



# Behandling av kroniske sår i hjemmesykepleien

Kandidatnummer: 585  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 8790  
Dato: 23.04.19

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.04.2019
Tittel: Behandling av kroniske sår i hjemmesykepleien	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier fremme kvalitet i behandlingen av kroniske legg- og fotsår hos eldre pasienter i hjemmesykepleien?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> I det teoretiske kunnskapsgrunnlaget beskrives patofysiologien, symptomer og behandlingsmetoder ved venøse og arterielle sår. Etter det blir sykepleierens behandlende og forebyggende funksjon konkretisert. Videre beskrives rammene i hjemmesykepleien, herunder gjeldende regelverk, etiske retningslinjer og hjemmesykepleiens organisering. Deretter beskrives kompetanse, dokumentasjon og kontinuitet sett i perspektiv av hjemmesykepleien som arena.</p> <p><u>Metode:</u> Oppgaven er en litteraturstudie, det brukes eksisterende faglitteratur, forskning og teori for å besvare problemstillingen. Forskningen i oppgaven er funnet ved hjelp av systematiske søk i søkebasene CINAHL, PubMed og SweMed. Pensum og andre fagbøker er også brukt for å belyse problemstillingen.</p> <p><u>Drøfting:</u> For å besvare problemstillingen brukes teorien som er presentert i det teoretiske kunnskapsgrunnlaget og fem forskningsartikler som kan belyse og redegjøre flere sider av det teoretiske perspektivet. Drøftingen er delt i fire deler, først diskuteres utfordringer hjemmesykepleien står ovenfor i sårbehandlingen av kroniske sår sett i lys av sykepleierens behandlende og forebyggende funksjon. Videre argumenteres det for kompetansen ved sårbehandling i hjemmesykepleien. Deretter ser oppgaven på mulighetene for samarbeid og samhandling mellom helsetjenestene med tanke på sårbehandling. Til slutt diskuteres det hvordan kontinuitet i dokumentasjon og bemanning kan være med på å fremme kvalitet i sårbehandlingen.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Kvaliteten på sårbehandlingen påvirkes av kompetansen til sykepleierne som utfører sårstellet. Hjemmesykepleiens rammer har egenskaper som kan både fremme og begrense mulighetene for samarbeid, dokumentasjon og kontinuitet. Samarbeid i sårbehandlingen mellom hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten har vist seg å ha positive effekter for tilhelning av kroniske sår. Fokus på å dokumentere det essensielle i pasientjournaler gir økt kontinuitet i dokumentasjonen. Personkontinuitet, færrest mulig personale på et sårstell over tid, kan være nødvendig for optimal sårtilheling.</p>	

## Innhold

1. Innledning og bakgrunn .....	4
1.1. Bakgrunn for valg av tema .....	4
1.2 Hensikten med oppgaven .....	5
1.3 Problemstilling .....	5
1.4 Avgrensninger .....	6
1.2 Begrepsavklaring.....	6
1.2.1 Pasient .....	6
1.2.2 Kroniske sår.....	7
1.2.3 Hjemmesykepleie .....	7
2. Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag.....	8
2.1 Venøse- og arterielle leggsår.....	8
2.1.1 Arterielle sår .....	8
2.1.2 Venøse sår .....	9
2.2 Pasienten i hjemmesykepleien .....	10
2.3 Organisering i hjemmetjenesten og tverrfaglig samarbeid .....	10
2.4 Sykepleiers funksjonsområder .....	12
2.5 Juridiske og etiske rammer.....	13
2.6 Kvalitet i helsetjenesten.....	14
2.7 Personkontinuitet og informasjonskontinuitet .....	15
3. Metode.....	16
3.1 Litteratur som metode .....	16
3.2 Valg av litteratur.....	16
3.2.1 Valg av forskningsartikler.....	16
3.2.2 Søkehistorikk.....	17
3.2.3 Valg av bøker .....	18
3.3 Kildekritikk .....	18
4.Presentasjon av forskningsresultater .....	19
4.1 Artikkelmatrise.....	19
5. Drøfting .....	21
5.1 Sykepleierens funksjonsområder.....	21
5.2 Bemanning og kompetanse .....	23
5.3 Tverrfaglig samarbeid med spesialisthelsetjenesten og fastlegen .....	26
5.4 Kontinuitet i hjemmesykepleien.....	30
6. Oppsummering .....	33
7. Referanseliste .....	34

# 1. Innledning og bakgrunn

## 1.1. Bakgrunn for valg av tema

Kroniske sår er de vanligste sirkulasjonsforstyrrelsene som oppstår i huden, som oftest på beina. Kroniske fot- og leggsår rammer primært mennesker over 60 år, og en kan anta at pasientgruppens omfang vil øke i takt med stigende levealder. Selv om det ikke foreligger en oversikt over denne pasientgruppens størrelse i Norge, antas det at 1-2 % av befolkningen til enhver tid har åpne, kroniske sår. De fleste sårene kommer av venøs svikt, ca. 50-70%, mens arteriovenøs eller arteriell insuffisiens står for 10-30 % av sårene (Holsen & Ingebretsen, 2014).

Kommunehelsetjenesten har en viktig posisjon og rolle i arbeidet med ikke-helende eller langsomt helende sår, da disse pasientene i mesteparten av tiden vil befinne seg i kommunehelsetjenesten (Langøen, 2012). I hjemmesykepleien er pasientene spesielt utsatt for sår både på grunn av helsesvikt, inaktivitet og alder. Ofte er det de pasientene som ikke klarer å stelle såret selv eller som ikke er fysisk eller psykisk i stand til å reise til fastlegen eller oppsøke sykepleiepoliklinikker for å få behandling, som får vedtak om hjelp til sårstell av hjemmesykepleien (Birkeland & Flovik, 2018). I hjemmesykepleien er det tre hovedgrupper av sår; sår forårsaket av sirkulasjonssvikt, både venøse og arterielle sår, diabetiske fotsår og trykksår (Birkeland & Flovik, 2018).

