

**TRYCKSÅRSPREVENTION INOM AKUTSJUKVÅRD & FAKTORER SOM
PÅVERKAR GENOMFÖRANDET AV PREVENTIVA ÅTGÄRDER**

En litteraturöversikt

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning akutsjukvård,
60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 18-05-22
Kurs: HT16

Författare:
Marika Eriksson
Maira Frost

Handledare:
Taina Sormunen

Examinator:
Anna Ekwall

SAMMANFATTNING

På Sveriges akutmottagningar ökar vistelsetiden för varje år och väntan på vårdplats kan bli lång. Längre vistelsetider ökar risken för vårdskador såsom trycksår. Vårdskador innebär lidande för patienten, förlänger vårdtiden och leder till ökade kostnader för hälso- och sjukvården. Akutsjuksköterskans preventiva omvårdnadsarbete minskar onödigt lidande och för tidig död. Trots att trycksår till stor del går att förebygga har det varit svårt att minska dess förekomst.

Syftet var att beskriva det trycksårspreventiva arbetet inom akutsjukvård samt belysa vilka faktorer som kan påverka utförandet av detta arbete.

Som metod valdes litteraturöversikt. Artikelsökningar genomfördes i databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO med sökord som bedömdes kunna svara på syftet. Sökningarna resulterade i att 20 vetenskapliga artiklar publicerade 2008-2017 inkluderades.

Bearbetningen av artiklarna resulterade i tre huvudkategorier: Riskbedömning och dokumentation, Det trycksårspreventiva arbetet och Faktorer som påverkar trycksårsprevention. Resultatet visade på en varierad förekomst av trycksårsprevention inom akutsjukvård, där flera faktorer påverkar dess utförande. Trycksårspreventiva åtgärder reducerar andelen trycksår vilket talar för hur viktigt det är.

Slutsatsen var att för ett lyckat implementeringsarbete om trycksårsprevention behöver personal erhålla kunskap och utbildning, ha nära tillgång till trycksårspreventiv utrustning och erhålla feedback på sitt arbete samt stöd från sjukvårdens ledning.

Nyckelord: Trycksår, prevention, akutsjukvård, följsamhet mot riktlinjer

ABSTRACT

The waiting time at Sweden's emergency departments increases for each year. Longer stays increases the risk of near misses such as pressure ulcers. Near misses in the health care causes suffering for the patient, prolongs hospital stays and leads to increased costs for the health care system. The preventive work of the emergency nurse reduces unnecessary suffering. Although pressure ulcers are preventable, it has been difficult to reduce them.

The aim was to describe the pressure ulcer prevention in acute care and to highlight the factors that may affect the performance of different measures.

The chosen method was a literature review including 20 articles related to the aim and published 2008-2017. The articles were retrieved from the databases PubMed, CINAHL and PsycINFO.

The articles revealed three main categories: Risk assessment and documentation, Pressure ulcer preventive strategies, Factors affecting pressure ulcer prevention. The result showed a varied occurrence of pressure ulcer prevention in acute care, where several factors affect its occurrence. Preventive work reduces pressure ulcers, which proves how important it is.

In conclusion a successful implementation of pressure ulcer prevention requires that staff need to receive knowledge and education, have close access to preventive instruments and receive feedback on their work and support from the healthcare management.

Keywords: Pressure ulcer, prevention, acute care, guideline adherence

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Akutsjukvård	1
Vistelsetider på akutmottagningen.....	2
Vårdskada	2
Trycksår.....	3
Den legitimerade sjuksköterskan och akutsjuksköterskan	6
Säker vård	7
Sjuksköterskans preventiva arbete	7
Problemformulering	8
SYFTE	8
METOD	8
Ansats och design.....	8
Urval	9
Datainsamling	9
Dataanalys	13
Forskningsetiska övervägande	14
RESULTAT	15
Riskbedömning och dokumentation	15
Det trycksårspreventiva arbetet	17
Faktorer som påverkar trycksårsprevention	19
DISKUSSION	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	23
Slutsats.....	26
Klinisk tillämpbarhet	27
REFERENSER	28

Bilaga 1- Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag

Bilaga 2- Artikelmatris

INLEDNING

Inspektionen för vård och omsorg [IVO] (2017) rapporterar följande efter sin granskning av akutmottagningen på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna: "Patientsäkerhetsrisker som har identifierats i verksamheten är att lång vistelsetid på akutmottagningen kan leda till trycksår och fall samt bristande medicinsk övervakning, tillsyn, omvårdnad och nutrition" (s.4). Vistelsetiderna på Sveriges akutmottagningar blir allt längre. Patienter kan i sin väntan bli liggande på en hård brits i flera timmar vilket ökar risken för utveckling av trycksår. Vårdplatsbristen på Sveriges akutsjukhus leder till en stressig arbetsmiljö på akutmottagningarna och omvårdnadsåtgärder bortprioriteras mot mer brådskande livsuppehållande behandling. Brist på omvårdnad ökar risken för att patienter drabbas av vårdskador. Att påbörja det preventiva trycksårsarbetet i ett tidigt skede i vårdkedjan finner författarna till föreliggande studie vara av största vikt.

BAKGRUND

Akutsjukvård

Riksföreningen för akutsjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening (2017) definierar akutsjukvård med den vård en person som utsatts för plötslig ohälsa erhåller av en akutsjuksköterska. En akutsjuksköterska har examen med inriktning mot akutsjukvård på avancerad nivå (Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Akutsjukvård är vård som behandlar plötslig och ofta oförutsedd skada eller sjukdom som kan innebära funktionsnedsättning och leda till död om inte åtgärder sätts in omgående (Hirshon et al., 2013). Vården utförs oberoende av tid och plats och kan bedrivas inom olika verksamheter (Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Akutsjukvårdsarbetet utgörs av livräddande åtgärder varvat med god omvårdnad till patienten och dess närstående (Elmqvist, Fridlund & Ekebergh, 2012). Akutsjuksköterskans arbete bygger till stor del på beprövad erfarenhet som erhållits utifrån teoretiska kunskaper varvat med arbetslivserfarenhet. Sjuksköterskan använder sin kunskap i patientbedömningen och beslutsfattandet gällande patientens fortsatta vård (Wikström, 2012).

En akutmottagning är en mottagning för människor med akut skada eller sjukdom. Till en akutmottagning kan patienten söka själv eller inkomma med ambulans (Wikström, 2012). De vanligaste sökorsakerna till en akutmottagning är huvudskada, smärta/svullnad, andningsbesvär, bröstsmärta och buksmärta. Till enskilda akutmottagningar kan enskilda sökorsaker förekomma i något högre utsträckning. Exempelvis har Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Solna sökorsaken feber något mer frekvent än de övriga akutmottagningarna i Stockholmsområdet (Hälso- och sjukvårdsförvaltningen [HSF], 2013). Det är vanligt att akutmottagningen är indelad i specialiteter som tar hand om olika sökorsaker. Dessa kan vara kirurgi, ortopedi och medicin. Hur akutmottagningen är uppbyggd beror på dess storlek och vilka resurser som finns tillgängliga. Patienter som söker till en akutmottagning bedöms utifrån deras behov av akutsjukvård. Detta kan ske via en triage som har till uppgift att sortera ut de patienter som har störst behov av sjukvård (Wikström, 2012).

En allt äldre befolkning och en ökad befolkningstillväxt ställer krav på akutsjukvården (Hirshon et al., 2013). Enligt HSF (2013) har antalet besök ökat mer än

befolkningstillväxten, med fyra och en halv procent per år, vid Stockholms fem akutmottagningar (HSF, 2013). Enligt Socialstyrelsen (u.å.) var det framförallt vuxna patienter mellan 19–79 år som sökte akutsjukvård 2016 med i genomsnitt 130 000 besök per månad. Under samma tidsperiod hade åldersgruppen 80 år och äldre omkring 30 000 besök per månad (Socialstyrelsen, u.å.). Åldersgruppen 80 år och äldre är de som har de längsta vistelsetiderna på Sveriges akutmottagningar (Socialstyrelsen, 2017).

Vistelsetider på akutmottagningen

På Sveriges akutmottagningar ökar vistelsetiden för varje år. Akutmottagningarnas vistelsetid skiljer sig åt beroende på deras storlek, mätt i antal besök de har per år. Det finns flera faktorer som bidrar till de allt ökade vistelsetiderna där en av dem är sjukhusens vårdplatsbrist (Socialstyrelsen, 2017). Vårdplatsbristen leder till att patienter med ett behov av en vårdavdelning blir kvar på akutmottagningen vilket det saknas resurser för. Förlängda vistelsetider leder till att arbetsplatsrutiner inte följs och det har en negativ effekt på vårdkvaliteten (Brouns et al., 2015). När en legitimerad sjuksköterska får ansvar över ytterligare en patient ökar arbetsbelastningen samtidigt som sannolikheten för att en patient avlider inom 30 dagar efter inläggning ökar med sju procent (Aiken et al., 2014). Ett högt patientantal och stora vårdbehov äventyrar patientsäkerheten vilket skapar en stress hos akutmottagningens personal (Socialstyrelsen, 2017). Elmqvist et al. (2012) beskriver hur stress uppstår hos personal när de behöver vara uppmärksamma på potentiellt livshotande tillstånd samtidigt som basal omvårdnad ska hinnas med.

I Sverige blir den förväntade levnadsåldern allt högre (Socialstyrelsen, 2016). Socialstyrelsen (2015) definierar de mest sjuka äldre som ”personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom” (s.129). Äldre patienter som söker akutmottagningen har i högre utsträckning än yngre ospecifika sökorsaker och kommunikationssvårigheter som kan förlänga deras tid på akutmottagningen (Chaou, Chiu, Yen, Ng & Chen, 2016). Henneman, Nathanson, Ribeiro och Balasubramanian (2014) fann i deras studie att äldre patienter kan ha en mer komplicerad sjukdomsbild som resulterar i att fler undersökningar behöver göras och deras vistelsetid förlängs. En komplicerad sjukdomsbild leder i högre grad till att fler konsultationer behövs på akutmottagningen vilket också förlänger vistelsetiden (Brouns et al., 2015).

Allt fler äldre söker akutsjukvård och relaterat till detta ses en ökning av inskrivningar på sjukhus (Henneman et al., 2014). Stigande ålder och inskrivning till slutenvården är bidragande faktorer till ökad vistelsetid på akutmottagningen (Socialstyrelsen, 2017). Patienter över 65 år skrivs mer frekvent än yngre patienter in i slutenvården (HSF, 2013) och vistelsetiden på akutmottagningen i väntan på vårdplats kan bli upp mot sju timmar eller mer (Socialstyrelsen, 2017). En längre vistelsetid på akutmottagningen ökar risken för vårdskador, där de hårda sängarna kan vara orsaken till uppkomst av trycksår hos äldre (Socialstyrelsen 2016).

Vårdskada

Patientsäkerhetslagen [PSL] (SFS, 2010:659, kap. 1,5§) beskriver en vårdskada som ett lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som genom adekvata

åtgärder hade kunnat undvikas (PSL, SFS, 2010:659, kap. 1,5§). Enligt Sveriges kommuner och landsting [SKL] (2016) drabbas omkring 100 000 patienter i Sverige årligen av en vårdskada, vilket innebär ett utfall på åtta procent av alla vårdtillfällen. Av dessa orsakas de flesta av vårdrelaterade infektioner, läkemedelsrelaterade skador och trycksår. En vårdskada varierar i allvarlighetsgrad. Den kan vara allt från obetydlig och övergående till att patientens framtida liv förändras och i värsta fall resultera i att patienten avlider. Vårdskador kan innebära en ökad sjukhusvistelse och i snitt förlängs vårdtiden med åtta dagar. Det innebär 800 000 extra vårdagar årligen i Sverige till en extra kostnad på sju miljarder svenska kronor per år för den svenska hälso- och sjukvården. Utöver kostnaden för förlängda vårdtider tillkommer även samhällsliga kostnader (SKL, 2016).

I en studie av Schmidt och Bottoni (2003) uppgav hälften av deltagarna som alla arbetade på en akutmottagning att de troligtvis skulle rapportera en potentiell vårdskada, en vårdavvikelse, i de fall då en patient ännu ej kommit till skada. Omkring hälften skulle rapportera en vårdavvikelse som en kollega orsakat. Av deltagarna uppgav även hälften att de antog att det skulle bli konsekvenser om de rapporterade en avvikelse, medan den andra hälften ansåg att de skulle stöttas av sina chefer (Schmidt & Bottoni, 2003). Jeffs, Berta, Lingard och Baker (2012) beskriver tre olika scenarier som en vårdavvikelse kan medföra. Det vanligaste scenariot är att efter det att felet har identifierats så åtgärdas det utan att andra åtgärder vidtas. Avvikelsen rapporteras alltså inte. Vårdavvikelse som rapporteras resulterar antingen i det andra scenariot som var att ingen återkoppling gavs från ledningen eller det tredje scenariot som var att rapporten resulterade i organisatoriska åtgärder (Jeffs et al., 2012). Enligt Jeffs et al. (2012) har ledare en väsentlig roll i att uppmuntra personal till att rapportera avvikelser.

I flertalet av Sveriges landsting har en nollvision tagits för vårdskador. För att undvika att vårdskada uppstår, behöver vården speglas av ett evidensbaserat och patientsäkert arbete (SKL, 2016). SKL (2017a) har för att förhindra vårdskador tagit fram nio åtgärdspaket som ska främja patientsäkerhetsarbetet och fungera som ett stöd till kommuner, regioner och landsting. Ett av dessa åtgärdspaket berör trycksår och trycksårsprevention där adekvata åtgärder för att förhindra trycksår presenteras (SKL, 2017b).

Trycksår

Trycksår som fenomen beskrivs för första gången år 2000 f.Kr. på papyrus i Egypten. Dock är det oklart när samband mellan långvarigt tryck på kroppens vävnader och uppkomsten av trycksår gjordes (Lindholm, 2012). Trycksår definieras som en skada i huden eller underliggande vävnad som uppkommit på grund av tryck och/eller friktion. Trycket och vävnadsförskjutningen minskar syretillförseln i det drabbade området vilket kan leda till ischemi (National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP], European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP] & Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA], 2014). En vävnadsskada kan uppkomma på kort tid då ett konstant tryck föreligger på en orörlig patient (Lindh & Sahlqvist, 2012). Genom ett preventivt arbete hade majoriteten av andelen trycksår kunnat förhindras (Care of Sweden AB, 2012). Vid ankomst till akutmottagningen bör patienter som löper risk att utveckla trycksår identifieras och bedömas. Patienter i riskzonen är svårt sjuka patienter som är sängliggande och rullstolsburna, har nedsatt känsel samt patienter med höftfrakturer (Lindholm, 2012). Coleman et al. (2013) identifierade tre primära riskfaktorer: rörlighet/aktivitet, genomblödning och hud/tryck, vilka samtliga spelar in i utvecklandet av ett trycksår.

Hudfuktighet, ålder, blodstatus, nutrition och patientens allmäntillstånd påverkar också utvecklandet men är sekundära riskfaktorer. Ingen av faktorerna utvecklar ensamt ett trycksår utan det handlar om ett komplext samspel mellan dem (Coleman et al., 2013). Lindgren, Unosson, Fredrikson och Ek (2004) fann att immobilitet är den största riskfaktorn för trycksårsutveckling. Enligt Almeida et al. (2017) är risken att drabbas av trycksår större hos äldre personer än för personer under 65 år. Den åldrande processen gör huden mer ömtålig och den äldre patientgruppen har större risk att drabbas av malnutrition, immobilitet och kroniska sjukdomar. Risken att drabbas av ett trycksår är tiofaldigt högre för patienter över 65 år än för de under 65 år (Almeida et al., 2017).

Klassifikation av trycksår

Risken för att utveckla trycksår är störst på delar av kroppen där huden är tunn. Vanligtvis påträffas trycksår där huden ligger mot ben som hälar, sakrum, anklar, armbågar eller knän (Lindholm, 2012). För att beskriva ett trycksår och bedöma svårighetsgraden använder NPUAP, EPUAP och PPPIA (2014) kategorier från I till IV. På så sätt underlättas dokumentationen och uppföljningen av trycksår. Kategori I definieras som hel hudkostym med rodnad som inte bleknar vid tryck. Huden kan vara varmare, kallare, fastare eller mjukare än omkringliggande hud. Kategori I skador är vanligast över benutskott som ligger nära huden som hälar, sakrum eller axlar. En påbörjad hudskada som ses i denna kategori innebär ökad risk för trycksårsutveckling. Kategori II innebär att en delhudskada har uppstått med ytliga sår och synlig sårbedd, avskavd hud eller spruckna, öppna blåsor. Nästa nivå är kategori III där en fullhudsskada uppstått med synligt subkutant fett men utan synliga partier av ben eller muskler. Sår djupet varierar beroende på lokalisering och andelen underliggande fettvävnad. Slutligen finns kategori IV som är en djup fullhudsskada som kan innebära synligt ben eller muskelvävnad. Precis som i kategori III beror sår djupet på dess lokalisering. Förekomst av nekros är vanligt (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014).

