



Kroniske venøse leggsår i hjemmesykepleien – den behandlende funksjon

*Hvordan kan sykepleier bidra til god behandling av kroniske venøse leggsår hos eldre
pasienter i hjemmesykepleien?*

Kandidatnummer: 894
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9892
Dato: 16.04.18

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato:16.04.18
Tittel: Kroniske venøse leggsår i hjemmesykepleien – den behandlende funksjon	
<p><u>Problemstilling:</u> «<i>Hvordan kan sykepleier bidra til god behandling av kroniske venøse leggsår hos eldre pasienter i hjemmesykepleien?</i>»</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Oppgaven omhandler kunnskap om venøse sår, og hvilke faktorer som hemmer og fremmer disse. Gunnleggende behandlingsprinsipper blir gjennomgått, og hvordan sykepleier ivaretar sår i hjemmet. Videre følges det opp med kompresjon, ernæring og smerte. Sykepleierens behandlende funksjon omtales for å understøtte en av sykepleiers ansvars- og funksjonsområder. Videre bygger rammeverket på kunnskap om hjemmesykepleie i sin helhet, hvilke lover og etiske retningslinjer vi må forholde oss til. Avslutningsvis presenteres viktigheten av kompetansen, dokumentasjon og kontinuitet hos personalet.</p> <p><u>Metode:</u> Oppgaven er en litteræroppgave. Forskning er hentet fra databasene CINAHL, SveMed+ og Sykepleien.no. Oppgaven er innen egne erfaringer for å belyse utfordringene i hjemmesykepleien.</p> <p><u>Drøfting:</u> Det teoretiske rammeverket drøftes fra ulike sider, med hensikt å besvare problemstillingen. Først drøftes sykepleierens behandlende funksjon i forhold til utfordringene ved sårstellet i hjemmetjenesten, samt betydningen av kompresjon, ernæring og smerte. Videre drøftes utfordringer hjemmetjenesten står ovenfor med tanke på kompetanse, dokumentasjon og kontinuitet i behandlingen. Alle delkapitlene blir drøftet opp mot forskning, samt hvilke rammer sykepleiere må forholde seg til knyttet til det juridiske rammeverket.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Gjennom den behandlende funksjon har sykepleier et ansvar for å utøve faglig forsvarlig sykepleie og gi en god behandling til pasienter med kroniske venøse leggsår. I følge anvendt fag – og forskningslitteratur er sykepleier i hjemmetjenesten nødt til å inneha tilstrekkelig kompetanse. Dersom sykepleier har kunnskap om kroniske venøse leggsår, samt faktorer som fører til økt sårtilheling, kan dette sammen bidra til en positivt behandlingsresultat. For at sykepleier skal kunne utøve forsvarlig sykepleie, er tilstrekkelig dokumentasjon avgjørende, da det vil bli lettere å utøve helhetlig sykepleie, samtidig som det bidrar til kontinuitet i behandlingen.</p>	

(Totalt antall ord: 300)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Oppgavens hensikt	2
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	2
1.4 Avgrensninger	2
1.5 Oppgavens oppbygging.....	4
2. Oppgavens teoretiske rammeverk	5
2.1 Kroniske venøse sår	5
2.2 Faktorer som fremmer og hemmer heling.....	5
2.2.1 Grunnleggende behandlingsprinsipper	5
2.2.2 Kompresjon.....	7
2.2.3 Ernæring	8
2.2.4 Smerte.....	8
2.3 Sykepleierens behandlende funksjon	9
2.4 Hjemmesykepleie	9
2.5 Sykepleiers juridiske og etiske rammeverk	10
2.6 Sykepleiekompetanse	12
2.7 Dokumentasjon og kontinuitet.....	12
3. Metode	14
3.1 Fremgangsmåte for litteratursøk.....	14
3.2 Resultat av litteratursøk.....	15
3.3 Kildekritikk	15
4. Presentasjon av forskningsartikler i tabell artikkelmatrise.....	17
5. Drøfting	20
5.1 Sykepleierens behandlende funksjon	20
5.2 God kompetanse kan være en utfordring	26
5.3 Dokumentasjon og kontinuitet i behandling av kroniske venøse sår	29
6. Avslutning	31
7. Litteraturliste.....	32
Vedlegg 1: PICO-skjema	37
Vedlegg 2: Søkehistorikk	38

1. Innledning

Tema for oppgaven er behandling av kroniske venøse leggsår i hjemmetjenesten. I innledningen vil jeg presentere bakgrunn for valg av tema, og oppgavens problemstilling. Videre vil det bli gjort rede for oppgavens avgrensninger. Avslutningsvis omhandler kapitlet oppgavens formål og oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det antas at 1-2 % av befolkningen til enhver tid har åpne, kroniske sår (Holsen & Ingebretsen, Sykdommer i huden, 2014, s. 508). Utbredelsen av kroniske fot – og leggsår øker med alderen, der majoriteten av pasientene er over 65 år (Lindholm, 2012, s. 81). Leggsår skyldes oftest sirkulasjonsforstyrrelser, hvorav 70 % er venøst betinget (Andersen, Lomholt, & Wulf, 2013, s. 169). Behandlingen er svært ressurskrevende og kan tilsvare 1,5% av nasjonale helsebudsjetter (Slagvold & Stranden, Venøse leggsår, 2005, s. 891). Det forventes at den globale forekomsten av kroniske venøse leggsår vil eskalere drastisk, i takt med den økende eldrebølgen vi har i vente (McDaniel, Kemmner, & Rusnak, 2015, s. 381).

Utilstrekkelig kunnskap om sårbehandling blant sykepleiere i hjemmetjenesten, samt mangelfull dokumentasjon har vist seg å være en stor utfordring i dagens helsetjeneste. Sett ut i fra litteratur og forskning antydes det at det kreves økt kompetanse innenfor sårbehandling. Oppgaven er innom egne erfaringer fra praksis i hjemmesykepleien, hvor jeg har sett og erfart at behandlingen knyttet til det kroniske venøse sår har vært en utfordring. I følge studien gjort av Thompson & Adderley (2014) understøttes utfordringene jeg så i praksis, der sykepleiere ofte er overbelastet med ansvarsoppgaver som diagnostisering, behandling og administrering av pasienter. Når ansvarsområdet blir stort, stilles det desto høyere krav til at sykepleiere bruker sin kunnskap og vurdering til å behandle informasjonen i de kliniske miljøene. Ved utilstrekkelig kunnskapsgrunnlag, herunder kroniske venøse leggsår, kan sluttresultatet bli å ta valg som minsker sjansene for helbredelse og forbedret livskvalitet. Videre kan informasjonen gitt av sykepleiere rundt såret, være av varierende innhold og nøyaktighet, som avgjør sårtilhelingen. I dette komplekse miljøet er sykepleierens nøkkelfunksjon å skille verdifull informasjon i støyen av arbeidsoppgaver (Adderley & Thompson, 2014, s. 351). Skolering av ansatte i kommunehelsetjenesten kan bidra til at det vil være varierende behandling og

kunnskapsgrunnlag som møter pasienten med et kronisk venøst leggsår (Langøen, 2015, s. 309).

Helt siden studiestart har jeg fattet interesse for behandling av sår. Etter endt praksis i hjemmesykepleie, ble det erfart mangelfulle sårprosedyrer og dokumentasjon om sårets karakter og utvikling. Det var samt ingen faste pleiere som gikk til pasientene noe som resulterte i lite kontinuitet i behandlingen. Ved å ha oppdatert kunnskap og tilstrekkelig dokumentasjon, vil dette sammen danne et bedre grunnlag for å utøve forsvarlig behandling til pasientene. Erfaringene jeg sitter igjen med gjorde at jeg ønsket å tilegne mer kunnskap, ved å skrive en bacheloroppgave om behandlingen av kroniske venøse leggsår i kommunehelesetjenesten.

1.2 Oppgavens hensikt

Ettersom det påpekes i litteraturen, er sårbehandling i hjemmet et utfordrende område sykepleieren står ovenfor. Dette fordi sykepleiere i hjemmetjenesten føler seg usikre på hvilken behandling pasientene skal få. Pasienter med vanskelig helende sår, går oftest med sårene i måneds- eller årevis, og trenger tilstrekkelig behandling av disse i hjemmet (Lindholm, 2012, s. 80). Stadige variasjoner i behandlingsopplegget, er uheldig, og kan dermed forsinke sårtilhelingen (Ingebretsen & Storheim, 2013, s. 378). Det viktigste sykepleier som behandlere kan gjøre, er å være faglig oppdatert for å sikre at behandlingen som gis, er oppdatert til den gjeldende standarden (Langøen, 2015, s. 304). Hensikten med oppgaven er dermed å tilegne seg kunnskap ved identifikasjon av sår, hvor det er essensielt at kontinuitet blir vedlagt i sykepleien.

1.3 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn om valg av tema, er følgende problemstilling utarbeidet:

«Hvordan kan sykepleier bidra til god behandling av kroniske venøse leggsår hos eldre pasienter i hjemmesykepleien?»

1.4 Avgrensninger

Oppgaven vil omtale kroniske venøse leggsår, og hvordan sykepleier kan gi god behandling av disse i hjemmet. Med god behandling mener jeg å behandle såret og omkringliggende hud så skånsomt som mulig, tilpasse smertelindring, sørge for kompresjon, samt tilstrekkelig ernæring.

Som nevnt innledningsvis er den hardest rammede pasientgruppen i hovedsak eldre fra 65 år og oppover. Jeg vil derfor operere innenfor denne aldersgruppen. Jeg skiller ikke mellom mann og kvinne i oppgaven, men det skal nevnes at fra denne alderen øker også antallet kvinner i forhold til menn (Lindholm, 2012, s. 81). Konteksten er satt til hjemmesykepleien, og det vil dermed rettes fokus på hva som er særskilt med hjemmesykepleien, herunder hvilke rammer og ressurser kommunehelsetjenesten gir.

Oppgaven vil omhandle behandlingen av sår med et sykepleiefaglig perspektiv i hjemmet. Likevel kan et tverrfaglig samarbeid deriblant fastlege og spesialist ha en naturlig funksjon i et samarbeid. Herunder en eventuell spisskompetanse og endringer i behandlingsopplegget, som kan bidra til å forbedre tilhelingen. Men grunnet omfang og oppgavens relevans vil kun sykepleiens funksjon i møte med det kroniske venøse leggsår være i fokus.

Videre vil hovedfokuset ligge på hvilke tiltak som fremmer og hemmer sårtilhelingen. Jeg vil presisere at tilleggs diagnosen(e) ikke står i hovedfokus, men jeg anerkjenner at kroniske sykdommer likevel er av betydning, da disse kan forsinke eller også forhindre den normale sårtilhelingsprosessen (Ingebretsen et al., s. 371).

Sykepleierens ansvar og funksjonsområder omhandler et spekter av oppgaver. Blant annet grunnleggende funksjoner som veiledende, behandlende, forebyggende og helsefremmende, lindrende og rehabiliterende/habiliterende, administrasjon og ledelse, samt fagutvikling og forskning (Grønseth & Nortvedt, 2013). Men i denne oppgaven vil det kun rettes fokus mot sykepleierens behandlende funksjon og forskning gjort rundt temaet, grunnet oppgavens problemstilling.

Under delkapitlet 2.2.3 om «kompresjon» vil kompresjon beskrives grundig, da dette utelukkende er et behandlingstiltak som fremmer sårtilhelingen. Ut ifra hjemmesykepleiens tilgang på materiell, handler det om å ta i bruk behandlingsstedets bandasjer, og sørge for å tilegne seg den kunnskapen som trengs for å benytte det. Jeg vil derfor ikke gå i dybden på hver enkelt bandasje, men kompresjon som behandling i sin helhet.

