Lindholm (2004) en av de viktigste faktorene bak utviklingen av trykksår. Ikke bare gir det trykkproblemer, det vil også minske oksygeneringen av vevet. Nedsatt følsomhet i huden eller kognitiv svekkelse kan gi manglende respons på kroppens signaler om å endre stilling. Fysioterapi og fysisk trening vil derfor være en viktig del av behandlingen og pleien til pasienter med allerede utviklede trykksår, og pasienter som står i faresonen for å utvikle trykksår.

4.2.1 Hvor ofte skal man forandre stilling?

En kan tenke seg til selv hvor ofte man skifter stilling når man sitter eller ligger. For de fleste er det ganske ofte, og dersom man plutselig ikke hadde hatt mulighet til å forandre stilling selv mer, ville man nok fort ha blitt nokså oppgitt. Hendersons syn på sykepleie var som sagt å hjelpe en person med å gjøre det han/hun ville gjort selv dersom han/hun hadde kunnet. Ved å knytte dette synet på sykepleie til trykksår, kan vi for eksempel si at en immobil pasient ville ha snudd seg selv i senga hvis han hadde kunnet, for å unngå å utvikle trykksår. Men når pasienten ikke får til dette, må vi altså hjelpe han med det. På sykehjem er det ofte rutiner for når og hvor ofte man skal snu pasientene. Dette er et godt og viktig tiltak, og det er viktig at det blir fulgt. Det er imidlertid uenighet om hvor ofte en skal snu pasientene for å få optimal effekt. Virginia Henderson (1997) mente at det er sykepleiers ansvar å se til at ingen pasient ligger for lenge i samme stilling. Hun mente at den bevisstløse, hjelpeløse, eller den som har fått sovemedisin, ikke selv er i stand til å røre på seg, og derfor må snues hver time. Dette er litt for ofte i følge Lindholm (2004). Hun mener at det optimale er at pasientene blir snudd annenhver time. Også i studien til Nakagami et al. (2007) ble pasientene snudd annenhver time. Men Lindholm (2004) nevner også at dersom pasienten ligger i 30 grader vinkel vekselvis på høyre og venstre side, er trykket betydelig redusert på hoftene og hælene, og da trenger man ikke snu pasientene oftere enn hver 4. time mener hun. Denne stillingen kan derfor være en fordel, særlig om natten. Men det viktigste her er vel heller kanskje å vurdere tidene fra pasient til pasient, og ut ifra hvilke stillinger pasientene ligger i. Noen trenger kanskje og snues litt oftere enn andre? I en studie utført i Belgia er det forsket på hvorvidt det er hensiktsmessig å snu pasientene oftere enn hver 4. time. Her blir Lindholms anbefalinger om snuing hver 4. time ved bruk av 30 graders liggestilling bekreftet. For selv om antallet trykksår var noe mindre hos pasientene som ble snudd hver 2. time, var ikke dette en stor nok forskjell til å kunne konkludere med at det er et virksomt tiltak (Vanderwee et al. 2007).

Denne artikkelen er derfor uenig i Henderson sine anbefalinger om snuing hver time. Og dersom det ikke er noen annen medisinsk grunn til at pasientene bør snues oftere enn hver 4. time, bør man helst kanskje la pasientene ligge i fred og ikke vekke dem hver 2. time på natten? En kan også prøve å rykke litt i stikkklakenet til pasienten når han sover. Dette vil kanskje forhindre at pasienten våkner, men likevel forandre litt på trykkpunktene. Lindholm (2004) mener som sagt at pasientene som en grunnregel skal snues hver 2. time, eller hver 4. time dersom han ligger i 30 graders liggestilling. Men hun nevner også at hudtemperaturen øker hos sengliggende pasienter dersom de ligger så lenge som 2 timer. På dette grunnlaget anbefaler hun å forandre stillingen til pasienten etter en og en halv time eller hver time, som igjen er i tråd med Virginia Henderson sine anbefalinger.