Riskbedömning av trycksår

Enligt internationella riktlinjer ska en första riskbedömning göras inom åtta timmar efter ankomst till sjukhus för att identifiera patienter i riskzonen och tidigt kunna sätta in preventiva åtgärder. För att genomföra riskbedömningen på ett strukturerat sätt finns olika bedömningsinstrument tillgängliga. Dessa inkluderar bedömning av patientens rörelseförmåga, näringsintag, hudens beskaffenhet, allmäntillstånd och eliminationsbesvär. Huden ska inspekteras regelbundet av vårdpersonal för att tidigt upptäcka förändringar så som rodnad. De internationella riktlinjerna ger ingen rekommendation för val av instrument. Dessa ska ses som ett komplement till sjuksköterskans kliniska bedömning av patienten (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014).

Riskbedömningsinstrument som används internationellt är modifierad Nortonskala och Bradenskalen. I Sverige används framförallt modifierad Nortonskala (Lindholm, 2012). Ek, Unosson och Bjurnulf (1989) beskriver att den modifierade Nortonskalen bedömer och poängsätter patienten inom sju olika områden: psykisk status, fysisk förmåga, rörelseförmåga, födo- och vätskeintag, inkontinens samt allmäntillstånd. Poängen räknas ihop och 20 poäng eller lägre indikerar ökad risk för att utveckla trycksår (Ek et al., 1989). Bradenskalen bedömer sex olika faktorer som poängsätts: känsel, hudfuktighet, aktivitet, rörelseförmåga, nutrition och hudfriktion. Maxpoäng är 23. Mindre än 18 poäng indikerar en ökad risk för trycksårsutveckling (Bergstrom, Braden, Laquazza & Holman, 1987). Balzer, Pohl, Dassen och Halfens (2007) beskriver Waterlowskalen vilket är ett annat riskbedömningsinstrument som är vanligt förekommande i Storbritannien. Waterlowskalen

bedömer fler områden i riskbedömningen. Antalet poäng sätts mellan fyra och 40, där högre poäng signalerar ökad trycksårskrisk (Balzer et al., 2007).

Läkning av trycksår

Lindholm (2012) beskriver sår-läkningsprocessens tre stadier: inflammationsfasen, nybildningsfasen och mognadsfasen. Tiden för sår-läkning beror på sårets storlek och djup. Läkningsprocessen är även beroende av andra faktorer som patientens rörlighet, ålder och andra sjukdomar. Inflammationsfasen börjar när såret uppkommer och blodkärl drar ihop sig. Huden blir röd och svullen. Fibrinogen tar sig till skadad vävnad och med hjälp av proteiner bildas en skyddsbarriär. Nybildningsfasen sätter in några dagar efter sårets uppkomst och nya blodkärl och granulationsvävnad bildas. Mognadsfasen börjar efter några veckor och kan pågå upp till ett år beroende på storleken på såret. Sår-läkning för trycksår bygger på avlastning av utsatt vävnad och lokalbehandling av trycksår med olika material. Näringsbrist som bakomliggande orsak till trycksår kan behandlas med näringsdryck innehållandes extra proteintillskott. Protein- och C-vitaminbrist utgör troligen faktorer som hämmar sår-läkningen. Vissa läkemedel som Non-steroidal Anti-Inflammatory Drugs [NSAID], immunosuppressiva preparat eller steroider försvårar sår-läkningen (Lindholm, 2012).

Hälsoekonomiska aspekter på trycksår

Den enskilda patienten som drabbas av ett trycksår kommer påverkas både fysiskt, socialt och psykiskt (Gorecki et al., 2009). Fysiskt skapar trycksår obehag av att det vätskar, är illaluktande och ger upphov till smärta (Spilsbury et al., 2007). Smärtan framställs som den mest betydande konsekvensen och den påverkar flera aspekter av patientens liv. Det kan innebära en rörelseinskränkning för patienten och skapa ett ökat hjälpmedelsbehov som kräver miljöanpassning. Förändringarna som uppstår i det dagliga livet och de fysiska begränsningarna har en påverkan på patientens sociala liv (Gorecki et al., 2009). Patienten får ett ökat behov av hjälp och blir beroende av andra vilket kan vara svårt att acceptera (Spilsbury et al., 2007). Smärta och besvär av illaluktande trycksår leder till ett förlorat intresse för sociala aktiviteter och social isolering. Relationsproblem kan uppstå och patienten uppleva avsaknad av familj och vänner. Psykologiskt kan ett trycksår medföra en negativ kroppsuppfattning och emotionella känslor som ilska och ångest uppstå. Det är vanligt förekommande att patienten går in i en depression. Förutom att patienten drabbas kommer även dess närstående indirekt att påverkas av de besvär ett trycksår medför (Gorecki et al., 2009).

Samhället påverkas negativt av trycksår som kan innebära en förlängd sjukhusvistelse och högre sjukhuskostnader (Brem et al., 2010). En studie genomförd i ett av Sveriges landsting visade att den totala sjukhuskostnaden av trycksår var 53 miljoner svenska kronor per år (Care of Sweden, 2012). Den största delen av sjukhuskostnader utgörs av sjukskötersketid som går till såromläggning, lägesändring av patient och hudobservationer (Bennett, Dealey & Posnett, 2004). Tidig insättning av preventiva åtgärder mot trycksår ger en tydlig ekonomisk vinning (Pham et al., 2011). Vårdgivare har enligt patientsäkerhetslagen (SFS, 2010: 659, kap. 3, 2§) en skyldighet att vidta nödvändiga åtgärder för att förebygga vårdskador. De som riskerar att drabbas av trycksår behöver i ett tidigt skede identifieras vilket ställer krav på sjukvården att utveckla rutiner för detta (Care of Sweden AB, 2012).

Den legitimerade sjuksköterskan och akutsjuksköterskan

Det preventiva trycksårsarbetet är en viktig del av den legitimerade sjuksköterskans arbete och även dennes ansvar att utbilda övrig hälsopersonal i trycksårsförebyggande behandling (Gray & Hampton, 2015). Omvårdnad tillhör enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska dennes specifika kompetens. Sjuksköterskan ansvarar för omvårdnadsprocessen, från bedömning till utvärdering av omvårdnaden. Arbetet utgörs av att hjälpa människor bevara eller återfå hälsa och den legitimerade sjuksköterskan ansvarar för sina egna kliniska beslut. Sjuksköterskan ska arbeta i enlighet med gällande lagar och författningar för hälso- och sjukvården och sträva efter bästa möjliga livskvalitet och välbefinnande för sina patienter. Det tillhör den legitimerade sjuksköterskans ansvar att leda och fördela omvårdnadsarbetet (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Enligt Pennbrant, Skyvell Nilsson, Öhlén och Rudman (2013) upplever legitimerade sjuksköterskor i samband med examination en osäkerhet inför sitt blivande yrke och de kan sakna den kunskap och det kritiska förhållningssätt som arbetet kräver. Det tar tid för en sjuksköterska att skaffa sig erfarenhetsbaserad kunskap och som nyexaminerad behövs därför handledning i nya situationer (Wikström, 2012). Oerfarna sjuksköterskor behöver stöd och möjlighet till att vara en del av ett team för att växa i rollen som sjuksköterskor (Pennbrant et al., 2013).

En ökning av andelen legitimerade sjuksköterskor med tio procent minskar risken av att en patient avlider inom 30 dagar med sju procent. Ett lågt antal av legitimerade sjuksköterskor kan därför påverka patienter negativt (Aiken et al., 2014). Enligt Riksföreningen för akutsjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening (2017) finns det en koppling mellan patienters hälsa och vilken grad av kompetens som sjuksköterskan innehar vilket ställer krav på specialistkompetens hos sjuksköterskor. För en säker vård inom akutsjukvård krävs specialisering på avancerad nivå med inriktning mot akutsjukvård. Riksföreningen för akutsjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening (2017) har arbetat fram en kompetensbeskrivning för akutsjuksköterskor som innefattar sex kärnområden. Dessa är personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad kunskap, förbättringskunskap, säker vård och informatik. Specialistsjuksköterskan i akutsjukvård har ett ansvar att utforma omvårdnaden inom ämnet, samt att leda och fördela omvårdnadsarbetet. Akutsjuksköterskan ska i sitt arbete utgå från vetenskapligt underlag, fortlöpande utvärdera aktuella riktlinjer och implementera evidensbaserad kunskap (Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Att arbeta evidensbaserat är en viktig färdighet för alla vårdprofessioner och leder till förbättrad sjukvård för patienter (Daws et al., 2005).

Implementering av evidensbaserad kunskap och kliniska riktlinjer i vården är svårt. Trots stor kunskap och mycket forskning fortsätter patienter skadas och felbehandlas i vården (Grol & Grimshaw, 2003). Enligt Daws et al. (2005) kräver evidensbaserad vård att åtgärder i sjukvården baseras på ny relevant forskning och evidens. Syftet med implementering av evidensbaserad kunskap är att förbättra vården för patienterna. Kliniska beslut som tas är en slutprodukt av en evidensbaserad vårdprocess som inkluderar kliniskt resonemang och problemlösning med patienten i fokus (Daws et al., 2005). Specialistsjuksköterskan i akutsjukvård ska arbeta förebyggande och utifrån standardiserade vårdplaner sträva mot en säker vård (Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Enligt Samuriwo och Dowding (2014) står utvecklingen av trycksår i relation till den omvårdnad som sjuksköterskan utför och uppkomsten är därför ett bevis på bristande omvårdnad.

Säker vård

I Riksföreningen för akutsjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförenings (2017) kompetensbeskrivning för akutsjuksköterskor beskrivs vilka kunskaper och färdigheter som behövs för att säkerställa säker vård. Akutsjuksköterskor ska använda riktlinjer, upprätta vårdplaner och motivera varför dessa används. Behandlingseffekter av insatta åtgärder och dess risker ska utvärderas (Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförenings, 2017). Omvårdnadsteoretikern Patricia Benner (1993) beskriver två olika typer av kunskap ”veta att” och ”veta hur”. De praktiska kunskaper som sjuksköterskor förvärvar behöver inte alltid kunna förklaras teoretiskt. Benner (1993) menar att teori och praktik stödjer och förstärker varandra i sjuksköterskans utveckling av sin kompetens. I en studie beskriver Benner (2015) hur sjuksköterskestudenter får lära sig teori men inte hur denna teoretiska kunskap ska användas kliniskt. Att lära sig använda sin teoretiska kunskap gör sjuksköterskor bättre förberedda i akuta situationer. Sjuksköterskor behöver klinisk erfarenhet för att träna sin kliniska blick och för att kunna arbeta förebyggande. För att förstå helheten i en patientsituation behövs reflektion och möjlighet till kliniskt resonemang. På så sätt kan sjuksköterskan snabbt bedöma vilka åtgärder som behövs sättas in (Benner, 2015). Erfarna sjuksköterskor kan upptäcka förändringar i patienters tillstånd och ser situationen i sin helhet. För att kunna arbeta förebyggande behövs kliniska erfarenheter som övar upp den kliniska blicken (Benner, 1993).

Ständig sjuksköterskebrist ger en känsla hos sjuksköterskorna av att ha gjort för lite för sent och sjuksköterskor upplever att de saknar tid för reflektion och utveckling av sin kunskap (Benner, 1993). Eriksson, Gellerstedt, Hillerås och Craftman (2017) beskriver hur sjuksköterskor upplever en känsla av kontrollförlust och otillräcklighet då patienter vistas länge på akutmottagningen i väntan på vårdplats. Akutmottagningar saknar den bemanning och de resurser som krävs för att kunna vårda patienter (Eriksson et al., 2017). Inspektionen för vård och omsorg [IVO] (2017) har under 2017 granskat akutmottagningen på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna där de identifierat risker för de patienter som väntar länge på en vårdplats i akutmottagningens lokaler. Riskerna som uppmärksammades var bristande tillsyn, medicinsk övervakning samt brist av omvårdnad med en ökad trycksår-risk (IVO, 2017).

Sjuksköterskans preventiva arbete

Begreppet prevention innebär enligt Orth-Gomér och Perski (2008) att minska risker och orsaker till att olika sjukdomstillstånd uppstår. Preventionen delas in i primär, sekundär och tertiär prevention. Primär prevention är den insats som görs innan en skada sker. Sekundär prevention innebär att förhindra uppkomst av en sjukdom hos riskpatient eller att minska förekomsten av en sjukdom. Den tertiära preventionen innebär det långsiktiga arbetet med skadan som skett och arbetet med att förhindra uppkomst av nya besvär. Det preventiva arbetet är ett sätt att minska onödigt lidande och för tidig död. En preventiv strategi är den samhällsprevention som handlar om att påverka riskfaktorerna hos befolkningen, där ett exempel är tobaksprevention (Orth-Gomér & Perski, 2008). Socialstyrelsen (2014) är den myndighet i Sverige som utarbetar riktlinjer som stöd för sjukvården i Sverige. Hälso- och sjukvårdens preventiva arbete innebär införande av nationella riktlinjer, utveckling av vårdprogram och uppföljning (Socialstyrelsen, 2014). Orth-Gomér och Perski (2008) menar att preventiv omvårdnad bygger på olika ansatser både på individ- och samhällsnivå. På individnivå kan det innebära livsstilsråd samt att risker hemma hos patienten som kan

leda till utveckling av trycksår elimineras. På samhällsnivå kan nationella riktlinjer eller hälsokampanjer påverka preventionsarbetet (Orth-Gomér & Perski, 2008). Enligt Sullivan och Schoelles (2013) går trycksår att förebygga. Det förebyggande arbetet är viktigt för att patienter inte ska komma till skada och även för att sjukvården ska minska sina kostnader. Trots att trycksår till stor del går att förebygga har det varit svårt att minska dess förekomst (Sullivan & Schoelles, 2013).

Problemformulering

I Sverige blir den förväntade levnadsåldern allt högre och årligen söker allt fler patienter akutsjukvård i Sverige. Ett högre sökantal ökar både vistelsetider för patienter och belastningen för akutsjukvården. Arbetet på en akutmottagning utgörs av livsuppehållande behandling varvat med omvårdnad till patienten. Den belastning som uppstår medför brister i omvårdnadsarbetet och risken för vårdskador ökar. Hälso- och sjukvården ska arbeta förebyggande för att förhindra att vårdskada, så som ett trycksår, uppstår. Enligt internationella riktlinjer ska en första riskbedömning för trycksårsutveckling göras inom åtta timmar. Patientens vistelsetid på akutmottagningen kan överstiga den tiden vilket skapar ett behov av att tidigt i vårdkedjan identifiera de patienter som riskerar utveckla ett trycksår. Ett tidigt preventivt trycksårsarbete skulle medföra vinster för både sjukvården, den enskilde patienten och dess närstående. Specialistsjuksköterskan i akutsjukvård har ett ansvar att arbeta evidensbaserat och förebyggande mot en patientsäker vård. Akutmottagningarnas ökade patientantal skapar ett tilltagande vårdbehov vilket det i dagsläget saknas resurser för och frågan är om det påverkar det trycksårspreventiva arbetet.

SYFTE

Syftet var att beskriva det trycksårspreventiva arbetet inom akutsjukvård samt belysa vilka faktorer som kan påverka utförandet av detta arbete.

METOD

Ansats och design

För att besvara studiens syfte valdes litteraturoversikt som metod. Enligt Friberg (2012) genomförs en litteraturoversikt för att med stöd i litteraturen beskriva aktuell kunskap som finns tillgänglig inom ett område. Metoden syftar till att skapa en överblick av befintlig forskning om det som ska studeras. Relevant litteratur att inkludera är artiklar från vetenskapliga tidskrifter (Friberg, 2012) som eftersöks i databaser relevanta för studien (Karlsson, 2017). Utmärkande för vetenskapliga tidskrifter är deras tillförlitlighet som primärpublicerare av originalarbeten efter kritisk granskning (Forsberg & Wengström, 2015). För att skapa en helhetsbild av aktuell kunskap som kan ligga till grund för ett eventuellt införande av nya arbetssätt kring trycksårsprevention inom akutsjukvården ansåg författarna till föreliggande studie att litteraturoversikt var en väl lämpad metod. Utvald litteratur till litteraturoversikten kan härstamma från både kvalitativ och kvantitativ forskning (Friberg, 2012). Enligt Forsberg och Wengström (2015) syftar kvalitativ forskning till att beskriva upplevelsen av ett fenomen och är ofta baserad på material insamlat genom intervjuer eller observationer. Kvantitativ forskning baseras på att testa

hypoteser utifrån mätbara värden. Inom omvårdnadsforskning kan det vara att bevisa vilken omvårdnadsåtgärd som nyttjar patienten bäst (Forsberg & Wengström, 2015).