Menneskets livskvalitet påvirkes i stor grad når en lever med kroniske sår. Forskning har vist at det er smerteerfaringen som er mest fremtredende når disse pasientenes livskvalitet og levd erfaring er blitt undersøkt. Smerten kan fremprovoseres av både aktivitet og sårbehandling. Pasienter kan oppleve å være i konstant beredskap mot smerte, lukt og lekkasje fra såret, og den innvirkningen disse symptomene har på omgivelsene. Dette kan føre til restriksjoner når det kommer til aktivitet og muligheten til å leve et sosialt liv. Sår som kommer av sirkulasjonssvikt i beinet benevnes som kroniske fot- og leggsår. Svikten som oppstår kan være venøs, arteriell eller en kombinasjon, kalt arteriovenøs (Holsen & Ingebretsen, 2014).

Jeg har valgt å skrive om behandling av kroniske sår da jeg har fått litt erfaringer i sårbehandlingen av kroniske sår som student i hjemmesykepleien og i deltidsjobben i hjemmesykepleien ved siden av studiet, men ønsker å lære mer om hva som gjør at sårene gror og hvilke faktorer som spiller inn.

## **1.2 Hensikten med oppgaven**

Som sykepleier vil man kunne møte sår og sårproblematikk i nesten alle deler av helsetjenesten, som for eksempel på sykehus, på sykehjem og i hjemmetjenesten. Langøen sier at noe av utfordringen i kommunehelsetjenesten er skolering av ansatte (Langøen 2011). Ute i kommunene er en avhengig av at både kommuneleger og sykepleiere kan nok om behandlingsprinsipper, i tillegg til tilstrekkelig praktisk kompetanse til at prosedyrene blir utført på en akseptabel måte. Sentrale prosedyrer i klinisk sårbehandling i kommunene som for eksempel skarp debridering, anleggelse av kompresjonsbandasje, måling av sårareal, undersøkelse av diabetikere og anleggelse av vakuumbehandling, er oppgaver som krever en del kompetanse for å utføres på en korrekt måte (Langøen, 2012). Hensikten med oppgaven er dermed å undersøke hvilken betydning kunnskap, kontinuitet og dokumentasjon har å si for kvaliteten på sårbehandlingen.

## **1.3 Problemstilling**

Med denne bakgrunnen er følgende problemstilling valgt:

*Hvordan kan sykepleier fremme kvalitet i behandlingen av kroniske legg- og fotsår hos eldre pasienter i hjemmesykepleien?*

## 1.4 Avgrensninger

Flertallet av pasienter med kroniske leggsår er over 65 år og mye av forskningen som er gjort fokuserer på denne gruppen. Dette kan blant annet ha sammenheng med at høy alder er en risikofaktor for venøs og arteriellsvikt. Likevel er det også yngre personer som får kroniske sår, men siden dette er en mindre gruppe og det kan være sannsynlig å tenke at flere av de yngre kan komme seg til legekantoret eller en sårpoliklinikk, er denne oppgaven avgrenset til pasienter over 65 år. Settingen er satt til hjemmesykepleie der en stor del av behandlingen av kroniske sår blir gjort i denne aldersgruppen.

Av type sår omhandler oppgaven kroniske ben- og fotsår forårsaket av sirkulasjonssvikt, både venøse og arterielle sår. Andre kroniske sår som kunne vært beskrevet er trykksår og diabetessår. De ulike sårene krever ulike behandlingsmåter. Venøse og arterielle sår er ofte den største gruppen av sår en møter i hjemmesykepleien. I fordelingen av sårtypene er 72 % venøse, 12 % arterielle og 10% en kombinasjon av venøs og arteriell svikt (Langøen, 2012). Konteksten til oppgaven begrenser seg til hjemmesykepleie i Europa da det kan tenkes at den har flere fellestrekk med den norske hjemmesykepleie. Det er en høyere andel kvinner som får kroniske sår, dette kan blant annet komme av at kvinner, etter menopausen, er ekstra utsatt for ødem. Ødem kan forhindre at sår tilheler. Behandlingen for kroniske sår er likevel den samme for menn og kvinner, og oppgaven skiller derfor ikke på kjønn.

## 1.2 Begrepsavklaring

### 1.2.1 Pasient

Pasient er en person som er syk og under behandling i helsevesenet. For å bli pasient må den syke personen gå inn i en sykerolle og godta de regler og normer som gjelder for en syk person. Pasienten har både rettigheter og plikter (Braut, 2018). Ikke alle syke ønsker å betrakte seg som pasienter til daglig, for eksempel kronisk syke som astmatikere eller pasienter med leggsår. I hjemmesykepleien er ordet «bruker» en vanlig terminologi for det som i sykehus blir kalt «pasient». Likevel er betegnelsen «bruker» etter loven noe annet enn pasient. I følge pasient- og brukerrettighetsloven er bruker «en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3). I denne oppgaven brukes derfor ordet «pasient» om personer med kroniske legg- og fotsår.

### 1.2.2 Kroniske sår

Kroniske sår, også kalt vanskelig helende sår, er åpne sår som ikke gror uten langvarig behandling eller ved et kirurgisk inngrep. Dette er på grunn av at den normale sårhelingen ikke fungerer tilfredsstillende (Pukstad, 2017). Sårene har vart i mer enn fire uker, og har ofte årsak i en grunnlidelse (Birkeland, 2016).

### 1.2.3 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er en betegnelse for all sykepleie som utføres i pasientens hjem, uavhengig om den utføres av en sykepleier eller et annet helsepersonell. Det stilles formelle krav til utførelsen og utøvelsen av helsehjelp krever kompetanse (Birkeland & Flovik, 2018).