Under delkapittel 2.2.4 om «smerte» anerkjenner jeg at det finnes ulike skjemaer for registrering av smerteintensitet. Ut ifra hjemmesykepleiepraksis ble (NRS) visuell numerisk

skala og (VAS) visuell analog skala anvendt parallelt, og jeg vil derfor kun presentere disse disse kartleggingskjemaene.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i seks kapitler. Første kapittel tar for seg oppgavens tema og hensikt. Utarbeidet problemstilling, samt de avgrensningene som er blitt gjort presenteres fortløpende. Videre vil det være en kort framstilling av oppgavens formål. Andre kapittel består av det teoretiske rammeverket i oppgaven. Tredje kapittel omhandler metoden som er blitt brukt, herunder framgangsmåte for litteratursøk og kildekritikk. I fjerde kapittel presenteres resultatene fra litteratursøkene i tabell artikkelmatrise. I kapittel fem drøftes teorien som er blitt redegjort for å belyse problemstillingen. Avslutningsvis kommer en oppsummering der det blir trukket fram de viktigste funnene fra oppgaven.

2. Oppgavens teoretiske rammeverk

I dette kapitlet vil det bli presentert teori som danner grunnlag for videre drøfting. Først vil det bli redegjort for et kronisk venøst leggsår i sin helhet. Deretter vil oppgaven ta for seg faktorer som fremmer og hemmer helingsprosessen. Avslutningsvis vil det bli gjort rede for hjemmesykepleie, juridisk og etisk rammeverk, sykepleierens behandlende funksjon, kompetanse, dokumentasjon og kontinuitet.

2.1 Kroniske venøse sår

Et sår defineres som kronisk, når ingen spontan tilheling har skjedd etter 6 uker (3 måneder) (Ausen & Pukstad, 2014, s. 50). Venøse sår er forårsaket av svikt i de overflatiske venene, de dype venene eller begge deler. En svikt kan også oppstå som følge av svikt i perforantene, som er de små årene som forbinder det overflatiske og det dype venesystemet (Langøen, 2015, s. 260). Normalt fungerende klaffer i perforantene er en forutsetning for at transporten av blod fra overflatiske til dype vener skal skje (Lindholm, 2012, s. 88). Sårrets lokalisasjon forekommer ofte rundt og over ankelleddet, hvor sårrets utseende gjerne er overflatisk, uregelmessig i formen, samt dekket med en blanding av fibrin og granulasjonsvev (Johansen, 2016, s. 147). Ved redusert veneklaffefunksjon øker trykket til det venøse systemet, som medfører at blodet renner tilbake i de overflatiske venene. Denne opphopningen av blod kan føre til at væske siver ut fra blodårene (lekkasje), og videre ut i vevet. Som et resultat blir beinet hovent og transporterer mindre blod ut til huden. Defekte klaffer kan medføre venøs hypertensjon, sårdannelse, venøs stase, ødemer og sjanse for utvikling av sår. Ødem er den faktoren som i aller størst grad hemmer tilhelingen av et kronisk venøst sår (Lindholm, 2012, s. 88).

2.2 Faktorer som fremmer og hemmer heling

Evnen til å observere og handle hensiktsmessig er en viktig del av sykepleierens behandlende funksjon. Her vil jeg ta for meg faktorer som både fremmer og hemmer tilhelingen ved venøse leggsår.

2.2.1 Grunnleggende behandlingsprinsipper

Behandlingen av et kronisk venøst sår kan gå langsomt. Selv vet vi at sykdomsårsaken må fjernes før et sår skal kunne gro optimalt, likevel er behandlingsprinsipper av betydning for å påskynde sårtilhelingen (Lindholm, 2012). Sykepleier må derfor tilstrebe symptomfrihet og et

godt sårmiljø, hvor det tas hensyn til å gi pasienten og såret optimal behandling (Müller, 2011, s. 216).

Opprettholde fuktighet i såret

Alle kroniske sår skal ha en fuktighetsgivende lokalbehandling, dette for å behandle såret så biologisk som mulig (Lindholm, 2012, s. 126). Hyppigst anvendt metode er å skylle såret med kroppstemperert vann, eller rense med NaCl 9 mg/ml. Ved kroniske sår går sårtilhelingen sakte, og muligheten til å påvirke prosessen er minimal. Det er derfor viktig at sykepleier dekker såret med en god sårbandasje (Holsen et al., 2014, s. 510). Dette for å hindre et dehydrert sårmiljø som vil hemme cellens sjanse til utviklingen av epitelvev. En behandlingsform som sikrer et fuktig sårmiljø, bidrar det til at fibrin, nekroser og bakterier løsner fra sårbunnen og lettere lar seg fjerne ved rengjøring av såret (Ingebretsen et al., 2013, s. 371). Uavhengig av underliggende årsak, skal sykepleier alltid følge prinsippet om fuktig sårbehandling for å unngå celledød i sårkantene (Holsen et al., 2014, s. 510).

Lokalbehandling

Hvilke lokale sårmidler som skal brukes, avhenger av kompresjonstype og hvilken tilstand såret er i (Langøen, 2015, s. 268). Kroppens egne helingsmekanismer skal til enhver tid stimuleres og støttes. Det betyr at hyppige sårskift bør unngås, for å beskytte skjør hud for å bli rivd opp. Lokal sårbehandling hos eldre krever ekstra varsom behandling (Lindholm, 2012, s. 293). Hyppige sårskift kan avkjøle såret, som kan skade nydannede epitelceller, samt hindre annen makrofagaktivitet (Lindholm, 2012, s. 126). Opprensning av venøse sår er essensielt for sårtilhelingsprosessen. Venøse sår, er i perioder gulklebrige, hvor det gule er fibrin, som i sin tur er avsatt i såret etter lekkasje av fibrinogen fra blodbanen. En del av lokalbehandlingen er derfor å fjerne fibrin, nekrotisk vev og annet uønsket materiale i sårbunnen som bidrar til å bremse tilhelingen (Ingebretsen et al., 2013, s. 373). Før fjerning påføres lokalbedøvende krem eller gjel, hvor det videre fjernes fibrin mekanisk ved hjelp skarpskje, eller en spesialbandasje med monofilamentfibrer.

Behandling av sårkantene

Det er i sårkantene og rundt hårfolliklene at nytt epitelvev dannes. Eldre med langvarig sår dannelse og ødem, vil oftest ha noe oppbløtne sårkanter etter større sekresjoner. Uten tilstrekkelig behandling vil oppbløtningen av huden føre til celledød. Under slike forhold vil det verken skje sårtilheling eller nydannelse av epitelvev. For å hindre at dette skjer, påføres

barrierefilm rundt sårkantene for å beskytte mot ytterligere oppbløtning (Ingebretsen et al., 2013, s. 373).

Behandling av omkringliggende hud

Ved et kronisk venøst leggsår, er hudforandringer rundt selve såret, føttene og leggene vanlig. Dette har sin forklaring i at huden har nedsatt næringstilførsel til vevet grunnet venøst insuffisiens eller ødemutvikling. Som et resultat gir det tørre, kløende og flassete føtter (Ingebretsen et al., 2013, s. 373). Sykepleier må derfor tilstrebe at området rundt blir penslet med enten sinkpasta (40% sinkoksid og 60% vaselin), barriere krem, eller fet fuktighets krem. Dette for å skåne huden for sårsekret. En svekkelse av hudens syrekappe og barrierefunksjon kan være en inngangsport for bakterier, som kan medføre økt risiko til at eldre lettere utvikler infeksjoner (Müller, 2011, ss. 240-241).

2.2.2 Kompresjon

Kompresjon har i årtier vært grunnstammen i behandling av ødem. Ødem er den faktoren som i størst grad hemmer tilhelingen ved kroniske sår lokalisert på føtter og legger (Ingebretsen et al., 2013, s. 374). Ødem bremser sårtilhelingen ved at avstanden øker mellom kapillærene i huden og vevet de forsyner. Dermed svekkes nærings- og oksygenutvekslingen mellom kapillært blod og vev, som medfører risiko for opphoping av avfallsprodukter (Lindholm, 2012, s. 101). Ved kompresjonsbehandling motvirkes utsivingen av kapillærvæske fordi det lokale vevstrykket økes, og forsterker reabsorpsjonen ved at væske presses inn igjen i vene – og lymfekarene (Ingebretsen et al., 2013, s. 375). Kompresjonen gjør venediameteren mindre, som setter forgang i blodsirkulasjonen. Som et resultat gir dette pasienten velbehag i form av at tyngdefølelsen reduseres (Lindholm, 2012, s. 102). Effekten kompresjonsbehandlingen gir, gjør at kompresjon representerer det beste profylaktiske tiltak, spesielt ved venøse leggsår (Slagvold, Stranden, & Rosales, Venøs insuffisiens i underekstremitetene , 2009, s. 2257).

Ulike kompresjonsbandasjer velges ut fra graden av hevelse, beinets utseende, pasientens bevegelighet og behandlingspersonalets rutiner (Lindholm, 2012, s. 107). En riktig lagt kompresjonsbandasje kan være avgjørende for å få et sår til å hele. Kompresjonstrykket fra bandasjen skal være høyest over ankelen, og avta jo høyere opp på leggen bandasjen kommer (Holsen et al., 2014, s.376). Når bandasjen skal legges, bør foten være i en 90 graders vinkel, slik at spissfot unngås. En feil anlagt kompresjonsbandasje kan bremse sårtilhelingen

ytterligere. I verste fall skade omkringliggende hud. Dette kan være en pågangsdriver til at nye sår oppstår (Birkeland et al., 2014).

2.2.3 Ernæring

Sårtilhelingen er avhengig av tilstrekkelig væske- og ernæringstilførsel (Sortland , 2015, s. 238). Alle pasienter med et komplisert helende sår, bør derfor vurderes med tanke på ernæringsstatus. Underernæring er generelt et økende problem ved stigende alder, og vil gi dårligere forutsetninger for sårtilhelingen (Lindholm, 2012, s. 299). Årsaken kan være nedsatt karforsyning, svekket barrierefunksjon og redusert nydannelse av epidermis (Fermann & Næss, 2013, s. 209). Vitamin C er en av de viktigste byggesteinene i cellemembranen. Videre er det nødvendig for kollagendannelse som er en essensiell bestanddel i kroppens vev. Vitaminet er derfor høyest nødvendig for normal sårtilheling og for styrking av kapillærene (Sortland , 2015, s. 238). Ved manglende vitamin C dannes defekt kollagen, som fører til brister og skjørhet i blodkarene, som igjen kan resultere i bristninger i såret (Lindholm, 2012, s. 301). Proteiner, karbohydrater og fett også av betydning da de er viktige i alle trinn i sårtilhelingen. Disse stoffene sammen, tilfører såret energi og bidrar til at proteinene blir brukt til vevsoppbygging.

