



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Sjuksköterskans erfarenhet av att arbeta preventivt mot trycksår

- en litteraturstudie

Gunnel Bengtsson

Lisa Thulin

Handledare: Ann-Charlotte Holmgren

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona december 2015

Sjuksköterskans erfarenhet av att arbeta preventivt mot trycksår

Gunnel Bengtsson
Lisa Thulin

Sammanfattning

Bakgrund: I Sverige är det en prevalens på 16 procent gällande trycksår. Av de som ligger på sjukhus eller bor i särskilt boende ökar riskerna att drabbas av trycksår med 16.6 procent respektive 14.5 procent. Faktorerna som kan orsaka att ett trycksår uppstår är bland annat nedsatt hudstatus, inkontinens och undernäring. För patienten som får trycksår medför det en smärtsam upplevelse som i sin tur leder till en försämrad livskvalitet. Genom omvårdnaden som en sjuksköterska utför innefattar det prevention av trycksår. Därför är det av vikt att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av arbetet kring preventionen av trycksår.

Syfte: Beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att arbeta preventivt mot trycksår inom hälso- och sjukvården.

Metod: Litteraturstudie baserad på åtta vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats. Kvalitetsgranskning gjordes med hjälp av Olsson och Sörensens bedömningsmall för kvalitativa studier. Analysen gjordes med hjälp av Graneheim och Lundmans tolkning av innehållsanalys.

Resultat: Studiens resultat bygger på åtta vetenskapliga artiklar som ligger till grund för tre huvudkategorier och fem underkategorier. Huvudkategorierna var *sjuksköterskans erfarenhet av riskfaktorer, förutsättningar hos sjuksköterskan för fungerande trycksårsprevention och sjuksköterskans erfarenhet av samverkan*. Underkategorierna som framkom var planering av vård, attityder och kunskap av prevention, behov av resurser, teamarbetets betydelse och kommunikation mellan professioner.

Slutsats: Föreliggande studies resultat visade på att sjuksköterskor har relativt goda kunskaper om trycksårsprevention men att det av olika anledningar brister i omvårdnaden. Resultatet av denna studie kan ligga till grund för vidare forskning kring fungerande metoder av prevention mot trycksår samt validiteten av riskbedömningsinstrument. Det skulle kunna leda till en mer kontinuerlig och säker vård.

Nyckelord: Kvalitativ innehållsanalys, omvårdnad, prevention, sjuksköterskans erfarenhet, trycksår.

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	4
Trycksår	5
Prevention	6
Referensram	6
Syfte	7
Beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att arbeta preventivt mot trycksår inom hälso- och sjukvård.	7
Metod	8
Design	8
Datainsamling	8
Inklutions- och exklusionskriterier	9
Urval	9
Kvalitetsgranskning	9
Dataanalys	10
Resultat	11
Sjuksköterskans erfarenhet av riskfaktorer	11
Förutsättningar för fungerande trycksårsprevention	12
Planering av vård	12
Attityder och kunskap om prevention	14
Behov av resurser	17
Sjuksköterskans erfarenhet av samverkan	18
Teamarbetets betydelse	18
Kommunikation mellan olika professioner	20
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	23
Slutsats	27
Självständighet	28
Referenser	29
Bilaga 1 Databassökningar	33
Bilaga 2 Granskningsprotokoll	36
Bilaga 3 Artikelöversikt	37
Bilaga 4 Analysförfarande	39

Inledning

Trycksår är en vanligt förekommande åkomma världen över. Ousey (2010) beskriver att det uppskattas att fyra till 10 procent av de patienter som ligger på sjukhus i Storbritannien utvecklar trycksår. Moore (2004) och Jones (2013) beskriver trycksår som något som kan upplevas väldigt smärtsamt för patienten och ha inverkan på dess välbefinnande. Sving, Högman, Mamhidir och Gunningberg (2014) menar på att i Sverige är prevalensen av trycksår i hälso- och sjukvården 16 procent. Vidare menar Gunningberg, Mårtensson, Mamhidir, Florin, Muntlin Athlin och Bååth (2015) att ytterligare 16.6 procent av de som ligger på sjukhus och 14.5 procent av dem i särskilda boende löper risk för att utveckla trycksår. Av dessa är det mindre än en fjärdedel som får någon form av preventivvård (ibid). Utöver det ovannämnda är det också en kostnadsfråga. Ousey (2010) påstår att detta varje år kostar ca två till tre miljarder pund för Storbritannien.

Moore (2004) anser att utvecklingen av trycksår kan påverkas av och kopplas till sjuksköterskans attityd, utbildning och kunskap. Joseph och Davies Clifton (2013) hävdar att det är sjuksköterskans plikt att vara professionell inom ämnet omvårdnad och det är hennes ansvar att minska prevalensen av trycksår. Sjuksköterskor bör därför ha en ökad kunskap om hur trycksår kan förebyggas (ibid). Moore (2004) beskriver att ett framgångsrikt sätt att förebygga trycksår kan vara genom att hålla personalens kunskaper, färdigheter och attityder uppdaterade. I linje med det beskriver Aveyard (2014) vikten av att göra litteraturstudier då det idag finns mycket forskning, något som kan vara svårt för sjuksköterskan att hinna med. Genom en sammanställning av olika forskningsresultat blir det lättare att ta del av den och hålla sig uppdaterad (ibid). Rosén (2013) beskriver forskningen som en del i att kunna ge säker och evidensbaserad vård. Litteratursammanställningen klargör sjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med trycksårsprevention. Kunskapen och förståelsen av detta kan vara av betydelse för att främja säker och evidensbaserad omvårdnad inom hälso- och sjukvården.

Bakgrund

Sjuksköterskans ansvar kring prevention av trycksår

Enligt International Council of Nurses (ICN, 2014) baseras sjuksköterskans arbete på fyra

ansvarsområden; främja hälsa, förhindra sjukdom, arbeta fram en god hälsa och stilla lidandet hos patienter. Dessa ansvarsområden grundar sig i riktlinjer som handlar om omvårdnad, ledning, forskning och utbildning (ibid). Ett arbetssätt som främjar en god omvårdnad är de sex kärnkompetenserna vilka innefattar säker vård, personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, informatik och förbättringsarbete (Svensk sjuksköterskeförening, [SSF] 2014). Då sjuksköterskan enligt SSF (2014) har ett ansvar att ständigt föra utvecklingen framåt samt se till att ny forskning används är de sex kärnkompetenserna en bra resurs för att uppnå detta samt att utveckla sin skicklighet. Vidare menar SSF (2014) på att omvårdnaden är något som flera professioner i vården arbetar mot, vilket beskrivs av kompetensen samverkan i team. De beskriver att ett fungerande teamarbete med kompetenser som kompletterar varandra skapar säker vård vilket vidare leder till att trycksår förebyggs och förhindras (ibid).

Joseph och Davies Clifton (2013) visar i sin studie att sjuksköterskan utgör en central del i den kliniska praxisen av trycksårspreventionen. Vidare menar de att sjuksköterskan är skyldig att se och möta kraven hos sina patienter och förhindra att trycksår uppkommer (ibid). En studie av Spilsbury, Nelson, Cullum, Iglesias, Nixon och Mason (2007) visar på att patienter som har eller har haft trycksår upplevde det främst som smärtsamt och att det påverkade livskvaliteten. Vidare menar Spilsbury et al (2007) att patienterna i studien upplevde att livskvaliteten påverkades genom att det kommer vätska från såret, att de upplevde minskad självständighet samt att de isolerade sig från andra. Upplevelsen av att byta förband kunde också vara smärtsam på grund av vårdpersonalens olika tekniker och/eller att trycksåret upplevdes ömt (ibid).

Trycksår

Huden beskrivs av Sand, Sjaastad, Haug och Bjålie (2007) som människans största organ. Den har till uppgift att skydda mot mekanisk och kemisk påverkan, vätskeförlust, de skadliga strålarna från solen och reglerar även en del av kroppstemperaturen. Vidare beskriver Sand, Sjaastad, Huang och Bjålie (2007) att hudens uppbyggnad består av två lager: överhuden och läderhuden, läderhuden övergår sedan i underhuden. Efterhand som huden åldras blir huden mer känslig och risken för olika typer av sår ökar, bland annat trycksår (Gunningberg, Lindholm, Carlsson & Sjöden, 2001). Chou, Dana, Bougatsos, Blazina, Starmer, Reitel och Buckely (2013) menar på att utvecklingen av trycksår bland annat påverkas av faktorer som kognitiv svikt, nedsatt hudstatus, inkontinens och undernäring, Gunningberg et al (2001)

pekar också på vikten av att vara mobil då tryck på ett ställe under en längre tid ökar risken. Casey (2013) beskriver ett klassificeringssystem för trycksår som delas upp i fyra stadier. Det första stadiet beskriver hon som en icke bleknade rodnad inom ett begränsat område, stadie II som permanenta skador på huden, stadie III som ett sår som sträcker sig genom överhuden och läderhuden men med bevarade djupare vävnader, slutligen beskrivs stadie IV som ett sår som sträcker sig ner till muskler, senor eller ben samt att nekroser kan förekomma (ibid). Casey (2013) menar på att när det gått till stadie IV av ett trycksår finns det risk att patienten kan drabbas av osteomyelit, infektion eller inflammation i benet eller benmärgen (ibid).

Prevention

Det preventiva arbetet mot trycksår beskriver Chou et al (2013) som olika varianter av riskbedömningsinstrument, till exempel Braden scale, Norton scale och Waterlow scale. Gunningberg et al (2001) belyser att det riskbedömningsinstrument som tas upp i de svenska riktlinjerna är Norton scale. Den har sju underkategorier som visar på olika grad av risk för trycksår (ibid). De sju underkategorierna är det psykiska tillståndet, aktivitet, mobilitet, födo- och vätskeintag, inkontinens och det allmänna fysiska tillstånd en patient innehar. Andra former av prevention som beskrivs av Chou et al (2013) och som kontinuerligt ska övervakas är god hudvård, lägesändring, olika former av krämer och salvor samt hanteringen av inkontinens och näringstillstånd. Hur användandet av olika metoder kring prevention av trycksår ser ut beror på patientens egenskaper och dess inställning till vården (ibid). Gunningberg et al (2001) lyfter fram att madrasser och kuddar är något som används vid prevention av trycksår och är av stor vikt. Att se över så att det inte finns något som kan skapa friktion eller fukt samt att utbilda patienten och dess familj kring prevention nämns även (ibid). När det gäller prevention kring trycksår menar Moore och Price (2004) på att det ligger ett ansvar på hälso- och sjukvårdspersonal att det ska ske. Vidare menar de att det krävs nödvändiga färdigheter och kunskap kring trycksårsprevention samt att öka medvetenheten om att trycksår är ett problem. Sjuksköterskan har en viktig del att ansvara för när det gäller att få in nya kunskaper kring prevention av trycksår i klinisk praxis (ibid).