## 2. Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

Dette kapitlet har som hensikt å beskrive kunnskap relevant for problemstillingen.

### 2.1 Venøse- og arterielle leggsår

Vanskelig helende leggsår, også kalt kroniske sår, kommer av sirkulasjonssvikt i beinet. Svikten kan være venøs, arteriell eller en kombinasjon, arteriovenøs. Kombinasjonen av perifere vaskulære årsaker og skade utenfra, er grunnen til at vanskelig helende leggsår oppstår. Ofte er skaden et traume, som for eksempel at pasienten slår foten eller leggen borti noe hardt (Holsen & Ingebretsen, 2014).

#### 2.1.1 Arterielle sår

Arterielle sår oppstår nesten alltid fra ankene og ned. Dette kommer av aterosklerose. Aterosklerose fører til at arteriene tettes igjen, og forsyningen av oksygenrikt blod til de nederste delene av beina blir dårlig. Så tidlig som mulig bør arteriell svikt diagnostiseres. Dette for å kunne iverksette forebyggende tiltak som gåtøying, som kan forbedre sirkulasjonen i føttene og hindre at sår oppstår. Tilstanden kan ha kommet for langt dersom det oppstår en skade, i verste fall en svart tå. Det finnes flere kirurgiske og intervensjonsradiologiske metoder som kan bedre marginal sirkulasjon, derfor skal pasienter med arteriellsvikt henvises til karkirurg. Ved arterielle sår er huden ofte kald, blek, marmorert og hårløs, og neglene er sprø. Pulsene på fotryggen og bak mediale malleol er dårlig eller mangler. Såret er vanligvis dypere og har en tydeligere avgrensning enn venøse sår. Pasienten har mye smerter og de forverres ved gange. Å holde foten flatt eller eventuelt senket bedrer vanligvis smertene (Langøen, 2012).

Ofte har arterielle sår nekroser. Nekrosene kan være svarte eller gule, og de kan være enten tørre eller fuktige. Svarte, tørre nekroser fjernes ikke forutsett av at pasienten ikke har diabetes. Har pasienten diabetes er infeksjonsrisikoen så stor at også tørre, svarte nekroser fjernes. En del arterielle sår kan se tørre ut, men når en begynner å skjære i nekrosen, viser den at det skjuler seg puss og sårveske. Nekroser og hyperkallositet (tykk hud) kan derfor fjernes, men en skal ikke skjære inn til frisk vev, det setter i gang en inflammasjonsreaksjon. Det kreves betydelig trening og kompetanse å fjerne kallositeter og nekroser hos pasienter med arteriell svikt (Langøen, 2012).



### 2.1.2 Venøse sår

Venøse sår er oftest å finne på innsiden av leggen og de har sammenheng med venøs svikt. Den venøse svikten kan være i de overflatiske venene, i perforantene, i de dype venene eller en kombinasjon. Som følge av den venøse svikten oppstår det venøs hypertensjon i både de overflatiske og de dype venene. Det venøse blodet strømmer ikke tilbake til samlevenene slik det skal. Veldig ofte kommer dette av skader på klaffene i venene. Hypertensjonen fører til forhøyet trykk i venene i foten, som igjen fører til utsiving av røde blodlegemer og store proteinmolekyler, som f.eks. albumin. Intravasalt er proteinmolekylenes oppgave å binde vann. Befinner albumin seg ekstravasalt, vil det binde store mengder vann, som fører til ødemdannelse (Langøen, 2012).

De venøse sårene er overflatiske, har en ujevn kant og har sjelden svarte nekroser. De kan derimot ha rikelig med gule nekroser og fibrinbelegg, noe som har sammenheng med en gradvis utvikling av såret. Sårene væsker i tillegg rikelig. Puls på ankelen og fotryggen kan være god, men ødem kan gjøre det vanskelig å palpere pulsen. Smerter forekommer hos opptil 75 % av pasientene med venøse sår. Smertene er ofte stikkende eller kløende. Ved gange blir smertene bedre, mens de blir verre når foten henger rett ned.

Kompresjon og mosjon er de forbyggende tiltakene som settes i gang så fort som mulig hvis en person plages av venøs svikt, ofte etter å ha gjennomgått dyp venetrombose (Langøen, 2012).

Den aller viktigste behandlingsformen er og blir kompresjon. Hvis ikke årsaken til problemet, den venøse svikten, behandles adekvat, har andre hjelpemidler liten eller ingen effekt. Valg av lokale sårmidler avhenger av både hvilken kompresjonstype som brukes, og av hvilken morfologisk tilstand såret er i, det vil si om såret er rent og granulerende, væskende, kolonisert osv. I vurderingen av såret skal det observeres om såret har belegg i form av fibrin, et gulaktig, glatt belegg eller annet som kan forsterke mistanken om biofilm. Sårets areal er et særlig viktig mål. Sårtilhelingen kan ha stoppet opp dersom det ikke har vært noen reduksjon i arealet. For å få tilhelingen i gang igjen må det gjøres nye vurderinger og tiltak. I løpet av en uke skal venøse sår skiftes på en til to ganger. Hjelpemidlene som brukes skal ha kvaliteter som kan håndtere væskemengden som dannes mellom hvert skift. Sårets sekresjon må være i fokus. En bør ha en formening om hvorvidt sekresjonen skyldes ødemene eller bakteriell byrde, for å kunne velge et egnet virkemiddel. Antibakterielle bandasjer sammen med passende debridering må brukes ved bakteriell byrde. Ved sår som ikke heler forsøkes det

også med kunstig hud, hudtransplantasjon, hyaluronsyre, vekstfaktorer og fibroblast-/keratinocyttkulturer. Dette er behandlingsformer som er kostbare og forutsetter betydelig kompetanse. De bør derfor forbeholdes avdelinger som påtar seg et særlig ansvar for sårbehandling. Det finnes et stort utvalg av behandlinger for venøse sår. Det som er viktig når en velger behandlingsopplegg for pasienter med venøse sår, er å tenke på at pasientene har sårene over lang tid. Behandlingen må derfor tilpasses pasientens situasjon i hjemmet (Langøen, 2012).