2.2.4 Smerte

Smerte er et komplekst, subjektivt fenomen som oppleves forskjellig hos hver pasient. Nyere forskning har vist at opptil 64 % av pasientene som lever med kroniske venøse leggsår, har smerter i leggsårene (Lindholm, 2012, s. 313). Pasientene som er plaget av kroniske leggsår, beskriver en vedvarende smerte i både bein og i såret. Ved smerte skjer det en økt produksjon av stresshormoner, blant annet katekolaminer, som medfører karkonstriksjon og ytterligere forverring av oksygen- og næringstilførsel til sårområdet (Ingebretsen et al., 2013, s.372). Når mindre oksygen transporteres til kapillærene i såret, øker risikoen for sårinfeksjon, som igjen øker smerteopplevelsen (Lindholm, 2012, s. 317)

Nattesøvnen kan påvirkes, som forstyrrer sårtilhelingen ytterligere (Lindholm, 2012, s. 318). Katabolismen bryter ned vevet for å skaffe energi i våken tilstand. Anabolisme derimot, reparerer vevet under søvn, som settes i gang av hormonene testosteron, somatropin og prolaktin. Når sistnevnte rytme forstyrres, kan det føre til en kontinuerlig destruktiv prosess, som kan resultere i at betingelsene for sårheling forringes (Lindholm, 2012, s. 323). Det finnes ulike kartleggingsskjemaer for å vurdere smerteintensitet, herunder (NRS) visuell numerisk skala, eller (VAS) visuell analog skala, som tydeliggjør smertemønsteret. Ved hjelp

av visuell numerisk skala, kan smertintensiteten måles på en linje, med tall fra 0 til 10, hvor ytterpunktet (0) markerer «ingen smerte», og det andre ytterpunktet (10) «uutholderlig smerte». Ved hjelp av visuell analog skala, er linjen tom mellom ytterpunktene, hvor sykepleier ber pasienten om å markere smerteintensiteten fritt på linjen der (0) representerer «ingen smerte», og (10), som representerer «den verst tenkelige smerte» (Bjoro & Torvik, 2013, ss. 339-340). For at smertevurderingsskaler skal ha en verdi, må sykepleier anvende dem aktivt i både smerteregistreringen og i evalueringen av eventuelle smertelindrende tiltak (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2013, s. 363).

2.3 Sykepleierens behandlende funksjon

Sykepleierens behandlende funksjon innebærer en systematisk kartlegging, herunder å observere, vurdere, planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere pleie og omsorg, og assistere ved å gjennomføre medisinsk utredning og behandling etter legens forordning, for så videre vurdere effekten av behandlingen (Grønseth et al., 2013, s. 21) Kartleggingen er ment som et redskap slik at sykepleier kan sikre en systematisk oppfølging av pasienten. Behovene kan endre seg, og desto viktigere er det at sykepleier vurderer og ser hele pasienten under hele behandlingsprosessen. Den behandlende funksjonen retter seg mot å fjerne eller redusere pasientens problemer, og fokuserer på mennesker som har akutt eller langvarig helse- og funksjonssvikt. Når pasienten eksempelvis ikke kan foreta et fullverdig sårstell, er selve sårstellet en behandlende funksjon sykepleier utfører. Gjennomføring av sårstell innebærer kartlegging av sår, hvor kontinuerlig observasjon av sårets karakter og utvikling er av betydning, samt pasientens stemme i behandlingen (Lindholm, 2012). Handlingen demper pasientens opplevelse av ubehag, hvor sykepleier kompensere for pasientens ressursvikt, og tilpasser utøvelsen ut ifra kjennskapet til den enkelte pasient (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, & Grimsbø, Hva er sykepleie?, 2016). For å gi riktig behandling til pasienten, må sykepleier holde seg faglig oppdatert og sikre at den behandlingen som gis er oppdatert til den gjeldende standarden. Venøse sår er som oftest av vedvarende faktor, hvor pasientene får et nært og avhengig forhold til behandlerne. Sykepleierne har en enorm innflytelse på pasientens liv, hvor god behandling og oppfølging av pasientene er en betydelig del av arbeidet til sykepleiere i hjemmetjenesten (Langøen, 2015, s. 304).

2.4 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie handler om å gi helsehjelp, herunder pleie og omsorg, til en pasienten i eget hjem, der fokus primært vil være rettet mot å ivareta grunnleggende behov (Birkeland et al., 2014). I kjølevannet av Samhandlingsreformen, er det to sentrale begreper det er verdt og

bemerke seg: *Avinsitusjonalisering og desentralisering*. Førstnevnte innebærer nedbygging av antall institusjonsplasser, som gir økt tidspress og arbeidsbelastning. Tid er en avgjørende faktor for å gi god omsorg tilpasset hver enkelt pasient. Stramme tidsrammer kan medføre at det individuelle brukerperspektivet og tilgang på sykepleiefaglig omsorg blir redusert. Sistnevnte innebærer at ansvaret er blitt forskjøvet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, hvor kompetansebehovet ikke står i stil med pasientens sammensatte behov (Fjørtoft, 2016, s. 18). Den eldre pasientgruppen i hjemmesykepleien er kompleks, hvor deres behov for hjemmesykepleie varierer i omfang, karakter og varighet (Fermann et al., 2013, s.218). Dette stiller høyere krav til sykepleier, som ofte jobber alene med problemstillinger som krever god vurdering og beslutningsevne av pasientens situasjon. Sykepleier i hjemmesykepleien må ha en helhetlig tilnærming, med fokus på alle faktorer som kan påvirke pasientens helsetilstand. Hjemmesykepleie har derfor fått en viktig funksjon i dagens helsetjeneste, hvor sårbehandling er et av mange oppdrag hjemmesykepleien tradisjonelt utfører (Langøen, 2015, s. 309).

2.5 Sykepleiers juridiske og etiske rammeverk

De senere årene har hjelpen som ytes blitt mer rettslig regulert (Molven, 2014). Sykepleieren har et selvstendig ansvar for sykepleiefunksjonen i helsetjenesten, og det tilligger sykepleierollen å utøve sykepleie innenfor rammene som følger av lover og forskrifter. Lovverket og de yrkesetiske retningslinjene er overordnede for å kvalitetssikre sykepleieutøvelsen, samt sikre en forsvarlig praksis. Det kreves derfor lov kunnskaper av enhver sykepleier (Molven, 2014, s. 20).

Helsepersonelloven gjelder for alle sykepleiere, og er deres profesjonslov (Molven, 2014, s. 29). I henhold til § 4 i helsepersonelloven skal helsehjelpen som gis være faglig forsvarlig og omsorgsfull, hvor hjelpen som gis utføres av en fagperson som har de nødvendige kvalifikasjonene. Helsehjelpen som utøves i hjemmetjenesten er ofte variert, og det stilles derfor krav om at annen bistand skal innhentes dersom pasienten har behov for ytterligere oppfølging (Helsepersonelloven, 1999).

Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester er en annen gjeldende lov for utøvelse av sykepleie i hjemmesykepleien. I henhold til § 3-1 har loven festet at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys tilrettelagte nødvendige helse – og omsorgstjenester (Helse – og

omsorgstjenesteloven, 2011). Videre slår loven fast at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig helse – og omsorgstjenester. Lovens formål er å forebygge, behandle og tilrettelegge for å mestre sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. I møte med pasienter med kroniske venøse leggsår vil en hjelp av en behandlende karakter være betydningsfullt, da riktig behandling kan fremskyve sårhelingen. Avslutningsvis skal tjenestetilbudet til enhver tid tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdiget, samt bidra til at ressursene utnyttes best mulig (Fjørtoft, 2016, s. 155).

Pasient – og brukerrettighetsloven (1999) skal bidra til å sikre at befolkningen får lik tilgang på tjenester av god kvalitet, ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Loven skal fremme tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten. Videre skal loven ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999).

Sykepleier er pliktet til å føre journal. Det er nedskrevet i helsepersonelloven (1999) at den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger for enhver pasient. Dette for å sikre kvalitet og kontinuitet i hjemmesykepleien hvor dokumentasjon er blant de viktigste verktøyene (Helsepersonelloven, 1999). Dokumentasjonen skal fungere som et bevismateriale for å få innsyn i sykepleierens yrkesutøvelse og i ettertid vise hva som har skjedd. I hjemmesykepleien er det ofte ulike tjenester og personer involvert. Dette stiller større krav til nødvendig og tilstrekkelig dokumentasjon. Sykepleieren som skal observere eller utføre tiltak hos en pasient, må ha nok forhåndskunnskap om pasienten, for å vite hva som er betydelig å se etter. Det er avgjørende for å sikre forsvarlig oppfølging av den enkelte pasient (Fjørtoft, 2016).

Verdigrunnlaget i de yrkesetiske retningslinjene er at sykepleier skal opptre med barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (Brinchmann, 2016, s. 108). Det står skrevet i de yrkestiske retningslinjene at sykepleier skal være faglig oppdatert, og forsvare sin praksis både etisk og juridisk forsvarlig (Norsk Sykepleieforbund, 2016). Det fremheves at sykepleier har et selvstendig ansvar for å holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentasjon. Dette for å bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Sykepleiefagets kunnskapsgrunnlag er i konstant utvikling, hvor sykepleier har et ansvar for å opprettholde sin kompetanse ved kontinuerlig læring. Videre skal det tas hensyn

til individuell kompetanse når det kommer til å påta seg og delegere ansvar (Norsk Sykepleieforbund, 2016)

Som utøvende sykepleier er etikk betydningsfullt, da sykepleie er en moralsk og etisk virksomhet. Sykepleier skal vise empati og omsorg ovenfor sårpatienten, samtidig behandle dem med respekt. Sykepleie bygger på fire etiske prinsipper, herunder velgjørhetsprinsippet, ikke-skade-prinsippet, autonomiprinsippet og rettferdighetsprinsippet (Nortvedt, 2014, s. 95). Velgjørhetsprinsippet bygger på at du vil gjøre det beste for pasienten, hvor innevelse i andres menneskers situasjon, etterleve de kravene som reiser seg, aktivt delta og ta ansvar for andres liv. Ikke-skade-prinsippet sier noe om at du skal minimalisere pasientens smerte og ubehag, samt lindre og ivareta omsorg. Autonomiprinsippet betyr at vi ser på mennesket som et selvbestemmende (autonomt) vesen. Rettferdighetsprinsippet sier noe om at pasienter skal ha lik rett til omsorg avhengig av deres pleiebehov og medisinske behov, men uavhengig av deres sosiale status, kjønn, rase og sosialt nettverk (Nortvedt, 2014, ss. 96-98).

2.6 Sykepleiekompetanse

Kompetanse er en avgjørende kvalitetsfaktor, og går under en av de viktigste ressursene i hjemmesykepleien. Å være en kompetent sykepleier vil si at man er skikket eller kvalifisert til det man gjør (Fjørtoft, 2016, s. 213). Kontinuitet i form av omsorg og observasjoner er sentralt i sykepleietuøvelsen. Observasjonene danner grunnlaget for alle vurderingene, beslutningen og handlingene som sykepleier utfører i behandlingen av pasienten (Grønseth et al., 2013, s.23). Samhandlingsreformen har gjort at sykepleiere står overfor flere komplekse problemstillinger, hvor flere studier viser til at sykepleier må ha bred kompetanse for å tilfredstille pasientenes behov (Norheim & Thoresen, 2015, s. 18). Det er derfor avgjørende at enhver sykepleier holder seg faglig oppdatert og tar ansvar for sin egen kompetanse og utviklingen av den (Fjørtoft, 2016, s. 162). I takt med ny forskning omhandlende behandling og pleie av vanskelig helende sår, må kunnskapen oppdateres, for å oppfylle lovverkets krav (Lindholm, 2012). Mangel på kunnskaper om venøse sår, og hvordan de behandles, kan representere en barriere mot en fremgangsrisk behandling (Ingebretsen et al., 2013, s. 346).