Referensram

En av de sex kärnkompetenserna är säker vård som Sherwood (2013) menar på att personal i hälso- och sjukvården ska arbeta efter. Inom detta område infaller att hälso- och sjukvårdspersonal ska eftersträva att minska riskerna för att händelser som kan medföra skador inträffa, både när det gäller patienter och personal (ibid). Socialstyrelsen (2013)

menar på att de vanligaste vårdskadorna uppkommer på grund av bristande kunskap och kompetens. Vidare menar Svensk sjuksköterskeförening ([SSF], 2014) att svag kommunikation mellan professioner också betraktas tillhöra de vanligaste orsakerna till att vårdskador förekommer. Om vårdsskadorna som inträffar minskar skulle det leda till minskat lidande för patienter i vården (ibid). Sherwood (2013) menar på att en del av säker vård är patientsäkerhet. Vidare beskriver Sherwood (2013) att arbetet kring säker vård ses över både på systemnivå och individuell nivå. När det gäller systemnivå granskas miljön och hur den är en bidragande faktor till att händelser skulle kunna inträffa och på individuell nivå beträffar det personal och patienter (ibid). Patientsäkerhetslagen (2010:659) syftar till att understödja patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Patienten ska av hälso- och sjukvårdspersonal visas omtanke och respekt. Axelsson (2011) anser att patientsäkerhet är ett svårdefinierat begrepp som kan tolkas på olika sätt. Däremot anser Axelsson (2011) att det syftar till att hindra att patienter utsätts för risker och skador. Öhrn (2012) beskriver att patientsäkerhet är en viktig hörnsten i hälso- och sjukvården. Vidare menar Öhrn (2012) på att det finns brister i patientsäkerheten som leder till vårdskador, inte bara i Sverige utan även i andra delar av världen. Prevalens av vårdskador visar på att det är ett världsomfattande problem (ibid). Öhrn (2012) beskriver också att delar av dagens patientsäkerhetsarbete är att rapportera när det inträffat en brist i säkerheten. Det kan leda till förbättrad vård och åtgärder för att undvika att likande händelse inte uppstår igen (ibid). Barnsteiner (2011) menar på att fokus ska ligga på vad som gick fel och inte vem som orsakade felet. Vidare menar Barnsteiner (2011) att de viktiga komponenterna för en säker vård är ett starkt och engagerat ledarskap samt delaktighet från personalen som präglas av kontinuitet. Genom gemensamma mål och värderingar samt ett välfungerande teamarbete stärks det ytterligare (ibid).

Syfte

Beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att arbeta preventivt mot trycksår inom hälso- och sjukvård.

Metod

Design

Studien genomfördes som en litteraturstudie där artiklar med kvalitativ ansats användes. En kvalitativ ansats beskriver Henricson och Billhult (2012) ha sin grund i en holistisk tradition och ser till att studera personers erfarenhet av ett visst fenomen. Data som insamlas används därför för att skapa en förståelse och inblick i det levda fenomenet genom tolkning (ibid). Vidare beskriver Olsson och Sörensen (2011) en litteraturstudie som en metod där data kommer från ett samlat resultat från litteratur, vanligtvis fem till sex vetenskapliga artiklar. De artiklar som används till resultatet får alltså ej förekomma i någon annan del av studien då de är informationskällan (ibid). Vidare beskriver Olsson och Sörensen (2011) att litteraturstudier ska göras med noggrannhet och trovärdighet för att återspegla resultatet i primärkällorna.

Datansamling

För insamling av relevant data användes databaserna Cinahl och Pubmed. I databaser finns artiklar samlade så att det ska vara lätt att söka och hitta (Karlsson, 2012). Karlsson (2012) skriver att Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied health Literature) innehåller framförallt underlag inom omvårdnad. Det finns referenser till över 3000 tidskrifter och utöver det referenser till böcker, avhandlingar och konferensmaterial (ibid). Vidare beskriver Karlsson (2012) Pubmed, en databas inriktad framförallt på medicin men även ämnen som omvårdnad. I Pubmed fanns det år 2011 mer än 20 miljoner referenser (ibid). Till studien har frisökningar, manuella sökningar och specialiserade sökningar utförts. De tre olika beskrivs av Karlsson (2012) som följande; en frisökning görs genom att söka på ett eller flera ord i sökrutan, resultatet blir då brett med artiklar som på något sätt innehåller sökordet. En manuell sökning kan till exempel göras genom en artikel som svarar till syftet, referenslistan i den kan då användas för att hitta fler artiklar (ibid). Slutligen menar Karlsson (2012) på att vid en specialiserad sökning används sökord som är indexerade; det innebär att i samband med att artikeln läggs upp så sparas uppgifter som källa, titel, författare, abstract, typ av artikel och ämnesord så att det ska kunna sökas på. I denna studie har ämnesord använts vid sökning, dessa söks genom Cinahl headings eller Medical subject headings (Mesh) (ibid).

Sökorden som användes för Cinahl var *Pressure ulcer, risk assessment, nursing knowledge, nurse attitudes, caring, prevention, nursing* och *decubitus ulcer*. För Pubmed användes *pressure ulcer, risk assessment, judgement, pressure sore, nursing assessment, perception* och *attitudes of health personnel*. Sökorden söktes först var för sig innan de kombinerades med booleska sökoperatörer, enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) krävs detta för att sökningen ska bli systematisk. Vidare menar Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) att genom att kombinera rätt sökord och termer avgränsas det området som granskas. Efter att ha sökt på sökorden var för sig användes i denna studie sökning med AND. Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) beskriver AND som en sökoperatör som avgränsar en sökning mellan två termer genom att båda termerna måste finnas med i referenserna.

Inklutions- och exklutionskriterier

De inklutionskriterier som valdes för studien var att artiklarna skulle vara på engelska, vara publicerade mellan åren 2000 och 2015 samt att de skulle vara peer-reviewed, vilket enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) innebär att artiklarna har blivit granskade av expertis inom området innan publicering. Utöver det skulle artiklarna rikta sig till vuxna personer, alltså personer över 18 år samt svara på syftet till studien. Resultat som handlar om kostnadsfrågor har exkluderats då kostnader för vården ser olika ut i olika delar av världen.

Urval

De databaser som användes var Cinahl och Pubmed. Totalt gav sökningarna 1567 artiklar varav 729 var från Cinahl och 838 var från Pubmed. Av sökningarna lästes först titlarna noggrant igenom varav de som svarade på syftet lästes vidare på abstraktnivå, detta motsvarade 136 artiklar från Cinahl och 135 från Pubmed. De som inte motsvarade studiens syfte sållades bort. Av de 271 artiklar som lästes på abstraktnivå valdes 20 artiklar från Cinahl och 22 från Pubmed att läsas i sin helhet (Se Bilaga 1). Efter att ha läst samtliga delar från artiklarna återstod det 17 artiklar som fortfarande svarade till syftet och följde inklutionskriterierna, dessa gick vidare till kvalitetsgranskning.

Kvalitetsgranskning

För kvalitetsgranskningen av artiklarna användes Olsson och Sörensens (2011) bedömningsmall för studier med kvalitativ metod (Se Bilaga 2). Alla kriterier i mallen förutom triangulering och kriteriet som riktade sig mot en specifik patientgrupp valdes att

granskas. Detta då triangulering inte fanns med i alla studier och patienternas perspektiv på området inte var av relevans för syftet. Detta var något som inte ansågs påverka resultatet. Artiklarna som valdes ut för granskning lästes igenom och sedan besvarades alla kvarvarande kriterier i bedömningsmallen. Poängen som delades ut för varje kriterie var mellan noll och tre poäng. Full poäng var 44 poäng och för att uppnå hög kvalitet krävdes enligt Olsson och Sörensen (2011) 80%, artikeln uppnådde då grad I. Efter kvalitetsgranskningen återstod åtta artiklar som var av hög kvalitet (Se Bilaga 3).

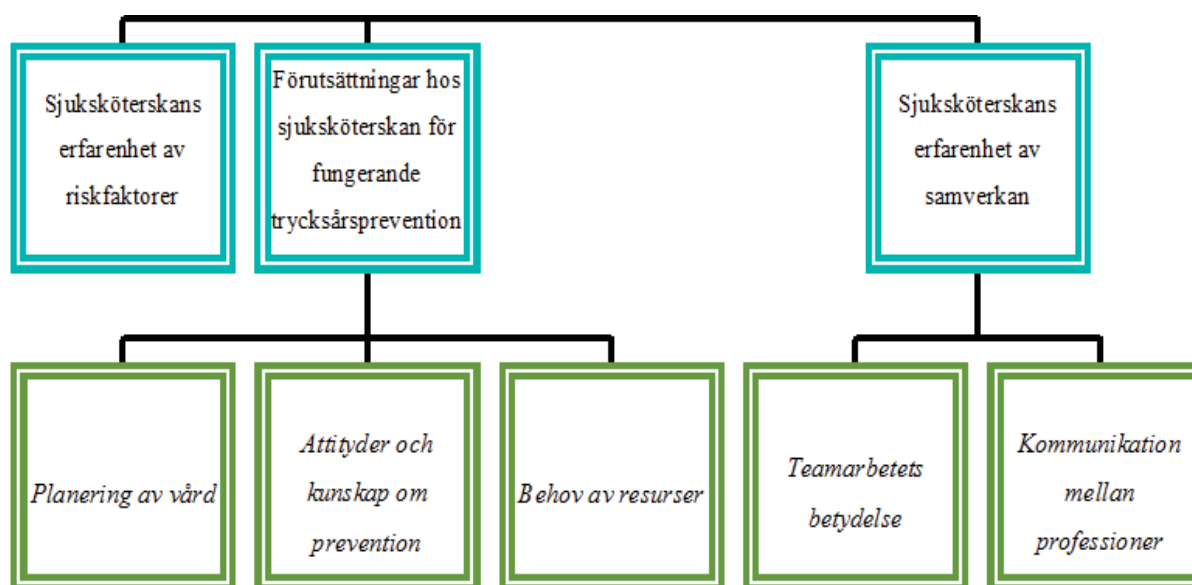
Dataanalys

För studien gjordes en manifest innehållsanalys. Olsson och Sörensen (2011) beskriver en innehållsanalys som en metod där utvalda artiklar analyseras och sammanställs till ett resultat. Vidare beskriver de att en manifest ansats innebär att data beskrivs textnära (ibid). Danielson (2012) beskriver att det sker en tolkning i båda ansatserna men att denna blir djupare vid en latent ansats. Som analysmetod valdes Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av en kvalitativ innehållsanalys.