4.2.2 Ulike stillinger

Sykepleieren må kjenne til prinsipper for stillingsfysiologi, riktige leier og støtteanordninger. Hun må kunne legge et menneske til rette i sengen slik at kroppen hviler i en god stilling og får den støtten som er nødvendig i de forskjellige leiene. Hun bør også kunne støtte opp en svak pasient som skal sitte i en stol og kunne forandre sittestillingen i stolen (Henderson 1997). Noe som er svært viktig når en skal hjelpe en pasient til å endre stillinger, er å forsikre seg om at pasienten ligger godt før en går ut av rommet. Pass også på at pasienten har ringesnoren innen rekkevidde. Kristiansen og Sætren (2002) mener i likhet med Henderson at sykepleier må ha kunnskap om ulike stillinger og leier som er riktige for hver enkelt pasient, og i boka *Behandling av kroniske sår: prosedyrehåndbok* beskrives fire stillinger som det kan være aktuelt å skifte mellom.

- Ryngleie

Her skal pasienten ha en liten pute under hodet og en stor pute på langs fra hodet og ned til korsryggen. Trykk på setet avlastes ved at en liten pute vekselvis legges under venstre og høyre hofte. Pass på at seteballene ikke ligger trykt inntil hverandre. Så legges en lang pute fra nedre del av lårene og ned til anklene, hælene skal være fri. En kan også bruke puter til å avlaste armene alt etter hvilken stilling pasienten har armene i. Eventuelt kan pasienten bruke en 30 graders pute dersom en har tilgang på det. Dette er en stilling jeg ofte ser pasienter som er disponert for å få trykksår ligger i. Det har ord på seg for å være en god stilling å ligge i. Det som er viktig i dette leiet er å passe på at pasienten varierer mye på trykkpunktene, og ikke ligger lenge i en stilling. Flere av de utsatte punktene på kroppen kan i følge Lindholm (2004) bli ekstra utsatt i denne stillingen dersom pasienten ikke ligger riktig.

- Liggende på siden

Pasienten skal ha en pute under hodet som ikke medfører knekk i nakken. Armen og skulderen som ligger nederst skal trekkes litt fram slik at skulderen er fri for vekten av kroppen. Den øverste armen skal ligge på en pute som ikke hemmer bevegeligheten i brystkassen. Beinene som ligger underst skal ligge strakt bakt med en tynn pute under leggen, slik at foten er fri. Øverste bein skal ligge lett bøyd på en stor pute for å unngå innadrotasjon. Foten skal være fri.

- Sittende i sengen

Pasienten er halvt sittende i sengen, og hjertebrettet er hevet. Hele sengen vikkes godt bakover, og fotenden knekkes. Det er ikke alle senger det er mulig å gjøre dette med, men dersom det er mulig er det en god stilling å sitte i. På denne måten vil hovedtrykket bli på baksiden av lårene. Denne stillingen er fin når pasienten skal spise, noe som kan være et utgangspunkt for å endre stilling i seg selv. Det går ikke an å ligge mens man spiser, og dersom pasienten ikke ønsker å sitte i en stol, kan han sitte i sengen. Så kan han kanskje sitte slik i en stund etterpå også. Men det er viktig her å passe på at det ikke blir for mye trykk på baken til pasienten.

- Mageleie

Dette er ikke en stilling som alle liker å ligge i, men mange synes den er behagelig. Det kan derfor være verdt et forsøk. Det bør også gjøres en vurdering av pasientens totale allmenntilstand før man velger mageleie, da det hemmer lungefunksjonen og gir nedsatt bevegelsesmulighet. Stillingen er kanskje ikke veldig aktuell hos eldre, men det kan være at noen ønsker å ligge slik. Pasienten skal føle seg behagelig og trygg, og det skal benyttes flat hodepute. For å unngå strekk i nakken når hodet dreies til siden, skal armen som nesen pekes mot ligge langs etter kroppen. Den andre armen bøyes over hodet med en pute som understøtter skulder og avlaster albue. Noen pasienter ønsker også en pute under magen for å utjevne svaien i ryggen. En skråpute skal legges fra knærne til anklene for å avlaste knær og føtter, og slik at føttene er fri. Denne stillingen gir god avlastning for baken.