2.7 Dokumentasjon og kontinuitet

Dokumentasjon av helsehjelp er en fortløpende registrering av det som skjer av betydning for pasienten i et sykdoms-behandlings-/pleieforløp (Molven, 2014, s. 182). I følge

helsepersonelloven § 39 er enhver sykepleier pliktet til å dokumentere gjennomført arbeid (Helsepersonelloven, 1999). Hensikten med all sykepleiedokumentasjon er å ivareta pasientsikkerheten (Molven, 2014, s. 182). Med dette menes at informasjonen som står nedskrevet skal inneholde nødvendig og tilstrekkelig informasjon, som bidrar til å gi et riktig bilde av helsehjelpen i nåtid, tiden framover og ettertiden (Birkeland et al., 2014). Sykepleiedokumentasjon av sår fungerer som et verktøy til neste pleier som skal behandle såret. Siden sårstell oftest foregår i hjemmet, har hjemmesykepleien et stort ansvarsområdet når det kommer til forsvarlig dokumentasjon. Dokumentasjonen kan være preget av tilfeldigheter, ufullstendige opplysninger, og mangelfull dokumentasjonen. Pasientene er mange, hvor ulike yrkesgrupper er involvert i sårbehandlingen (Fjørtoft, 2016, s. 187). Dette stiller høyere krav til kontinuitet i dokumentasjonen, slik at feilbehandling unngås. For å sikre god dokumentasjon og kontinuitet kan det organiseres slik at pasientene har en personlig ansvarlig sykepleier (PAS). Pasient ansvarlig sykepleier har som oppgave å opprette og følge opp planer for pasienter, og iverksette nødvendige tiltak til de hjelpebehov som fortløpende dukker opp (Birkeland et al., 2014, s.158-159).

Ved dokumentasjon av sår kan det være hensiktsmessig å utarbeidet en sårjournal, som et supplement til behandlingsplanen. Sårjournalen er et verktøy som gir bedre oversikt over sårets utseende og den lokale sårbehandlingen. Dokumentasjonen i sårjournalen kan utarbeides en gang per uke, ellers kun ved endringer. I en sårjournal kan følgende parametere anbefales: sårtype, sårfase, størrelse(lengde, bredde, overflate,volum, sårsekret, lukt, smertere registrering, lokal sårbehandling (Müller, 2011, s. 241).

3. Metode

I dette kapitlet presenteres metode for oppgaven. Framgangsmåte for litteratursøk vil bli presentert, som videre følges opp av resultatene fra litteratursøkene. Det vil avslutningsvis bli presentert kildekritikk.

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet hører med i arsenalet av metoder. Dette sitatet viser at metoden som brukes er en prosess som beskriver hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve ny kunnskap, med mål om å besvare oppgavens problemstilling (Dalland, 2017, s. 50).

Opgaven er en litteræroppgave, og metoden er valgt i tråd med høyskolens retningslinjer for bacheloroppgaven. I følge Dalland (2017) er en litteræroppgave at du tar utgangspunkt i skriftlige kilder, hvor relevant litteratur blir innhentet (Dalland, 2017, s. 207). Oppgaven vil ta utgangspunkt i eksisterende kunnskap i form av fag- og forskningslitteratur, samt noe egne erfaringer, for å belyse problemstillingen fra ulike perspektiver.

3.1 Fremgangsmåte for litteratursøk

For å finne tilgjengelig forskning ble det først gjort litteratursøk i databasene CINAHL, SveMed+ og Sykepleien.no. Deretter ble det anvendt litteratur ved skolens bibliotek for å besvare oppgavens problemstilling. Jeg har brukt PICO-skjema (Pasient-Intervention-Comparison-Outcome) overordnet for å systematisere søkene mine (Vedlegg 1). Dette for å skape en tydelig og presis problemstilling, samt for å produsere hensiktsmessige søkeord. Grundigere forklaring rundt inkluderte artikler står nedskrevet under «Funn» i artikkelmatrisen. Søkeordene som ble bruk var: *venous ulcer, pain, community health nursing, wound healing, wound care, vitamins, chronic wounds, nutrition, sårveiledning, sykepleiekompetanse*. Søkeordene ble fordelt i kolonnene P-pasient, I-intervention og O-outcome. Ordene ble kombinert med AND, og ble brukt i ulike kombinasjoner for å se søket fra forskjellige vinkler. Søkene som er blitt utført er vurdert etter utgivelsesår, og et eksklusjonskriterie var forskningsartikler i et tidspenn mellom 5-8 år. Dette for å få den siste forskningen, og sikre en mest mulig relevant og faglig oppdatert oppgave. Videre er søkene avgrenset til eldre (65+) for å inkludere forskning i samsvar med avgrensningene som er blitt

gjort. Det ble foretatt søk etter engelskspråklige artikler, hvor det kun ble anvendt engelske søkeord, da alle mine søk primært ble gjort i engelskspråklige databaser, foruten om 3. Videre har det blitt innhentet relevant pensumlitteratur og andre fagbøker via skolens elektroniske søkemotorer «Oria» og «Bibys». Andre anerkjente nettsider som Sykepleien, Tidsskriftet for legeföreningen, Norsk Sykepleieförbund og Lovdata er også blitt anvendt.

3.2 Resultat av litteratursök

Etter gjennomgang av ulike kombinasjoner i databasene, ble det totalt inkludert 11 forskningsartikler i denne oppgaven, hvor 7 blir presentert i kapittel 4. Inkluderte artikler ble plukket ut på bakgrunn av deres budskap og relevans. Ved sök som ga flere treff ble titler og abstrakter gjennomgått grundig for å ekskludere artikler som ikke var relevant for problemstillingen. Valgte forskningsartikler belyser problemstillingen fra ulike perspektiver, hvor alle har et sykepleieperspektiv. Resultater av litteratursök vil bli presentert under «Sökehistorikk» (Vedlegg 2).

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk har to sider. Den første omhandler å finne fram den litteraturen som belyser problemstillingen, altså kildesökning eller litteratursökning. Den andre handler om å redegjøre for den litteraturen som er anvendt i oppgaven. Oppgavens troverdighet og faglighet er avhengig at kildegrunnet er godt beskrevet og begrunnet. Det må derfor komme tydelig frem *hvorfor* en bestemt type litteratur er valgt, og *hvordan* utvalget er gjort. Kilden må alltid vurderes i forhold til hvor relevant den er for tema eller til å beskrive og belyse min problemstilling (Dalland, 2017, s. 152).

Begrenset mengde litteratur og forskning rundt temaet de siste ärene, har medfört at det er blitt gjort et mindre utvalg av artikler. Uavhengig, er forskningen holdt innenfor et ti ärs perspektiv. Anvendt litteratur er blitt vurdert ut fra dens relevans, holdbarhet og validitet, for å belyse min problemstilling. Det skal likevel ikke utelukkes at enkelte artikler kan ha blitt oversett i litteratursökene. Oppgaven omhandler ulike teoretiske perspektiver, hvor det er blitt tilstrebet og anvende primärlitteratur. Oppgaven innebærer likevel noe sekundärlitteratur. Ved sekundärlitteratur blir andres forskning tolket og reanalysert av en annen enn den opprinnelige forfatteren, hvor de kritisk vurderer stoffet (Dalland, 2017, s. 158). Der sekundärlitteratur har blitt anvendt, har primärlitteraturen vært av eldre ärgang, og har dermed ikke vært tilgjengelig på skolens bibliotek. Det betyr at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg noe. Likevel har jeg vurdert kilden, og anser den som troverdig.

Artiklene som anvendes i oppgaven er hovedsakelig amerikanske og engelske studier for å belyse problemstillingen. Feiltolkninger skal dermed ikke utelukkes, da artiklene er skrevet på engelsk og kan påvirke forståelsen og tolkningen av dem. Som nevnt, har det vært et begrenset utvalg artikler omhandlende tema i Norge. Likevel er studiene vurdert som overførbare til det norske helsevesen, da de er sammenlignbare med den norske litteraturen som er blitt anvendt.

Annen litteratur som er brukt for å underbygge fakta om oppgavens problemstilling er funnet ved høyskolens bibliotek og har vært av noe eldre årgang. Jeg har likevel valgt å bruke litteraturen, da jeg anser bøkene ved skolen som troverdige, hvor det som skrives fortsatt er samfunnsaktuelt, og høyest relevant for oppgavens tema.

Boken «Sår» av Christina Lindholm siteres jevnlig gjennom oppgaven. Boken er svensk, men oversatt til norsk. Det norske helsevesen sammenlignet med det svenske, kan innebære forskjeller. Likevel er vi innenfor Skandinavia, hvor mange av de samme helsetilbudene tilbys, og ser derfor på denne litteraturen som relevant for oppgaven.

Opgaven grunner også i egne erfaringer. Dette presiseres hovedsakelig i drøftningsdelen, hvor setninger som «Erfaringsmessig», «Erfaringer fra praksis», «Det kan tenkes», «Det kan antas», «Under kliniske studier». Jeg er innerforstått med at mine erfaringer ikke er representative, da de kun tar utgangspunkt i en kommune i Oslo.

4. Presentasjon av forskningsartikler i tabell artikkelmatrise

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Adderley, U. Thompson, C. (2014)	<i>Community nurses judgement for the management of venous leg ulceration</i>	CINAHL	Å undersøke hvilken betydning det har at sykepleiere er nøyaktige i diagnostisering av pasienter med kroniske venøse leggsår	Kvalitativ metode. I løpet av 2011-2012 var 36 sykepleiere delaktig i diagnostiske vurderinger og valg av behandling i respons av 110 kliniske scenarioer. Scenariene var presentert online ved bruk av tekst og sårfotografier.	Funnene viser til variabiliteten i dømmekraften blant sykepleiere. Resultatene belyser viktige momenter for at sårtilhelingen svekkes, samt hvorfor kompetanse innenfor sårbehandling er viktig
2	Adderley, U. Thompson, C. (2014)	<i>Diagnostic and treatment decision making in community nurses faced with a patient with possible venous leg ulceration: A signal detection analysis</i>	CINAHL	Hensikten med studien var å undersøke variasjoner i behandlingsmetodene som gjøres av pasienter med venøse leggsår	Kvantitativ metode. En ikke-randomisert prøve fra 18 generaliserte sykepleiere og 18 spesialister ble vist det 110 kliniske scenarioer der de ble bedt om å bedømme den kliniske informasjonen de fikk i scenarioene.	Funnene belyser viktigheten av korrekt diagnose og behandling for å optimalisere pasientens livskvalitet. Studien viser videre at involvering av sykepleiere med høyere kompetanse ved diagnostisering av venøse sår, samt veiledning av personale, kan være assosiert med bedre klinisk behandling
3	McDaniel, JC. Kemmer, KG. Rusnak, S. (2015)	<i>Nutritional profile of older adults with chronic venous leg ulcers: A pilot study</i>	CINAHL	Formålet med denne studien var å utforske daglig inntak av utvalgte næringsstoffer som er viktig for en effektiv sårtilheling	Kvalitativ metode. Data ble samlet fra totalt 12 personer, som ble diagnostisert med minst et kronisk venøst leggsår. Det ble anvendt en beskrivende tversnittsdesign for å vurdere kostinntaksnivåene av næringsstoffer hos eldre voksne med kroniske venøse leggsår, hvor de selvrappotere ernæringen.	Funnene i denne studien fant at eldre med kroniske venøse leggsår ikke inntar tilstrekkelig og riktig næringsstoffer. Den viser til at det blir spist næringsstoffer som forhøyer BT, som kan bidra til å forsinke helbredelsesprosessen