För att få en förståelse och en helhetssyn på de valda artiklarnas resultat lästes de igenom enskilt upprepade gånger. Efter det diskuterades artiklarna för att få en ytterligare djupare och gemensam förståelse av dem. Graneheim och Lundman (2004) beskriver detta som det första steget i analysprocessen. Andra steget var att välja ut meningsenheter. En meningsenhet beskrivs som ord, meningar eller paragrafer som hänger ihop genom ett gemensamt innehåll (ibid). Meningsenheterna valdes ut enskilt, därefter kontrollerades de tillsammans för att sälla bort de som inte svarade på syftet och de som var för långa kortades ner. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att det är viktigt att meningsenheterna varken är för långa eller för korta då de blir svårare att arbeta med och risken för att viktig data faller bort ökar. När meningsenheterna var utvalda översattes de till svenska och kondenserades. Vid detta steg beskriver Graneheim och Lundman (2004) vikten av att hålla sig textnära och undvika tolkning så att studien återspeglar primärkällorna korrekt. Genom kondensering fås kärnan i meningsenheten ut (ibid). När meningsenheterna var kondenserade var nästa steg att koda dem. Koden förklarar innebörden av den kondenserade meningsenheten med ett eller flera ord (Graneheim & Lundman, 2004). Slutligen fördes koderna in i olika kategorier och underkategorier där meningsenheterna berörde samma ämne. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att varje kategori är unik och inga meningsenheter kan ingå i flera olika kategorier. Detta resulterade i tre huvudkategorier och fem underkategorier (Se Bilaga 4).

Resultat

Resultatet som framkom av analysen baserades på åtta olika vetenskapliga artiklar. Resultatet lyfter fram sjuksköterskans erfarenhet av preventivt arbete mot trycksår genom tre huvudkategorier och fem underkategorier (Se Figur 1). Kategorierna beskriver hur sjuksköterskan ur olika perspektiv ser på preventionen; I hur hennes erfarenhet av riskfaktorer skapar förutsättningar för att handla preventivt, II hur sjuksköterskan på ett individuellt plan tänker och agerar kring prevention och slutligen III hur sjuksköterskan arbetar tillsammans med andra i teamet för att nå bästa resultat.



Figur 1. Figuren visar sjuksköterskans erfarenheter av preventivt arbete mot trycksår i form av kategorier i blått och underkategorier i grönt.

Sjuksköterskans erfarenhet av riskfaktorer

Av sjuksköterskornas erfarenhet i artiklarna visade sig att diabetes, inkontinens, nutritionsproblem, dålig hudstatus, smärta, undervikt, fetma och imobilitet ansågs vara stora riskfaktorer för patienter att utveckla trycksår. Imobilisering sågs av sjuksköterskorna som en av de främsta riskfaktorerna för att utveckla trycksår. Därför var förlamade, obotligt sjuka samt sängliggande speciellt utsatta för att drabbas av trycksår. Likaså påpekades det i artiklarna att nedsatt nutrition var en vanlig riskfaktor och något som i tidigt skede sågs över vid ankomst till sjukhus. Sjuksköterskorna erfor att det var extra svårt att förbättra deras födointag i hemmet då inte samma resurser och möjlighet till tillsyn fanns som på sjukhus (Athlin, Idvall, Jernfält & Johansson, 2009; Johansen, Moore, Van Etten & Strapp, 2014;

Bergquist-Bering & Makosky Daley, 2011; Sving, Gunningberg, Högman & Mamhidri, 2012).

We check different criteria, such as skin, how they eat, if they are heavy or skinny, how mobile they are. (Funkesson, Anbäcken & Ek, 2007. Sid 1115)

Det var inte enbart de fysiska faktorerna som erfors av sjuksköterskorna i artiklarna vara risker för att utveckla trycksår utan även det psykologiska välbefinnandet. Att patienten var delaktig i sin egen vård nämndes minska risken för trycksår. De psykologiska faktorerna som påverkade risken att utveckla trycksår var kognitiva funktionsnedsättningar exempelvis demens, depression och patientens egen motivation. Välbefinnandet och sinnestillståndet erfors troligen mycket viktig för att trycksår inte ska utvecklas samt hjälpa patienten att återhämta sig och rehabiliteras (Athlin, Idvall, Jernfält & Johansson, 2009; Funkesson, Anbäcken & Ek, 2006).

Sjuksköterskorna i artiklarna såg sig själva som riskfaktorer då det visade sig att det rädde tydligt delade meningar mellan deras förmåga att bedöma graden av trycksår. Genom oklarhet över såren kunde det leda till att de utvecklades mer än vad det hade behövt göra. En del ansåg att det var första gradens trycksår medan andra bedömde det som en ökad risk för hudskada. Andra resonerade att inget skulle ske förrän patienten hade en kvarstående rodnad. En annan erfarenhet av riskfaktorer var den brist på information om egenvård som patienterna fick för att kunna utföra egenvård (Funkesson, Anbäcken & Ek, 2006).

Förutsättningar för fungerande trycksårsprevention

Planering av vård

För att kunna tillgodose patienterna med fungerande preventiv vård krävs det bland annat planering kring vården. Av den erfarenhet som sjuksköterskorna i artiklarna hade planerades preventionen av trycksår i snitt utifrån tre steg; I riskbedömning med bedömningsskalor, II klinisk bedömning och III vårdplanering. Av sjuksköterskornas erfarenhet framkom det att dessa steg samt hur och varför riskbedömningsinstrument användes varierade beroende på land, strukturen i verksamheten och sjuksköterskorna själva. Däremot framkom det att strukturerade arbetsmetoder var bidragande för säker vård då det resulterade i tidig upptäckt

av trycksår (Johansen, Moore, Van Etten & Strapp, 2014; Sving, Gunningberg, Högman & Mamhidri, 2012; Dellefield & Magnabosco, 2013; Bergquist- Beringer & Maskovsky, 2011; Athlin, Idvall, Jernfält & Johansson, 2009; Funkesson, Anbäcken & Ek, 2006).

Vikten av att använda formella bedömningsinstrument för att förebygga trycksår rådde det delade meningar mellan sjuksköterskorna i artiklarna huruvida viktigt det var för det slutliga resultatet. En del använde bedömningsskalor i kombination med en efterföljande klinisk bedömning. Genom att ta hjälp av ett formellt bedömningsinstrument belystes risken för trycksår och sedan gjordes en fullkroppsundersökning för att kunna göra en holistisk bedömning. De flesta var överens om att det var en viktig del av den preventiva vården av trycksår. De erfor att de var av vikt att göra en bedömning med eller utan instrument i samband med inläggning på sjukhus eller inskrivning i hemsjukvård. Att bedömningarna gjordes återkommande så att de var uppdaterade var också av vikt. I artiklarna nämnde en del sjuksköterskor att de endast använde bedömningsskalorna för att de var tvungna att visa evidensen på deras bedömning. Andra erfor att det var lättare med ett riskbedömningsinstrument då det hjälpte till att snabbare göra en helhetsbedömning av patienten. Vidare fanns det verksamheter där de inte användes utarbetade bedömningsskalor men det eftersträvades att införas. *"We are a bit at the starting line yet but we have thought about it"* (Johansen, Moore, Van Etten & Strapp, 2014, sid 373). Det fanns även dem som hade kunskapen och möjligheten men som ändå inte använde riskbedömningsinstrument. I de verksamheter där resultatet av riskbedömningen fördes in i datorsystem kunde detta vara en anledning till varför riskbedömningsinstrumenten inte användes. Sjuksköterskorna menade på att det var svårt att hitta i systemet samt att tidigare införda värden var svåra att hitta vilket gjorde att det kändes meningslöst (Johansen, Moore, Van Etten & Strapp, 2014; Sving, Gunningberg, Högman & Mamhidri, 2012; Bergquist- Beringer & Makosky, 2011; Dellefield & Magnabosco, 2013; Athlin, Idvall, Jernfält & Johansson, 2009).

Sjuksköterskorna i studierna hade erfarenhet om att planering var en viktig del i omvårdnadsprocessen. Studierna visade på att sjuksköterskorna direkt eller indirekt reflekterade över detta i sitt arbete. Vilket stöd vårdplanen gav rådde det återigen delade meningar om och deras erfarenhet visade på att det berodde på vem som gjorde dem. Sjuksköterskor från studierna upplevde att vårdplaner sågs som en god metod för att förebygga trycksår då arbetet blev snabbare och bättre gjort om det styrdes upp vad som skulle göras och vem som skulle göra det. Dock erfor de att vårdplanerna mest gjordes för att

de skulle göras och att de var oklara och dåligt uppdaterade. Däremot så var sjuksköterskorna noga med att upprätta en vårdplan vid befintliga trycksår eller om det utvecklades.

(Funkesson, Anbäcken & Ek, 2006; Johansen, Moore, Van Etten & Strapp, 2014; Dellefield & Magnabosco, 2013).

We are not so clever at prevention, but we are very good at treating wounds when they have originated. (Johansen, Moore, Van Etten & Strapp, 2014, sid 374.)

Attityder och kunskap om prevention

Sjuksköterskornas erfarenheter, attityder och kunskap om trycksårsprevention visades i studierna ha stor inverkan för de preventiva insatserna. Hade de dålig attityd och kunskap om ämnet blev kvaliteten på vården och prioriteringen av den lidande. Preventiva åtgärder beskrevs av sjuksköterskorna i artiklarna som något grundläggande för omvårdnaden. De sjuksköterskor i studierna som arbetade på sjukhus menade på att direkt vid inläggning gjordes en bedömning av patientens fysiska förmåga. De som ansågs vara riskpatienter såsom över- och underviktiga och visade tecken på rodnad upplevdes vara i direkt behov av preventiva åtgärder i form av lägesändring och/eller luftmadrass. Visades tecken på trycksår lades luftmadrass in direkt, med eller utan vändningsschema. I linje med att immobilisering erfors vara den främsta riskfaktorn ansåg både sjuksköterskor på sjukhus och i hemsjukvården att luftmadrasser var ett väldigt viktigt verktyg. Dock uttryckte de sjuksköterskor som varit i vården länge att det kan vara en fara med *för* bra utrustning då sjuksköterskorna blev bekväma med andra preventiva åtgärder (Dellefield & Magnabosco, 2013; Sving, Gunningberg, Högman & Mamhidri, 2012; Bergquist- Beringer & Makosky, 2011; Funkesson, Anbäcken & Ek, 2006; Johansen, Moore, Van Etten & Strapp, 2014).

People who come into nursing now haven't seen the really severe pressure ulcers and, as a result, they don't seem to appreciate the importance of pressure ulcer prevention due to their lack of experience. (Samuriwo, 2010a. Sid 14.)