## **2.2 Pasienten i hjemmesykepleien**

Mottakere av hjemmesykepleie er i alle livsfaser og livssituasjoner, både barn, voksne og eldre med ulike sykdommer og/eller funksjonsnedsettelse. For at pasientene kan leve et best mulig liv med sin sykdom og/eller funksjonsnedsettelse har hjemmesykepleien en avgjørende rolle, den skal sikre at pasientene får ivaretatt sine grunnleggende behov når evnen til å gjøre det selv svikter, så lenge det er forsvarlig og ønskelig (Birkeland, 2018). Eksempler på grunnleggende behov som kan dekkes av hjemmesykepleien er å puste, å spise og å stelle seg, i tillegg til komplisert sårstell og andre tekniske prosedyrer som respiratorbehandling, blodprøvetaking eller blodtrykksmåling, legemiddelhåndtering eller håndtering av forskjellig medisinskteknisk utstyr (Birkeland, 2018)

Gjennom de siste tiårene har de største endringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene skjedd i hjemmetjenesten. Hjemmesykepleien vokser, og innsatsen konsentreres mer og mer om dem som har størst behov. I tiden framover står helse- og omsorgstjenestene ovenfor store oppgaver. I befolkningen endres alderssammensetning, og kompleksiteten i oppgavene vil øke. Blant annet vil kommende helse- og omsorgstjeneste legge mer til rette for at pasientene i større grad blir en ressurs i eget liv, for økt bruk av velferdsteknologi, for mer forskning og innovasjon og for helsefremmende og forebyggende aktiviteter (Birkeland, 2018)

## **2.3 Organisering i hjemmetjenesten og tverrfaglig samarbeid**

Kommunene i Norge har ulik organisering av hjemmetjenestene. Dette er fordi det finnes få retningslinjer for hvordan tjenestene skal eller bør være organisert. Lovverket beskriver hvilke oppgaver kommunen skal ta seg av og hvilke tjenester de må ha, men hvordan tjenestene organiseres er opp til kommunene. For eksempel har noen mindre kommuner samorganisert

hjemmesykepleien med sykepleietjenesten i sykehjem. De siste årene har utviklingen i hjemmetjenesten gitt økt spesialisering og differensiering, spesielt i store kommuner. Arbeidsdelingen er i større grad delt mellom ansatte i spesialfunksjoner og spesialteam, som for eksempel palliativ omsorg, demensomsorg og psykisk helsearbeid. Dette har sammenheng med at kommunene har fått nye og flere komplekse oppgaver som krever medisinskfaglig og sykepleiefaglig kompetanse (Glavin & Gjevjon, 2016).

Mange kommuner har organisert tjenestene sine etter bestiller-utfører-modellen. Denne modellen innebærer at de som tildeler tjenestene ikke er de samme som de som utfører tjenestene. I vedtak beskrives det mer eller mindre detaljert hva pasienten skal ha hjelp til og som oftest med en tidsangivelse for hvert oppdrag. Helsepersonellet jobber etter en arbeidsliste der det står oppgitt hvilke pasienter de skal besøke, hva som skal utføres og hvilken tid en har på hvert oppdrag. De hjemmebaserte tjenestene er ofte preget av økonomiske utfordringer, mangel på spesialkompetanse, lav bemanning og et høyt arbeidstempo, samtidig som oppgavene har blitt flere og mer komplekse, dette er blitt beskrevet av flere norske studier (Glavin & Gjevjon, 2016).

I hjemmesykepleien ivaretas pleieoppgavene av ulike typer helsepersonell, men også av arbeidskraft uten formell helsefaglig utdanning. Hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere, som innehar videregående helsefaglig utdanning, utgjør den største gruppen i hjemmesykepleien, etterfulgt av sykepleiere. (Glavin & Gjevjon, 2016).

For å sikre pasientene nødvendig og god hjelp er fastlegene en av hjemmesykepleiens viktigste samarbeidspartnere. Fastlegene har en egen pasientliste, og har ansvar for nødvendige allmennlegetjenester til disse pasientene på dagtid. Mye av kontakten med fastlegene skjer igjennom PLO-meldinger. Hjemmeboende eldre med funksjonssvikt er en gruppe som kan ha vanskelig med å oppsøke legekantoret på egenhånd, her det viktig av hjemmesykepleierne formidler at det er behov for hjemmebesøk. Flertallet av pasienter i hjemmesykepleien som har behov for sårstell kan behandles og følges opp av hjemmesykepleien og fastlegen. Pasienten kan i tillegg henvises for tilsyn av spesialutdannet sårteam i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Specialisthelsetjenesten bør i noen tilfeller involveres, enten ved veiledning eller en henvisning til behandling ved sårpoliklinikk (Birkeland, 2018).

Tverrfaglig samarbeid er mer enn at forskjellige faggrupper arbeider sammen. Det er flerfaglig arbeid når ulike grupper helsepersonell arbeider side om side på samme arbeidsplass, mens et forpliktende samarbeid på tvers av fagskillene gir tverrfaglig arbeid. Dermed er det først når ulike faggrupper arbeider sammen mot felles mål at det blir tverrfaglig samarbeid. Ved at fagpersonell deler kunnskap med hverandre og med pasienten, får man et tverrfaglig miljø, og får sammen en helhetlig forståelse av pasientens situasjon. (Kaasa, 2004)

## **2.4 Sykepleiers funksjonsområder**

Sykepleie som yrke omfatter områder eller funksjoner som til sammen utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområde. Grunnleggende funksjonsområder er helsefremming og forebygging, behandling, lindring, rehabilitering og habilitering, undervisning og veiledning, organisering, administrasjon og ledelse og det siste området er fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011)..