4.2.3 Å komme seg opp av senga

Det vil være en fordel for pasienten om han kunne komme seg opp av senga en gang i blant. Helst hver dag. Dette må sykepleier være med å oppfordre til og hjelpe med. Ved å komme opp av senga vil pasienten få flyttet litt på trykkpunktene, og avlastet noen utsatte punkter på kroppen. Men her må man også ta hensyn til pasientens ønsker. Det kan bli litt vanskelig å

prioritere her hva man skal legge vekt på. Dersom pasienten ikke ønsker å sitte i stolen, kunne det kanskje være aktuelt å gjøre en avtale om at han ikke behøver å sitte så lenge oppe. Kanskje han er redd for å måtte sitte hele dagen? Det ville være bedre å sitte oppe i 2 korte perioder om dagen, enn 1 lang periode. Variasjon er et viktig stikkord her. At det veksles mellom trykkpunktene. Det er også svært viktig at pasienten får god informasjon om viktigheten av mobilitet i forhold til utviklingen av trykksår. Han ønsker vel på ingen måte å få et smertefullt trykksår i tillegg til sykdommen sin. Pasienten kan med andre ord også bli med å ta ansvar for å slippe unna trykksårene. Men det er viktig å ikke glemme at selv om han sitter i rullestolen må han skifte stillinger regelmessig. Det er viktig å variere vinkelen på rygg og fotstøtte ofte. Dette vil gi variasjon i trykkpunkter. En god regel kan være at en skal justere litt på støttene hver gang en går forbi en rullestol. Jeg har selv observert i praksis at mange pleiere bare setter pasientene i rullestolene sine, for så å ikke gjøre mer med de før de skal legge seg og hvile middag. Da har de sittet stille i opptil 6 timer før de får rørt seg igjen. Dette vil være en stor risikofaktor for å utvikle trykksår, da noen stoler har spisse kanter og harde sider mot lårene. Særlig dersom pasienten er overvektig og stolen ikke er tilpasset vedkommende.

4.2.4 Forflytningsteknikk

Forflytningsteknikk etter moderne metoder må alt nytt personale lære seg, og erfarne sykepleiere bør få oppfriskningskurs med jamne mellomrom. Ved forflytningene tar man hensyn til pasientens forutsetninger og muligheter i forhold til funksjon og diagnose. Utgangspunktet er at pasienten forflytter seg selv på naturlig måte (Lindholm 2004). Man skal altså aktivisere pasienten gjennom bruk av det friske bevegelsesmønsteret, og la pasienten gjøre mest mulig selv. Ved forflytning skal pasienten ifølge Oland (2001) løftes, ikke dras. Underlaget må være uten skrukker, og huden må ikke ligge i folder. Pasienten må plasseres slik at han ikke glir nedover i senga eller stolen, noe som gir friksjonsskade og vevsforskyvning. Ikke alle er enige i at pasienten skal løftes. I praksis brukte vi såkalte silkelaken eller sklilaken under stikklakenet. De ligner på et stikklaken, men har et glatt silkelignende stoff midt på. En kan også bruke en såkalt "sklikke", som er et glatt tøyestykke som en legger under pasienten. Disse gjør det lettere å dra pasienten opp i sengen, og å skifte stilling ved å dra pasienten. Dette sparer personalet for belastning. Det var på denne måten vi lærte at vi skulle forflytte pasienter på skolen også. En må bare passe på at underlaget ikke er skrukkete. Ifølge Henderson (1997) bør alle sykepleiere kunne bruke stikklaken når de skal

snu og løfte en pasient. Man bør også kunne mestre ulike tekniske hjelpemidler som gjør dette arbeidet lettere. Dette er Lindholm (2004) enig i. Hun nevner flere nyere hjelpemidler som kan forbedre forflytningsteknikk. I dag finnes det mange ulike hjelpemidler som en kan bruke for å forflytte pasienter, og det er viktig at sykepleier har kunnskap om hvor man kan få tak i slike hjelpemidler, og å sørge for å kunne bruke dem på riktig måte. Under forflytning kan man ikke bare tenke på pasienten, man må også tenke på seg selv, og at man ikke ødelegger sin egen kropp. Dette kan spare både pasient og sykepleier for unødvendige belastninger. Lindholm (2004) er også uenig med Olands anbefalinger om å løfte pasienten, hun mener at en skal dra med for eksempel stikklaken.