The young students or junior staff nurses nowadays are really lucky because they've got pressure relieving mattresses as well, but they are not

aware that you've still got to turn the patients for comfort and relief.
(Samuriwo, 2010a. Sid 14.)

Utöver bedömningen och madrasserna benämndes inte fler preventiva åtgärder på sjukhus medan de i hemsjukvården nämnde flera. Det beskrevs att utöver de åtgärder som togs på sjukhus kunde mjuka föremål som fanns i hemmet så som kuddar, handdukar och filter utnyttjas för att vända och stötta upp patienten. Andra tidiga åtgärder som togs i hemsjukvården utöver vändningar var extra hudvård, mjukgörande krämer, massage, torr och ren hud, att inkontinensskydd av god kvalitet användes (Dellefield & Magnabosco, 2013; Sving, Gunningberg, Högman & Mamhidri, 2012; Bergquist- Beringer & Makosky, 2011; Funkesson, Anbäcken & Ek, 2006; Johansen, Moore, Van Etten & Strapp, 2014).

Den stora skillnaden mellan preventiva åtgärder på sjukhus och hemsjukvård var att vårdpersonal och patienter förväntades att informera sjuksköterskan vid eventuella misstankar om trycksår. Först vid rapporterad misstanke kontrollerade sjuksköterskan huden. Anhöriga beskrevs vara uppskattade och vara en tillgång då de kunde hjälpa till att inspektera och rapportera. (Bergquist- Beringer & Makosky, 2011; Sving, Gunningberg, Högman & Mamhidri, 2012; Funkesson, Anbäcken & Ek, 2006; Dellefield & Magnabosco 2013; Athlin, Idvall, Jernfält & Johansson, 2009.)

Sjuksköterskorna i studierna visade på bristande prevention genom att åtgärder sattes in först när de redan hade trycksår eller var i riskzonen. Somliga var också inkonsekventa på hur de använde sina metoder för trycksårsprevention (Sving, Gunningberg, Högman & Mamhidri, 2012; Funkesson, Anbäcken & Ek, 2006.)

We never do that [have turning schedules or have them at the patient's bedside], only in special cases when the relatives request it, so they can check that it's being managed. (Sving, Gunningberg, Högman & Mamhidri, 2012. sid 1299.)

Kunskap och kompetens erfors vara väsentligt för vårdpersonal för att kunna förebygga och behandla trycksår. Hur mycket kunskap sjuksköterskorna hade varierade och ansågs bero på utbildning, erfarenhet och var du arbetade som sjuksköterska. Sjuksköterskorna uttryckte i artiklarna att säkerheten på vården berodde på dem själva, annan vårdpersonal samt

patienterna. Många uttryckte att de hade för lite utbildning inom området och därför inte förstod vikten av arbetet. De ansåg även att utbildningen inte var anpassad för de olika yrkeskategorierna som arbetade inom området. Trots detta fanns det dem som menade på att den teoretiska utbildningen inte hade någon större inverkan utan att det var erfarenheten i praktiken som spelade roll. Detta var något som växte fram efter hand som de fick erfarenhet då de sett och behandlat ett långt framskridit trycksår. Genom att arbeta med trycksår insåg de vikten av preventionen och värderade det högre (Funkesson, Anbäcken & Ek, 2006; Bergquist- Beringer & Makosky, 2011; C; Johansen, Moore, Van Etten & Strapp, 2014; Samuriwo, 2010a).

Sjuksköterskorna i artiklarna erfor att hur högt värde som sattes på en uppgift hade betydelse för hur effektivt uppgiften utfördes. Deras värderingar påverkade således utvecklingen av trycksår. Vården blev en risk för trycksår när det inte uppmärksammades, vilket sjuksköterskorna medgav när de hävdade att de inte såg trycksår som ett stort problem i dagens sjukvård. Dock upplevde de själva att de la ett högt värde på preventionen och därför var förutseende och kunde handla snabbare. Vidare menade de på att det var långt ifrån alla som var lika motiverade och lade ett högt värde på prevention (Athlin, Idvall, Jernfält & Johansson, 2009; Samuriwo, 2010b; Dellefield & Magnabosco 2013; Funkesson, Anbäcken & Ek, 2006; Samuriwo, 2010b).

Some nurses, like myself, are interested in wound care and prevention, but other nurses are not interested, because it's not a sexy subject.
(Samuriwo, 2010b. Sid 12.)

En bidragande faktor som sjuksköterskorna nämnde som motiverande var att se ett trycksår läka.

The reward of seeing a high-grade pressure ulcer healing was also cited as a tremendous motivating factor for nurses. (Samuriwo, 2010a. Sid 14)

Vidare menade de även att feedback från verksamheten och patienterna hade en betydande effekt. Genom att få positiv kritik kände de att de gjorde rätt och blev motiverade till att fortsätta medan de tappade intresset för preventionen när de fick klagomål eller blev förbisedda (Samuriwo, 2010a; Dellefield & Magnabosco, 2013)

Behov av resurser

Något som nämndes genomgående i studierna för fungerande prevention var vikten av goda resurser i form av tid, utrustning, personal, prioritering inom verksamheten och vårdmiljön. Sjuksköterskorna hade erfarenhet av att tidsbristen påverkade arbetet genom att de inte hann med att lägga så mycket fokus på preventionen som de skulle önska. Istället fick mycket läggas över på undersköterskorna. De flesta menade på att de hade den utrustning som krävdes men att den inte användes på grund av tidsbrist. Med brist på personal fick sjuksköterskorna ansvar för fler patienter vilket ledde till ytterligare tidsbrist och att preventiva åtgärder som de ville och kunde utföra inte blev gjorda. Detta sågs framförallt på helgerna när det drogs ner på personal. Från avdelningschefernas håll sågs det som en prioriteringsfråga och de menade på att tiden fanns men att sjuksköterskorna prioriterade bort den (Samuriwo, 2010b; Athlin, Idvall, Jernfält & Johansson, 2009; Bergquist- Beringer & Makosky, 2011; Dellefield & Magnabosco, 2013).

I don't know if the nurses' prioritization, especially the low priority attached to pressure area care, is related to the amount of time that they have spent in nursing, or if nurse education nowadays does not highlight the importance of the fundamentals of nursing care. (Samuriwo, 2010b. Sid 13)

Vårdmiljön som resurs var också bristande då sjuksköterskorna ansvarade för vårdplatserna. För många sjuksköterskor var detta en stor press och det krävdes mycket tid för att kunna hantera vårdplatserna (Samuriwo, 2010b).

*“Who can you move?” And when you say “I can't move any of my patients because they are not ready,” the senior nurses say, “Oh, well who's the best candidate to be moved? That patient will have to go somewhere else because **you have got to have this other patient here!** Just choose the one who will make the least noise about being moved and transfer them!””. (Samuriwo, 2010b. Sid 13)*

Vidare erfors det att vårdmiljön hade betydelse för trycksårsutvecklingen då olika verksamheter medförde olika risker. Sjuksköterskorna i artiklarna menade på att personal på

sjukhus och i hemsjukvården hade olika fokus. På sjukhusen lades fokus på sjukdom och behandling medan det erfors att vikten lades på den grundläggande omvårdnaden inom hemsjukvården. Patienterna ansågs även vara i ett sämre skick, både fysiskt och psykiskt när de var inlagda på sjukhus. Sjuksköterskorna trodde därför att det fanns större risk för utveckling av trycksår på sjukhus. (Athlin, Idvall, Jernfält, Johansson, 2009).

Sjuksköterskans erfarenhet av samverkan

Teamarbetets betydelse

En av de faktorer som erfors vara ett framgångskoncept i arbetet med trycksårsprevention var teamarbetet. Sjuksköterskorna i artiklarna ansåg att engagemang från de som var inblandade i vården var viktigt. De påpekade även vikten av flera professioners kunskap för att arbeta förebyggande mot trycksår. Både undersköterskan, sjukgymnasten och arbetsterapeuten kunde ses som en resurs i arbetet kring trycksårsprevention. Sjukgymnasten och arbetsterapeuten lärde ut förflyttningsteknik till både vårdpersonal och patient för att undvika friktion. För att teamarbete med flera professioner ska fungera poängterade sjuksköterskorna i studierna att kontinuitet hade inverkan för utvecklingen av trycksår. Om för mycket personal blev inblandade i en enskild patients vård kunde det i slutändan leda till försummelse. Av sjuksköterskornas erfarenhet visste ingen vem som var ansvarig och det blev ett misslyckande i vårdkedjan. (Dellefield, Magnabosco, 2013; Athlin, Idvall, Jernfält, Johansson, 2009; Bergquist- Beringer & Makosky, 2011; Sving, Gunningberg, Högman & Mamhidir, 2012).

En viktig del av teamarbetet erfors av sjuksköterskorna i artiklarna vara arbetet mellan sjuksköterskorna och undersköterskorna. Sjuksköterskorna ansåg att prevention mot trycksår hade en låg status och lade därför över det på undersköterskans ansvar. Detta då de erfarna undersköterskorna upplevdes vara experter inom området. I de verksamheter där samarbetet mellan sjuksköterskorna och undersköterskorna var bra diskuterade de patienternas behov. Sjuksköterskorna i artiklarna kände tillit mot undersköterskorna och kände att arbetet kring preventionen, vilket innefattade bedömningar, observationer, se över tidigare anteckningar om eventuella trycksår samt preventiva åtgärder, blev utfört. Sjuksköterskorna hade inte bara tillit till att undersköterskorna utförde nämnda uppgifter utan de förväntade sig även att de skulle rapportera patientens status (Athlin, Idvall, Jernfält, Johansson, 2009; Sving, Gunningberg, Högman & Mamhidir, 2012; Dellefield & Magnabosco, 2013).

Sjuksköterskorna i studierna erfor att de oftast försökte utföra omvårdnadsarbetet tillsammans med undersköterskorna men när arbetsbelastningen var stor utförde undersköterskorna vården på egen hand. Sjuksköterskorna beskrev att de var beroende av en undersköterska som hade kompetens av bedömning och rapportering. I samarbete där undersköterskorna hade mycket ansvar krävdes det en god kommunikation mellan dem och sjuksköterskorna.