Urval

I enlighet med Friberg (2012) genomfördes artikelsökningar i databaser med sökord formulerade utifrån problemformulering och syfte för att säkerställa att relevant litteratur inkluderades i litteraturöversikten. Artiklarna som använts i bakgrunden användes inte i resultatet i överensstämmelse med Forsberg och Wengström (2015). Vetenskapliga artiklar inkluderades eller exkluderades utifrån tydligt formulerade urvalskriterier i enlighet med Friberg (2012). I överensstämmelse med Karlsson (2017) utfördes exklusion av artiklar i artikelsökningen genom respektive databas sökfunktion, där begränsningar gällande språk, publikationstyp och publiceringstidpunkt gjordes. Enligt Sophiahemmet Högskolas (2016) studiehänvisning för kursupplägg och instruktion för utformning av det självständiga arbetet ska minst 15 vetenskapliga artiklar användas till litteraturöversiktens resultat. Till studien inkluderades 20 vetenskapliga artiklar, varav 13 kvantitativa, tre kvalitativa och fyra en kombination av kvantitativa och kvalitativa metoder. Både kvalitativ och kvantitativ forskning valdes att inkluderas för att belysa området genom olika synvinklar och skapa en rättvis överblick över aktuell kunskap.

Inklusionskriterier

Artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter efter år 2007 som fanns tillgängliga i fulltext och svarade mot syftet inkluderades. Enligt Forsberg och Wengström (2015) ska litteraturen som inkluderas vara så aktuell som möjligt. Därför sattes tidsgränsen från år 2007. Som avgränsning användes peer-reviewed i sökningen. Peer-reviewed innebär att en oberoende forskare har granskat den vetenskapliga artikeln innan dess publicering och säkerställer studiens kvalitet (Karlsson, 2017). Relaterat till föreliggande studies författares språkbegränsningar fanns som inklusionskriterium att artiklarna var skrivna på svenska eller engelska. Studier från länder med liknande levnadsstandard som Sverige, exempelvis Kanada, Nederländerna och Australien inkluderades. Som inklusionskriterium fanns artiklar med medel- eller hög kvalitet enligt Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag (bilaga 1) som grundar sig på Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

Exklusionskriterier

Artiklar publicerade före år 2007 exkluderades för att enbart inkludera den senaste forskningen inom aktuellt område. Som exklusionskriterium fanns också artiklar som ej var tillgängliga i fulltext, översiktsartiklar och dubletter. Studier från länder med annan levnadsstandard än Sverige samt skrivna på andra språk än svenska och engelska valdes att exkluderas från föreliggande studie. Slutligen exkluderades även artiklar som bedömdes inneha låg kvalitet enligt Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag (bilaga 1).

Datainsamling

I enlighet med Polit och Beck (2016) genomfördes artikelsökningar av databaser med sökord relevanta för studien. Databaserna Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature [CINAHL] och PubMed omfattar material inom medicin, omvårdnad och hälsofrämjande verksamhet (Karlsson, 2017). Författarna till föreliggande studie har valt

att genomföra artikelsökningar i databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO. Databasen Psychinfo består till stor del av material inom psykologi och beteendevetenskap (Karlsson, 2017) och valdes in i artikelsökningen som komplement till de två ovanstående databaserna. Initialt genomfördes fritextsökningar i respektive databas för att få en överblick över tillgänglig kunskap. Därefter utfördes specialiserade sökningar. Karlsson (2017) beskriver fritextsökning som det vanligaste sättet att söka information på internet och utförs genom att ord skrivs in i en sökruta följt av att klicka på sök. Specialiserad sökning innebär en noggrannare sökning där specifika ämnesord fylls i under rubriken avancerad sökning (Karlsson, 2017). För att identifiera relevanta sökord har respektive databas system för ämnesord använts. I CINAHLs system användes Cinahl Headings, i PsycINFO Thesaurus of Psychological Index Terms och i PubMed användes Medical Subject Headings [MeSH]. För att identifiera svenska översättningar till MeSH-ämnesord användes Swedish MeSH. Initialt gav databassökningarna mycket breda resultat och som sökstrategi användes därför respektive databas ämnesord kombinerat med den booleska operatören AND. Booleska operatören AND ger ett mer begränsat resultat genom att vid sökning på ämnesorden A och B hitta resultat som innehåller både A och B och utesluter resultat som enbart innehåller ämnesordet A respektive B (Forsberg & Wengström, 2015).

I enlighet med Friberg (2012) lästes abstrakten igenom på intressanta artiklar som framkom i datainsamlingen för en sammanfattning av artikelns innehåll och dess relevans för litteraturöversikten. Under genomgång av insamlat material fann författarna till föreliggande studie referenser i artiklarna som ansågs relevanta för studien. I enlighet med Karlsson (2017) söktes artiklarnas referenslistor igenom följt av manuella sökningar efter referenserna. Genom manuella sökningar inkluderades ytterligare en artikel i föreliggande studie. De manuella sökningarna utfördes i PubMed och presenteras med övriga artikelsökningar i databasen i tabell 1. Artikelsökning i CINAHL presenteras i tabell 2 och artikelsökning i PsycINFO redovisas i tabell 3.

Sökord PubMed och Swedish MeSH: Pressure Ulcer/Trycksår, Prevention and Control/Förebyggande åtgärder, Emergency Medical Services/Akutsjukvård, Aged/Äldre, Guideline Adherence/Följsamhet gentemot riktlinjer, Behavior and Behavior Mechanisms/Beteende och beteendemekanismer.

Sökord CINAHL: Pressure Ulcer, Pressure Ulcer Prevention, Acute Care, Aged, Practice Guidelines, Risk Assessment.

Sökord PsycINFO: Pressure ulcer, Pressure ulcer Prevention, Prevention, Enable, Nursing

Tabell 1. Artikelsökning PubMed

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Inkluderade artiklar
171123	Pressure ulcer AND Prevention and control	Published date from 20070101 Engelska, Svenska	1995	10	2	2
171215	Pressure ulcer AND prevention and control AND emergency medical services	Published date from 20070101 Engelska, svenska	21	10	6	1
171215	Pressure ulcer AND Prevention and control AND aged AND emergency medical services	Published date from 20070101 Engelska, svenska	12	7	4	4
171215	Pressure ulcer AND prevention and control AND Guideline Adherence	Published date from 20070101 Engelska, svenska	34	10	2	2
171215	Pressure ulcer AND prevention and control AND Behavior and Behavior Mechanisms	Published date from 20070101 Engelska, svenska	220	9	3	1
180105	Manuell sökning	Published date from 20070101 Engelska, svenska	3	3	2	1
Totalt			2285	49	19	11

Tabell 2. Artikelsökning CINHAL

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Inkluderade artiklar
171201	Pressure Ulcer AND Pressure Ulcer Prevention	Published date from 20070101 Engelska, svenska Peer- reviewed	1391	0	0	0
171201	Pressure ulcer AND pressure ulcer prevention AND aged	Published date from 20070101 Engelska, svenska Peer- reviewed	602	0	0	0
180110	Pressure ulcer AND Risk Assessment AND Acute Care	Published date from 20070101 Engelska, svenska Peer- reviewed	35	3	2	2
180110	Pressure Ulcer AND Pressure Ulcer Prevention AND Risk Assessment AND Aged	Published date from 20070101 Engelska, svenska Peer- reviewed	117	7	1	1
180110	Pressure Ulcer AND Practice Guidelines AND Aged	Published date from 20070101 Engelska, svenska Peer- reviewed	26	5	3	3
Totalt			2171	15	6	6

Tabell 3. Artikelsökning PsycINFO

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Inkluderade artiklar
171215	Pressure ulcer AND prevention	Published date from 20070101 Engelska, svenska Peer- reviewed	151	10	1	0
180110	Pressure ulcer Prevention AND Nursing	Published date from 20070101 Engelska, svenska Peer- reviewed	52	3	1	1
171215	Pressure ulcer AND prevention AND enable	Published date from 20070101 Engelska, svenska Peer- reviewed	5	5	2	2
Totalt			208	18	4	3

Dataanalys

Till föreliggande studie har det varit två författare. I enlighet med Friberg (2012) lästes inkluderade artiklar igenom flera gånger för att skapa en helhetsförståelse av artikelns innehåll och dess relevans för studien. Insamlat material behöver bedömas utifrån litteraturöversiktens urvalskriterier samt kvalitetsgranskas (Polit & Beck, 2016). Inkluderade artiklar till föreliggande studie har granskats utifrån Sophiahemmet högskolas bedömningsunderlag som presenteras i bilaga 1 (Berg et al., 1999; Willman et al., 2011) och analyserats med integrerad analys. De artiklar som inkluderades i studien presenteras som bilaga i en artikelmatris (bilaga 2).

Bedömning och klassificering

Enligt Cronin, Ryan och Coughlan (2008) behöver de artiklar som inkluderas i litteraturöversikten bedömas utifrån deras kvalitet och trovärdighet. Inkluderade artiklar till föreliggande studie kvalitetsgranskades och klassificerades utifrån Sophiahemmet högskolas bedömningsunderlag som grundar sig på Berg et al. (1999) och Willman et al. (2011) metod för vetenskaplig klassificering (bilaga 1). Bedömningsunderlaget användes på studiens samtliga artiklar, både kvalitativa och kvantitativa. Initialt lästes inkluderade artiklar igenom flertalet gånger varpå en diskussion fördes mellan föreliggande studiers författare och en gemensam bedömning av samtliga artiklar genomfördes.

Artikelbedömningen resulterade i hög, medel eller låg kvalitet, där artiklar med låg kvalitet exkluderades för att säkerställa studiens tillförlitlighet.

Integrerad analys

För att sammanställa de vetenskapliga artiklar som inkluderats i studien till ett resultat användes integrerad analys. Med integrerad analysmetod kan en sammanfattning göras av tidigare forskning som finns tillgänglig om ett aktuellt ämne. Metoden möjliggör att en sammanställning kan göras av resultat som framkommit genom olika metoder. På så sätt kan ett fenomen belysas genom olika perspektiv (Whittemore & Knafelz, 2005). Integrerad analys är en metod för att överskådligt presentera det funna resultatet i en litteraturöversikt. Analysmetoden görs i flera olika steg och inleds med genomläsning av inkluderade artiklar (Kristensson, 2014). Båda författarna till föreliggande studie har läst igenom samtliga artiklar och därefter fört en diskussion om dess innehåll. Vid integrerad analysmetod identifieras i genomläsningen skillnader och likheter mellan artiklarnas teoretiska utgångspunkter, metodologiska tillvägagångssätt, analysgång och syften. Därefter sammanställs artiklarnas likheter och skillnader vilka kategoriseras (Friberg, 2012). Resultatet sammanställs utifrån de funna kategorierna som kan ligga till grund för resultatredovisningens underrubriker (Kristensson, 2014). Den integrerade analysen fortgår i att slutsatser dras av det insamlade materialet för att tydliggöra underliggande samband. En modell kan användas för ett förtydligande av det funna resultatet (Friberg, 2012). I enlighet med Friberg (2012) och Kristensson (2014) presenterades dataanalysens resultat i föreliggande studies resultatdel under relevanta underrubriker.

Forskningsetiska övervägande

Enligt Vetenskapsrådet (2017a) är etiska aspekter viktiga att beakta vid forskning relaterat till dess påverkan på samhället. Oredlighet i forskning kan innebära risker för människor och djur varför ett resultat inte får förfalskas, vilseledas, förvrängas eller plagieras (Vetenskapsrådet, 2017b). Kjellström (2017) förklarar att forskningsetik syftar till att värna om människors rättigheter, integritet och lika värde. Etik innebär att visa en medvetenhet och föra en diskussion om vad som är rätt och fel (Vetenskapsrådet, 2017a). För en godtagen vetenskaplig forskning behöver resultat redovisas med en öppenhet så att resultatet kan kontrolleras och användas av andra (Vetenskapsrådet, 2017b). Forskningsetiska överväganden behöver tas i beaktande redan vid val av ämne och fortlöpande under studiens gång (Kjellström, 2017). De vetenskapliga artiklar som inkluderas i en litteraturöversikt ska vara etiskt granskade och godkända (Polit & Beck, 2016). Till föreliggande studie har forskningsetiska överväganden gjorts genom att enbart inkludera vetenskapliga artiklar som har blivit etiskt granskade och godkända av en etisk kommitté. Vid författandet av en litteraturöversikt får materialet som redovisas ej vara plagierat eller omtolkat utan ska presenteras rättvist (Forsberg & Wengström, 2015). Det material som har inkluderats i föreliggande studie har insamlats utan att utelämnas varken positiva eller negativa resultat som hittats i datainsamlingen. Författarna till föreliggande studie har en insyn i akutsjukvård och det trycksårspreventiva arbetet varför en viss förståelse av ämnet finns. Enligt Forsberg och Wengström (2015) är det viktigt att författarnas förutfattade meningar inte påverkar resultatet. Författarna till föreliggande studie har under sammanställningen av insamlat material lagt stor vikt vid att presentera resultatet så textnära som möjligt för att förhindra att författarnas förståelse påverkade resultatet.

RESULTAT

Dataanalysen resulterade i att tre huvudkategorier identifierades vilka var: Riskbedömning och dokumentation, Det trycksårspreventiva arbetet och Faktorer som påverkar trycksårsprevention. Huvudkategorierna delades därefter upp i totalt nio underkategorier som redovisas i tabell 4. Respektive underkategori presenteras som en underrubrik i resultatet.

Tabell 4. Resultattabell

Huvudkategori	Underkategori
<i>Riskbedömning och dokumentation</i>	<i>Riskbedömning</i>
	<i>Riskpatienter</i>
	<i>Dokumentation</i>
<i>Det trycksårspreventiva arbetet</i>	<i>Trycksårspreventiva åtgärder</i>
	<i>Tryckavlastande underlag och förband</i>
	<i>Lägesändring</i>
<i>Faktorer som påverkar trycksårsprevention</i>	<i>Organisation och ledning</i>
	<i>Områdesansvarig</i>
	<i>Kunskap och utbildning</i>

Riskbedömning och dokumentation

Riskbedömning

Resultatet i tre av studierna presenterade varierad förekomst av riskbedömningar för trycksår (Chaboyer et al., 2017; Latimer, Chaboyer & Gillespie, 2016; Sving, Idvall, Högberg & Gunningberg, 2014). Chaboyer et al. (2017) fann att det hade utförts en komplett riskbedömning på 84,4 procent av patienterna. I en annan studie var en riskbedömning utförd på 46,1 procent av patienterna (Sving et al., 2014). Enligt Latimer et al. (2016) utfördes det sällan en fullständig riskbedömning och på ett av studiens sjukhus saknades det helt en bedömning på 71,5 procent av patienterna.

Som skattningsskala uppger Chaboyer et al. (2017) att Bradenskalen använts till 66,3 procent av patienterna och Waterlowskalan till 18 procent. Även Sving et al., (2014) uppger att Bradenskalen användes medan Latimer et al. (2016) uppger att Waterlowskalan användes på ett sjukhus och att det på ett annat sjukhus inte användes någon skattningsskala, utan riskbedömning utfördes genom klinisk bedömning. Denna företeelse identifierades även av Sving, Gunningberg, Högman och Mamhidir (2012) som också fann att ingen skattningsskala användes. Balzer et al. (2014) undersökte vilka egenskaper hos patienten som sjuksköterskor såg till i riskbedömningen av trycksår utan att en riskbedömningsskala användes. I bedömningen tog sjuksköterskorna patientens anamnes, nuvarande tillstånd och prognos i beaktande. I studien framkom det att de patientegenskaper som bedömdes var dels egenskaper som påverkade patientens utsatthet för tryck eller friktion och dels egenskaper som påverkade patientens känslighet för

vävnadsskada. Patientegenskaperna ansågs vara antingen riskhöjande eller risksänkande och ställdes i motsats till varandra när bedömningen utfördes. En patient som hade risker för trycksår kunde därför bedömas som en lågriskpatient. Patientens vårdbehov var den egenskap som påverkade både patientens känslighet för vävnadsskada och utsatthet för tryck, på både ett positivt och negativt sätt (Balzer et al., 2014). Sving et al. (2012) identifierade att det enbart vid ett fåtal tillfällen utfördes en riskbedömning för trycksår av sjuksköterskor och att det istället var undersköterskor som utförde riskbedömningen. Undersköterskor och andra sjukvårdsprofessioner rapporterade information om trycksår till sjuksköterskor som därigenom deltog i bedömningen, men sjuksköterskorna själva genomförde sällan hudinspektionen (Sving et al., 2012).