Sykepleiers behandlende funksjon er et av disse områdene. Behandling har som mål å fjerne eller eliminere problemer. Mennesker som har akutt eller kronisk helse- eller funksjonssvikt er i behov av sykepleierens behandling. Pasientens funksjonssvikt blir kompensert av sykepleieren, og sykepleieren tilpasser utøvelsen ut fra kjennskapet til den enkelte pasient (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Behandlende funksjon innebærer å observere, vurdere, planlegge, gjennomføre medisinsk utredning og behandlingen etter legens forordning, og å vurdere effekten av behandlingen (Nortvedt & Grønseth, 2013). Sykepleieren skal også forhindre at komplikasjoner og tilleggs lidelser oppstår (Rammeplan for sykepleierutdanning, 2008). I sårbehandling vil man som sykepleier komme innom alle disse punktene som er nevnt over.

Sykepleiers forebyggende og helsefremmende funksjoner er rettet mot både friske personer, personer spesielt utsatt for helsesvikt og mot syke. Helsefremming har som mål å styrke pasientens egne ressurser, som for eksempel ved å legge til rette for forhold som ernæring og aktivitet for at sårene til pasienten skal gro (Nortvedt & Grønseth, 2013). Forebyggende tiltak kan deles i tre grupper. Primærforebygging, som har som mål å forhindre helsesvikt hos friske og utsatte personer og grupper. Sekundærforebygging, som har som hensikt å identifisere helsesvikt eller økt risiko for helsesvikt på et tidlig stadium, og deretter sette inn tiltak for å

hindre helsesvikt og eventuell sykdom. Tertiærforebyggende tiltak som har som mål å hindre at komplikasjoner oppstår ved sykdom, undersøkelser og behandling, og forhindrer at nye helseproblemer oppstår hos mennesker med kroniske sykdommer eller funksjonssvikt. Når pasienten først har fått kroniske sår vil tertiærforebyggende tiltak være sentralt.

## **2.5 Juridiske og etiske rammer**

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 sier at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder alle pasient- og brukergrupper, enten det er somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Kommunen skal planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1). Siden de kroniske sårene kan vare i måneder og år, og pasienten som oftest kan bo hjemme med sårene, vil det være relevant at det er kommunen som i hovedsak har ansvaret for behandlingen av sårene.

Samhandlingsreformen som trede i kraft 1.januar 2012 hadde som formål å gi mer koordinerte tjenester, forebygge sykdom og sørge for en mer bærekraftig økonomi innenfor helsetjenestene (Samhandlingsreformen, 2012). For å oppnå dette ble flere oppgaver overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. For hjemmesykepleien førte dette blant annet til at pasientene kom raskere ut fra sykehusopphold, var sykere og hadde et større pleiebehov enn tidligere (Telemarksforskning, 2015).

Spesialisthelsetjenesteloven §6-3 beskriver spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Spesialisthelsetjenesten har plikt til å gi råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold hos pasienten som er påkrevd for at kommunen skal kunne utføre sine oppgaver (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §6-3). I følge helse- og omsorgstjenesteloven §6 har kommunen og regionale helseforetak også plikt til å inngå samarbeidsavtale og det stilles minimumskrav til avtalen, blant annet krav om retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling.

Helsepersonelloven kapittel 2 §4 sier at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og hente inn bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig eller mulig. I tillegg skal det være samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personale

dersom pasientens tilstand krever det (Helsepersonelloven kapitel 2 §4). Et sår som ikke gror selv om prosedyren er fulgt og ulike tiltak er utprøvd kan være en slik tilstand.

Helsepersonell, blant annet sykepleiere, har plikt til å føre journal. I helsepersonelloven §39 står det at personen som yter helsehjelp skal nedtegne eller registrere opplysninger i en journal tilhørende den enkelte pasient. Kravene til journalens innhold kommer frem i §40 i samme lov. Her sier loven at journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk, og innholdet om pasienten og helsehjelpen skal være relevant og nødvendig (helsepersonelloven).

Av relevante etiske føringer i sårbehandling er flere yrkesetiske retningslinjer sentrale, blant annet §1.3, sykepleier har et «*personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig*» (NSF,2016).

I tillegg § 2.1, den sier at sykepleier har ansvar for at sykepleiepraksisen fremmer helse og forebygger sykdom. Og § 2.9 at sykepleier har et ansvar for å gi omsorgsfull hjelp og lindre lidelse. (NSF, 2016).

## **2.6 Kvalitet i helsetjenesten**

Det er mange måter å definere kvalitet, avhengig av den enkeltes ståsted og subjektive oppfatning. Norsk Standard (NS-EN ISO 9000:2000) definerer kvalitet slik: «Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav» (helsedirektoratet).

For en gjenstand eller tjeneste kan kvalitet være evnen til å tilfredsstille brukerens krav og forventninger. I dagligtale brukes ofte kvalitet om verdsette egenskaper eller visse krav (SNL, Hofstad, 2018). Sosial- og helsedirektoratets rapport «... Og bedre skal det bli!» beskriver god kvalitet i helsetjenesten i seks punkter; virkningsfulle tiltak, trygge og sikre tjenester, involvere brukerne og gi dem innflytelse, god samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet, god ressursutnyttelse og tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling (Helsedirektoratet, 2005)

Pasient- og brukerrettighetsloven definerer helsehjelp som «handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3).

## 2.7 Personkontinuitet og informasjonskontinuitet

En ubrutt sammenheng, en utvikling som ikke blir avbrutt er kontinuitet (Nordbø, 2018).