It's important that we are working towards the same goal and that they [the ANs] see that. I usually try to explain what I'm thinking, if I give a report, not just that this one or that one has a turning schedule, but to explain why, that maybe this or that will happen if we do it this way, so they see that we have a goal. (Sving, Gunningberg, Högman & Mamhidir, 2012. Sid 1299)

Det visade sig av erfarenhet att det inte var så i alla fallen. Flera undersköterskor nämnde att de gjorde bedömningar som de sedan rapporterade vidare till sjuksköterskorna vid eventuell risk. Trots rapport från undersköterskorna var det sällan sjuksköterskorna själva såg på patienten utan de litade blint på undersköterskornas bedömning. Detta innebar även att de undersköterskor som saknade erfarenhet och var i behov av stöd från sjuksköterskorna inte fick detta. Med tanke på att det ofta var undersköterskorna som gjorde bedömningarna på egen hand erfors detta försena sjuksköterskans involvering om beslut av behandling samt leda till avsaknad eller irrelevant dokumentation om såret (Sving, Gunningberg, Högman & Mamhidir, 2012; Samuriwo, 2010b; Athlin, Idvall, Jernfält, Johansson, 2009).

I've done it loads of times, you turn a patient, and you see they've got a mild or worsening pressure ulcer. When you ask the qualified (nurse) to have a look at the patient's skin, the nurse just says: "Oh, pop a dressing on it" (Samuriwo, 2010b. Sid 13.)

Flera av sjuksköterskorna från studierna hade tidigare arbetat som undersköterskor. Av erfarenhet ansåg dessa att undersköterskor fick för lite utbildning kring trycksårsprevention bortsett ifrån att de blev tillsagda att titta efter rodnad och att vända patienten.

Undersköterskorna beskrev att de förväntades av dem att de kunde ge passande vård trots deras knapphändiga utbildning kring prevention av trycksår. Det nämndes även att

sjuusköterskorna och undersköterskorna från studierna erfors ha olika perspektiv på trycksårspreventionen. Undersköterskorna ansågs utföra specifika grundläggande omvårdnadsuppgifter medan sjuusköterskorna skulle ha ett mer holistiskt perspektiv på trycksårspreventionen. Trots detta samt deras knapphändiga utbildning lades ett stort ansvar över på undersköterskorna (Sving, Gunningberg, Högman & Mamhidir, 2012, Dellefield & Magnabosco, 2013; Samuriwo, 2010a; Athlin, Idvall, Jernfält, Johansson, 2009).

Kommunikation mellan olika professioner

Sjuusköterskorna i artiklarna visade erfarenhet av att en god kommunikation är en grundläggande faktor i arbetet med prevention mot trycksår då det är många inblandade. Hur sjuusköterskorna kommunicerade med andra professioner varierade, till exempel kunde det vara genom diskussioner med teammedlemmar, via e-mail, veckoronder samt gruppmöten mellan olika professioner. Ett moment i vården där det erfors vara bristande kommunikation och informationshantering var när det skulle ske en förflyttning mellan olika avdelningar eller till boende i kommunen. Informationen om patientens vård gavs via telefon och skriftligen men det var sällan som det fanns information om trycksår inkluderat. Det fanns en brist på rutiner kring detta ämne och betonades som ett allvarligt problem i vårdkedjan. Bristen låg bland annat i att arbetet i kommun och på sjukhus styrdes av olika myndigheter. Sjuusköterskorna i artiklarna betonade vikten av att det borde finnas rutiner om vad som ska rapporteras, till vem och hur, både muntligt och skriftligt. Förflyttning mellan olika verksamheter ansågs vara en riskfaktor då det inte fanns någon som hade ansvar för patienten och dess trycksår (Dellefield & Magnabosco, 2013; Athlin, Idvall, Jernfält, Johansson, 2009).

Diskussion

Metoddiskussion

För att svara till syftet utfördes en litteraturstudie med kvalitativ ansats. Olsson och Sörensen (2011) menar på att en litteraturstudie är vanligt för kandidatuppsatser. Axelsson (2012) menar vidare på att det är på en lagom nivå då kandidatuppsatsen syftar till att introducera forskning som ämne genom att kunna söka och sammanställa information. Ofta har studenten/studenterna liten eller ingen förkunskap om det valda forskningsområdet och det är därför lämpligt att göra en litteraturstudie (ibid). Tiden för en kandidatuppsats är även begränsad och en empirisk studie är tidskrävande (Danielson, 2012). En svaghet med vald

metod kan vara att resultatet redan beskrivits tidigare. Dock menar Axelsson (2012) och Rosén (2013) på att det ständigt kommer ny forskning som sjukvården inte skulle hinna med att ta del av om den inte samlades. Därför ansågs det att det ändå var en bra metod som kunde bidra med samlad forskning till hälso- och sjukvården. Fördelen med att studien gjordes med kvalitativa artiklar var att det undersöker den levda erfarenheten (Henricson & Billhult, 2012). En av artiklarna hade mixad metod vilket Borglin (2012) beskriver som en metod som är både kvalitativ och kvantitativ. Artikeln användes ändå då den var tydligt uppdelad så att endast den kvalitativa informationen kunde tas ut.

För att samla in relevanta artiklar användes Cinahl och Pubmed. Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) beskriver dessa som störst inom omvårdnadsområdet. Vidare menar de på att det krävs sökning i flera databaser för att få en bred sökning. Artiklar söktes endast i två databaser vilket kan ses som en svaghet men eftersom att Willman et al (2011) beskriver att Cinahl och Pubmed är störst ansågs det att det fanns täckande information i dem.

Sökningarna utfördes på flera olika sätt för att generera så brett resultat som möjligt. Detta gjordes genom fritextsökningar, manuella sökningar och specialiserade sökningar. Dessa menar Karlsson (2012) kompletterar varandra för ett brett resultat. Vidare menar Karlsson (2012) på att databaser använder olika ämnesord, därför valdes olika sökord för Cinahl och Pubmed. Sökorden söktes först var för sig och sedan tillsammans med den booleska sökoperatorm AND. Willman et al (2011) beskriver att AND avgränsar sökningen och gör den mer specifik. OR och NOT användes inte för studien då OR fungerar som breddande och NOT exkluderande. Willman et al (2011) beskriver att försiktighet bör iaktas med NOT då den kan exkludera mer än förväntat. OR användes inte heller då det som tidigare nämnt istället användes flera olika synonymer, olika kombinationer av sökorden samt flera sökningar i båda databaserna för att få bredd.

För att begränsa sökningarna efter syftet valdes ett antal inklutions- och exklusionskriterier, inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara på engelska, vara publicerade inom år 2000 och 2015, att de skulle vara peer reviewed samt handla om vuxna över 18 år. Exklusionskriterierna var att de inte fick handla om kostnader. Axelsson (2012) menar på att begränsningar till språk kan vara en brist för sökningen då relevanta artiklar kan sällas bort. Dock måste artiklarna kunna förstås språkligt för att sedan förstås innehållsmässigt vilket stödjer beslutet att utesluta artiklar på andra språk. Årtalet begränsades för att få så ny

forskning som möjligt, vilket Rosén (2013) och Axelsson (2012) menar kommer hela tiden. Spannet ner till år 2000 valdes för att få ett brett sökresultat och minska risken för att relevant information föll bort. Dock slutade det med att den äldsta artikeln som användes i resultatet var skriven år 2007. Nästa kriterie var att de skulle vara peer reviewed, Willman et al (2012) beskriver detta som en kvalitetsindikator då de blivit granskade av experter inom området. Att studierna skulle handla om personer över 18 år var för att det ska handla om den allmänna sjuksköterskans erfarenhet och inte barnsjuksköterskans. Kostnadsfrågor exkluderades då sjukvården ser olika ut i olika delar av världen och all sjukvård inte kostar. Det ansågs även att kostnaderna inte var något som i stor utsträckning påverkade sjuksköterskornas erfarenhet av att förebygga trycksår.

Kvalitetsgranskningen gjordes utifrån Olsson och Sörensens (2011) bedömningsmall för kvalitativa studier då den hade klara kriterier som gav lite utrymme för tolkning. Fritolkning anses enligt Willman et al (2011) vara en riskfaktor för kvalitetsgranskningen. Därför genomfördes kvalitetsgranskningen gemensamt för att minimera denna risk så mycket som möjligt samt att endast artiklar med hög kvalitet valdes till studien. Ur Olsson och Sörensens (2011) bedömningsmall för kvalitativa studier togs två kriterier bort, dessa var triangulering och kriteriet som riktade sig mot en specifik patientgrupp. Triangulering valdes att inte granskas då alla artiklar inte innehöll detta. Att inte granska triangulering upplevdes inte ha någon inverkan för kvaliteten däremot så hade det kunna sänka kvaliteten på de som inte innehöll triangulering vilket var irrelevant. Att ta bort kriteriet som var riktat mot en specifik patientgrupp var för att patienternas perspektiv på området inte var av relevans för studiens syfte.

Utifrån kvalitetsgranskningen framkom åtta artiklar som hade ursprung i Sverige, Storbritannien, USA, Norge och Irland. Helman (2007) beskriver att hälso- och sjukvården ser olika ut i olika länder. Däremot är den snarlik i västerländska länder (ibid). Efter att ha läst de olika artiklarna ett flertal gånger ansågs det inte ha någon större påverkan för resultatet att de kommer från olika länder. Snarare visar det på att det är ett utbrett problem över världen. Då alla länder i studierna är västerländska visar det också på att resultatet fortfarande kan vara representativt. Två av artiklarna hade samma författare vilket skulle kunna ses som en brist då det kan påverka resultatet. Dock bedömdes det att det inte hade någon betydelse för resultatet då artiklarna hade olika syften.

Dataanalysen gjordes utifrån en manifest innehållsanalys med hjälp av Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av kvalitativ innehållsanalys. Detta då Graneheim och Lundmans (2004) tolkning speglar en enkelhet i innehållsanalysen som är lätt att förstå. Vid en innehållsanalys görs en tolkning av ett resultat (Olsson och Sörensen, 2011). Detta kan göras på olika nivåer beroende på hur mycket subjektiv tolkning som vägs in (ibid). Manifest betyder att det textnära beskrivs vad texten handlar om. Danielson (2012) menar på att det alltid förekommer någon form av tolkning, vare sig studien är manifest eller latent. Därav valdes det att stanna på manifest nivå då det eftersträvades att beskriva så textnära som möjligt. Dock finns det risk för tolkning men inte så pass att det blir latent. Utifrån Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av den kvalitativa innehållsanalysen valdes meningenheter ut som sedan kondenserades, kodades, och kategoriserades. Genom att läsa igenom artiklarna flera gånger och tillsammans diskutera försäkrades vad som var viktigt för studien samt att de inte gavs utrymme för större tolkning. Efter att meningenheter valdes ut översattes de till svenska. Detta kan ses som en brist då det finns risk för att viktigt innehåll kan falla bort eller misstolkas. För att minimera risken så långt som möjligt användes svensk-engelskt lexikon vid översättning.