4.2.5 Motivasjon

For at pasienten skal kunne nyttiggjøre seg disse tiltakene, er det viktig å motivere han til det. Her har sykepleier en viktig oppgave i å informere om viktigheten av å komme seg opp av og til, og å på andre måter motivere pasienten til mobilisering. Ifølge Henderson (1997) skal sykepleier også oppmuntre og hjelpe pasienten til å arbeide selv for å bli så uavhengig som mulig når det gjelder å bevege seg. Dette er Lindholm enig i, og skriver at "Hver enkelt pasient som befinner seg i risikozonen for å få trykksår, trenger støtte og oppmuntring. Å se, lytte til og respektere pasienten er en grunnforutsetning for oppfølging av forebyggingen" (Lindholm 2004, s. 122). Motivasjon og tillitt går ofte hånd i hånd. Dersom pasienten virkelig stoler på sykepleieren, er han lett å motivere. McInerney (2008) konkluderer etter sin studie med at riktige tiltak og økt oppmerksomhet rundt temaet trykksår, kan redusere forekomsten av dem drastisk.

4.2.6 Oppfølging

Hos pasienter med trykksår er det viktig med en planlagt oppfølging (Gottrup og Alsbjørn 1996). Pasienten må følges regelmessig helt til trykksåret har grodd fullstendig. Dette er veldig viktig. Jeg har selv sett i praksis at etter at et sår har begynt å gro og er på bedringens vei, blir det ikke prioritert lenger, og ikke like godt behandlet. Det blir slurvet med sårskiftet og regelmessig forandring av stilling. Dette er selvsagt svært synd, da såret fort kan blusse opp igjen og bli verre. Det vil videre ifølge Gottrup og Alsbjørn (1996) være hensiktsmessig å informere og instruere alle pleierne om nødvendig pleie til pasienten, noe som er svært viktig. Dersom bare halvparten av sykepleierne følger opp prosedyren, er sjansene betydelig mindre for at såret vil gro. Forebygging av trykksår må være basert på både klinisk skjønn og på

systematisk risikovurdering (Langøen og Gottrup 2006). Målet til Bjørø og Kirkevold (2005) er at forebygging av trykksår skal inngå som en del av sykehjemmets internopplæring for alle sykepleiere, helsefagarbeidere og pleiemedhjelpere. Det burde også inngå som en fast del av introduksjonsprogrammene for nyansatte. Prosedyre for forebygging av trykksår burde være tilgjengelig på alle avdelinger på sykehjem, og alle avdelinger skulle hatt en sykepleier som utvikler ekspertise innenfor området forebygging og behandling av trykksår, og ivaretar funksjonen som ”hudombud”. Noen av disse målsetningene er oppnådd på sykehjemmet hvor jeg var i praksis. Der var det nemlig et såkalt hudombud. Men opplæring av nyansatte i forebygging av trykksår ble tatt mer uformelt av pleierne på avdelingen etter hvert.

5.0 KONKLUSJON

Trykksår er et svært vanlig problem i sykehjem, som i mange tilfeller kunne vært unngått med enkle tiltak fra sykepleiers side. Trykksår fører til smerter og ubehag for pasienten, de er ressurskrevende, og de gir en økonomisk belastning for sykehjemmene. Den enkleste og beste måten å forebygge at trykksår oppstår på, er trykkavlastning. Det finnes mange forskjellige puter og hjelpemidler en kan benytte for å trykkavlaste pasientens kropp. Disse bør sykepleier ha kunnskap om, og være i stand til å vurdere hvilke hjelpemidler som kan være aktuelle i den enkelte pasients tilfelle. Særlig er det viktig å bruke trykkavlastende madrasser, da disse avlaster så å si hele kroppen på en enkel måte. Dersom trykksåret har utviklet seg til å bli et åpent sår, er det viktig at sykepleier har kunnskap om de beste bandasjene på markedet. I alle fall bør hun vite hvor hun kan skaffe informasjon om dem. Ved forflytning er det viktig å forflytte i pasientens naturlige bevegelsesmønster. Silkelaken er et godt hjelpemiddel. De gjør det mulig å forflytte pasienten på en behagelig måte. I tillegg forebygger det belastningsskader hos pleierne. Å snu pasienten regelmessig er et viktig tiltak. Det bør vurderes i forhold til den enkelte pasients ressurser og tilstand hvor ofte en skal hjelpe pasienten å forandre stilling, men hver 4. time skal være nok dersom ikke annen grunn tilsier at det bør gjøres oftere. Det bør varieres mellom flere forskjellige stillinger, som mageleie, sideleie, ryngleie og sittende i sengen. Det viktigste er at pasienten ligger godt, og at unødvendig trykk ikke blir pålagt noen deler av kroppen. Dersom det ikke er noen medisinsk grunn til at pasienten må ligge, bør han komme seg opp av senga og mobiliseres så ofte som mulig. Helst hver dag. Sykepleier har her en viktig funksjon i å motivere og hjelpe pasienten med dette. Sykepleier har altså en viktig oppgave i å forebygge at denne type sår oppstår, og i behandlingen av allerede oppståtte trykksår.