I en fagartikkel av Gjevjon beskrives kontinuitet som en forutsetning for kvalitet i helsetjenestene, og et politisk og faglig mål. I artikkelen beskrives det videre om en mangel på kontinuitet med tanke på personkontinuitet og informasjonskontinuitet i hjemmesykepleien, og at ledere i hjemmesykepleien må gjøre motstridende prioriteringer som går på bekostning av kontinuitet (Gjevjon, 2015).

I fagartikkelen «Kontinuitet i hjemmesykepleien- vanskelige vilkår, men gode muligheter» av Edith Gjevjon blir begrepene personkontinuitet, informasjonskontinuitet og organisatorisk kontinuitet trukket fram og belyst. Personkontinuitet har sammenheng med relasjonen og/ eller interaksjonen mellom pasient og helsepersonell. Pasienten i hjemmesykepleien kan oppleve å få helsehjelp fra kun én person i tjenesten, få personer eller fra mange. Dette kan være avhengig av hjelpebehov, hvor lenge og hvor ofte pasienten har mottatt eller skal mota hjemmesykepleie, og hvordan tjenesten er organisert og koordinert.

Informasjonskontinuitet handler om at relevant informasjon om pasienten overføres fra fagperson til fagperson, slik at oppdatert informasjon om pasientens helsetilstand og hjelpebehov til enhver tid er tilgjengelig for den som yter helsehjelp. Informasjonskontinuitet krever systematisk, skriftlig dokumentasjon i pasientjournalen, i tillegg til systematisk kommunikasjon mellom helsepersonale og systematisk informasjonsutveksling.

Organisatorisk kontinuitet skal legge til rette for at pasientene mottar rett helsehjelp til rett tid av rett person. Nødvendige rammer og struktur må være tilstede i tjenesten, utøvelsen av helsehjelpen må planlegges og koordineres, og helsepersonellet skal ha relevante kvalifikasjoner, tilstrekkelig kunnskap, kompetanse og nødvendig utstyr. For å kunne oppnå personkontinuitet og informasjonskontinuitet er organisatorisk kontinuitet utelukkende nødvendig (Gjevjon, 2015).

### 3. Metode

I dette kapitlet blir oppgavens metode og litteratur beskrevet.

#### 3.1 Litteratur som metode

Metode er et redskap som skal være til hjelp for å kunne samle inn informasjon til problemstillingen (Dalland, 2017). Denne oppgaven anvender litteraturstudie som metode. I en litteraturstudie brukes data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori. Metoder kan være kvantitative, at de gir data i form av målbare enheter, eller de kan være kvalitative som utforsker meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017).

Denne oppgaven bruker forskningsartikler som er både kvantitative og kvalitative, men har et flertall av kvalitative artikler. Kvalitative artikler går mer i dybden og tar sikte på å få frem sammenheng og helhet, forskeren kan se fenomenet innenfra. Mens i kvantitative artikler samles det inn informasjon fra mange undersøkelsesenheter, og forskeren tilstreber nøytralitet og avstand. På hver sin måte bidrar kvantitativt og kvalitativt orienterte metoder til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2017).

#### 3.2 Valg av litteratur

##### 3.2.1 Valg av forskningsartikler

For å finne forskningsartikler har jeg brukt søkemotorene CINAHL, Pubmed og SweMed. Disse søkemotorene dekker spesielt godt sykepleierelatert forskning, i tillegg til annen relevant helsefaglig forskning. Jeg brukte også sykepleien.no til å finne artikler. For å finne søkeord og formulere problemstilling har jeg brukt et PICO-skjema. PICO-skjemaet har som hensikt å presisere informasjonen man spør etter, og dele opp spørsmålet slik at det struktureres på en hensiktsmessig måte (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart, 2012).

##### PICO-skjemaet

Patient/ Problem	Intervention	Comparison	Outcome
Home care Elderly, 65 + Chronic wounds Hard-to-heal-wounds Home care- nurse	Continuity Documentation Competence Samhandlingsreformen		Healing Quality



Ved søk i CINAHL kommer det opp «emneknagger» når en søker etter ord. Jeg brukte i hovedsak emneknaggene CINAHL foreslo, men brukte også søkeord i fritekst da jeg fant det relevant. I de andre søkemotorene brukt jeg MeSH-termer (Medical Subject Headings) for å få flere relaterte treff.

### 3.2.2 Søkehistorikk

Søkeord	Databaser	Antall treff	Utvalget ble basert på	Kriterier	Resultat
Home Health care AND Wounds, chronic	Cinahl	54	-Valgt artikkel nr. 1 og 5. -Nr. 1 virket interessant da den var gjort i Norge og så på sykepleiernes egne erfaringer. -Nr. 5 ga en økonomisk vinkel av oppgaven.	-Maks 10 år - fagfelleurdert -Sykepleie perspektiv	1. Home care nurses' experience of providing health-care to patients with hard-to-heal wounds 2. Economic outcomes of a new chronic wound treatment system in Poland
Wound healing AND community nurse	SweMed	7	Artikkel nr 4. valgt, da den virket mest relevant for oppgaven. Søket ga oversikt over nordiske artikler om mitt tema. Ønsket å ha med noe om samarbeid.	-Maks 10 år - Fagfelleurdert -Sykepleie perspektiv	Nettbasert sårveiledning. Kunnskapsutvikling og bedre mestring av leggsårbehandling i hjemmetjenesten
Gjevjon	PubMed	10	Artikkel nr. 6 Søkte på navnet Gjevjon da jeg hadde litteratur fra Gjevjon på pensum og viste hun hadde skrevet om personkontinuitet, som jeg ville ha med i oppgaven.	-Maks 10 år - Fagfelleurdert -Sykepleie perspektiv	Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services
Samhandlingsreformen AND hjemmesykepleie	SweMed	4	Artikkel nr. 3. Jeg ønsket å finne noe om hvordan samhandlingsreformen har påvirket sårbehandlingen i hjemmesykepleien. Denne artikkelen inneholdt flere eksempler.	-Maks 10 år - Fagfelleurdert -Sykepleie perspektiv	Sykepleiekompetense i hjemmesykepleien - på rett sted til rett tid?