4	McNichol, Elaine. (2014).	<i>Involving patients with leg ulcers in developing innovations in treatment and management strategies</i>	CINAHL	Formålet med denne studien var å lytte til pasienten og dennes daglige erfaringer og utfordringer med såret, før man iverksetter etablerte behandlingsmetoder	Kvalitativ metode. Tre kvinner og fire menn i en alder fra 60-80 år, med personlig erfaring fra kroniske venøse leggsår i et tidsperspektiv på 2-40 år. En presentasjon ble holdt for pasienter som gikk på en sykehusbasert klinikk for behandling av kroniske venøse leggsår.	Funnene i forskningen viser at ved å ha en aktiv dialog med pasienten, vil du etter denne forskningen oppnå en større forståelse og bedre resultat av behandlingen, spesielt når det gjelder behandling med kompresjon
5	Nyheim, B. Lotherington, AT. Steen, Ada. (2010)	<i>Nettbasert sårveiledning. Kunnskapsutvikling og bedre mestring av leggsårbehandling i hjemmesykepleien</i>	SveMed+	Studiens hensikt var å øke kunnskapsnivået til sykepleiere i hjemmetjenesten. Dette ble gjort ved at et kvalifisert sårteam veiledet hjemmesykepleiere gjennom innsendte bilder digitalt.	Kvalitativ metode. 15 pasienter deltok i prosjektet, hvor pasientene hadde kroniske venøse eller arterielle leggsår. Hjemmesykepleien skulle ta bilder av brukernes leggsår med et digitalt kamera, som deretter skulle sendes til Hudavdelingen for skriftlig veiledning av leggsåret.	Funnene i forskningen viser at den nettbaserte veiledningen innebar kunnskapsutvikling for dem som var med prosjektet. Resultatene viser videre at det fulgte selvtilitt med sykepleierne, som gjorde dem til kompetente hjemmesykepleiere, som kunne yte god helsehjelp i spesialtilfellene.
6	Norheim, KH. Thoresen, L. (2015).	<i>Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid?</i>	Sykepleien.no	Hensikten med studien var å bidra med kunnskap om tidlige erfaring med kompetansebehov i hjemmesykepleien, etter innføringen av samhandlingsreformen	Kvalitativ metode. Deltakende var to fokusgrupper med 11 sykepleiere fra hjemmesykepleien, samt to individuelle semistrukturerte intervjuer med den kommunale ledelsen. Første del av fokusgruppen omhandlet samhandlingsreformens veklegging av kompetanseheving i kommunehelsetjenesten, hvor informantene	Funnene i forskningen viser at sykepleiekompetansen ble opplevd som tilfredsstillende, men ikke tilstrekkelig. Samarbeid mellom ansatte med ulik kompetanse var utfordrende, og sykepleierne uttaler seg om at de ikke får brukt kompetansen sin på rett sted, til rett tid. Kompetansen må styrkes i alle ledd fordi det kan forventes en utvikling med

					beskrev hvordan de forstod kompetanseheving, deretter ble dem bedt å beskrive utfordringer med å imøtekomme kravene til økt kompetanse i hjemmesykepleien.	flere kompetansekrevende oppgaver
7	Kyrkjebø, D. Søvdde, BE. Råholm, MB. (2017).	<i>Sjuepleiarkompetanse i kommunehelsetjenesta: Er det rom for fagleg oppdatering?</i>	Sykepleien.no	Hensikten med studien var å beskrive hvordan sykepleier jobber i kommunehelsetjenesten og hvilke utfordringer sykepleierne møter i arbeidet med utvikling	Kvalitativ metode. To fokusgruppeintervju i Sogn og Fjordane, hvor utvalget bestod av seks sykepleiere fra kommune 1 og åtte fra kommune 2.	Funnene viser at sykepleierne står på bar mark når det kommer til kompetansegrunnlaget som kreves til ulike sykepleieroppgaver i kommunehelsetjenesten. Studien viser videre at kommunene ikke har en tilstrekkelig strategi for kompetansekartlegging og utvikling blant sykepleiere, som viser til svekket sykepleiekompetanse

5. Drøfting

Problemstillingen min er som nevnt innledningsvis «*Hvordan kan sykepleier bidra til god behandling hos eldre pasienter med kroniske venøse leggsår i hjemmesykepleien?*»

Jeg vil først drøfte sykepleierens behandlende funksjon. Videre drøfter jeg hvilke utfordringer hjemmetjenesten står ovenfor med tanke på kompetanse, dokumentasjon og kontinuitet i behandlingen.

5.1 Sykepleierens behandlende funksjon

Behandling er av stor betydning for å ivareta pasientens grunnleggende behov. Dette for å opprettholde livskvalitet hos pasienten som lever med et kronisk sår. I møte med sårpatienten må sykepleier kunne kartlegge pasienten systematisk, hvor kompetanse om grunnleggende behandlingsprinsipper, kompresjon, ernæring og smerte er av betydning. Den behandlende funksjon innebærer å kontinuerlig vurdere og observere pasientens opplevelser, ressurser og behov for behandling. Omsorgsnivået til pasientene i hjemmet, blir stadig mer omfattende som gjør at det stilles krav til sykepleierens observasjons-, vurderings- og behandlingskompetanse (Grønseth et al., 2013). På en annen side blir behandlingen lite tilfredstillende dersom sykepleier behandler uten å inkludere pasienten. McNichol (2014) viser til at behandling skal begynne med å lytte, forstå og respondere på pasientens perspektiv av å leve med et sår. Müller (2011) hevder videre at god sykepleie handler ikke bare om å behandle såret, men å ha en helhetlig tilnærming, for aktivisere pasienten i behandlingen. Etersom sårene stadig er under utvikling, er det derfor av betydning med god observasjon og vurdering, slik at ulike faktorer som kan påvirke helingsprosessen blir identifisert (Lindholm, 2012). Pasientene flest, har innsikt i hva slags behandling som hjelper og hva som ikke fungerer. Dette underbygges av McNichol (2014) hvor du alltid skal lytte til pasienten og dennes utfordringer med såret, før du iverksetter etablerte behandlingsmetoder. Dessuten er dette en rett pasienten har. I følge pasient – og brukerrettighetsloven § 1-3 har pasienten rett til å medvirke ved valg av behandling. Medvirkningen skal alltid tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999). Dersom pasienten har ressurser til å medvirke i forkant av behandlingen, kan dette gi sykepleier en pekepinn på hvilket behov pasienten har. Spesielt er dette betydningsfullt når det gjelder opplevelsen rundt sårstedet og av og påsetning av kompresjonsbandasje/kompresjonsstrømper. McNichol (2014) understreker at ved å inkludere pasienten, før sykepleier igangsetter behandling er fordelmessig. Da dette kan gi et bedre resultat på både kort og lang sikt.

Erfaringene fra hjemmesykepleiepraksis har gitt et bilde av hvilke utfordringer kommunehelsetjenesten står ovenfor, når det kommer til behandling av sårpatienten. Hjemmetjensten består av mange yrkesgrupper, med ulikt kompetansegrunnlag. Det må derfor tas i betraktning at pleierne har ulike måter å behandle såret på. På grunnlag av dette stilles det høyere krav til individuell kompetanse. I følge helsepersonelloven (1999) forventes det at helsepersonell skal innrette seg faglige kvalifikasjoner, og tilkalle bistand eller henvise pasienter når det er behov for det. Erfaringsmessig opplevdes dette ikke tilfredstillende i praksis. Pleien som var gitt, var av ulikt innhold og pasientene reagerte stadig med frustrasjon under besøket. Dette fordi det alltid var uvisst hvem som møtte dem, og at behandlingen stadig var varierende. Jeg anerkjenner utfordringene ved min hjemmetjenestep praksis, og det er ikke gitt at det er slik overalt. Det kan på en annen side stilles spørsmål om opplæringen står i stil med den faglige standarden vi er pliktet til å overholde.

Ønsket om at såret skal lukke seg helt, er sterkt både for sykepleieren og pasienten. Ettersom pasientens sår er av kronisk karakter, med dette menes ingen spontan heling har skjedd etter 6 uker, er det viktig at sykepleier fokuserer på symptomfrihet (Ausen et al., 2014). Med symptomfrihet sier Ingebretsen et al., 2013) at såret ikke skal væske, lukte eller være smertefullt. Under kliniske studier ble det erfart utilstrekkelig behandling av et kronisk venøst leggsår. Sykepleier hadde ingen kompetanse på hvordan dette såret skulle behandles. Det ble lagt på feil bandasje, som medførte masserasjon av sårkantene og en negativ utvikling av såret. Tillegg til dette var det mangelfull smertelindring, noe som resulterte i at pasienten var tydelig smertepåvirket under sårbehandlingen. I følge Brinchmann (2016) har sykepleier en etisk plikt til å ivareta ikke-skadeprinsippet. Dette bygger på at du skal minimalisere pasientens smerte og ubehag, samt lindre og ivareta omsorg. Dersom sykepleier på forhånd vet at pasienten har smerter under sårstedet, vil en naturlig del av behandling være å gi premedikasjon i forkant, som skåner pasienten for smerter under stedet. Som sykepleier skal du ivareta grunnleggende behov, hvor et av dem er å holde pasienten smertelindret. Det vil være rimelig å hevde i denne situasjonen at dette ikke ble ivaretatt (Brinchmann, 2016)

Erfaringsmessig møtte jeg stadig sår som var dekket av fibrin og nekrotisert vev. Dersom sykepleier møter dette, må det tilstrebes en behandlingsform som sikrer et fuktig sårmiljø. I litteraturen står det at dette bidrar til at bakterier løsner fra sårbunnen og lettere lar seg fjerne

ved rengjøring av såret (Ingebretsen et al., 2013). For å skylle såret er det hensiktsmessig å rense såret med kroppstemperert vann, eller NaCl 9 mg/ml. Lindholm (2012) poengterer at det er den mest effektive måten å rense et venøst leggsår. På en annen side hevder Lindholm (2012) at fuktigheten bør holdes under kontroll, slik at det ikke skjer en oppbløtning av sårkantene og omkrinliggende vev. Det ble under klinisk praksis ofte et behov for å beskytte sårkantene mot oppbløtning. For at sykepleier skal ivareta sårkantene kan det tilstrebes å påføre barrierefilm, for å beskytte mot ytterligere oppbløtning. Videre ble det observert tørre legger. Brodtkorb (2013) forteller at eldre med kroniske venøse leggsår ofte lider av nedsatt sirkulert hud som skjeller av. Det er derfor av betydning at sykepleier tar vare på huden rundt såret, for å forebygge sekundærinfeksjoner. Ingebretsen et al. (2013) påpeker at huden bør behandles med sinkpasta (40% sinkoksid og 60% vaselin) eller barriere krem, for å ivareta hudens barrierefunksjon. Dersom sykepleier behandler såret etter grunnleggende behandlingsprinsipper, vil det være rimelig å hevde at såret skånes for bakterier, som igjen sørger for et infeksjonsfritt sårmiljø.

Ingebretsen et al. (2013) understreker at kompresjon i årtier har vært grunnstammen i behandling av ødem. Ødem er den faktoren som i størst grad hemmer tilhelingen ved kroniske sår lokalisert på føtter og legger. Lindholm (2012) fastslår at kompresjon gjør venediameteren mindre, som setter forgang i blodsirkulasjonen. Som et resultat gir dette pasienten velbehag i form av at tyngdefølelsen reduseres. God etterlevelse av kompresjonsbehandling er derfor avgjørende for å behandle ødemer (Lindholm, 2012). Sykepleier må alltid vurdere valg av kompresjon ut ifra beinets hevelse, utseende, pasientens bevegelighet og behandlingspersonalets rutiner (Lindholm, 2012). Dette betyr at sykepleier må anerkjenne arbeidsplassens kompresjonsstrømper og kompresjonsbandasjer, samtidig inneha gode kunnskaper om hvordan de skal påføres. Under kliniske studier ble det observert mangelfull kunnskap rundt bandasjeteknikk, samt dårlig etterlevelse av behandlingen. Lindholm (2012) sier at dersom behandler ikke er kompetent nok til å utføre arbeidet, kan dette øke faren for støt, slag og rift i huden, som igjen kan føre til ytterlig forverring av såret.