Riskpatienter

Denby och Rowlands (2010) fann att en stor del av patienterna som sökte akutsjukvård riskerade att utveckla trycksår enligt Bradenskalen. Två av studierna identifierade att patienter med poäng under 19 på Bradenskalen i signifikant högre nivå utvecklar trycksår senare under vårdtiden (Johansen Skogestad et al., 2017; Wann-Hansson, Hagell & Willman, 2008). I likhet identifierade Muntlin Athlin, Engström, Gunningberg och Bååth (2016) en signifikant skillnad i mätningar med modifierad Nortonskala som utfördes dag ett efter inläggning mellan de patienter som senare utvecklade ett trycksår och de som inte gjorde det. Skillnader sågs på totalsumman av modifierad Nortonskala samt i underkategorierna mentalt tillstånd, fysisk aktivitet, mobilitet och inkontinens (Muntlin Athlin et al., 2016). Wann-Hansson et al. (2008) fann att patienter med existerande trycksår vid inskrivning får mer fördelaktiga poäng på Bradenskalen än patienter som under vårdtiden utvecklade ett trycksår som oftare hade poäng under 17. Skillnaden var signifikant i bedömningen av sensorik, aktivitet och nutrition (Wann-Hansson et al., 2008). Till skillnad från övriga studier kunde Muntlin Athlin et al. (2016) inte förutse att ett trycksår skulle uppstå under vårdtiden utifrån den riskbedömning som gjordes i ambulansen eller på akutmottagningen. Både Sving et al. (2012) och Wann-Hansson et al. (2008) fann ett samband mellan inkontinens och ökad risk för trycksår. Som enda studie nämner Balzer et al. (2014) bedömning av rökvanor och uppger att det var en faktor som sällan togs med i riskbedömning av trycksårsutveckling.

Mellan de patienter som under vårdtiden utvecklade ett trycksår beskrev Denby och Rowlands (2010) samt Johansen Skogestad et al. (2017) ett samband där patienter med frakturer visade på en ökad risk för trycksår. Enligt Denby och Rowlands (2010) specifikt höftfrakturer. Även Balzer et al. (2014) observerade att lårbens- och höftfrakturer var det patienttillstånd som sjuksköterskor bedömde med högst risk för trycksår. Wann-Hansson et al. (2008) fann att patienter med trycksår mer frekvent var inskrivna på ortopediska och medicinska avdelningar. Flera studier identifierade medicinska diagnoser mer frekvent hos patienter med risk för trycksår (Cubit, McNally & Lopez, 2013; Denby & Rowlands, 2010; Johansen Skogestad et al., 2017). Både Cubit et al. (2013) och Johansen Skogestad et al. (2017) fann att bland riskpatienter var den främsta sök- eller inläggningsorsaken andningsbesvär. Johansen Skogestad et al. (2017) beskrev även ett samband mellan ökad risk för trycksår och smärta, dåsighet, svullnad av extremiteter, urinvägsbesvär och kräkning. I ytterligare en studie nämndes kognitiv svikt som vanligt förekommande hos patienter med trycksår, följt av nedsatt allmäntillstånd, lunginflammation och hjärtsvikt. Vanliga diagnoser hos de som utvecklade trycksår var hypertoni, diabetes och förmaksflimmer (Denby & Rowlands, 2010). Johansen Skogestad et al. (2017) fann att patienter som uppgav att de kände sig nervösa var 70 procent mindre troligt i riskzonen för trycksår. Samma studie observerade ett laboratoriemässigt samband där patienter med ökad

risk för trycksår hade lägre nivåer i hemoglobin och albumin och högre nivåer av C-Reaktivt protein än patienter utan risk (Johansen Skogestad et al., 2017).

Hög ålder var en faktor som flertalet studier identifierade vara associerat med en ökad risk för utveckling av trycksår (Chaboyer et al., 2017; Cubit et al., 2013; Johansen Skogestad et al., 2017; Wann-Hansson et al., 2008). Enligt Johansen Skogestad et al. (2017) hade patienter över 80 år en tre gånger ökad risk för trycksår än patienter under 65 års ålder och patienter mellan 65 och 79 år hade en dubbelt ökad risk (Johansen Skogestad et al., 2017). Wann-Hansson et al. (2008) fann att förutom ålder var aktivitet och friktion signifikant associerade med trycksårsutveckling. Även Sving et al. (2012) såg ett samband mellan ökad risk för trycksår och patienter med avsevärt nedsatt fysisk kondition. Johansen Skogestad et al. (2017) beskrev att patienter med ett Body Mass Index [BMI] under 20 hade en ökad risk för trycksårsutveckling. Sving et al. (2012) identifierade i likhet med detta att av de patienter som bedömdes med en ökad risk för trycksår hade de flesta ett minskat intag av mat och vätska. Denby och Rowlands (2010) uppgav som enda studie att av patienter som utvecklade ett trycksår hade 99,2 procent en vistelsetid på akutmottagningen som översteg två timmar.

Dokumentation

I två av studierna framkom brister i dokumentationen av trycksårsbedömning, hudinspektion och trycksår (Rich, Shardell, Margolis & Baumgarten, 2009; Sving et al., 2012). Rich et al. (2009) fann att enbart 67,5 procent av patienterna som vid hudinspektion hade ett trycksår hade något som indicerade det i patientjournalen. Sving et al. (2012) beskrev varierande frekvens av dokumentation. På en avdelning fanns dokumentation av riskbedömning, hudinspektion och omvårdnadsplan på alla patienter utom en. På en annan avdelning hade enbart två av 11 en dokumenterad riskbedömning, sex av dem en dokumenterad hudbedömning och ingen en upprättad omvårdnadsplan (Sving et al., 2012).

Faktorer som påverkade frekvensen av dokumentation uppmärksammades i tre studier (Dahlström et al., 2011; Rich et al., 2009; Sving et al., 2014). Rich et al. (2009) fann att det var mer troligt att patienter som under vårdtiden utvecklade ett trycksår i kategori II eller högre, patienter med ett trycksår sedan innan sjukhusvistelsen samt patienter med flera trycksår hade det dokumenterat. Sving et al. (2014) identifierade att patienter som enligt Bradenskalen riskerade att utveckla ett trycksår i högre utsträckning hade en hudbedömning dokumenterad och patienter med en högre ålder hade mer frekvent både riskbedömning och hudbedömning dokumenterad. Dahlström et al. (2011) beskrev att sjuksköterskor dokumenterade trycksår mer frekvent än läkare, 96,7 procent mot 70,6 procent. När en sjuksköterska stod för dokumentationen var den också mer komplett, speciellt vad gällde trycksårskategori, storlek och lokalisation (Dahlström et al., 2011).

Det trycksårspreventiva arbetet

Trycksårspreventiva åtgärder

I en resultatstudie ansåg sjuksköterskor på en avdelning att det inte behövdes någon rutin för trycksårsprevention eftersom preventiva åtgärder utfördes per automatik i det dagliga arbetet. Sjuksköterskor förväntade sig att undersköterskor skulle utföra tryckavlastande åtgärder och hålla patientens hud torr. På en annan avdelning som ingick i studien fanns det rutiner för trycksårsprevention. Vården planerades individuellt utifrån patientens mobilisation och hudstatus, samt med fokus på att förebygga malnutrition (Sving et al.,

2012). Rich et al. (2009) fann att 15 procent av studiedeltagarna hade någon trycksårspreventiv åtgärd insatt. Samtidigt visade Chaboyer et al. (2017) att omkring 86 procent hade minst en preventiv åtgärd någon gång under studieperioden. Det framkom även att 33 procent av alla patienter som erhöll trycksårspreventiva åtgärder hade det 100 procent av tiden (Chaboyer et al., 2017). Rich et al. (2009) beskrev att patienter med en lägre poäng på Nortonskalan i större utsträckning hade trycksårspreventiva åtgärder insatta. I likhet fann Chaboyer et al. (2017) att patienter med en högre risk för trycksår erhöll fler preventiva åtgärder. I en annan av resultatstudierna framkom det att trycksårsprevention utfördes för 44,1 till 58,7 procent av patienterna som enligt Bradenskalen riskerade att utveckla ett trycksår. Där 44,1 procent erhöll lägesändring, 58,7 procent hudbedömning och 47,2 procent tryckavlastande underlag (Sving et al., 2014).

Skillnader mellan vilka patienter som erhöll trycksårspreventiva åtgärder och vilka som inte gjorde det identifierades av två studier (Rich et al., 2009; Sving et al., 2014). Rich et al. (2009) beskrev att det framförallt var patienter med existerande trycksår som erhöll trycksårsprevention. Patienter som under vårdtiden utvecklade trycksår i kategori I erhöll färre preventiva åtgärder än de som utvecklat trycksår i kategori II. Samtidigt sågs det motsatta förhållandet bland patienter med existerande trycksår sedan innan inskrivning (Rich et al., 2009). I en studie framkom det att när den totala tiden för omvårdnad var lägre ökade sannolikheten att patienten hade en tryckavlastande madrass men sannolikhet för inplanerad lägesändring minskade (Sving et al., 2014). Rich et al. (2009) fann att de enskilda variabler som i högst utsträckning associerades med trycksårspreventiv utrustning var multisjuka patienter, förekomst av urininkontinens och patienter med behov av hjälp med sex olika aktiviteter i det dagliga livet [ADL]. Hög ålder var även förenat med prevention, medan kön eller hudfärg inte var det (Rich et al., 2009).

Enligt Muntlin Athlin et al. (2016) gavs näringsersättning på både akutmottagning och avdelning, dock erhöll betydligt färre patienter med trycksår oral nutritionsersättning i jämförelse med de patienter som inte hade ett trycksår. Chaboyer et al. (2017) identifierade att en fjärdedel av patienterna hade en implementerad nutritionsplan och hälften erhöll någon form av hudbehandling med barriärkrämer i trycksårspreventivt syfte. I samma studie uppgav 60 procent av patienterna att de erhållit adekvat hjälp med hudvård och fått deras nutritionsbehov bedömt (Chaboyer et al., 2017). Flera studier identifierade att patientinformation inte gavs om trycksår och prevention (Chaboyer et al., 2017; Latimer et al., 2016; Sving et al., 2012). I en av studierna erhöll ingen patientinformation (Sving et al., 2012) i en annan studie en tredjedel (Chaboyer et al., 2017) och i den tredje studien hade tio till 14,5 procent av patienterna erhållit utbildning i trycksårsprevention (Latimer et al., 2016).

Tryckavlastande underlag och förband

Muntlin Athlin et al. (2016) observerade att av studiens 183 patienter erhöll enbart tre en säng på akutmottagningen, resterande placerades på en brits. På avdelning erhöll fler patienter tryckavlastande madrasser och ingen signifikant skillnad sågs mellan patienter som sedan innan hade ett trycksår, under vårdtiden drabbades av ett trycksår samt de som inte drabbades (Muntlin Athlin et al., 2016). I en annan studie hade enbart 0,4 procent en annan form av madrass än ordinarie, 3,6 procent hade ett madrassöverdrag, 2,9 procent hälskydd, 1,1 procent sittkudde och 11,4 procent positioneringskuddar (Rich et al., 2009). Samtidigt fann Chaboyer et al. (2017) att omkring hälften av alla patienter hade någon form av tryckavlastande underlag. Wann-Hansson et al. (2008) identifierade att tryckavlastande åtgärder i säng användes på 60 procent av patienterna som sedan tidigare

hade trycksår och på 66 procent av patienterna som under vårdtiden utvecklade trycksår. Tryckavlastande åtgärder i stol användes mer frekvent på patienter som under vårdtiden utvecklade ett trycksår än på de som hade existerande trycksår vid inskrivning (Wann-Hansson et al., 2008). En studie visade på sambandet att där en planering för tryckavlastande underlag fanns implementerades det också (Latimer et al., 2016). I en annan studie identifierades att patienter som enligt Bradenskalen riskerade att utveckla ett trycksår i högre utsträckning hade tryckavlastande madrasser (Sving et al., 2014).

Bååth, Engström, Gunningberg och Muntlin Athlin (2016) fann att de patienter som under vårdtiden haft ett par tryckavlastande stövlar utvecklade betydligt färre trycksår än de patienter som inte haft ett par. Även Santamaria et al. (2015a) och Santamaria et al. (2015b) undersökte effekten av trycksårsprevention. Santamaria et al. (2015a) fann att ingen av de 150 patienterna som under vårdtiden haft ett skumförband applicerat över hämlarna utvecklade ett trycksår. Samtidigt som 14 av de 152 patienter som inte haft hämlförband, drabbades av 19 trycksår på hämlarna (Santamaria et al., 2015a). I likhet identifierade Santamaria et al. (2015b) att av 161 patienter som under vårdtiden haft förband på sakrum och hämlar utvecklade fem patienter sju trycksår, där två var lokaliserade i sakrum och fem på hämlarna. I jämförande kontrollgrupp med 152 patienter som inte haft något förband under vårdtiden utvecklade 20 patienter totalt 27 trycksår där åtta var lokaliserade i sakrum och 19 på hämlarna (Santamaria et al., 2015b). En tredje studie visade att det var 5,4 gånger större sannolikhet att patienter som inte hade haft ett silikonbeklätt sakrumförband applicerat under vårdtiden drabbades utav ett sakralt trycksår (Cubit et al., 2013).

Lägesändring

Lägesändringar utfördes mindre frekvent än någon annan preventiv åtgärd (Sving et al., 2014). Muntlin Athlin et al. (2016) identifierade att på akutmottagningen erhöll ingen patient lägesändring, men att det utfördes på avdelning efter inläggning. Enligt Wann-Hansson et al. (2008) erhöll fyra procent av de med sedan innan inskrivning existerande trycksår och fem procent av de som under vårdtiden utvecklade trycksår regelbunden lägesändring i sängen. Enbart en patient av de som under vårdtiden utvecklade ett trycksår erhöll regelbunden lägesändring sittande i stol, ingen av de med sedan tidigare existerande trycksår (Wann-Hansson et al., 2008). Patienter som enligt Bradenskalen riskerade att utveckla ett trycksår hade i högre utsträckning planerade lägesändringar (Sving et al., 2014). Latimer et al. (2016) fann ingen relation mellan planering och implementering för regelbunden lägesändring. Chaboyer et al. (2017) beskrev som enda studie lägesändring mer frekvent inplanerat, där två tredjedelar av patienterna hade ett lägesändringsschema. Av patienterna uppgav 60 procent att de erhållit adekvat hjälp med lägesändring (Chaboyer et al., 2017). Sving et al. (2012) observerade att lägesändring ofta utfördes i samband med dagliga aktiviteter som vid medicinintag eller måltidssituationer.

Faktorer som påverkar trycksårsprevention

Organisation och ledning

En framgångsrik faktor för trycksårsprevention var en bra organisation (Hommel, Gunningberg, Idvall & Bååth, 2017; Sving, Fredriksson, Gunningberg & Mamhidir, 2017; Soban, Kim, Yuan & Miltner, 2017). Hommel et al. (2017) menade att en bra organisation hade låg personalomsättning, korta beslutsvägar och tydliga realistiska mål uppsatta. Enligt Sving et al. (2017) var ledningens attityd och engagemang för det trycksårspreventiva

arbetet viktigt för att upprätthålla arbetet med trycksårsprevention. Återkoppling om det trycksårspreventiva arbetet till medarbetarna var även viktigt. Den återkoppling som gavs direkt i anslutning till utförd åtgärd inne hos en patient kunde sedan användas av sjuksköterskan i omvårdnaden av andra patienter (Sving et al., 2017). Soban et al. (2017) identifierade att stöd från sjukhusledningen var av yttersta vikt vid implementering av riktlinjer.

Områdesansvarig

Flera studier betonade vikten av att en sjuksköterska med trycksårkunskap fanns tillgänglig på avdelningen (Hommel et al., 2017; Soban et al., 2017; Sving et al., 2017). Sving et al. (2017) menade att en sjuksköterska med trycksårkunskap ansvarade för kvalitetsmätningen. För att kunna göra ett bra arbete behövde sjuksköterskan få tillräckligt med tid avsatt för detta, vilket kunde vara svårt att genomföra på grund av personalbrist (Sving et al., 2017). Hommel et al. (2017) beskrev vidare hur områdesansvariga gav stöd och återkoppling till sjuksköterskor angående deras trycksårspreventiva arbete. Kvalitetsmätningen presenterades visuellt för att synliggöra resultaten. Sjuksköterskor med trycksårkunskap fanns behjälpliga på avdelningen avseende planering för trycksårsprevention och såg till att material och hjälpmedel fanns lättillgängligt (Hommel et al., 2017). Soban et al. (2017) fann att mindre sjukhus hade fler sårspecialister i jämförelse med större sjukhus.