### 3.2.3 Valg av bøker

De fleste bøkene brukt i oppgaven er fra pensum. I tillegg har jeg vært på skolens bibliotek og funnet noen relevante bøker. Bøkene som er brukt mye i oppgavens teoridel er «Sårbehandling og hudpleie» av Arne Langøen og «Sykepleie i hjemmet» av Arvid Birkeland & Anne Marie Flovik. Disse bøkene går grundig inn i hvert sitt tema og sier noe om det meste innenfor sårbehandling og hjemmesykepleie.

## 3.3 Kildekritikk

Jeg har brukt boken «Kvalitet i helse- og omsorgstjenesten» av Karen Kaasa. Denne boken er fra 2004, den er altså 15 år gammel. I løpet av 15 år kan mye ha forandret seg av kunnskap og forskning, men denne boken beskrev begrepet kvalitet og kvalitet i helsetjenesten på en fin måte, derfor valgte jeg å ha den med.

Artikkelen «Nettbasert sårveiledning» er fra 2010. Mye har forandret seg i hjemmesykepleien de siste årene, spesielt etter samhandlingsreformen kom i 2012. Derfor hadde de noe annerledes rammer som bakgrunn i hjemmesykepleien på den tiden, likevel er artikkelen et eksempel på hvordan et samarbeid med spesialister i sårbehandling og hjemmesykepleien kan foregå.

Artikkelen “Economic outcomes of a new chronic wound treatment system in Poland” er fra Polen. Jeg selv kjenner ikke til hvordan hjemmesykepleien i Polen fungerer, men artikkelen viser hvordan ny kunnskap og systematisk behandling kan være lønnsomt.

Flere av forskningsartiklene har få informanter, men det er noe som er kjent ved bruk av kvalitativ metode (Dalland, 2017). Ved at det er få informanter gir det et mindre grunnlag å sammenligne, men artiklene går mer i dybden av temaet og kan se mer på årsaker og sammenhenger.

Artiklene jeg har valgt, har jeg vurdert ut fra IMRaD-struktur som er en vanlig mal for vitenskapelige artikler. Ved vurdering av IMRaD, kontrollerte jeg at alle artiklene er fagfellevurdert, noe som gir dem en kvalitetssikring.

## 4. Presentasjon av forskningsresultater

Dette er forskningsartiklene som er valgt ut og som blir brukt til å belyse oppgavens problemstilling.

### 4.1 Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1.	Beate Nyheim, Ann Therese Lotherington og Ada Steen	Nettbasert sårveiledning	Nordisk tidsskrift for helseforskning	Undersøke hvilken betydning nettbasert sårveiledning har for kunnskapsutviklingen i leggsårbehandling.	Kvalitativmetode:  Studien inkluderte 15 pasienter med vanskelig helende sår. Pasient og hovedansvarlig for leggsårbehandlingen deltok. 2 pasienter, 8 sykepleiere og en helsesekretær ble intervjuet.	Behandling av vanskelig helende leggsår i brukernes hjem, krevde regelmessig forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten over en lengre periode.
2.	Elisabeth Aune og Solveig Struksnes	Home care nurses' experience of providing health-care to patients with hard-to-heal wounds	Journal of Wound Care	Undersøke og beskrive hvordan hjemmesykepleiere opplever arbeidet med pasienter som har vanskelig helende sår.	Kvalitativmetode:  21 sykepleiere fra tre kommuner i Norge deltok. Datainnsamlingen ble gjort ved bruk av spørreskjema.	Deltakeres uttalelser resulterte i tre hovedtemaer: -Viktigheten av sykepleiekompetanse. -Betydningen av organisasjon og rammeverk. -Viktigheten av samarbeid.
3.	Edith R. Gjevjon, Kari H. Eika, Tor Inge Romøren og Brynjar Fowels Landmark	Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services	Journal of Advanced Nursing	Finne en metode som vurderer person-kontinuitet tilpasset konteksten. I tillegg til å måle og vurdere person-kontinuiteten hos personer som mottar hjemmesykepleie daglig, over tid.	Kvantitativ-metode:  Det ble samlet inn informasjon over fire uker fra 79 pasienter som mottok hjemmesykepleie. Ut fra informasjonen ble kontinuiteten i hjelpen regnet opp mot den høyeste mulig kontinuitet en kunne oppnå.	I gjennomsnitt fikk hver pasient 51 besøk fra 17 ulike sykepleiere i løpet av fire uker. Dermed viste resultatene lav grad av person-kontinuitet i praksis, og langt under det som var mulig i henhold til referansene.