6.0 LITTERATURLISTE

Bjøro, Karen; Kirkevold, Marit (2005) Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I: Kristoffersen, Nina Jahren; Nortvedt, Finn; Skaug, Eli-Anne (red.). *Grunnleggende sykepleie*, bind 4, s.149-183. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, Olav (2005) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Frain, Roxann (2008) Decreasing the Incidence of Heel Pressure Ulcers in Long-term Care by Increasing Awareness: Results of a 1-year Program. *Ostomy Wound Management*, 54(2):62-67.

* Fyrand, Ole (2007) *Hudsykdommer*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Gottrup, Finn; Alsbjørn, Bjarne (1996) Sår relatert til tryk/friktion. I: Gottrup, Finn; Olsen, Lars. *Sår: baggrund, diagnose og behandling*. s.182-190. København: Munksgaard.

* Henderson, Virginia (1997) *ICN Sykepleiens grunnprinsipper*. NSF-serien, 3.97. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Kirkevold, Marit (1998) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. 2.utg. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

* Kristiansen, Barbro; Sætren, Ragnhild (2002) *Behandling av kroniske sår: prosedyrehåndbok*. Oslo: Akribe Forlag AS.

* Langøen, Arne (2006) Hudens funksjon og oppbygging. I: Langøen, Arne. *Huden – pleie, pleiemidler og sårbehandling*, 3. utg., s.11-29. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Langøen, Arne (2006) Pleie av frisk hud i ulike aldersgrupper. I: Langøen, Arne. *Huden – pleie, pleiemidler og sårbehandling*, 3. utg., s.78-133. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Langøen, Arne; Gottrup, Finn (2006) Sårbehandling. I: Langøen, Arne. *Huden – pleie, pleiemidler og sårbehandling*, 3. utg., s.201-277. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lindholm, Christina (2004) *Sår*. 2.utg. Oslo: Akribe Forlag AS.

Mathisen, Jorunn (2006) Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I: Knutstad, Unni; Nielsen, Birthe Kamp (red.), *Sykepleieboken 2 – Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*, 2. utg., s. 21-38. Oslo: Akribe AS.

* McInerney, Joan A. (2008) Reducing Hospital-Acquired Ulcer Prevalence Through a Focused Prevention Program. *Advances in Skin and Wound Care*, 21(2):75-78.

* Müller, Kirsten (2005) Tryksår oppstår på plejehjem. *Sygeplejersken*, 105(11): 34-38.

* Nakagami, Gojiro; Sanada, Hiromi; Konya, Chizuko; Kitagawa, Atsuko; Tadaka, Etsuko; Matsuyama, Yutaka (2007) Evaluation of a new pressure ulcer preventive dressing containing ceramide 2 with low frictional outer layer. *Journal of Advanced Nursing*, 59(5):520-529.

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

* Tønnesen, Hanne Hjort (2006) Preparater til behandling av hud. I: Langøen, Arne. *Huden – pleie, pleiemidler og sårbehandling*, 3. utg., s.30-77. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Vanderwee, Katrien; Grypdonck, Maria H. F.; Bacquer, Dirk De; Defloor, Tom (2007) Effectiveness of turning with unequal time intervals on the incidence of pressure ulcer lesions. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1):59-68.

Wyller, Vegerd Bruun (2005) *Det friske og det syke mennesket: cellebiologi, anatomi, fysiologi, mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin. Bind V*. Oslo: Akribe AS.

* Yapucu Günes, Ülkü; Eser, Ismet (2007) Effectiveness of a Honey Dressing for Healing Pressure Ulcers. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 34(2):184-190.

* 3M Helse (2006) *Sårbehandling*. 3M Norge AS. Avdeling Helseprodukter. Kampen Grafiske.