Utfordringer rundt kompresjonsbehandlingen i hjemmetjenesten er at det ofte er vanskelig å avgjøre hvor godt pasienten blir fulgt opp. Det finnes samtidig visse risikofaktorer for at kompresjonen legges på feil, og til feil tid. Det ble i klinisk praksis observert pasienter med ødematøse legger, hvor bandasjen ikke var riktig påført etter beinets hevelse og utseende. Opplevd hendelse bekreftes i studien gjort av Ylönen, Stolt, Leio-kilphi & Suhonen (2013),

som viser til at kompresjonsbandasjen ofte blir påført feil, hvor bandasjen enten er for slakk eller stram (Ylönen, Stolt, Leino-Kilphi, & Suhonen, 2013). Holsen et al. (2013) skriver at kompresjonstrykket fra bandasjen skal være høyest over ankelen, og avta jo høyere opp på leggen bandasjen kommer. Lindholm (2012) poengterer videre at foten bør være i en 90 gradersvinkel ved bandasjering, slik at spissfot unngås. Brodtkorb (2013) skriver derimot at en for slakk bandasje mister sin effekt, og en for stram kan hemme den arterielle blodtilførselen (Brodtkorb, 2013). I studien til Ylönen et al. (2013) kom det fram at sykepleierne hadde for lite kunnskap, og at det ble utført kompresjonsbehandling uten tilstrekkelig opplæring. Det er av avgjørende karakter at sykepleier tilegner seg den kompetansen som må til for å tilfredstille pasientens behov for kompresjon. Samtidig er det betydelig å vite hva kompresjonen gjør, til hvilken tid den skal brukes, og hvor slakt/stramt den skal sitte. Det påpekes i Adderley et al. (2014) sin studie at manglende kunnskap rundt tolkning av pasientenes sår, samt usikkerhet rundt behandlingen av kompresjon, ga et utfall der behandlingen ble betraktelig svekket.

Kompresjonsbehandlingen kan være utfordrende å gjennomføre dersom pasienten ikke ønsker behandling. Under kliniske studier ble det erfart pasienter som frastøttet seg behandling, da tidligere behandling var lite tilfredstillende. Pasientene beskrev utfordringer som smertefulle og tørre bein, samt en følelse av sosial isolasjon som et resultat. Dersom pasienten skal få kompresjon, må det være organisert slik at det er faglig forsvarlig. Pasientene må være underrettet og enig om behandlingen som skal gis. Dette er dessuten en rett pasient har i følge pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999). Dersom pasienten ikke ønsker behandling, kan sykepleier forsøke å få pasienten til å forstå betydningen av en kompresjonsbehandling gjennom å informere pasienten på forhånd av gjennomførelsen. Langøen (2015) bekrefter viktigheten av å få pasientene til å forstå hensikten med behandlingen. Det vil være rimelig å hevde at dersom sykepleier har en kombinasjon av kunnskap om kompresjon, samtidig som pasienten blir inkludert, kan det tenkes at etterlevelsen og behandlingsresultatet blir deretter.

Pasienter med venøse leggsår har behov for riktig ernæring (Lindholm, 2012). I følge Sortland (2015) har et sår behov for kontinuerlig nydannelse av celler og vev, samt et nettverk av blodkar. Dette for å sørge for tilstrekkelig væske – og ernæring til såret. Ved manglende vitamin C derimot, dannes defekt kollagen, som fører til brister og skjørhet i blodkarene, som igjen kan resultere i bristninger i såret (Lindholm, 2012). Forskning støtter Sortland (2015) &

Lindholm (2012) ved at tilstrekkelig nivå av oksygen, samt næringsstoffer som vitamin C og sink er betydelig når vevsskader skal repareres. Til tross for at ernæring kun er en av mange faktorer som påvirker tilhelingsprosessen, understreker studien at riktig ernæring kan optimalisere sårtilhelingen for en god helbredelse (McDaniel et al., 2015). En vurdering av pasientens ernæringsstatus vil derfor være hensiktsmessig for å kunne administrere ernæringen på riktigst måte, og bør gjøres der det er mistanke om mangelfull ernæring (Lindholm, 2012). Sykepleierens kunnskap om næringsens virkning for sårtilhelingen, samt helseeffektene av et godt regulert kosthold er svært relevant. Sortland (2015) anbefaler å drikke 3 liter væske i døgnet for å sikre god blodforsyning til såret og omkringliggende hud. Ved et dehydrert miljø vil blodgjennomstrømningen svekkes, hvor et resultat kan bli redusert tilheling. Lindholm (2012) hevder videre at ernæringstilskudd bør gis når sykepleier vurderer ernæringsinntaket som mangelfullt. Sykepleier kan derimot ikke fremme sårtilheling uten å ha tilegnet seg kunnskap om emnet. Studier viser at ved å inneha kunnskap om hvilken effekt næringsstoffer gir, samtidig som man gjør en grundig kostholdskartlegging, kan dette bedre helse og gi et helbredende utfall for eldre med kroniske venøse leggsår (McDaniel et al., 2015). Dersom sykepleier innehar tilstrekkelig kunnskap, må målet være å overføre denne informasjonen til pasienten.

I følge McDaniel et al. (2015) er ernæringsstatusen hos eldre ofte som suboptimal. Dette grunnet fysiske begrensninger, polyfarmasi og begrenset adgang til sunne matvarer, på grunn av mangel på sosial støtte, transport og inntekt. Som et tiltak kan sykepleier foreslå dagsenter, hvor pasienten får ernæringsrik kost og sosialt samvær. Studier gjort av Finlayson, Edwards & Courtney (2011) hevder at kombinasjonen av sosial støtte og troen på egen mestringsevne, kan hindre gjentakelse av et venøst leggsår (Finlayson, Edwards, & Courtney, 2011).

Næss & Fermann (2013) fastslår at pasienter er selvstendige vesner, hvor det å legge føringer kan være utfordrende. Pasienter i hjemmet har egne vaner og referanser, hvor sykepleier må møte pasienten med respekt overfor den enkeltes hjem, verdier, normer, regler og tradisjoner (Næss & Fermann, 2013). Under klinisk praksis ble det stadig henvist til fornuften rundt næring, uten nevneverdig virkning. I følge Stubberud, Almås & Kondrup (2013) kan det oppfattes som irriterende masing, dersom sykepleier forteller pasienten hva som burde gjøres og ikke gjøres (Stubberud, Almås, & Kondrup, 2013) Å finne en åpning til forståelse og en indre motivasjon hos pasienten, ble derimot opplevd som betydningsfullt. Det kan tenkes at

dersom pasienten får en forståelse av næringsstoffenes verdi for sårtilhelingen, kan dette være meningsfullt i behandlingsresultatet.

Smerte er et komplekst, subjektivt fenomen som oppleves forskjellig hos hver pasient. I studien gjort av Åkesson, Öien, Forssel & Fagerström kom det fram at 57% av deltakerne opplever smerte i det venøse såret (Åkesson, Öien, Forssell, & Fagerström, 2014, s. 14). Berntzen et al. (2013) hevder at grundig og nøyaktig kartlegging av pasientens smerter, danner grunnlaget for å planlegge, iverksette og evaluere en systematisk og individuelt tilpasset smertebehandling. Uavhengig, er det essensielt å vurdere behovet for medikamentell smertelindring. Dersom sykepleier har rådført seg i forkant av sårstedet, skal det hvis behov, foreligge skriftlig eller muntlig dokumentasjon informasjon om premedikasjon. Dersom sårskiftet er smertefullt for pasienten, skal smertelindring skal gis i god i forkant av sårstedet (Lindholm, 2012). Erfaringsmessig var fjerning av bandasje, samt bruk av skarpskje til å fjerne fibrin mekanisk, smertefullt for pasienten. Det vil derfor være rimelig å hevde at sykepleier må kunne observere og vurdere smerter under sårstedet hos den eldre hjemmeboende. Det er på samme side essensielt å vurdere behovet for ytterligere smertelindring under sårstedet. I denne sammenheng mener Lindholm (2012) at det til enhver tid må gis lokalbedøvende krem eller gel før opprensning av såret.

Bjørø et al. (2013) skriver at kartleggingskjema må velges ut fra den enkelte gamles kognitive, funksjonelle evner, og hvilket skjema pasienten føler seg tilfreds med. Dersom det blir anvendt riktig smertekartleggingskjema, kan sykepleier lettere avgjøre pasientens smerteopplevelse. Under kliniske studier ble VAS(visuell analog skala) og NRS(visuell nurmerisk skala) brukt pararelt. Ved en (NRS) skala, kan sykepleier spørre pasienten om å plassere smerten sin på tallinjen fra (0) «ingen smerte» til (10) «uutholdelig smerte» (Bjørø et al., 2013). Den åpner for at pasienten selv kan gi en pålitelig vurdering av smerten. På en annen side kan den eldre pasientens evne til å bedømme smerte være redusert (Berntzen et al., 2013). Dette kan øke forutsetningene til at pasienten ikke klarer å plassere smerten, noe som kan medføre at pasientens smerte ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Ved (VAS) uttrykker pasienten sin smerte ved å sette et kryss på en tom linje mellom endepunktene der (0) er «ingen smerte» og (10) «den verst tenkelige smerte». Dette kartleggingskjemaet fordrer ekstra vurderingsevne hos sykepleier, samt større krav til abstrakt tenkning hos pasienten (Bjørø et al., 2013). For å vurdere smerte kreves kompetanse og tidsavsetting. Studier fastslår at dersom arbeidssituasjonen er presset, kan det være vanskelig å sette av tid til en grundig

vurdering av smerteintensiteten (Kyrkjebø, Søvde, & Råholm, 2017). På en annen side kan vurderingen bli unøyaktig dersom kompetansen ikke er tilstrekkelig. Under kliniske studier ble (NRS) skjema hyppigst anvendt, da denne ble oppfattet lettest for pasientene å forstå. Til tross for at det til tider kunne være noe unøyaktig, fikk sykepleier en ide om smerte, noe som er verdifullt i smertevurderingen. Lindholm (2012) forteller at eldre kan ha problemer med å forstå (VAS). På en annen side sier Kolflaath (2014) at angivelse av smerte blir mer sensitiv enn på en forhåndsgradert smerteskala (Kolflaath, 2014). Under kliniske studier ble det erfart nedsatt vurderingsevne, samtidig som pasientens plassering på linjen var lite troverdig. Kartleggingskjema ble derfor lite anvendt, da resultatene til tider ikke stemte overens med pasientens subjektive smerter. Ved (NRS) fordres det ingen direkte kompetanse, foruten å fortelle pasienten hvordan det skal gjøres. Ved (VAS) krevdes det erfaringsmessig god vurderingsevne, som i hjemmetjenesten kan være utfordrende med tanke på tidsperspektivet og ulike yrkesgrupper, med ulik vurderingsevne. Samtidig viser Faiz (2014) til at pasienten må forstå oppgaven, og ark og linjal må være tilgjengelig (Faiz, 2014). Dersom pasienten plasserer smerten ulikt på den tomme tallinjen, kan det sees utfordrende å vurdere en pålitelig smerte av pasienten. Uavgengig, mener Kolflaath (2014) at smerteangivelser bør vurderes med kritisk sans og kontekst. Å ivareta smerte øker ikke bare mulighet for sårtilheling, men det kan tenkes at det kan endre pasientens oppfatning av sin tilstand. Det er å anta at dette direkte kan påvirke pasientens smerteopplevelse.