Chaboyer och Gillespie (2014) samt Sving et al. (2017) beskrev en oro hos sjuksköterskor för en ökad arbetsbelastning under arbetet med trycksårsprevention. Sving et al. (2017) identifierade att områdesansvariga sjuksköterskor oroade sig för att få kollegor emot sig om arbetet med trycksårsprevention uppfattades som allt för tidskrävande. Patienters personlighet utgjorde även en barriär vid det trycksårspreventiva arbetet, där patientens egen inställning och medverkan till trycksårsprevention påverkade arbetet (Chaboyer & Gillespie, 2014).

Kunskap och utbildning

Hommel et al. (2017) betonade vikten av både praktisk och teoretisk kunskap av trycksårsprevention hos personalen. Chaboyer och Gillespie (2014) beskrev att kunskap om trycksår var viktigt för både sjukvårdspersonal, patienter och anhöriga. Att involvera patienten och öka deras kunskap om trycksårsprevention var en viktig del i det trycksårspreventiva arbetet (Hommel et al., 2017; Chaboyer & Gillespie, 2017). Likaså var regelbunden träning av personalen i patientsäkerhet en viktig del (Hommel et al., 2017). Ökad kunskap kunde erhållas via genomgång av trycksårspreventiva redskap, exempelvis madrasser eller hälskydd (Hommel et al., 2017; Sving et al., 2017). Sving et al. (2017) betonade även vikten av lättillgänglighet för trycksårspreventiva redskap och att det bidrog till en ökad användning. Hommel et al., (2017) menade att det var viktigt för personalen att förstå varför trycksårsprevention är viktigt. Sving et al. (2017) fann att personalens kunskap ökade om sjuksköterskor fick återkoppling och stöd direkt inne hos patienten. Det tydliggjorde och förändrade sjuksköterskornas sätt att se på trycksårsprevention (Sving et al., 2017). Barker et al. (2013) identifierade att erfarna sjuksköterskor utförde fler preventiva åtgärder än övriga sjuksköterskor. Även Sving et al. (2012) såg att sjuksköterskans erfarenhet påverkade den kliniska bedömningen och att de såg sig som spindeln i nätet i sitt arbete med andra professioner. Sjuksköterskor tog hjälp av fysioterapeuternas kunskap och litade på undersköterskans kunskap om trycksårsprevention (Sving et al., 2012).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Ansats och design

Författarna till föreliggande studie anser att valet av litteraturöversikt som metod visade sig vara väl lämpad för att besvara studies syfte och forma en uppfattning över aktuellt kunskapsläge. Enligt Friberg (2012) är litteraturöversikt en tillämpbar metod för att skapa en sammanfattande bild över ett aktuellt omvårdnadsrelaterat ämne. Om trycksårsprevention som ämne fanns mycket forskning att tillgå vilket författarna till litteraturöversikten anser styrker studiens validitet. Initialt fanns tankar om att utvärdera ett pågående projekt med trycksårsförebyggande madrasser på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinges akutmottagning. Under hösten 2017 fanns ingen projektplan tillgänglig varför en stor osäkerhet fanns kring hur projektets tidsplan såg ut och om studien var lämplig i beaktande till den tid som fanns avsatt för examensarbetet. En litteraturöversikt bedömdes kunna svara på examensarbetets syfte inom given tidsram. I ett ursprungligt skede var tanken att beskriva akutmottagningars trycksårspreventiva arbete. Ämnet visade sig vara för smalt och breddades för att inkludera akutsjukvård.

Vid litteraturöversikt av omvårdnadsforskning bör både kvantitativ och kvalitativ forskning inkluderas för en ökad förståelse inom det valda området (Forsberg & Wengström, 2015). Att både inkludera kvantitativa och kvalitativa artiklar möjliggjorde att studien kunde beskriva både den enskilda sjuksköterskans åsikter samt resultat från större kvantitativa mätningar. Detta berikade, enligt litteraturöversiktens författare, studien med ett bredare resultat som är generaliserbart för akutsjukvården. Att varken kvantitativ eller kvalitativ forskning som fanns publicerad inom ämnet utelämnades ansågs öka validiteten och reliabiliteten för studien. Forsberg och Wengström (2015) menar att litteraturöversikter bör ses som hjälp för att hitta underlag för beslut i den kliniska verksamheten. En litteraturöversikt ansågs därför lämpad ur perspektivet att skapa ett underlag som potentiellt kan bidra till ett trycksårspreventivt förbättringsarbete inom akutsjukvård.

Urval och genomförande

Enligt Forsberg och Wengström (2015) bör litteraturöversikter inrikta sig på aktuell forskning. Som inklusionskriterium sattes en tidsbegränsning på tio år med vetenskapliga artiklar publicerade efter år 2007. Föreliggande studies resultat innehåller artiklar publicerade mellan åren 2008 och 2017. Samtliga artiklar håller sig inom bestämd tidsbegränsning på tio år och 11 av 20 artiklar är från de senaste fem åren. Att enbart inkludera den senaste forskningen ökade studiens validitet. Trycksår är ett globalt problem. Med avsikt att skapa en generaliserbarhet och ett resultat som speglade akutsjukvården i Sverige valdes att enbart inkludera artiklar publicerade i länder med liknande levnadsstandard som i Sverige. En diskussion har förts mellan föreliggande studies författare samt studiens handledare om vad som menades med liknande levnadsstandard. Diskussionen mynnade ut i länder med liknande ekonomiska förhållanden samt där en liknande sjukvård bedrivs. En risk med detta urvalskriterium kunde vara att relevant forskning från andra länder utelämnades, vilket hade varit en svaghet för studien. I databassökningarna framkom dock inga sådana forskningsresultat varför ingen studie behövde exkluderas. I denna litteraturöversikt har forskning från Australien, Nederländerna, Norge, Sverige, Tyskland och USA inkluderats. Artiklar som var skrivna på andra språk än svenska och engelska valdes att exkluderas genom en avgränsning i varje sökning. Detta kan ha varit en svaghet för föreliggande studie om sökresultatet påverkades

och relevant forskning utelämnades. Föreliggande studies författare begränsade språkkunskaper utelämnade dock att ett annat val kunde göras. Det är okänt hur mycket forskning om ämnet som finns publicerad på andra språk än svenska och engelska.

Datainsamling genomfördes med artikelsökning i databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO som alla innehåller omvårdnadsforskning. Att genomföra sökningar i flera databaser anser författarna berikade sökresultatet och ökar reliabiliteten gällande att forskning inte utelämnats. Tidpunkten för sökningen var november 2017 till januari 2018. Polit och Beck (2016) menar att det är en styrka att i studien använda sig av flertalet varierade sökningar då ett mångsidigt resultat uppnås. Till studien användes både fritext- och specialiserade sökningar med ämnesord. Som komplement genomfördes manuell sökning utifrån att intressanta resultat framkommit i artiklar som inkluderats. Datainsamlingens olika tillvägagångssätt ansågs utöka det insamlade materialet och säkerställer att ingen relevant forskning inom området utelämnades och ökar därav reliabiliteten och validiteten för studien.

Sökorden valdes utifrån syftet. I de olika databaserna valdes likvärdiga sökord som bestämdes utifrån respektive databas ämnesord. Ämnesordet aged/äldre valdes som komplement i sökningar då det framkommit som nyckelord i några av artiklarna som inkluderats från de initiala sökningarna. Ämnesorden practice guideline, risk assessment samt enable valdes in som sökord i några sökkombinationer då även de identifierats som nyckelord i flera artiklar. Att inkludera dessa sökord var ett sätt att smalna av sökningen, då antalet träffar minskades och ytterligare relevanta artiklar framkom. Flera av artiklarna fanns med under flertalet ämnesordskombinationer samt även i flera av databaserna men inkluderades enbart en gång. Genom att sökresultatet presenteras i tabellform blir datainsamlingen mer lättöverskådlig för läsaren. Det möjliggör även att sökningen kan upprepas och samma resultat fås fram, vilket ökar studiens reliabilitet.

Totalt inkluderades 20 artiklar, varav 13 kvantitativa, tre kvalitativa och fyra en kombination av kvantitativa och kvalitativa metoder. Enligt Friberg (2012) är det artiklarnas kvalitet som avgränsar om de ska inkluderas eller exkluderas i studien. För att säkerställa kvaliteten på artiklarna användes ett bedömningsunderlag framställt av Berg et al. (1999) och Willman et al. (2011) (Bilaga 1). Författarna till föreliggande studie ansåg att det var en styrka för studien att samtliga artiklar bedömdes med samma bedömningsunderlag. Samtliga artiklars kvalitet diskuterades mellan studiens båda författare och vid osäkerhet konsulterades studiens handledare. Att det är fler som har deltagit i bedömningen ansågs vara en styrka för studien. Samtliga artiklar som inkluderades bedömdes vara av medel eller hög kvalitet enligt underlaget vilket författarna till föreliggande studie anser styrker dess validitet.

Dataanalys

Enligt Kjellström (2017) kan studentens begränsade kunskaper i engelska och metodologi påverka dataanalysen vilket behöver tas i beaktande. För att undvika feltolkningar har författarna utfört bearbetningen av artiklarna var för sig och sedan tillsammans. Innehållet diskuterades för att få en djupare förståelse och för att säkerställa att resultatet tolkats korrekt. Flera artiklar beskrev det som författarna till denna studie har valt att kalla områdesansvarig. I studierna beskrevs denna funktion med olika begrepp men med samma innebörd. För att tydliggöra innebörden valde författarna därför att namnge denna funktion som områdesansvarig.

Till föreliggande studie har det funnits två författare vilka båda har läst och analyserat samtliga artiklar för att sedan diskutera framkomna fynd tillsammans. Att analysen utförts av två författare i jämförelse med en ensam författare ger en högre validitet och stärker på så sätt studien. Analysen skedde utifrån integrerad analysmetod. Friberg (2012) beskriver integrerad analys som en metod för att urskilja likheter och skillnader i insamlat material. I enlighet med detta har författarna identifierat artiklarnas likheter och skillnader som resulterade i studiens huvud- och underkategorier. Enligt Friberg (2012) kan en modell användas för att förtydliga det funna resultatet. Författarna till denna studie valde i enlighet med detta att presentera resultatets huvud- och underkategorier i en resultattabell vilket skapade en lättöverskådlig bild över resultatets delar. Som omvårdnadsteoretisk referensram valdes Benner (1993) ut då hon belyser akutsjuksköterskans kompetensområde säker vård som trycksår är en del av.

Forskningsetiska övervägande

I enlighet med Forsberg och Wengström (2015) har forskningsetiska överväganden tagits fortlöpande under studiens gång. Enligt Vetenskapsrådet (2017b) får ett resultat inte förvrängas, vilseleda eller förfalskas. Inget resultat har utelämnats i litteraturöversikten utan författarna har rättvist redogjort för resultatet som framkommit ur analysen av artiklarna. Genom en missvisande analys kan tolkningen av ett resultat förvrängas (Forsberg & Wengström, 2015). Författarna har genom att noggrant återge resultatet så textnära som möjligt eliminerat risken för feltolkning samt ej låtit sin förförståelse påverka resultatet. Upprepade diskussioner har förts mellan litteraturöversiktens författare för att säkerställa att en korrekt tolkning av resultatet har gjorts. Vid osäkerhet har en svensk-engelsk ordbok använts. I enlighet med Vetenskapsrådet (2017b) har datainsamlingen öppet redovisats så att samma sökning kan genomföras och samma resultat uppvisas.

Enligt Forsberg och Wengström (2015) ska enbart studier som godkänts av en etisk kommitté eller genomfört grundliga etiska överväganden inkluderas i studien. Samtliga artiklar som inkluderades till föreliggande studie hade granskats och godkänts av ett etiskt råd. Flertalet studier hänvisade till Helsingforsdeklarationen som enligt Polit och Beck (2016) skapades som grund för etiska principer vid forskning.

Resultatdiskussion

I denna litteraturöversikt användes Patricia Benner (2003; 2015) som stöd och ramverk att diskutera resultatet emot. Kunskap byggs upp i sjuksköterskans praktiska arbete. En hög grad av sjuksköterskans kunskap ligger fördolt i kliniskt expertarbete. Sjuksköterskor utvecklar expertvetande när deras praktiska arbete prövas och nya förbättringsförslag testas. Flera olika referensramar används i sjuksköterskans patientarbete. Både teoretisk kunskap om sjukdomar och skador samt patientens upplevelser behöver beaktas i arbetet. Att konkretisera en specifik klinisk situation underlättar inläringen och fördjupar förståelsen. Detta gör att kunskap lättare används i praktiken (Benner, 2015). Här har den specialistutbildade akutsjuksköterskan en viktig roll. Specialistsjuksköterskan i akutsjukvård ska arbeta evidensbaserat och implementera evidensbaserad forskning (Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Genom att ta del av aktuell tillgänglig kunskap om trycksårsprevention kan specialistsjuksköterskan motivera sina kollegor i deras arbete.

I resultatet beskrevs en varierande förekomst av riskbedömning för trycksår (Chaboyer et al., 2017; Latimer et al., 2016; Sving et al., 2014). En riskbedömning görs med syfte att i ett tidigt skede identifiera patienter i riskzonen för trycksår och för att tidigt sätta in preventiva åtgärder (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014). Författarna till föreliggande litteraturöversikt anser att utan en genomförd riskbedömning kan inte riskpatienter identifieras och behandling samt utvärdering av preventiva åtgärder försvåras. Chaboyer et al. (2017) beskrev att en trolig orsak till otillräcklig trycksårsprevention är bristande kunskap och otillräcklig träning i användandet av riskbedömningsinstrument. I enlighet med internationella riktlinjer ska en första riskbedömning genomföras inom åtta timmar efter ankomst till sjukhus (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014).

Resultatet beskrev olika skattningsskalor för riskbedömning där både Bradenskalen, Waterlowskalen och modifierad Nortonskala nämndes (Chaboyer et al., 2017; Latimer et al., 2016; Muntlin Athlin et al., 2016; Sving et al., 2014). Författarna till föreliggande studie kan se en styrka i att använda ett standardiserat mätinstrument i bedömningen för att säkerställa en rättvis bedömning oavsett vem som utför den. Både Balzer et al. (2014), Latimer et al. (2016) och Sving et al. (2012) observerade att ingen skattningsskala användes i riskbedömningen. Enligt Benner (2015) är sjuksköterskors kliniska blick och erfarenhet av största vikt vid preventivt arbete. Balzer et al. (2014) beskrev sjuksköterskors kliniska bedömning och vilka tillstånd hos patienten som togs i beaktande vid riskbedömningen av trycksår. De patienttillstånd som framkom var egenskaper som också togs med i bedömning med de olika skattningsskalorna. Det Balzer et al. (2014) beskriver som inte förekom i något bedömningsinstrument är att sjuksköterskorna ansåg att patientens tillstånd kunde vara antingen riskhöjande eller -sänkande och att dessa sattes i förhållande till varandra i den slutgiltiga bedömningen. Detta kunde innebära att en patient som i vissa avseenden bedömdes ha en risk för trycksår i andra avseenden hade skyddande egenskaper vilket reducerade risken för trycksårsutveckling. Författarna till föreliggande studie tolkar det som att en patient som riskerade att utveckla trycksår istället kunde bedömas som en lågriskpatient vilket potentiellt kan medföra att trycksårspreventiva åtgärder uteblir.

Akutsjuksköterskan ska verka för en tvärprofessionell vård av patienten (Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Sving et al. (2012) identifierade att det framförallt var undersköterskor som utförde det trycksårspreventiva arbetet. Specialistsjuksköterskan i akutsjukvård har enligt Riksföreningen för akutsjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening (2017) ett övergripande ansvar att utforma, leda och fördela omvårdnadsarbetet. I enlighet med detta anser författarna till föreliggande studie att det är sjuksköterskans ansvar att leda omvårdnadsarbetet men är själv inte ansvarig för att utföra det varför riskbedömning av trycksår kan utföras av undersköterskan. Vidare beskrev Sving et al. (2012) hur undersköterskor rapporterade information om trycksår till sjuksköterskor som därigenom deltog i bedömningen av omvårdnaden utan att själva ha sett trycksåret. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017) ska legitimerad sjuksköterska vid informationsöverföring använda sig av standardiserade metoder. Att bedöma ett trycksår utan att ha sett det anser litteraturöversiktens författare ställer krav på att standardiserade termer används i beskrivningen av både sjuksköterska och undersköterska. Hommel et al. (2017) betonade vikten av regelbunden utbildning i trycksårsprevention, där både teoretisk kunskap och praktisk utbildning skedde direkt hos patienten. Benner (2015) beskrev att när teoretisk och praktisk kunskap integreras leder det till ett effektivt lärande. Genom att sätta teoretisk kunskap i en klinisk kontext fördjupas personalens inläring (Benner, 2015).