Resultatdiskussion

Resultatet visar på att sjuksköterskor i stor utsträckning har kunskap om prevention mot trycksår men att den av olika anledningar inte appliceras fullt ut i verksamheterna. När preventionen brister, brister även säkerheten i vården och det skapas onödigt lidande för patienterna. De delar av den preventiva vården som enligt resultatet inte fungerar fullt ut och som är av betydelse för en säker vård är de olika bedömningar som görs, sjuksköterskornas attityd och värdering av det preventiva arbetet samt teamarbetet.

I resultatet framkom det att sjuksköterskorna hade olika erfarenhet av att tolka och bedöma trycksår samt när det var lämpligt att sätta in åtgärder för det. Genom deras olika tolkning av trycksåren påverkades preventionen och såren utvecklades mer än vad de hade behövt. I linje med detta menar Maylor (2006) på att en del av förvirringen vid sårbedömning av olika slag kan bero på att det görs både en subjektiv och en objektiv bedömning. Detta kan vara en anledning till sjuksköterskornas olika syn på trycksår och vidare tolkning. Blir inte bedömningen ordentligt utförd skulle det kunna leda till bristande patientsäkerhet. Maylor (2006) menar även på att misstolkningar skulle kunna minska med hjälp av färdiga formulär med tydliga rubriker som alternativ. Det skulle kunna göra att det inte läggs lika mycket vikt

på den enskilda sjuksköterskans förmåga att bedöma ett trycksår. Hade detta applicerats i alla verksamheter hade det kunna leda till högre giltighet av bedömningen samt högre kontinuitet i det preventiva arbetet i hälso- och sjukvården då det observerade blir mer objektivt.

Vidare framkom det i resultatet att bedömningsinstrument snarare kompletterar än ersätter en klinisk bedömning. Detta framkommer även i Coulter Smith, Smith och Crow (2013) studie som beskriver vikten av riskbedömningsinstrument men mot kritisk sjukdom, vilket skulle kunna tänkas appliceras även på trycksårsprevention. Det visade sig även i resultatet att strukturerade instrument gör det lättare att hitta kärnan i vad som är viktigt att bedöma för en fungerande prevention samt att det snabbare sätts in åtgärder vilket styrks av både Maylor (2006) och Coulter Smith et al (2013). Detta skulle kunna öka både förutsättningarna för att kunna gå vidare i processen av preventionen och upprätta en vårdplan samt förutsättningarna för en säker vård. I resultatet framkom det att vårdplaner kunde underlätta omvårdnadsarbetet för att sjuksköterskorna då visste vad som skulle göras och vem som skulle göra det. Det ansågs att prevention snabbare kunde sättas in och ge ett bättre resultat om stöd från en vårdplan fanns. Detta resultat får stöd i Tolmie och Smiths (2002) studie som beskriver att det kan vara fördelaktigt med en vårdplan då all information om patienten är samlad. Däremot beskriver de att det inte finns någon evidens om att vårdplaner förbättrar omvårdnaden eller om det endast ger ett mer strukturerat och logiskt synsätt på omvårdnaden (ibid). Dock kan det anses att vårdplaner är av betydelse vilken anledning de än används av då det bara kan bli bättre. Det skulle också kunna vara möjligt att vårdplanerna blir bättre om sjuksköterskor i större utsträckning använder dem då de blir mer uppdaterade och kontinuerliga.

Trots att både Coutler et al (2013) och Maylor (2006) anser att det krävs strukturerade riskbedömningar visar både resultatet och vetenskapen på delade meningar om dess vikt. Resultatet visade på att användandet av strukturerade riskbedömningsinstrument varierade på grund av olika orsaker, däribland verksamheten, organisationen och sjuksköterskans egen attityd och kunskap. Det rådde stor oklarhet huruvida bedömningsinstrumenten var tillförlitliga eller ej. Resultatet som visade på goda erfarenheter av bedömningsinstrument menade på att de i ett tidigare skede kunde identifiera trycksår vilket även nämns i Chaves, Grypdonck och Defloor (2010) studie. De menar på att olika former av bedömningsinstrument och protokoll ger ett förbättrat resultat och en minskning på 50 procent av prevalensen av trycksår (ibid). Tannen, Balzer, Kottner, Dassen, Halfens och Mertens (2010) anser att användandet av olika riskbedömningsinstrument behövs för att

minska både de risker i sjukvården som kan medföra uppkomsten av trycksår samt de kostnader som trycksår medför (ibid). Det beskrivs även i resultatet att detta skulle kunna leda till en säkrare vård.

Trots att det finns en stark uppmuntran att följa de internationella riktlinjer som råder kring riskbedömningsinstrument för att ge en god preventiv vård finns det studier som pekar på motsatsen (Bååth, Idvall, Gunningberg & Hommel, 2014). Magnan och Maklebust (2009) menar på att det finns tvivel kring riskbedömningsinstrument när det finns ett avstånd mellan den bedömning som genomförs och de verkliga åtgärder som utförs (ibid). Resultatet visade på att det många gånger gjordes en bedömning med strukturerade bedömningsinstrument och en vårdplan upprättades bara för att de var tvungna men att de senare inte följdes eller blev inaktuella. Chaves, Grypdonck och Defloor (2010) beskriver att för att bedömningsinstrument ska vara effektiva krävs det att bedömningen kontinuerligt uppdateras så att den är aktuell. Det skulle därför kunna ses att hälso- och sjukvården måste fortsätta arbeta med hur bedömningsinstrumenten används så att de faktiskt utgör den nytta de är avsedda för.

Då det råder sådan tvetydighet angående riskbedömningsinstrument är det därför svårt att avgöra hur viktiga de är. Det går heller inte att avgöra om sjuksköterskorna i resultatet gör fel eller inte i att använda sig av bedömningsinstrumenten. Det som är viktigt att tänka på är att vare sig de används eller ej måste någon form av prevention sättas in. Utan det orsakas mycket lidande hos patienten samt en försämrad livskvalitet (Spilsbury et al 2007). Resultatet visade att i de flesta fallen så upptäcktes trycksåren i någorlunda tid vare sig de använde sig av bedömningsinstrument eller inte men det fanns fortfarande fall där det upptäcktes försent. I dagens vård bör det inte finnas utrymme för den typen av misstag. ICN (2014) beskriver att sjuksköterskans grundläggande uppgifter ligger i att främja hälsa, förhindra sjukdom samt arbeta fram god hälsa och stilla lidande. Genom att upptäcka trycksår försent kan det anses att sjuksköterskan har misslyckats i sin roll. Ett misslyckande av sjuksköterskan leder till lidande hos patienten, bristande livskvalitet samt stora kostnader för hälso- och sjukvården (Spilsbury et al, 2007; Ousey, 2010). Eftersom att prevalensen enligt Gunningberg et al (2015) fortfarande är på 16.6 procent på sjukhus och 14.5 procent i särskilda boenden i Sverige så kan det ses som en möjlighet att förbättra den siffran genom högre kontinuitet. Barnsteiner (2011) beskriver att det är en viktig del av den säkra vården. Ökar kontinuiteten angående hur

bedömningsinstrumenten används och synen på dem kan säkerheten öka och prevalensen av trycksår minska.

En annan aspekt som lyftes i resultatet var sjuksköterskornas personliga värderingar påverkan på det preventiva arbetet. Genom att värdera trycksårsprevention lågt sköts problemet längre fram och preventiva åtgärder vidtogs ej. Drayton och Weston (2015) beskriver att personliga värderingar har stor betydelse för sjuksköterskans arbete. De definierar värderingar som det som beskriver vad som är viktigt och värt att sträva efter (ibid). Utifrån resultatet kan det visa på att i de fall där trycksårsprevention inte utfördes värderades det inte. Det framkom att sjuksköterskorna då hellre la över arbetet på undersköterskorna för att istället göra något som ansågs viktigare. Vidare beskriver Drayton och Weston (2015) att de personliga värderingarna kan påverka de professionella värderingarna. De menar på att om de personliga värderingarna skulle skilja sig från de professionella eller verksamhetens värderingar så går sjuksköterskan ofta på sina egna (ibid). Det skulle kunna ses utifrån föreliggande studies resultat att sjuksköterskorna var påverkade av sina personliga värderingar och därför inte utförde omvårdnaden professionellt. Det kan därför anses ännu viktigare att det finns gemensamma mål och värderingar i teamet och verksamheten som Barnsteiner (2011) beskriver. I grunden menar Koch, Proynova, Paech och Wetter (2014) samt Horton, Tschudin och Forget (2007) att sjuksköterskan utöver grundkompetensen i professionen utgår från moraliska värderingar och välvilja. Horton et al (2007) anser dock att det är något som kan sättas åt sidan när sjuksköterskan blir otillfredsställd med sitt arbete, till exempel att resurser av olika slag inte finns. Detta kan innebära att i dagens läge med tidsbrist och underbemanning finns det stor risk för att uppgifter som sjuksköterskan själv värderar lågt bortprioriteras på grund av stress. Att sjuksköterskor inte värderar risker hänger även nära ihop med hur säker vården är (Sveriges kommuner och landsting [SKL], 2014). SKL (2014) menar på att värderingar och attityder till säkerhet har stor betydelse. Det finns alltså flera faktorer som påverkas av sjuksköterskornas personliga värderingar. Hälso- och sjukvården skulle därför behöva tänkas arbeta mer systematiskt och ta med sjuksköterskorna på ett annat sätt i organisationen vilket styrks av SKL (2014). Genom att bli mer vaksamma på sjuksköterskornas attityder och värderingar kan de uppmärksammas och deras värderingar skulle kunna användas positivt istället för att vändas negativt. Det skulle då kunna mynna i att det tydligare framgår var en verksamhet brister och när värdet för prevention minskar. I resultatet så lyftes det att genom erfarenhet av

trycksår ökade kunskapen och vikten som lades vid det. Arbetade verksamheten mer med prevention skulle det kunna innebära att värdet på preventionen ökade efterhand.

I resultatet framlyfts även vikten av ett välfungerande teamarbete som en viktig del av arbetet kring prevention mot trycksår. Det framgick att sjuksköterskorna gärna delegerade uppgiften om prevention till undersköterskan, detta trots att de erfors brista i uppgiften.