5.2 God kompetanse kan være en utfordring

Sykepleier har en lovpålagt plikt til å utføre arbeidet sitt faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk Sykepleieforbund, 2016). Kompetanse er stadig under utvikling, hvor sykepleiere har et personlig ansvar gjennom den fagutviklende funksjonen, å opprettholde dette i praksis. Samtidig ligger det et ansvar på ledere å legge til rette for at sykepleiere i hjemmetjenesten kan utøve arbeidet sitt på en forsvarlig måte. Det er dessuten juridisk forankret i helsepersonelloven, at ledelsen sikrer tilstrekkelig bemanning og kompetanse (Helsepersonelloven, 1999). På samme side har sykepleier et ansvar om å gjøre ledelsen oppmerksom på når det foreligger et behov. Studier gjort av Kyrkjebø et al. (2017) viser til tidsproblematikken og lav bemanning som en barriere for kompetanseutvikling blant personalet. Det kan derfor tenkes at dette blir nedprioritert, og må skje på eget initiativ, utenfor arbeidstid. Norheim et al. (2015) poengterer at sykepleier må inneha bred kompetanse for å tilfredstille pasientens behov. Videre uttaler sykepleierne i studien at de har et økende behov for å utvikle seg, i takt med pasientene de møter. Dette for å tidlig oppdage endring i

tilstanden til pasientene. Når tiden blir knapp, bekrefter studier at kompetanseutvikling blir nedprioritert og dermed svekkes behandlingsnivået (Kyrkjebø et al., 2017). I den forbindelse vil hjelpen som uttøves ikke samsvare med forsvarlig praksis, noe som også loven stiller krav til (Helsepersonelloven, 1999).

I hjemmetjenesten jobber sykepleiere ofte alene, hvor det er nødvendig med individuell kompetanse. I studien gjort av Nyheim, Lotherington & Steen (2010) er det stor etterspørsel for individuell og kollektiv kompetanse. Sykepleierne uttrykker at de er avhengig av flere fagfolk som kan ivareta pasientene med komplekse sykdomsbilder. De poengterer videre at tiltakene som ble iverksatt av sykepleiere ikke ble fulgt opp, hvor de dermed ble avhengig av at tiltakene ble fulgt opp av andre pleiere, og at endringer i pasientens helsetilstand ble oppdaget og rapportert av disse (Nyheim, Lotherington, & Steen, 2010). Det bekreftes i studien gjort av Kyrkjebø et al. (2017) at sykepleierne opplevde arbeidshverdagen sin utfordrende, da ble lite tilrettelagt for utvikling av egen kompetanse. En kan stille seg kritisk til om dette er forenelig med faglig forsvarlig praksis. Behandlerne i hjemmetjenesten er mange, hvor kompetanseutvikling på individuelt og kollektivt nivå bør prioriteres.

Nettbasert sårveiledning ble oppstartet som mål om å øke kunnskapsnivået og gi sykepleierne mestring i sårbehandling i hjemmetjenesten. Prosjektet ble startet da hudavdelingen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge oppdaget at sårbehandlingen i hjemmesykepleien ikke fungerte tilfredstillende. Pasientene ble tilsendt en sårprosedyre som hjemmesykepleien skulle følge. Utfordringen var at pasientene ofte ble sendt tilbake med samme problemet eller forverring. Sykepleierne opplevde at en sårprosedyre ikke var tilstrekkelig, da hvert sår er ulikt, og behandlingen må tilpasses deretter (Nyheim et al., 2010). Sykepleierne sendte digitale bilder av sårene til de respektive pasientene, hvor de fikk veiledning på hva de skulle gjøre. Det er å anta at nettbasert sårveiledning øker forutsetningene for kunnskapsutvikling, da det tas utgangspunkt i en spesifikk pasientsituasjon. Uavhengig, viste veiledningen for øvrig å ha en positiv trend på sykepleierne som ble med i prosjektet. Sykepleierne fortalte at de fikk utviklet sin behandlingskompetanse om vanskelig helende sår (Nyheim et al., 2010). På en annen side kan nettbasert sårveiledning føre til at behandlingen kun retter oppmerksomheten mot såret, og dermed mister fokus på pasienten. I følge Müller (2011) skal sykepleier ha en helhetlig tilnærming. Imidlertid kan den økte arbeidsbelastningen og tidspresset hjemmetjenesten står ovenfor, resultere i at idealet om helhetlig sykepleie

utfordres. På den måten står pasienten i fare for å ikke få den behandlingen han har krav på, noe sykepleier er lovpålagt å følge (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999).

I følge yrkes etiske retningslinjer skal sykepleier tre støttende til at etisk refleksjon anvendes på jobb (Norsk Sykepleieforbund, 2016). Under klinisk praksis så jeg refleksjonsgrupper som betydningsfullt, da det ble delt tanker og erfaringer rundt personalet i mellom. Ved å reflektere over sårstellet og hvilke utfordringer som følger med, kan dette tenkes å være med på styrke personalets kompetanse. Dette understøttes i studien gjort av Norheim et al. (2015) hvor verdien av avdelingsmøter en gang i uka, der tema ofte var av faglig innhold. Deltakende personell bekreftet at dette var en god læringsform i arbeidstiden, hvor utbyttet var læringsrikt. Disse møtene var planlagt og innarbeidet i rutine til de ansatte, noe som viser til at arbeidsplassen i denne studien tilrettelgger for økt kompetanse. Igjen kan dette sees utfordrende dersom deltakende personell stadig må dra, da de skal til neste pasient. Dette kan relateres til kliniske studier, da det stadig var forstyrrelser, som gikk utover læringsutbyttet.

Andre kunnskapsfremmende tiltak kan være i form av sårkurs og e-læringskurs. For øvrig kan det være begrenset kapasitet til å arrangere kurs for alle, da hverdagen som oftest består av skift- og deltidsarbeid. Sårkurs vil være tidkrevende som igjen kan gå utover bemanningen ytterligere. Ved e-læringskurs derimot er informasjonen tilgjengelig til enhver tid, og kan anvendes etter behov. Uavhengig, kan redusert bemanning, føre til at pasientens grunnleggende behov blir rammet og pasientsikkerheten ytterligere svekket. På en annen side vil et faglig sterkt personale styrke pasientsikkerheten. Videre kan det bidra til at personalet føler seg mer sikker i sine observasjoner som igjen danner grunnlaget for alle vurderinger, beslutninger og handlinger som utføres (Grønseth et al., 2013). Dersom arbeidsplassen legger til rette for at personalet er faglig oppdatert, vil kunnskapen blant de ansatte oppfylle lovverkes krav, som igjen vil gi rom for bedre behandling av sårpatienten.

For å vedlikeholde kompetanse ytterligere hevder Lindholm (2012) at komunnehelsetjenesten bør skape et nettverk av «såreksperter» som kontinuerlig holder seg oppdatert og tar ansvar for sårpatientene, samtidig som det blir gitt veiledning av personalet på arbeidsplassen. For øvrig kan det å bygge opp et nettverk av såreksperter være ressurskrevende. Så, hvordan kan sykepleier bidra til å implementere fagutvikling som et av gjøremålene på arbeidsplassen? Sykepleier kan informere ledelsen at det foreligger et behov. Deretter kan fagutviklende sykepleier sammen med ledelsen holde et faglig sterkt fokus på det, som kan føre til

gjennomslag i behandlingen av sårpatientene. Muligens vil dette være med på heve kompetansenivået på arbeidsplassen, samtidig som det kvalitetssikrer den faglige standarden som alle kommuner er lovpålagt til å følge.

5.3 Dokumentasjon og kontinuitet i behandling av kroniske venøse sår

Den sårbehandlingen sykepleier utfører i hjemmet, må kontinuerlig dokumenteres. Dokumentasjonen er avgjørende for at et venøst sår skal kunne behandles på en forsvarlig måte. Det står nedskrevet i helsepersonelloven (1999) at den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger for enhver pasient. Dette for å sikre kvalitet og kontinuitet i hjemmesykepleien, hvor dokumentasjon er blant de viktigste verktøyene (Fjørtoft, 2016). Før sykepleier skal behandle et sår, må det på forhånd innhentes relevant informasjon om sårets tilstand, herunder hva som er blitt gjort, og hva som skal gjøres. Under kliniske studier ble det erfart forskjellige pleiere med ulik grad av kompetanse som stelte såret. Dokumentasjonens innhold varierte derfor deretter. Det er å hevde at dette vanskeliggjør jobben for sykepleier med å vurdere effekten av sårbehandlingen. Det kan være flere årsaker til at dokumentasjonen er preget av ufullstendige opplysninger, tilfeldigheter og begrenset dokumentasjon. Under praksis ble det erfart mangelfull dokumentasjon om hva som hadde blitt gjort under sårstellet. Det var samtidig uopdaterte prosedyrer, som vanskeliggjorde hvilket utstyr som skulle anvendes og medbringes hjem til pasienten. Dette blir bekreftet i studien gjort av Naustdal & Netteland (2012) at dokumentasjonen i kommunehelestjenesten er mangelfull (Naustdal & Netteland, 2012).

For å kvalitetssikre dokumentasjonen kan pasient ansvarlig sykepleier (PAS) utarbeide en sårjournal, som gir en god oversikt over sårets utseende og den lokale sårbehandlingen. Samtidig som det gir dokumentasjonen en mer strukturert karakter. Müller (2011) anbefaler å registrere følgende parametre: sårtype, sårfase, størrelse(lengde, bredde, overflate,volum, sårsekret, lukt, smerteregistrering, lokal sårbehandling. Lindholm (2012) bekrefter at dokumentasjonen har en avgjørende betydning for et vellykket resultat av sårbehandlingen. Siden hjemmetjenesten består av ulike pleiere, kan det tenkes at kontinuiteten svekkes, dersom tilstrekkelig og nøyaktig dokumentasjon ikke finner sted. Som en konsekvens av dette, kan sårtilhelingen reduseres, og pasienten risikere å ikke bli optimalt ivaretatt. Dersom sykepleier utarbeider en systematisert og strukturert sårjournal kan det øke sjansen for at helsepersonell som steller såret følger like retningslinjer. Som et resultat vil dette danne et tydeligere bilde av sårtilhelingen. Muligens vil det også bidra til å øke pasientens trygghet. Det

kan være rimelig å hevde at årsaken til dette er tidsaspektet til hjemmetjenesten. Studien gjort av Kyrkjebø et al. (2017) bekrefter at tiden sykepleiere har til rådighet er minimal, som gjør at det blir vanskelig å opprettholde kontinuiteten i arbeidet, noe som igjen kan bremse sårtilhelingen.