Hög ålder var en riskfaktor som flertalet studier identifierade associerat med ökad risk för utveckling av trycksår (Chaboyer et al., 2017; Cubit et al., 2013; Johansen Skogestad et al., 2017; Wann-Hansson et al., 2008). Enligt Socialstyrelsen (2017) är det patienter i åldersgruppen 80 år och äldre som har de längsta vistelsetiderna på Sveriges akutmottagningar. En resultatartikel fann att av de patienter som under vårdtiden utvecklade ett trycksår hade 99,2 procent en vistelsetid på akutmottagningen som översteg två timmar (Denby & Rowlands, 2010). Enligt Socialstyrelsens (2017) senaste mätningar kan en vistelsetid på akutmottagningen i väntan på vårdplats bli upp mot sju timmar eller mer. Av resultatet framkom att patienter över 80 år hade en tre gånger ökad risk för trycksår än patienter under 65 års ålder och patienter mellan 65 och 79 år hade en dubbelt ökad risk (Johansen Skogestad et al., 2017). Enligt Riksföreningen för akutsjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening (2017) har akutsjuksköterskan ett ansvar att ta en aktiv del i patientsäkerhetsarbetet och ska genom ett förebyggande arbete verka preventivt för att förhindra att vårdskador uppstår. Med kunskapen om att den patientgrupp som i högre utsträckning riskerar att utveckla trycksår också är den patientgrupp som har de längsta vistelsetiderna, borde tala för ett tidigt trycksårspreventivt arbete i akutsjukvården.

Enligt Socialstyrelsen (2016) leder en längre vistelsetid på akutmottagningen till en ökad risk för vårdskador och uppger att de hårda sängarna kan vara en orsak till uppkomst av trycksår hos äldre. I resultatet framkom i en studie att av 183 patienter erhöll enbart tre en säng på akutmottagningen, resterande placerades på en brits (Muntlin Athlin et al., 2016). En orsak till detta anser författarna till föreliggande studie kan vara att det på akutmottagningarna inte finns sängar eller tryckavlastande underlag i samma utsträckning som på sjukhusavdelningar. Enligt en resultatartikel av Sving et al. (2017) framkom det att lättillgänglighet för trycksårspreventiva redskap bidrog till en ökad användning utav dem. Sjuksköterskor har ett ansvar att bedriva säker vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) men utan rätt förutsättningar anser författarna till föreliggande studie att det arbetet försvåras.

I resultatet identifierade flera studier att patientinformation inte gavs om trycksår och prevention (Chaboyer et al., 2017; Latimer et al., 2016; Sving et al., 2012). I enlighet med Benner (2015) ska sjuksköterskan i sitt arbete beakta patientens upplevelse i samråd med sin expertis. Både den legitimerade sjuksköterskans och akutsjuksköterskans arbete ska utgöras av en personcentrerad vård där patienten ses som en unik individ och vården planeras utefter patientens behov och förutsättningar (Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2017; Svensk sjuksköterskeförening, 2017). För en personcentrerad vård i enlighet med Svensk Sjuksköterskeförening (2017) ska omvårdnaden bedömas, planeras, genomföras och slutligen utvärderas i samråd med patienten. Trycksårsprevention bör därför planeras utifrån den enskilda patientens behov. Den bristande patientinformationen som framkom av resultatet visar på att patienterna inte involverades i det trycksårspreventiva arbetet vilket kan ha försvårat preventionsarbetet.

Resultatartiklarna beskrev en varierande förekomst av trycksårspreventiva åtgärder (Chaboyer et al., 2017; Rich et al., 2009; Sving et al., 2014). En artikel uppgav att enbart 15 procent av studiedeltagarna hade någon åtgärd insatt (Rich et al., 2009) samtidigt som en annan fann att trycksårsprevention utfördes hos 86 procent (Chaboyer et al., 2017). Sveriges kommuner och landsting (2017b) belyser trycksår som en av de vårdskador som hälso- och sjukvården ska arbeta med att förhindra. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017) har den legitimerade sjuksköterskan en skyldighet att i sitt arbete verka för att

patienter inte drabbas utav vårdskada. Att en resultatstudie presenterar att trycksårsprevention enbart utfördes på 15 procent motverkar en säker vård med nolltolerans mot trycksår. Av de preventiva åtgärder som beskrevs i resultatet var lägesändring den preventiva åtgärd som var minst beskriven och enligt flera studier även den åtgärd som utfördes minst (Muntlin Athlin et al., 2016; Sving et al., 2014; Wann-Hansson et al., 2008). I en studie framkom det att när den totala tiden för omvårdnad var lägre ökade sannolikheten att patienten hade en tryckavlastande madrass men minskade samtidigt för att en inplanerad lägesändring fanns (Sving et al., 2014). Som en tolkning kan göras att när patienter erhöll ett tryckavlastande underlag så gjordes samtidigt bedömningen att en lägesändring ej var av samma betydelse. Flera av resultatartiklarna hade utvärderat effekten av olika tryckavlastande underlag där samtliga visade att sannolikheten att drabbas utav trycksår ökade utan ett tryckavlastande underlag (Bååth et al., 2016; Cubit et al., 2013; Santamaria et al., 2015a; Santamaria et al., 2015b). Detta talar för vikten av att använda tryckavlastande underlag för att förebygga trycksår.

Generellt beskrevs en bristande dokumentation av trycksår och trycksårsprevention i resultatet (Rich et al., 2009; Sving et al., 2012) vilket författarna till föreliggande studie anser måste ha försvårat det preventiva arbetet. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017) ska den legitimerade sjuksköterskan dokumentera omvårdnadsprocessens samtliga delar i patientens journal med syfte att skapa kontinuitet för vården. Utan en dokumentation av riskbedömning, hudinspektion och insatta åtgärder anser författarna till föreliggande studie att det blir svårt att utvärdera vårdens effekt. Då det inte finns att tillgå vad som utfördes tidigare under vårdtillfället borde resultatet bli att kontinuiteten i vårdarbetet försvåras. Samtidigt anser författarna att det är viktigt att påminna om varför åtgärder inte blir genomförda. Precis som Chaboyer et al. (2017) beskrev kan känslan av en ökad arbetsbelastning hos sjuksköterskor leda till brister vid trycksårsprevention. Benner (2015) menar att sjuksköterskor behöver träna sin kliniska blick för att kunna arbeta förbyggande. Även de internationella riktlinjerna för trycksårsprevention betonar att sjuksköterskors kliniska bedömning är en del av riskbedömningen hos patienter (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014). För att framgångsrikt kunna arbeta trycksårsförebyggande krävs insatser både på individuell och på organisatorisk nivå. Direkt återkoppling av resultat och åtgärder samt att trycksårsförebyggande redskap, så som madrasser eller tryckavlastande förband finns lättillgängliga är faktorer som underlättar det trycksårspreventiva arbetet (Hommel et al., 2017). Chaboyer och Gillespie (2014) ansåg det vara viktigt för både patient och personal att patienten såg fördelarna med en ny åtgärd då det leder till en ökad medvetenhet kring trycksårsprevention. Precis som Chaboyer och Gillespie (2014) skriver menar författarna till denna studie att det är viktigt att preventiva åtgärder blir en naturlig del i vardagsarbetet, anpassade till verksamheten där dessa ska ske så att det inte uppfattas som en ytterligare arbetsbörda för sjuksköterskor.

Flera av artiklarna påpekade vikten av att ha en områdesansvarig sjuksköterska för trycksår på avdelningen som får tid avsatt till preventionsarbetet. Detta för att bibehålla uppmärksamheten och höja kvalitén kring trycksårsprevention på arbetsplatsen (Hommel et al., 2017; Soban et al., 2017; Sving et al., 2017). Områdesansvarig kan genom sin kunskap och med ett aktivt utvecklingsarbete förbättra vården. Hommel et al (2017) betonade precis som Benner (2015) vikten av reflektion kring insatta åtgärder i sitt arbete. För att bibehålla en hållbar trycksårsprevention var det viktigt med ihållande stöd från ledningen på alla nivåer som visar på att detta är en prioriterad fråga (Soban et al., 2017).

Slutsats

Av resultatet kan slutsatsen dras att det trycksårspreventiva arbetet, med allt från riskbedömning till preventiva åtgärder samt utvärdering och dokumentation, är något som utförs med varierad frekvens inom akutsjukvården. Den varierade frekvensen är påverkad av flertalet olika faktorer. Dock visar resultatet att trycksårspreventiva åtgärder reducerar andelen trycksår vilket talar för hur viktigt det är. För ett lyckat implementeringsarbete om trycksår ska kunna genomföras behöver personal erhålla kunskap och utbildning, ha nära tillgång till trycksårspreventiv utrustning och erhålla feedback på sitt arbete och stöd från sjukvårdens ledning.

Klinisk tillämpbarhet

Föreliggande litteraturöversikt har beskrivit hur det trycksårspreventiva arbetet inom akutsjukvård ser ut samt belyst vilka faktorer som kan påverka det arbetet. Problemet med bristande trycksårsprevention behöver uppmärksammas i akutsjukvården. En ökad medvetenhet om trycksårsprevention skulle kunna bidra till en reduktion av trycksår och ett minskat lidande för patienter. Den kunskap som framkommit kan användas som grund för att upprätta nya trycksårspreventiva arbetsätt inom akutsjukvården. Att avsätta en specialistsjuksköterska som ansvarig för det trycksårspreventiva arbetet på akutmottagningen skulle kunna vara ett sätt att vidareutveckla preventionsarbetet. Vidare forskning på ämnet behövs. Framför allt kring tidiga interventionsåtgärder på akutmottagningen då patienter vistas allt längre tid där i väntan på en vårdplats.

REFERENSER

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931) 1824-1830. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8
- Almeida, de R., Giacomolli, C. M. H., Coelho, E. L., Bittencourt, V. L. L., Callegaro, C. C., & Stumm, E. M. F. (2017). High frequency generator in the treatment of injury pressure in elderly. *Journal of Nursing*, 11(8), 3136-3142. doi: 10.5205/reuol.11064-98681-4.ED.1108201719
- Balzer, K., Kremer, L., Junghans, A., Halfens, R. J. G., Dassen, T., & Kottner, J. (2014). What patient characteristics guide nurses' clinical judgement on pressure ulcer risk? A mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(5), 703-716. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.09.005
- Balzer, K., Pohl, C., Dassen, T & Halfens, R. (2010). The Norton, Waterlow, Braden, and Care Dependency Scales. Comparing their validity when identifying patients' pressure sore risk. *Journal of Wound Ostomy Continence Nurses Society*, 34(4), 389-398. doi: 10.1097/01.WON.0000281655.78696.00
- Barker, A. L., Kamar, J., Tyndall, T. J., White, L., Hutchinson, A., Klopfer, N., & Weller, C. (2013). Implementation of pressure ulcer prevention best practice recommendations in acute care: an observational study. *International Wound Journal*, 10(3), 313-320. doi: 10.1111/j.1742-481X.2012.00979.x
- Benner, P. (2015). Curricular and Pedagogical Implications for the Carnegie Study, Educating Nurses: A Call for Radical Transformation. *Asian Nursing Research*, 9(1), 1-6. doi: 10.1016/j.anr.2015.02.001
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert- mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Bennett, G., Dealey, C., & Posnett, J. (2004). The cost of pressure ulcers in the UK. *Age and Ageing*, 33(3), 230-235. doi: 10.1093/ageing/afh086
- Berg, A., Dencker, K., & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad vid behandling av personer med depressionssjukdomar*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering & Svensk Sjuksköterskeförening.
- Bergstrom, N., Braden, B. J., Laquzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research*, 36(4), 205-210. Hämtad från: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3299278>
- Brem, H., Maggi, J., Nierman, D., Rolnitzky, L., Bell, D., Rennert, R., ... Vladeck, B. (2010). High cost of stage IV pressure ulcers. *The American Journal of Surgery*, 200(4), 473-477. doi: 10.1016/j.amjsurg.2009.12.021

Brouns, S. H. A., Stassen, P. M., Lambooi, S. L. E., Dieleman, J., Vanderfeesten, I. T. P., & Haak, H. R. (2015). Organisational Factors Induce Prolonged Emergency Department Length of Stay in Elderly Patients – A Retrospective Cohort Study. *Plos One*, *10*(8), 1-15. doi: 10.1371/journal.pone.0135066

Bååth, C., Engström, M., Gunningberg, L., & Muntlin Athlin, Å. (2016). Prevention of heel pressure ulcers among older patients – from ambulance care to hospital discharge: A multi-centre randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*, *30*, 170-175. doi: 10.1016/j.apnr.2015.10.003

Care of Sweden AB. (2012). *Trycksår i Sverige - kunskapsöversikt och beräkning av kostnader för slutenvården*. Hämtad från: http://www.careofsweden.se/wp-content/uploads/2013/10/Care_Of_Sweden_Rapport_trycksar_121220_NHE.pdf

Chaboyer, W., Bucknall, T., Gillespie, B., Thalib, L., McInnes, E., Considine, J., ... Harbeck, E. (2017). Adherence to evidence-based pressure injury prevention guidelines in routine clinical practice: a longitudinal study. *International Wound Journal*, *14*(6), 1290-1298. doi: 10.1111/iwj.12798

Chaboyer, W. & Gillespie, B. M. (2014). Understanding nurses' views on a pressure ulcer prevention care bundle: a first step towards successful implementation. *Journal of Clinical Nursing*, *23*(23-24), 3415-3423. doi: 10.1111/jocn.12587

Chaou, C.-H., Chiu, T.-F., Yen, A. M.-F., Ng, C.-J., & Chen, H.-H. (2016). Analyzing Factors Affecting Emergency Department Length of Stay-Using a Competing Risk-accelerated Failure Time Model. *Medicine*, *95*(14), 1-7. doi: 10.1097/MD.00000000000003263

Coleman, S., Gorecki, C., Nelson, E. A., Closs, S. J., Defloor, T., Halfens, R., ... Nixon, J. (2013). Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(7), 974-1003. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.019

Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, *17*(1), 38-43. doi: 10.12968/bjon.2008.17.1.28059

Cubit, K., McNally, B., & Lopez, V. (2013). Taking the pressure off in the Emergency Department: evaluation of the prophylactic application of a low shear, soft silicon sacral dressing on high risk medical patients. *International Wound Journal*, *10*(5), 579-584. doi: 10.1111/j.1742-481X.2012.01025.x

Dahlstrom, M., Best, T., Baker, C., Doeing, D., Davis, A., Doty, J., & Arora, V. M. (2011). Improving identification and documentation of pressure ulcers at an academic hospital. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, *37*(3), 123-130. doi: 10.1016/s1553-725(11)37015-8

Daws, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J., Hopayian, K., ... Osborne, J. (2005). Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Education*, *5*(1), 1-7. doi: 10.1186/1472-6920-5-1

- Denby, A., & Rowlands, A. (2010). Stop Them at the Door: Should a pressure Ulcer Prevention Protocol Be implemented in the Emergency Department? *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 37(1), 35-38. doi: 10.1097/WON.0b013e3181c68b4b
- Ek, A.-C., Unosson, M., & Bjurnulf, P. (1989). The Modified Norton Scale & the Nutritional State. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 3(4), 183-187. doi: 10.1111/j.1471-6712.1989.tb00290.x
- Elmqvist, C., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2012). Trapped between doing and being: First providers' experience of "front line" work. *International Emergency Nursing*, 20(3), 113-119. doi: 10.1016/j.ienj.2011.07.007
- Eriksson, J., Gellerstedt, L., Hillerås, P., & Craftman, Å. G. (2017). Registered nurses' perception of safe care in overcrowded emergency departments. *Journal of clinical nursing*. Epub ahead of print. doi: 10.1111/jocn.14143
- Friberg, F. (2012). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 37-46). Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Gorecki, C., Brown, J. M., Nelson, E. A., Briggs, M., Schoonhoven, L., Dealey, C., ... Nixon, J. (2009). Impact of Pressure Ulcers on Quality of Life in Older Patients: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1175- 1183. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02307.x
- Gray, S., & Hampton, S. (2015). A united approach to the prevention of pressure ulcers. *Nursing & Residential Care*, 17(3), 137-142. doi: 10.12968/nrec.2015.17.3.137
- Grol, R. & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362(9391), 1225-1230. doi: 10.1016/S0140-6736(03)14546-1
- Henneman, P. L., Nathanson, B. H., Ribeiro, K., & Balasubramanian, H. (2014). The impact of age and gender on resource utilization and profitability in ED patients seen and released. *American Journal of Emergency Medicine*, 32(10), 1159-1167. doi: 10.1016/j.ajem.2014.06.030
- Hirshon, J. M., Risko, N., Calvello, E. J., Stewart de Ramirez, S., Narayan, M., Theodosis, C., & O'Neill, J. (2013). Health systems and services: the role of acute care. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(5), 386-388. doi: 10.2471/BLT.12.112664
- Hommel, A., Gunningberg, L., Idvall, E., & Bååth, C. (2017). Successful factors to prevent pressure ulcers- an interview study. *Journal of Clinical nursing*, 26(1-2), 182-189. doi: 10.1111/jocn.13465

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. (2013). *Genomlysning av Stockholms fem stora akutmottagningar: Slutrapportering oktober 2013*. Hämtad från: http://www.swenurse.se/contentassets/6cfe05121bce47f7befa4a154af6e7d4/20131022_genomlysning-av-stockholms_akutmottagningar_slutversion.pdf

Inspektionen för vård och omsorg. (2017). *Beslut Karolinska Universitetssjukhuset Solna-IVO*. Hämtad från: <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/bilder-och-nyheter/2017/8461-2017-7-beslut-karolinska-universitetssjukhuset-solna.pdf>

Jeffs, L., Berta, W., Lingard, L., & Baker, G. R. (2012). Learning from near misses: from quick fixes to closing off the Swiss-cheese holes. *BMJ Quality & Safety*, 21(4), 287-294. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000256

Johansen Skogestad, I., Martinsen, L., Børsting, T. E., Granheim, T. I., Sigurdsson Ludvigsen, E., ... Lerdal, A. (2017). Supplementing the Braden scale for pressure ulcer risk among medical inpatients: the contribution of self-reported symptoms and standard laboratory tests. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1-2), 202-214. doi: 10.1111/jocn.13438

Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 81-98). Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 57–80). Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Natur & Kultur.