Undersköterskorna ansågs ha tillräcklig kunskap om trycksår och prevention men inte riktigt hur de skulle omsätta den i klinisk praxis vilket även Källman och Suserud (2009) nämner i sin studie. Att det förväntade teamarbetet inte fungerade som tänkt och att ett stort ansvar läggs på undersköterskorna trots att de erfors ha bristande kompetens kan ses som en säkerhetsbrist och ökad risk för vårdskador. Socialstyrelsen (2013) menar på att brist på kunskap och kompetens är en av de största riskerna för brister av säker vård. I resultatet ansågs det att undersköterskorna skulle behöva en ökad kunskap och utbildning samt att det skulle öka medvetenheten och stödja kompetensen som redan fanns, vilket även Moore (2004) beskriver i sin studie. Det skulle även kunna bidra till en säkrare vård. Vidare menar Moore (2004) på att om det råder låg kunskap om trycksår medför det en höjd prevalens. Moore (2004) beskriver även att enbart utbildning förändrar inte det som sker i klinisk praxis men det ökar medvetenheten om problemet och att något måste göras. En kombination av ytterligare utbildning inom området och en ökad klinisk erfarenhet skulle därför kunna tänkas vara av vikt för att stärka upp teamet. Detta då SSF (2014) menar på att hela teamet brister om en del inte fungerar. Enligt Gunningberg et al (2015) finns det tvetydiga resultat om vårdpersonal har tillräcklig kunskap kring trycksår eller inte. En del studier anser att det finns tillfredsställande kunskap samtidigt som andra forskare påstår motsatsen (ibid). Med tanke på resultatet kan detta innebära att den teoretiska kunskapen finns men att den inte omsätts i klinisk praxis.

Slutsats

I den här studien har sjuksköterskans erfarenhet av preventivt arbete mot trycksår inom hälso- och sjukvård beskrivits. Att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av detta var av vikt då det fortfarande förekommer trycksår i dagens hälso- och sjukvård. Trycksår skapar mycket och onödigt lidande hos dessa patienter samt visar på att vården brister i säkerhet. Av studien framkom att sjuksköterskan har relativt goda kunskaper om vad som bör göras och hur det ska utföras för att förhindra trycksår. Dock finns det olika anledningar till varför preventionen

brister. Då oenigheten kring hur preventionen ska bedömas, planeras och utföras var så stor ansågs det viktigt att samla denna information. På så sätt kan sjuksköterskor i verksamheten på ett enkelt sätt ta del av den här forskningen. Det skulle kunna leda till att de får en annan bild av trycksårspreventionen och dess värde och därav prioritera det annorlunda. Kunskapen kring ämnet skulle även öka. De skulle också kunna få en överblick av vad som brister och vad som kan förbättras, både av den enskilda sjuksköterskan och teamet. Den här studien kan ligga till grund för vidare forskning av prevention mot trycksår för att reda ut vilka metoder som faktiskt fungerar och validiteten av riskbedömningsinstrument. Då det råder sådan oenighet om vad som fungerar bäst och hur det används i olika verksamheter och länder kan det bidra till en mer samlad vård som är kontinuerlig och kan erbjuda patienterna en säkrare vård.

Självständighet

Denna litteraturstudie har både Lisa Thulin och Gunnel Bengtsson bidragit med genom att ha suttit tillsammans samtliga tillfällen för att lättare kunna diskutera och samarbeta kring arbetet. Artiklarna söktes fram gemensamt och lästes sedan var för sig för att sedan diskuteras och analyseras tillsammans. Gunnel Bengtsson har haft huvudansvaret för bakgrunden samt Bilaga 2 och 3 medan Lisa Thulin har haft huvudansvaret för metoden, Bilaga 1 och 4 samt Figur 1. Övriga delar i arbete har gjorts tillsammans.

Referenser

- Athlin, E., Idvall, E., Jernfält, M. & Johansson, I. (2009). Factors of importance to the development of pressure ulcers in the care trajectory: perceptions of hospital and community care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2252-2258.
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care: A Practical Guide*. Maidenhead: Open University Press.
- Axelsson, E. (2011). Patientsäkerhet och kvalitetssäkring i svensk hälso- och sjukvård- En medicinsrättslig studie. M. Dahlberg (Red.) *Skrifter från juridiska fakulteten i Uppsala*. Uppsala: Författarna ochustus förlag.
- Axelsson, Å. (2012) Litteraturstudie. I: Granskär, M. & Höglund- Nielsen, B. (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (203-220) Lund: Studentlitteratur.
- Barnsteiner, J. (2011). Teaching the culture of safety. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16 (3) 1.
- Bergquist-Beringer, S. & Makosky Daley, C. (2011). Adapting Pressure Ulcer Prevention for Use in Home Health Care. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing society*, 38, (2), 145-154.
- Borglin, G. (2012). Mixad metod- en introduktion. I: Henricson, M (Red.). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. (269-287) Lund: Studentlitteratur.
- Bååth, C., Idvall, E., Gunningberg, L. & Hommel, A. (2014). Pressure-reducing interventions among persons with pressure ulcers: results from the first three national pressure ulcer prevalence surveys in Sweden. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20 (1). 58-65
- Casey, G. (2013). Pressure ulcers reflect quality of nursing care. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 19 (10), 20-24.
- Chaves, L.M., Grypdonck, M.H. & Defloor, T. (2010). Protocols for pressure ulcer prevention: are they evidence-based?. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (3), 562-572.
- Chou, R., Dana, T., Bougatsos, C., Blazina, I., Starmer, A.J., Reitel, K. & Buckley, D.I. (2013). Pressure ulcer risk assessment and prevention: a systematic comparative effectiveness review. *Annals of Internal Medicine*, 159 (1). 28-38.
- Coulter Smith, M. A., Smith, P. & Crow, R. (2013) A critical review: a combined conceptual framework of severity of illness and clinical judgement for analysing diagnostic judgements in critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 784-798.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I: Henricson, M (Red.). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. (329- 343) Lund: Studentlitteratur.

- Dellefield, M.E. & Magnabosco, J.L. (2014). Pressure ulcer prevention in nursing homes: Nurse descriptions of individual and organization factors. *Geriatric Nursing*, 35, (2), 97-104.
- Drayton, N. & Weston, K.M. (2015). Exploring values in nursing: generating new perspectives on clinical practice. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 33, (1), 14-22.
- Funkesson, K.H., Anbäcken, E-M. & Ek, A-C. (2007). Nurses' reasoning process during care planning taking pressure ulcer prevention as an example. A think-aloud study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, (7), 1109-1119.
- Granheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Gunningberg, L., Lindholm, C., Carlsson, M. & Sjöden, P. (2001). Risk, prevention and treatment of pressure ulcers—nursing staff knowledge and documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15 (3). 257-263.
- Gunningberg, L., Mårtensson, G., Mamhidir, A-G., Florin, J., Athlin Muntlin, Å. & Bååth, C. (2015) Pressure ulcer knowledge of registered nurses, assistant nurses and student nurses: a descriptive, comparative multicenter study in Sweden. *International Wound Journal*, 12, (4) 462-468.
- Helman, C.G. (2007). *Culture, health and illness*. London: Hoder Arnold.
- Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I: Henricson, M (Red.). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. (129-137) Lund: Studentlitteratur.
- Horton, K., Tschudin V. & Forget, A. (2007). The value of nursing: a literature review. *Nursing Ethics*, 14, (6), 716-740.
- International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Johansen, E., Moore, Z., Van Etten, M. & Strapp, H. (2014). Pressure ulcer risk assessment and prevention: What difference does a risk scale make? A comparison between Norway and Ireland. *Journal of Wound Care*, 23, (7). 369-378.
- Jones, D. (2013). Pressure ulcer prevention in the community setting. *Nursing Standard*, 28 (3), 47-55.
- Joseph, J. & Davies Clifton, S. (2013). Nurses' knowledge of pressure ulcer risk assessment. *Nursing Standard*, 27 (33), 54-60.
- Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I: Henricson, M (Red.). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. (95- 113) Lund: Studentlitteratur.

Koch, S., Proynova, R., Paech, B. & Wetter, T. (2014). The perfectly motivated nurse and the others: workplace and personal characteristics impact preference of nursing tasks. *Journal of Nursing Management*, 22, 1054–1064.

Källman, U. & Suserud, B-O.(2009). Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment- a survey in a Swedish healthcare setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23 (2), 334-341

Magnan, M.A. & Maklebust, J. (2009). Braden Scale risk assessments and pressure ulcer prevention planning: what's the connection?. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 36 (6). 622-634

Maylor, M. E. (2006) Establishing nurses' preferences in wound assessment: a concept evaluation. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 444–450

Moore, Z. (2004). Pressure ulcer prevention: nurses knowledge, attitudes and behavior. *Journal of Wound care*, 13 (8), 330-334.

Moore, Z. & Price, P. (2004). Nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (8), 942-951.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Ousey, K. (2010). Pressure ulcers: understanding the challenges of promoting quality. *British Journal of Nursing*, 19 (12), 755-760.

Rosén, M. (2013). Evidens och evidensbaserad vård. I: Leksell, J. & Lepp, M. (Red.) *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (201-217). Stockholm: Liber.

Samuriwo, R. (2010 a). Effects of education and experience on nurses' value of ulcer prevention. *British Journal of Nursing*, 19, (20) 8-18.

Samuriwo, R. (2010 b). The impact of nurses' values on the prevention of pressure ulcers. *British Journal of Nursing*, 19, (15), 4-14.

Sand, O., Sjaastad, Ø.V., Haug, E. & Bjålie, J.G. (2007). *Människokroppen-Fysiologi och anatomi*. Stockholm: Liber

SFS 2010: 659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Riksdagen

Sherwood, G.(2013). Drivkrafter för kvalitet och säkerhet- att förändra tänkesätt för att förbättra hälso- och sjukvården. I: Sherwood, G. & Barnestiner, J. (Red.), *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnaden-sex grundläggande kärnkompetenser* (28-49). Lund: Studentlitteratur

Socialstyrelsen. (2013). *Tillsynsrapport 2013- Hälso- och sjukvård och socialtjänst*. <http://register.ivo.se/publiceratmaterial/rapporter/Documents/Tillsynsrapport-2013.pdf>. Hämtad: 2015-11-17.

Spilsbury, K., Nelson, A., Cullum, N., Iglesias, C., Nixon, J. & Mason, S. (2007). Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: hospital inpatient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (5), 494-504.

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Strategi för att utveckla vården*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Sveriges kommuner och landsting, SKL (2014). *Vad är patientsäkerhet?* <http://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/vadarpatientsakerhet.821.html> hämtad: 2015-11-17

Sving, E., Högman, M., Mamhidir, A-G. & Gunningberg, L. (2014). Getting evidence-based pressure ulcer intervention into practice: a multi-faceted unit-tailored intervention in a hospital setting. *International Wound Journal*, 1-10.

Sving, E., Gunningberg, L., Högman, M. & Mamhidir, A-G. (2012). Registered nurses' attention to and perceptions of pressure ulcer prevention in hospital settings. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1293-1303.

Tannen, A., Blazer, K., Kottner, J., Dassen, T., Halfens, R. & Mertens, E. (2010). Diagnostic accuracy of two pressure ulcer risk scales and a generic nursing assessment tool. A psychometric comparison. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1510-1518.