Kontinuitet i vurderingen av sårets utvikling er nødvendig for optimal sårtilheling. Når pasientene er mange, og ulike yrkesgrupper involvert, stiller det høyere krav til kontinuitet slik at feilbehandling unngås (Fjørtoft, 2016). Dersom det er kontinuitet i sårbehandlingen, vil sykepleier kunne observere utviklingen av såret og gjøre en bedre vurdering for å sikre god behandling. For å opprettholde kontinuiteten bør ledelsen legge til rette for en pasient ansvarlig sykepleier (PAS). Pasient ansvarlig sykepleier sørger for å utforme gode rammer for sår dokumentasjon, og iverksetter nødvendige tiltak (Birkeland et al., 2014). Erfaring tilsier at det i praksis kan være vanskelig å tilfredstille, da dette avhenger av kompetente sykepleiere på jobb til enhver tid. Fjørtoft (2016) bekrefter at turnusarbeid, ferier og få sykepleiere stiller kommunen ekstra sårbare, og at arbeidsoppgavene, herunder sårstell blir fordelt utover bemanningen. Likevel bør hjemmesykepleien tilstrebe at få pleiere med kyndig kompetanse som steller såret, da pasienten har rett til å få riktig behandling i følge pasient – og brukerrettighetsloven (1999). På en annen side vil det i et samfunnsøkonomisk perspektiv være hensiktsmessig å ha sykepleiere med rett kompetanse, på rett sted til rett tid. Dette medfører tydelige strukturer for hvordan sårbehandlingen skal utføres. Studien gjort av Norheim et al., 2013, s. 21 bekrefter at for kompetansen må styrkes i alle ledd, og de økonomiske rammene for å øke handlingsrommet for sykepleierne. Dette igjen, vil være verdifullt da det kan tenkes å bidra til raskere sårtilheling og spare samfunnet for økonomiske ressurser.

6. Avslutning

Hensikten med oppgaven har vært å tilegne seg kunnskap ved identifikasjon av sår, hvor det er essensielt at kontinuitet blir vedlagt i sykepleien.

1-2 % av befolkningen til enhver tid har åpne, kroniske sår (Holsen et al., 2014). Sykepleier i hjemmetjenesten møter stadig sårpatienten, da det i hovedsak er i hjemmetjenesten sårstellet utføres. Gjennom den behandlende funksjon har sykepleier et ansvar for å utøve faglig forsvarlig sykepleie og gi en god behandling til pasienter med kroniske venøse leggsår. Med god behandling mener jeg å behandle såret og omkringliggende hud så skånsomt som mulig, tilpasse smertelindring, sørge for kompresjon, samt tilstrekkelig og proteinrik næring. God sykepleie handler samtidig om å rette fokus på at pasienten selv er deltagende i behandlingen, da studier viser at det å inkludere pasienten, før behandling, har en positiv innvirkning på sårresultatet (McNichol, 2014).

I følge anvendt fag – og forskningslitteratur er sykepleier i hjemmetjenesten nødt til å inneha god kompetanse. Dersom sykepleier har kunnskap om kroniske venøse leggsår, samt faktorer som kan føre til økt sårtilheling, kan det bidra til en positivt behandlingsresultat. Sykepleier er dessuten pliktig til å innhente bistand dersom de nødvendige kvalifikasjonene ikke finner sted. Samtidig har jeg nevnt at ledere bør ta større eierskap til at personalet får tid og mulighet til å utvikle kompetansen sin, slik at sykepleier kan utføre forsvarlig pleie, og dermed hindre at pasienten har unødvendig ubehag med såret sitt.

Videre er det å sikre god dokumentasjon og kontinuitet helt avgjørende for å kunne utøve faglig forsvarlig sykepleie hos denne pasientgruppen. Hjemmesykepleien består av ulike yrkesgrupper, som medfører høyere krav til dokumentasjon. Dokumentasjonen må inneholde nødvendig og tilstrekkelig informasjon. Sårprosedyrene må være oppdaterte, hvor det tydelig kommer fram informasjon om sårets karakter og utvikling. Med tilstrekkelig informasjon, vil det bli lettere å utøve helhetlig sykepleie, samtidig som det bidrar til kontinuitet i behandlingen. Avslutningsvis vil jeg konkludere med at et faglig kunnskapsløft innenfor sårbehandling vil være nødvendig i det norske helsevesenet, da den globale forekomsten av kroniske venøse leggsår vil eskalere drastisk, i takt med den økende eldrebølgen vi har i vente.

7. Litteraturliste

- Adderley, U. J., & Thompson, C. (2014, September 10). Community nurses' judgements for the management of venous leg ulceration: A judgement analysis. *International Journal of Nursing Studies*, pp. 345-354. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.004>
- Andersen, K. E., Lomholt, B. H., & Wulf, H. C. (2013). *Klinisk dermatologi og venerologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ausen, K., & Pukstad, B. (2014, Mai 21). Akutte og kroniske sår. Trondheim, Trondheim, Norge.
- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2013). Sykepleie ved smerter. In H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, *Klinisk sykepleie 1* (pp. 355-395). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bertelsen, B. (2014). Grunnleggende sykdomslære. In S. Ørn, J. Mjell, & E. B. Gransmo, *Sykdom og behandling* (pp. 44-68). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Birkeland, A., & Folvik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Bjørø, K., & Torvik, K. (2013). Smerte. In M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (pp. 333-349). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2016). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk .
- Brodtkorb, K. (2013). Respirasjon og sirkulasjon. In M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (pp. 319-332). Oslo: Gyldendal akademisk .

- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk .
- Faiz, K. W. (2014, Februar 11). VAS- visuell analog skala. Oslo, Oslo, Norge.
- Fermann, T., & Næss, G. (2013). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. In M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (pp. 196-218). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Finlayson, K., Edwards, H., & Courtney, M. (2011, February 5). Relationships between preventive activities, psychosocial factors and recurrence of venous leg ulcers: a prospective study. *Journal of advanced nursing*, pp. 2180-2190.doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05653.x>
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fyrland, O. (2007). *Hudsykdommer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Grønseth, R., & Nortvedt, P. (2013). Klinisk sykepleie - funksjon og ansvar. In R. Grønseth, D.-G. Stubberud, & H. Almås, *Klinisk sykepleie 1* (pp. 17-32). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell. Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse - og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale - og omsorgstjenester m.m. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Holsen, D., & Ingebretsen, H. (2014). Sykdommer i huden. In S. Ørn, J. Mjell, & E. B. Gransmo, *Sykdom og behandling* (pp. 498-516). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ingebretsen, H., & Storheim, E. (2013). Sykepleie ved sykdommer og skader i huden. In H. Almås, D. G. Stubberud, & R. Grlnseth, *Klinisk sykepleie 2* (pp. 345-378). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Johansen, E. (2016). Sirkulasjon. In N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende sykepleie bind 2 - grunnleggende behov* (pp. 129-161). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kolflaath, J. (2014, Februar 11). RE: Vas - visuell analog skala. Oslo, Oslo, Norge.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. In N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie - Bind 1* (pp. 16-29). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? In N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende sykepleie - Bind 1* (pp. 16-27). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kyrkjebø, D., Søvde, B. E., & Råholm, M.-B. (2017, November 15). Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering? *Sykepleien.no*, pp. 1-12.doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64027>
- Langøen, A. (2015). *Sårbehandling og hudpleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindholm, C. (2012). *Sår*. Oslo: Akribe
- McDaniel, J. C., Kemmner, K. G., & Rusnak, S. (2015, July 2). Nutritional profile of older adults with chronic venous leg ulcers: A pilot study. *Geriatric Nursing* , pp. 381-386. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.05.005>
- McNichol, E. (2014, Juli 14). Involving patients with leg ulcers in developing innovations in treatment and management strategies. *British journal of community nursing* , pp. 27-32.doi: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.Sup9.S27>
- Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal juridisk .
- Müller, K. S. (2011). Sår. In U. Knutstad, *Sentrale begreper i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 2* (pp. 214-243). Oslo: Akribe.

Naustdal, A. G., & Netteland, G. (2012, Mars 3). Sjukepleiedokumentasjon i et elektronisk samhandlingsperspektiv. *Sykepleien forskning*, pp. 270-277. doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64027>

Norheim, K. H., & Thoresen, L. (2015, Mars 16). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien - på rett sted til rett tid? . *Sykepleien.no*, pp. 16-22. doi:<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.53343>

Norsk Sykepleieforbund. (2016, 05 23). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Nortvedt, P. (2014). *Omtanke*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Nyheim, B., Lotherington, A. T., & Steen, A. (2010, 6 (1)). Nettbasert sårveiledning. Kunnskapsutvikling og bedre metring av leggsårbehandling i hjemmetjenesten. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, pp. 40-55. doi: <http://dx.doi.org/10.7557/14.808>

Næss, G., & Fermann, T. (2013). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. In M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den eldre pasienten* (pp. 196-218). Oslo: Gyldendal akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetslove>

Slagvold, C.-E., & Stranden, E. (2005, April 7). Venøse leggsår. *Tidsskriftet den norske legeforening*, pp. 891-894.

Slagvold, C.-E., Stranden, E., & Rosales, A. (2009, Februar 15). Venøs insuffisiens i underekstremitetene . Oslo, Oslo, Norge.

Sortland, K. (2015). *Ernæring - mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget.

Stubberud, D.-G., Almås, H., & Kondrup, J. (2013). Ernæring ved sykdom. In H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, *Klinisk Sykepleie 1* (pp. 477-504). Oslo: Gyldendal akademisk.

Thompson, C., & Adderley, A. (2014). Diagnostic and treatment decision making in community nurses faced with patient with possible venous leg ulceration. A signal detection analysis. *International Journal of Nursing Studies*, pp. 325-333. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.10.015>

Ylönen, M., Stolt, M., Leino-Kilphi, H., & Suhonen, R. (2013, June 2). Nurses' knowledge about venous leg ulcer care: a literature review. *International Nursing Review*, pp. 194-202. doi: [10.1111/inr.12088](https://doi.org/10.1111/inr.12088)

Åkesson, N., Öien, R. F., Forssell, H., & Fagerström, C. (2014, September 5). Ulcer pain in patients with venous leg ulcers related to antibiotic treatment and compression therapy. *British journal of community nursing* , pp. 14-21. doi: [10.12968/bjcn.2014.19.Sup9.S6](https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.Sup9.S6)

Vedlegg 1: PICO-skjema

Population/Patient/Problem (Populasjon/Pasient/Problem)	Intervention (Intervensjon/Tiltak)	Comparison (Sammenligning)	Outcome (Resultat)
Venous ulcer Pain Sykepleiekompetanse	Community health nursing Sårveiledning Vitamins		Wound healing Wound care

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Nr	Database	Søkeord	Eksklusjonskriterier	Treff	Fofatter + tittel
1+ 2	CINAHL	Venous ulcer AND Community health nursing.	2014-2018 Abstract available	6	Adderley, UJ. Thompson, C. (2014) <i>(1)Community nurses judgement for the management of venous leg ulceration</i> <i>(2) Diagnostic and treatment decision making in community nurses faced with a patient with possible venous leg ulceration: A signal detection analysis</i>
2	CINAHL	Venous ulcer AND Vitamins AND Wound healing	2015-2018	3	McDaniel, JC. Kemmner, KG. Rusnak, S. (2015) <i>Nutritional profile of older adults with chronic venous leg ulcers: A pilot study</i>
3	CINAHL	Wound care AND Venous ulcer	2014-2018 Full text og abstract available	18	McNichol, Elaine. (2014)

			Aged: 65+		<i>Involving patients with leg ulcers in developing innovation in treatment and management strategies</i>
4	SveMed+	Sårveiledning	2010-2018	1	Nyheim, B. Lotherington, AT Steen, A. (2010) <i>Nettbasert sårveiledning – Kunnskapsutvikling og bedre mestring av leggsårbehandling I hjemmetjenesten.</i>
5	Sykepleie n Forskning	Sykepleiekompetanse	2012-2018	34	Naustdal, AG. Netteland, G. (2012) <i>Sykepleiarkompetansen i kommunehelsetjenesten: Er det rom for fagleg oppdatering?</i>
6	Sykepleie n Forskning	Sykepleiekompetanse	2015-2018	28	Norheim, KH. Thoresen, L. (2015)

					<i>Sykepleiekompetanse i hjemmetjenesten – på rett sted til rett tid?</i>
--	--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------