Latimer, S., Chaboyer, W., & Gillespie, B. (2016). Pressure injury prevention strategies in acute medical inpatients: an observational study. *Contemporary Nurse*, 52(2-3), 326-340. doi: 10.1080/10376178.2016.1190657

Lindh, M., & Sahlqvist, L. (2012). *Säker vård: att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. Stockholm: Natur & Kultur.

Lindgren, M., Unosson, M., Fredrikson, M., & Ek, A.-C. (2004). Immobility- a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(1), 57- 64. doi: 10.1046/j.0283-9318.2003.00250.x

Lindholm, C. (2012). *Sår* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Muntlin Athlin, Å., Engström, M., Gunningberg, L., & Bååth, C. (2016). Heel pressure ulcer, prevention and predictors during the care delivery chain – when and where to take action? A descriptive and explorative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24(134), 1-7. doi: 10.1186/s13049-016-0326-0

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). *NEW 2014 Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide* (2nd ed.). Perth, Australia: Cambridge Media. Hämtad från: <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>

Orth-Gomér, K., & Perski, A. (2008). *Preventiv Medicin: teori och praktik* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Pennbrant, S., Nilsson Skyvell, M., Öhlén, J., & Rudman, A. (2013). Mastering the professional role as a newly graduated registered nurse. *Nurse Education Today*, 33(7), 739-745. doi: 10.1016/j.nedt.2012.11.021

Pham, B., Teague, L., Mahoney, J., Goodman, L., Paulden, M., Poss, J.,... Krahn, M. (2011). Early prevention of Pressure Ulcers Among Elderly Patients Admitted Through Emergency Departments: A Cost-effectiveness Analysis. *Annals of Emergency medicine*, 58(5), 468-478. doi: 10.1016/j.annemergmed.2011.04.033

Polit, D. F., & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rich, S. E., Shardell, M., Margolis, D., & Baumgarten, M. (2009). Pressure Ulcer Preventive Device Use Among Elderly Patients Early in the Hospital Stay. *Nursing Research*, 58(2), 95-104. doi: 10.1097/NNR.0b013e31818fce8e

Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot akutsjukvård*. Hämtad från: https://www.swenurse.se/globalassets/sena/akutkomp-2017_tryck-1.pdf

Samuriwo, R., & Dowding, D. (2014). Nurses' pressure ulcer related judgements and decisions in clinical practice: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(12), 1667-1685. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.04.009

Santamaria, N., Gerdtz, M., Liu, W., Rakis, S., Sage, S., Ng, A. W., ... Liew, D. (2015a). Clinical effectiveness of a silicone foam dressing for the prevention of heel pressure ulcers in critically ill patients: Border II Trial. *Journal of Wound Care*, 24(8), 340-345. doi: 10.12968/jowc.2015.24.8.340

Santamaria, N., Gerdtz, M., Sage, S., McCann, J., Freeman, A., Vassiliou, T., ... Knott, J. (2015b). A randomised controlled trial of the effectiveness of soft silicone multi-layered foam dressings in the prevention of sacral and heel pressure ulcers in trauma and critically ill patients: the border trial. *International Wound Journal*, 12(3), 302-308. doi: 10.1111/iwj.12101

Schmidt, C. E., & Bottoni, T. (2003). Improving medication safety and patient care in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 29(1), 12-16. doi: 10.1067/men.2003.19

SFS 2010: 659. *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 6 oktober, 2017, från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Soban, L. M., Kim, L., Yuan, A. H., & Miltner, R. S. (2017). Organisational strategies to implement hospital pressure ulcer prevention programmes: finding from a national survey. *Journal of Nursing Management*, 25(6), 457-467. doi: 10.1111/jonm.12416

Socialstyrelsen. (u.å.). *Statistikdatabas: Väntetider och besök vid sjukhusbundna akutmottagningar*. Hämtad 5 januari, 2018, från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/vantetiderochbesokvidsjukhusbundnaakutmottagningar>

Socialstyrelsen. (2014). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - stöd för styrning och ledning*. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20734/2017-11-3.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst: Lägesrapport 2015*. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19747/2015-2-51.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Vård och omsorg om äldre: Lägesrapport 2016*. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20088/2016-2-29.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar: Rapport februari 2017*. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20493/2017-2-16.pdf>

Sophiahemmet Högskola. (2016). *Studiehänvisning för kursupplägg och instruktion för utformning av det självständiga arbetet*. Hämtad 20 oktober, 2017, från: <https://shh.pingpong.se/courseId/95913/node.do?id=44780827&ts=1503056741643&u=1571769068>

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), 463- 564. doi: 10.1111/j.1365-2648.206.04140.x

Sullivan, N., & Schoelles K. M. (2013). Preventing In-Facility Pressure Ulcers as a Patient Safety Strategy A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5), 410-416. doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00008

Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Sveriges kommuner och landsting. (2016). *Vårdskador: Vad trodde vi då – Vad vet vi nu?*
Hämtad från:
https://skl.se/download/18.6ee610e515505b6272d35cbd/1465398354772/Vad+trodde+vi+d%C3%A5+-+vad+vet+vi+nu_+SKL.pdf

Sveriges Kommuner och Landsting. (2017a). *Riskområden och åtgärds paket inom patientsäkerhet*. Hämtad 16 december, 2017, från:
<https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/riskomradenatgardspaket.4493.html>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2017b). *Trycksår, ett åtgärds paket*. Hämtad 6 oktober, 2017, från:
<https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/riskomradenatgardspaket/riskomraden/trycksar.7>

Sving, E., Fredriksson, L., Gunningberg, L., & Mamhidir, A.-G. (2017). Getting evidence-based pressure ulcer prevention into practice: a process of evaluation of a multifaceted intervention in a hospital setting. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19-20), 3200-3211. doi: 10.1111/jocn.13668

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(9-10), 1293-1303. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04000.x

Sving, E., Idvall, E., Högberg, H., & Gunningberg, L. (2014). Factors contributing to evidence-based pressure ulcer prevention. A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(5), 717-725. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.09.007

Vetenskapsrådet. (2017a). *Etik*. Hämtad 1 mars, 2018, från:
<https://www.vr.se/etik.4.3840dc7d108b8d5ad5280004294.html>

Vetenskapsrådet. (2017b). *Oredlighet i forskningen*. Hämtad 1 mars, 2018, från:
<https://www.vr.se/etik/oredlighetiforskningen.4.9232df81081e742f7e800049.html>

Wann-Hansson, C., Hagell, P., & Willman, A. (2008). Risk factors and prevention among patients with hospital-acquired and pre-existing pressure ulcers in an acute care hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 17(13), 1718-1727. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02286.x

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

Wikström, J. (2012). *Akutsjukvård: Omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Bedömningsunderlag. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfylla men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet

Artikelmatris

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Balzer, K., Kremer, L., Junghans, A., Halfens, R.J.G., Dassen, T., & Kottner, J. 2014 Tyskland/Nederländerna	What patient characteristics guide nurses' clinical judgement on pressure ulcer risk? A mixed method study	Syftet med studien var att undersöka vilka patientattribut som sjuksköterskor använder vid sin bedömning av trycksårslinje (utan att använda riskbedömningsinstrument).	Kvalitativa semi-strukturerade intervjuer med sjuksköterskor på två traumaavdelningar på universitetssjukhus. Studien kombinerades med en analys av kvantitativ data från en tidigare tvärsnittsstudie genomförd på en av avdelningarna. Insamlad data sammanställdes med hjälp av triangulering.	N=195 (89) patienter N=16 intervjuer	Sjuksköterskor tittar på flera aspekter vid riskbedömning av trycksår. Vissa aspekter bedöms som viktigare. En ökad risk för trycksårsutveckling avvägs mot egenskaper hos patienten som bedöms som skydd mot trycksårsutveckling. Ju större omvårdnadsbehov en patient har desto högre bedöms risken för att patienten ska utveckla trycksår. Patientens egen förmåga till egenvård ses som skydd mot trycksårsutveckling.	I K II P
Barker, A.L., Kamar, J., Tyndall, T.J., White, L., Hutchinson, A., Klopfer, N., & Weller, C. 2013 Australien	Implementation of pressure ulcer prevention best practice recommendations in acute care: an observational study	Syftet med studien var att undersöka om införandet av ett evidensbaserat trycksårspreventivt program hade reducerat uppkomsten av sjukhusförvärvade trycksår samt undersöka om rekommenderade rutiner används som en del i det dagliga vårdarbetet med patienter på The Northern Hospital.	Prospektiv kohort observationsstudie där författarna undersökte sambandet mellan identifierandet av trycksårsrisker och insättandet av trycksårspreventiv behandling. 270 patienter observerades under en treveckorsperiod i december 2008. Granskning av 4368 patientjournaler efter förekomst av trycksårspreventiv dokumentation. Data om sjukhusförvärvade trycksår insamlades genom 1045 punktprevalensmätningar.	N=270 (11) N=4368 N=1045	Sjuksköterskornas följsamhet till trycksårspreventiv dokumentation var hög, > 84 procent. Enbart två av de 270 patienterna utvecklade ett trycksår under deras sjukhusvistelse. Studien fann att erfarna sjuksköterskor identifierade fler patienter som högriskpatienter och förskrev mer trycksårsförebyggande material än andra sjuksköterskor (usual-care nurses).	II P

Bååth, C., Engström, M., Gunningberg, L., & Muntlin Athlin, Å. 2016 Sverige	Prevention of heel pressure ulcers among older patients – from ambulance care to hospital discharge: A multi-centre randomized controlled trial	Syftet med studien var att undersöka effekten av en tidig intervention i ambulansen med avlastning för patientens hälar genom att använda en härlavlastande stövel vid förekomst av trycksår hos äldre patienter (70 år och äldre).	Multicentrerad randomiserad kontrollerad studie. I studien deltog fem ambulansstationer, två akutmottagningar och 16 avdelningar på två svenska sjukhus. Deltagarna randomiserades i ambulansen till intervention- alternativt till kontrollgrupp. Interventionsgruppen erhöll härlavlastande stövlar. Under vårdtiden bedömdes patienternas hudstatus och vid utskrivning fick patienterna fylla i en enkät om stöveln. Databasinsamling gjordes mellan maj 2011 till februari 2013.	N=183	Studien resulterade i att signifikant färre patienter i interventionsgruppen utvecklade trycksår under vårdtiden i jämförelse med kontrollgruppen. I både intervention- och kontrollgrupp utvecklade patienter kategori I trycksår, förutom en patient i kontrollgruppen som erhöll ett trycksår som varierade mellan kategori II och IV under vårdtiden. Patienterna i interventionsgruppen uppgav lägre smärta med NRS-skattning än de i kontrollgruppen.	I RCT
Chaboyer, W., Bucknall, T., Gillespie, B., Thalib, L., McInnes, E., Considine, J., Murray, E., Duffy, P., Tuck, M., & Harbeck, E. 2017 Australien	Adherence to evidence-based pressure injury prevention guidelines in routine clinical practice: a longitudinal study	Syftet med studien var att beskriva följsamheten av evidensbaserade riktlinjer kring trycksår på fyra akutsjukhus i Australien.	En longitudinell studie på observerade data som samlats in mellan juli till december 2014. Daglig genomgång av journalen där riskbedömningar och observation av trycksårspåbyggande insatser granskades. Även patienters självskattning vid utskrivning samlades i den elektroniska journalen som granskades.	N=799 (1)	Av patienterna erhöll bara 20 procent en trycksårspåbyggande åtgärd, 61 procent två eller mer. Ingen skillnad i tidsaspekt hos olika riskgrupper (låg-hög risk). Patienternas trycksårspåbyggande åtgärder var inte genomgående under deras vistelsetid på sjukhuset trots eventuell förändrad riskbild. Orsaken skulle kunna vara kompetensbrist, ingen träning i användandet av riskbedömningsinstrument eller att sjuksköterskor anser att vissa egenskaper hos patienter ger en annan risk för utveckling av trycksår.	I R
Chaboyer, W., &	Understanding	Syftet var att undersöka	En semi-strukturerad	N=20	Fördelarna med införandet av	II

Gillespie, B. M. 2014 Australien	nurses' views on a pressure ulcer prevention care bundle: a first step towards successful implementation	sjuksköterskors åsikter om hinder och vilka faktorer som underlättar implementering av trycksårspåbyggande program.	intervjustudie som genomfördes på två avdelningar (en kirurgisk och en akutmedicinsk avdelning). Innehållsanalys genomfördes där fem kategorier framkom.		trycksårspåbyggande program var att det gav en ökad medvetenhet kring prevention, underlättade för trycksårspåbyggande åtgärder och ökade patientdelaktigheten. Hindrande var att alla patienter inte kan eller vill vara delaktiga, samt att sjuksköterskor oroade sig för att det skulle öka arbetsbelastningen.	K
Cubit, K., McNally, B., & Lopez, V. 2013 Australien	Taking the pressure off in the Emergency Department: evaluation of the prophylactic application of a low shear, soft silicon sacral dressing on high risk medical patients	Syftet var att undersöka effekten av att använda ett sakrumförband i silikon med låg friktionsgrad i syfte att minska förekomsten av trycksador uppkomna av friktion och förändringar av mikroklimatet hos äldre, högriskpatienter som skrevs in på akutmottagningen med en medicinsk sökorsak.	Icke-randomiserad design där 51 patienter inkluderades i en interventionsgrupp. Patienternas hud ovan sakrum observerades samt dokumenterades tre gånger per dygn. Vid ankomst applicerades ett sakrumförband som sedan byttes var tredje dag samt vid behov. Som kontrollgrupp granskades 58 patientjournaler tillhörande patienter som lagts in under samma tidsperiod. Data samlades in från en akutmottagning och tre medicinska avdelningar, januari till maj 2010.	N=51 Interventionsgrupp N=58 Kontrollgrupp	Författarna fann att i interventionsgruppen utvecklade enbart en patient ett trycksår (kategori II), medan sex patienter i kontrollgruppen utvecklade ett trycksår (kategori I och II). Studien visade således att trycksårspåbyggande sakrumförband reducerar risken för trycksårsuppkomst.	II P+R
Dahlstrom, M.,	Improving	Syftet var att utvärdera	Journalgranskning på patienter	N=244	Införandet av kampanjen ledde till	I