Tolmie, E.P. & Smith, L.N. (2002). A study of the prevention and management of pressure sores. *Clinical effectiveness in nursing*, 6, (3-4), 111-120.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad, en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Öhrn, A. (2012). *Measures of Patient Safety- Studies of Swedish Reporting systems and Evaluation of an Intervention Aimed at Improved Patient Safety Culture*. (Avhandling för doktorandsexamen). Linköping Universitet.

Bilaga 1 Databassökningar

Tabell 1. Visar en översikt av litteratursökningar i Cinahl

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
S1. Pressure Ulcer (Cinnahl Hedings)	10304	150928	-	-
S2. Risk Assessment (CH)	59237	150928	-	-
S3. Nursing Knowledge (CH)	7627	150928	-	-
S1 AND S2 AND S3	32	150928	-	-
S1 AND S2 AND S3 med begränsningar*	16	150928	16	6
S1. Pressure Ulcer (CH)	10304	151001	-	-
S2. Risk Assessment (CH)	59237	151001	-	-
S3. Caring (CH)	6114	151001	-	-
S1 AND S2 AND S3	1	151001	-	-
S1 AND S2 AND S3 med begränsningar*	1	151001	1	1
S1. Pressure Ulcer (CH)	10304	151005	-	-
S1. Nurse Attitudes (CH)	20767	151005	-	-
S1 AND S2	108	151005	-	-

S1 AND S2 med begränsningar*	78	151005	78	9
S1. Pressure Ulcer (CH)	10304	151005	-	-
S2. Nurse Attitudes (CH)	20767	151005	-	-
S3. Risk Assessment (CH)	59237	151005	-	-
S1 AND S2 AND S3	13	151005	-	-
S1 AND S2 AND S3 med begränsningar*	10	151005	10	1
Pressure Ulcer AND Prevention AND Nurses' attitudes (Fritext) med begränsning*	54	151007	4	0
Risk Assessment Pressure Ulcer (Fritext) med begränsning*	138	151007	9	2
Pressure Ulcer AND Risk Assessment AND Nursing med begränsning*	261	151007	10	1
Decubitus Ulcer AND Risk Assessment AND Nursing med begränsning*	2	151007	2	0
Nurse Attitudes AND Pressure Ulcer med begränsning*	72	151007	3	0
Nursing AND Pressure Ulcer AND Attitude med begränsning*	97	151007	3	0
*begränsning på publication year 2000- 2015, English language, research article, peer reviewed				

Tabell 2. Visar en översikt av litteratursökningar i PubMed

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
S1. Pressure Ulcer/Nursing (Mesh Termer)	2292	150928	-	-
S2. Risk Assessment (MT)	190306	150928	-	-
S1 AND S2	248	150928	-	-
S1 AND S2 med begränsningar*	178	150928	83	16
S1. Judgement (MT)	13821	150930	-	-
S2. Pressure Ulcer/Nursing (MT)	2292	150930	-	-
S3. Risk Assessment (MT)	190306	150930	-	-
S1 AND S2 AND S3	6	150930	-	-
S1 AND S2 AND S3 med begränsningar*	4	150930	0	0
S1. Pressure Sore/Nursing (MT)	2292	150930	-	-
S2. Risk Assessment (MT)	190306	150930	-	-
S1 AND S2	248	150930	-	-
S1 AND S2 med begränsningar*	178	150930	0	0
S1. Pressure Ulcer/Nursing (MT)	2292	151001	-	-
S2. Risk Assessment (MT)	190306	151001	-	-
S3. Nursing Assessment (MT)	30897	151001		
S1 AND S2 AND S3	164	151001	-	-
S1 AND S2 AND S3 med begränsningar*	112	151001	34	0
S1. Pressure Ulcer/Nursing (MT)	2292	151005	-	-
S2. Risk Assessment (MT)	190306	151005	-	-
S3. Perception/Nursing (MT)	3	151005	-	-
S1 AND S2 AND S3	0	151005	0	0
S1. Pressure Ulcer (MT)	10103	151005	-	-
S2. Attitudes of health personnel (MT)	126522	151005	-	-
S1 AND S2	207	151005	-	-
S1 AND S2 med begränsningar*	159	151005	18	6
*Begränsningar på publication year 2000-2015, English Language, Journal Article				

Bilaga 2 Granskningsprotokoll

Olsson & Sörensen (2011) Bedömningsmall för studier med kvalitativ metod (Modifierad)

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt(syfte, metod, resultat=3p).	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (antal, beskrivning, representativet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Bortfall	Ej angivet	>20%	5-20%	<5%
Bortfall med betydelse för resultat	Analys saknas/ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultat	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 44p)				

Bilaga 3 Artikelöversikt

Tabell 3. Visar en översikt av analyserade artiklar

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Athlin, E., Idvall, E., Jernfält, M. & Johansson, I. Augusti, 2009 Sverige	Factors of importance to the development of pressure ulcers in the trajectory: Perceptions of hospital and community care nurses	Intervjustudie med öppna intervjuer med kompletterande frågor. Kvalitativ innehållsanalys.	30 personer intervjuades.	Hög
Bergqvist-Beringer, S. & Daley-Maskosky, C. April 2013 USA	Adapting pressure ulcer prevention for use in home health care	Fokusgrupper med semi-strukturerade intervjuer.	Nio personer intervjuades	Hög
Dellefield, M. E. & Magnabosco, J. L. Oktober, 2013 USA	Pressure ulcer prevention in nursing homes: Nurse descriptions of individual and organizational level factors	Kvalitativ och kvantitativ metod. Kvalitativa delen gjordes genom tvärsnittsintervjuer som analyserades genom innehållsanalys.	16 personer intervjuades	Hög
Funkesson, K.H., Anbäcken, E. & Ek, A. September, 2007 Sverige	Nurses' reasoning process during care planning taking pressure ulcer prevention as an example. A think-aloud study	Kvalitativ design med enskilda intervjuer med en metod som kallas think-aloud.	11 personer intervjuades	Hög

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Johansen, E., Moore, Z., Van Etten, M. & Strapp, H. Juli, 2014 Norge & Irland	Pressure Ulcer risk assessment and prevention: What difference does a risk scale make? A comparison between Norway and Ireland	Deskriptiv kvalitativ design med semistrukturerade intervjuer som analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys	14 personer intervjuades, nio st från Norge och 5 från Irland	Hög
Samuriwo, R. Augusti 2010 Storbritannien	The impact of nurses' values on the prevention of pressure ulcers	Semi- strukturerade intervjuer grundat på Straussian grounded theory	16 personer intervjuades	Hög
Samuriwo, R. November, 2010 Storbritannien	Effects of education and experience on nurses' value of ulcer prevention	Semi-strukturerade intervjuer grundat på Straussian grounded theory	16 personer intervjuades	Hög
Sving, E., Gunningberg, L., Högman, M-A & Mamhidir, A-G. Maj, 2012 Sverige	Registered nurses' attention to and perceptions of pressure ulcer prevention in hospital settings	Kvalitativ och kvantitativ ansats användes. Den kvalitativa delen gjordes genom enskilda intervjuer. Analyserades manifest och latent.	Nio personer intervjuades	Hög

Bilaga 4 Analysförfarande

Tabell 4. Visar en översikt av analysprocessen

Meningsenhet	Översättning	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Decreased physiological condition and morbidity such as circulatory disturbance, diabetes mellitus, hip fracture and stroke were factors considered to contribute to the progression of PU. Others were thinness, obesity, pain, infection, incontinence, fever and skin condition.	Försämrat fysiskt tillstånd och sjuklighet så som cirkulationssvikt, diabetes mellitus, höftfraktur och stroke var faktorer som ansågs vara bidragande för utvecklingen av trycksår. Andra var undervikt, fetma, smärta, infektion, inkontinens, feber och hudstatusen.	Försämrat fysiskt tillstånd, sjukdomar och andra faktorer ansågs vara bidragande för utvecklingen av trycksår.	Bidragande faktorer		Sjuksköterskans erfarenhet av riskfaktorer.
RNs stated that structured working methods ensured safe nursing care and resulted in early identification of patients at risk for PUs.	Legitimerade sjuksköterskor uttryckte att strukturerade arbetsmetoder försäkrade säker omvårdnad och resulterade i tidig upptäckt av patienter med risk för trycksår.	Strukturerade arbetsmetoder försäkrade säker vård	Säker vård	Planering av vård	Förutsättningar för fungerande trycksårsprevention
The participants stated that the value placed on pressure ulcer	Deltagarna påstod att värdet de la på trycksårsprevention hade en direkt inverkan på	Värdet för trycksårsprevention hade direkt inverkan på	Högt värde	Attityder och kunskap om prevention	Förutsättningar för fungerande trycksårsprevention

prevention had a direct impact on the care that was delivered to maintain the patients' skin integrity. Nurses who placed a high value on pressure ulcer prevention care were felt to be more proactive and quicker to implement preventive measures than those with a lower value.	vården de gav för att bevara patienternas hud. Sjuksköterskor som la ett högt värde på trycksårpreventionsvård uppfattades vara mer förutseende och snabbare att implementera preventiva åtgärder än de som la ett lågt värde.	vården. Sjuksköterskor som la ett högre värde var mer förutseende och snabbare.			
Most of the participants felt that nurses had very little time to participate in "hands-on" patient care because they were forced to prioritize the drug round and the doctor's ward round.	De flesta deltagarna kände att sjuksköterskorna hade väldigt lite tid för förebyggande patientvård eftersom att de var tvungna att prioritera medicindelning och läkarens avdelningsrund.	Kände att sjuksköterskorna hade lite tid för förebyggande patientvård	Tid	Behov av resurser	Förutsättningar för fungerande trycksårprevention
Lack of routines about information transfer related to pressure ulcer was underlined as a serious problem. The informants pointed out a lack of agreement	Brist på rutiner om informationsöverföring i samband med trycksår underströks som ett allvarligt problem. Informanterna pekade ut en brist på avtal mellan alla	Brist på rutiner angående informationsöverföring.	Brist på rutiner	Kommunikation mellan professioner	Sjuksköterskans erfarenhet av samverkan

between all parties involved in the trajectory of care regarding such routines.	inblandade parter i vårdkedjan angående vården som kräver sådana rutiner.				
The RNs expected the ANs to report the patients' status. They also expected them to provide basic nursing care.	Sjuksköterskorna förväntade sig att undersköterskorna skulle rapportera patienternas status. De förväntade sig också att de skulle ge grundläggande omvårdnad.	Sjuksköterskorna förväntade sig att undersköterskorna rapporterade och gav grundläggande omvårdnad.	Förväntningar	Teamarbetets betydelse	Sjuksköterskans erfarenhet av samverkan