BILAGA 2

<p>Best, T., Baker, C., Doeing, D., Davis, A., Doty, J., & Arora, V. M. 2011 USA</p>	<p>identification and documentation of pressure ulcers at an academic hospital</p>	<p>effekten av en kampanj som skulle förbättra trycksårsprevention. Kampanjen bestod av en lista med omlägningsmaterial samt när dessa skulle användas, journalmall för dokumentation och utbildning av personal, samt poster på sjukhusets väggar.</p>	<p>som var 65 år eller äldre och fick höga poäng på Vulnerable Elders Survey (VES-13). Dokumentationen kontrollerades avseende trycksårsrisk och beskrivning av sår i journalen. Deskriptiv statistik användes för att jämföra journaldokumentation innan, medans och efter införandet av kampanjen.</p>		<p>förbättrad dokumentation av trycksår. Dock minskade kvaliteten i dokumentation snabbt igen och blev sämre när sjukhuset införde elektroniskt journalsystem.</p>	<p>R</p>
<p>Denby, A., & Rowlands, A. 2010 USA</p>	<p>Stop Them at the Door: Should a pressure Ulcer Prevention Protocol Be implemented in the Emergency Department?</p>	<p>Syftet var att fastställa möjligheten av en implementering av ett trycksårspreventivt protokoll på en akutmottagning.</p>	<p>Tvårsnittsstudie med journalgranskning av patienter som under vårdtiden utvecklade ett trycksår. Under 2006 sökte 32 664 patienter vård, 75 procent resulterade i inläggningar och 125 av dessa utvecklade trycksår och inkluderades i studien.</p>	<p>N=125</p>	<p>En signifikant del av patienterna som söker akutmottagningen har enligt Bradenskalan en ökad risk för trycksår. De patienter som under vårdtiden utvecklade trycksår vistades på akutmottagningen i över två timmar. Journalgranskningen visade att 61,6 procent av patienterna utvecklade trycksår kategori I och 38,4 procent trycksår kategori II. Ingen utvecklade trycksår kategori III eller IV.</p>	<p>II R</p>
<p>Hommel, A., Gunningberg, L., Idvall, E., & Bååth, C. 2017 Sverige</p>	<p>Successful factors to prevent pressure ulcers - an interview study</p>	<p>Syftet med denna studie var att undersöka framgångsrika faktorer för prevention av trycksår på sjukhus.</p>	<p>Kvalitativa semi-strukturerade intervjuer. Sammanlagt intervjuades 39 personer. 13 individuella och sex fokusgruppsintervjuer genomfördes. Dessa spelades in digitalt och transkriberades. Kvalitativ innehållsanalys genomfördes, meningsbärande enheter identifierades, diskuterades och slutligen kunde tre kategorier identifieras.</p>	<p>N=39</p>	<p>Tre framgångsrika faktorer för prevention identifierades: bra organisation, bibehållen uppmärksamhet kring preventionsarbetet och att personalen ser värdet för patienten. En bra organisation utgjordes av låg personalomsättning och att prevention var en prioriterad fråga. Personal som har prevention som ansvarsområde och får tid avsatt till detta samt patientmedverkan.</p>	<p>I K</p>

<p>Johansen Skogestad, I., Martinsen, L., Børsting, T. E., Granheim, T. I., Sigurdsson Ludvigsen, E., Gay, C. L., & Lerdal, A. 2017 Norge</p>	<p>Supplementing the Braden scale for pressure ulcer risk among medical inpatients: the contribution of self-reported symptoms and standard laboratory tests</p>	<p>Syftet var att beskriva förekomsten av trycksår och risk för trycksår hos medicinska patienter på ett akutsjukhus och att undersöka eventuella riskfaktorer, inklusive sociala-demografiska faktorer, komorbiditet, upplevelse av symptom och blodprovsvärden.</p>	<p>Prospektiv tvärsnittsstudie genomförd på två avdelningar på ett akutsjukhus i Norge mellan september 2012 och maj 2014. Alla patienter tillfrågades vid inskrivning om deltagande i studien. Data samlades in genom journalgranskning och enkäter.</p>	<p>N=328</p>	<p>Av studiedeltagarna riskerade 20,4 procent att utveckla trycksår. Trycksårsförekomst var 11,9 procent. Ökad risk för trycksårsutveckling hade äldre, de med ett BMI < 20 och de som inkom med fraktur. Bland riskgruppen sågs även ökad smärta, kräkning, urinvägs- och andningsbesvär, lägre värden av hemoglobin och albumin samt högre värden av C-reaktivt protein. Patienter som kände sig nervösa hade 70 procents ökad sannolikhet att utveckla ett trycksår.</p>	<p>I P</p>
<p>Latimer, S., Chaboyer, W., & Gillespie, B. 2016 Australien</p>	<p>Pressure injury prevention strategies in acute medical inpatients: an observational study</p>	<p>Syftet var att beskriva fem planerade och implementerade trycksårspreventiva åtgärder och bestämma om det fanns ett samband mellan planering och implementering av tryckavlastande madrasser och lägesändring.</p>	<p>Datainsamling genom omvårdnadsplaner, journalgranskning och semistrukturerade observationer på de medicinska enheterna. Data samlades in på två sjukhus och fyra avdelningar mellan november 2011 och februari 2012 under sammanlagt 28 dagar. Jämförelse av de två sjukhusen genomfördes.</p>	<p>N=241</p>	<p>Studien visade på bristfällig planering och implementering av metoder för trycksårsprevention. Det fanns ett signifikant samband mellan planering och implementering av tryckavlastande madrasser på båda sjukhusen men inget samband gällande lägesändring på något av sjukhusen.</p>	<p>I R+K</p>

<p>Muntlin Athlin, Å., Engström, M., Gunningberg, L., & Bååth, C. 2016 Sverige</p>	<p>Heel pressure ulcer, prevention and predictors during the care delivery chain – when and where to take action? A descriptive and explorative study</p>	<p>Syftet var att beskriva förekomsten av trycksår lokaliserade på hälar och omvårdnadsåtgärder i relation till trycksårsprevention i vårdkedjan för äldre patienter med neurologiska symptom eller nedsatt allmäntillstånd. Samt att undersöka tidiga tecken av trycksårsutveckling på hälar under vårdkedjan.</p>	<p>Denna studie är en del av ett större forskningsprojekt. Prospektiv deskriptiv studie utförd på fem ambulansstationer, två akutmottagningar samt 16 avdelningar på två sjukhus. Deltagarna randomiserades i ambulansen till intervention- eller kontrollgrupp. Patienterna i interventionsgruppen erhöll hälavlastande stövlar.</p>	<p>N=183 N=103 interventionsgrupp</p>	<p>Hudinspektioner genomfördes under hela vårdkedjan för de flesta av de inkluderade patienterna. Av deltagarna bedömdes 60 procent riskera utveckla trycksår på akutmottagningen, 53 procent på avdelning dag 1, 47 procent dag 3 och 64 procent dag 7. Under sjukhusvistelsen utvecklade 21 procent trycksår över hälar. Alla patienter som under vårdtiden utvecklade ett trycksår erhöll inte adekvata trycksårspreventiva åtgärder.</p>	<p>I RCT</p>
<p>Rich, S. E., Shardell, M., Margolis, D., & Baumgarten, M. 2009 USA</p>	<p>Pressure Ulcer Preventive Device Use Among Elderly Patients Early in the Hospital Stay</p>	<p>Syftet var att fastställa frekvensen korrelerat till trycksårspreventiv behandling tidigt i vårdkedjan för äldre patienter och att bestämma frekvensen korrelerat till dokumentationen i patientjournalerna.</p>	<p>Fall-kontrollstudie av patienter över 65 år som inkommit via akutmottagning till medicinsk avdelning på två sjukhus mellan 1998 och 2001. På tredje dagen genomfördes en hudinspektion. Genom intervjuer med patienter, anhöriga och vårdpersonal samt via patientjournaler fastställdes om trycksår var uppkomna under sjukhusvistelsen eller om de hade funnits sedan tidigare.</p>	<p>N=792</p>	<p>Av alla deltagare utvecklade 166 patienter sjukhusförvärvade trycksår. 17 procent bedömdes riskera att utveckla ett trycksår. 15 procent hade en eller fler trycksårspreventiva åtgärder insatta. Dokumentationsfrekvensen var låg, enbart 67,5 procent av de som hade ett trycksår vid hudinspektion hade det dokumenterat i sin journal, varav majoriteten hade trycksår sedan innan vårdtillfället.</p>	<p>I K+R</p>

<p>Santamaria, N., Gerdzt, M., Liu, W., Rakis, S., Sage, S., Ng, A. W., Tudor, H., McCann, J., Vassiliou, T., Morrow, F., Smith, K., Knott, J., & Liew, D. 2015 Australien</p>	<p>Clinical effectiveness of a silicone foam dressing for the prevention of heel pressure ulcers in critically ill patients: Border II Trial</p>	<p>Syftet med studien var att bedöma hur kliniskt effektiv silikon skumskydd ("Mepilex Border Heel") är som prevention av trycksår lokaliserade på hälar hos trauma- och kritiskt sjuka patienter.</p>	<p>Prospektiv kohortstudie av kritiskt sjuka patienter som erhöll hälsiljonskumskydd på akutmottagningen och senare vårdades på intensivvårdsavdelning. Gruppen jämfördes med kontrollgrupp från en tidigare studie. Hälskyddet byttes var tredje dag eller vid behov. Data samlades in en gång om dygnet och analyserades med deskriptiv statistik.</p>	<p>N=191 (41) Interventionsgrupp N=152 Kontrollgrupp</p>	<p>Ingen av de 150 patienterna i interventionsgruppen som fått hälskydd utvecklade trycksår, jämfört med kontrollgruppen där 14 patienter utvecklade trycksår (p <0,001). Applikationen av skumförband på kritiskt sjuka patienter redan på akutmottagningen var ett effektivt sätt att förebygga trycksår på intensivvårdsavdelning.</p>	<p>I RCT</p>
<p>Santamaria, N., Gerdzt, M., Sage, S., McCann, J., Freeman, A., Vassiliou, T., De Vincentis, S., Ng, A. W., Manias, E., Liu, W., & Knott, J. 2015 Australien</p>	<p>A randomised controlled trial of the effectiveness of soft silicone multi-layered foam dressings in the prevention of sacral and heel pressure ulcers in trauma and critically ill patients: the border trial</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka effektiviteten av flerlagars siljonskumskydd som trycksårsprevention på kritiskt sjuka patienter när denna appliceras på akutmottagningen.</p>	<p>Randomiserad kontrollerad studie på ett universitetssjukhus i Australien. 440 trauma- och kritiskt sjuka patienter som kom till akutmottagningen och därefter vårdades på intensivvårdsavdelning inkluderades. På akutmottagningen delades patienter slumpmässigt in i kontrollgrupp eller interventionsgrupp. Patienterna erhöLL sedvanliga trycksårspreventionsrutiner. Interventionsgruppen erhöLL även siljonskumskydd över sakrum och hälar på akutmottagningen.</p>	<p>N=221 Kontrollgrupp N=219 Interventionsgrupp</p>	<p>Patienterna i interventionsgruppen hade signifikant lägre risk att utveckla trycksår på intensivvårdsavdelning. Sju patienter i interventionsgruppen jämfört med 27 i kontrollgruppen. (p <0,002). Av de sju patienterna i interventionsgruppen hade två patienter utvecklat trycksår i sakrum och fem på hälar. I kontrollgruppen hade åtta patienter utvecklat trycksår i sakrum och 19 på hälar.</p>	<p>I RCT</p>

<p>Soban, L. M., Kim, L., Yuan, A. H., & Miltner, R. S. 2017 USA</p>	<p>Organisational strategies to implement hospital pressure ulcer prevention programmes: Findings from a national survey</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva organisationsstrategier som stödjer implementering av trycksårspåbyggande program på akutsjukhus</p>	<p>Data samlades in via en enkätstudie till omvårdnadsansvariga sjuksköterskor på akutsjukhus. Deskriptiv statistik användes för att sammanfatta svaren från enkäten.</p>	<p>N=120 (4)</p>	<p>Hög svarsfrekvens erhöles för följande strategier som stödjer implementation av trycksårspåbyggande program: ledning, undervisning för personalen, en trycksårsspecialist med tillräckligt avsatt tid, stöd från sjukhusledning på alla nivåer. Hur dessa strategier användes varierade. Organisationsstrategier som underlättar implementering används inte optimalt för att erhålla en hållbar minskning av trycksårspåbyggande.</p>	<p>I P</p>
<p>Sving, E., Fredriksson, L., Gunningberg, L., & Mamhidir, A-G. 2017 Sverige</p>	<p>Getting evidence-based pressure ulcer prevention into practice: a process evaluation of a multifaceted intervention in a hospital setting</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors, undersköterskors och omvårdnadschefer erfarenhet och upplevelser av implementeringsarbetet av trycksårspåbyggande på sjukhus.</p>	<p>Efter att en intervention med kvasi-experimentell design genomfördes på tre medicinska och två kirurgiska avdelningar på sjukhus i Sverige genomfördes en intervjustudie. Fem fokusgruppsintervjuer och fem individuella intervjuer genomfördes med personal. Den kvasi-experimentella designen byggde på introduktion, trycksårspåbyggande och feedback av resultat av insatta åtgärder. Intervjuerna spelades in, varpå innehållsanalys genomfördes och meningsbärande enheter samt olika teman identifierades.</p>	<p>N=36</p>	<p>Implementeringsarbetet som genomfördes på avdelningarna ledde till förbättrad kunskap hos personalen och gav ett nytt arbetssätt för trycksårspåbyggande. All personal hade samma kunskapsnivå efter interventionen. Snabb och enkel tillgång till olika redskap för trycksårspåbyggande reducerade trycksårspåbyggandet. Avdelningars resultat förbättrades med internt och externt stöd. Internt stöd är en områdesansvarig på avdelningen som får tid avsatt att arbeta med trycksårspåbyggande arbete.</p>	<p>I K</p>

<p>Sving, E., Gunningberg, L., Högman, M., & Mamhidir, A.-G. 2012 Sverige</p>	<p>Registered nurses' attention to and perceptions of pressure ulcer prevention in hospital settings</p>	<p>Syftet var att beskriva hur legitimerade sjuksköterskor utför, dokumenterar och reflekterar över trycksårsprevention i en specifik sjuksköterske-patient vårdrelation, liksom generellt sett på sjukhusavdelningar.</p>	<p>En deskriptiv design kombinerad med observationer och semi-strukturerade intervjuer med legitimerade sjuksköterskor samt granskning av patientjournaler. Nio legitimerade sjuksköterskor från tre olika avdelningar på olika sjukhus deltog i studien. Sjuksköterskorna ansvarade för sammanlagt 83 patienter där 32 bedömdes vara i riskzonen för trycksårsutveckling. De 32 patienternas journaler granskades. Datainsamling genomfördes mellan januari och april 2009.</p>	<p>N=9 N=32</p>	<p>Tycksårspreventivt arbete utförd av legitimerad sjuksköterska påverkades av en rådande kultur. Följsamheten till evidensbaserade riktlinjer på avdelningarna varierade. Ett fåtal preventionsåtgärder utfördes och ingen strukturerad riskbedömning observerades. Fåtal omvårdnadsplaner identifierades. Sjuksköterskorna beskrev trycksårsprevention som basal omvårdnad, men deras uppmärksamhet till det preventiva arbetet var ändå bristande. Detta förklarades bero på att sjuksköterskorna ansåg att trycksårsprevention var en undersköterskeuppgift och de litade på undersköterskans kunskap.</p>	<p>I K+R</p>
<p>Sving, E., Idvall, E., Högberg, H., & Gunningberg, L. 2014 Sverige</p>	<p>Factors contributing to evidence-based pressure ulcer prevention. A cross-sectional study</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka samband mellan olika faktorer i en sjukhusorganisation som kan förbättra arbetet med trycksårsprevention.</p>	<p>En tvärsnittsstudie genomfördes på 44 avdelningar på två svenska sjukhus. Ett allmänsjukhus och ett universitetssjukhus. Under en dag samlades data in för trycksårsprevention, trycksårsförekomst, sjuksköterskebemanning och arbetsbelastning.</p>	<p>N=825 (6)</p>	<p>Patientens ålder och hög poäng på Bradenskalan var förenat med trycksårsprevention i form av tryckavlastande madrasser och lägesändring. Sjuksköterskebemanning spelade en mindre roll vid det trycksårsförebyggande arbetet.</p>	<p>I R</p>

<p>Wann-Hansson, C., Hagell, P., & Willman, A. 2008 Sverige</p>	<p>Risk factors and prevention among patients with hospital-acquired and pre-existing pressure ulcers in an acute care hospital</p>	<p>Syftet var att beskriva och identifiera riskfaktorer associerade med sjukhusförvärvade trycksår bland vuxna på ett akutsjukhus jämfört med patienter som har existerande trycksår vid ankomst till sjukhuset. Ett annat syfte var att identifiera de preventiva åtgärder som utfördes på båda respektive grupper.</p>	<p>Tvärsnittsstudie. En punktprevalensstudie med hudinspektion genomfördes under en dag i mars 2004 på ett svenskt universitetssjukhus. 33 sjukhusavdelningar inkluderades.</p>	<p>N=535</p>	<p>Trycksårsförekomsten var 27 procent. Hög ålder och poäng under 17 på Bradenskalen var tydligt associerade med trycksårsförekomst. Bland sjukhusförvärvade trycksår var hög ålder, nedsatt mobilitet och friktion och skjuvning bakomliggande riskfaktorer. Bland de som hade existerande trycksår innan sjukhusvistelsen var enbart hög ålder och friktion och skjuvning associerade med trycksårsförekomst. Generellt sett så användes sparsamt med preventiva åtgärder för att avlasta tryck.</p>	<p>I P</p>
---	---	--	---	--------------	--	----------------