4.	Grzegorz Krasowski, Robert Wajda og Małgorzata Olejniczak-Nowakowska	Economic outcomes of a new chronic wound treatment system in Poland	EWMA Journal	Formålet var å sammenligne kostnader før og etter implementeringen av et nytt system for behandling av leggsår. I det nye systemet foregikk behandlingen hjemme framfor på sykehus, og i samarbeid med spesialister på sårbehandling. Systemet la vekt på å finne årsaken til såret i tillegg til at sårprosedyrene ble modernisert og tilpasset hver enkelt pasient.	Kvantitativ-metode: Kostnadene knyttet til legg- og fotsår ble sammenlignet mellom årene 2010 og 2012, som var før og etter implementeringen av et nytt leggsårssystem i Krapkowice-distriktet, sør-vestlige Polen.	Nedgang i besøk til «NHF's sentre», fra to besøk per uke til ett besøk per andre uke. Mottagere av hjemme-sykepleie økte fra 15,7% til 68,8%. Gjennomsnittlig sårbehandling gikk fra 10 mnd. til 5 mnd. Antall bandasjeskift redusert; 7,5 til 2,7 per uke.  Kostnaden på bandasje økte fra 5 euro til 10 euro. Totalt sett kostet et sår 1500 euro før og 540 euro etter introduksjonen av det nye systemet.
5.	Kjersti Haugen Norheim og Lisbeth Thoresen	Sykepleiekompetense i hjemmesykepleie - på rett sted til rett tid?	Sykepleien.no	Undersøke sykepleierne og ledernes erfaringer med kompetansebehovet etter samhandlingsreformen.	Kvalitativ metode To fokusgruppeintervjuer der elleve sykepleiere deltok pluss to individuelle intervjuer med kommunale ledere. Informantene var alle ansatt i samme kommune.	Kompetansen blant sykepleierne ble opplevd som tilfredsstillende, men ikke tilstrekkelig. Sykepleierne opplevde at de ikke fikk brukt sin kompetanse på rett sted, til rett tid Forståelsene av hjemmesykepleiens målsettinger og utfordringer var ulike.

## 5. Drøfting

I dette kapitlet vil problemstillingen «Hvordan kan sykepleier fremme kvalitet i behandlingen av kroniske legg- og fotsår hos eldre pasienter i hjemmesykepleien?» bli diskutert i lys av teorien som er presentert tidligere.

### 5.1 Sykepleierens funksjonsområder

Sykepleiers behandlende funksjon innebærer blant annet å ivareta pasientens grunnleggende behov (Rammeplanen for sykepleierutdanning, 2008). For at pasienten skal kunne ivareta sine grunnleggende behov er behandling av pasientens sår helt nødvendig. Sykepleieren skal observere og vurdere pasientens sår for å kunne avgjøre hvilke tiltak som skal gjøres for å behandle sårene. Vurderingene kan avgjøre om fastlegen til pasienten bør kontaktes eller om det holder at sykepleieren utarbeider en prosedyre basert på observasjonene. Er tegn og symptomer forenlig med kroniske sår? Hvis observasjonene tilsier at det er akutt, som en stor blødning, må pasienten selvfølgelig rett til akuttmottaket eller evt. legevakten, men i denne oppgaven er det snakk om kroniske sår som utvikler seg over tid. For å stille en sikker diagnose på sårene kreves det spesiell kompetanse.

Tidligere ble sår utelukkende diagnostisert på bakgrunn av kliniske funn, men de siste årene har utsyr som gir en sikrere og mer presis diagnose blitt tilgjengelige og blir stadig vanligere å bruke. Innenfor sårbehandling er diagnostisering det området der kvalitet på arbeidet har variert mest. De nye metodene stiller høyere krav til tverrfaglig samarbeid enn tidligere. Ofte må flere personer innenfor ulike medisinske spesialiteter samarbeide for å komme frem til en mest mulig eksakt diagnose (Langøen, 2012). I følge helsepersonelloven §4 skal helsepersonell innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og henvise pasienter videre om nødvendig om mulig eller innhente bistand (Helsepersonelloven, 1999). Derfor vil det være hensiktsmessig at en som sykepleier i hjemmesykepleien bør kontakte fastlegen til pasienten dersom det er mistanke om sårene er kroniske. Dette for at pasienten skal kunne få henvisning til spesialister som kan vurdere såret og tiltak for behandling av såret. Som sykepleierstudent i hjemmesykepleien etterspurte jeg hva som var vanlig rutine ved diagnostisering av sår, da jeg ikke har funnet noe direkte svar i regelverket eller litteraturen, og det kan ha sammenheng med de ulike kommune og helseforetakene har ulike avtaler. Normal rutine ved mitt

praksissted var å kontakte pasientens fastlege, noe som ble gjort via E-link, ved større og mer avanserte sår for å få en diagnostisering og en prosedyre.

Når sykepleieren har fått en diagnose på såret, og det følger med en prosedyre som skal følges, er sykepleierens behandlende funksjon å planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere sårbehandlingen (Rammeplanen for sykepleierutdanning, 2008). Her er det viktig at sykepleieren vet hva prosedyren innebærer og at det sørges for at det kun er personale med kompetanse i sårbehandling som utfører sårstellet hos pasienten. Dette er spesielt viktig på grunn av hjemmesykepleien sin sammensetning av personale (Glavin & Gjevjon, 2016). Det kan ofte være mange ufaglærte som jobber i hjemmesykepleien, som aldri har vært borti i sårstell og heller ikke har fått opplæring i sårstell. Det sier seg selv at det kan være ugunstig for behandlingen om ufaglærte utfører avanserte prosedyrer beregnet for kvalifisert personale. I tillegg må alle som behandler såret vite hva som bør observeres og dokumenteres for at det skal være mulig å sette seg inn i om behandlingen gir ønsket resultat.

I tillegg skal sykepleieren gjennom sin forebyggende og helsefremmende funksjon styrke pasientens egne ressurser og jobbe for å forhindre at komplikasjoner og tillegglidelser oppstår (Rammeplan for sykepleierutdanningen, 2008). Her er det igjen viktig at sykepleieren eller personalet som utfører sårstellet innehar kunnskap om fysiologi ved såret og symptomer og tegn som er viktige å reagere på og gjøre noe med, for eksempel smerter, rødhet og varme. Dette kan i verste fall være symptomer på blodpropp (Felleskatalogen, 2016). Dette er også symptomer sykepleier kan be pasienten være oppmerksom på, og dermed benytte pasientens egne ressurser.

Sykepleiers forebyggende og helsefremmende funksjon kan være utfordret dersom sårprosedyrer og tiltak sykepleieren har satt i gang ikke blir fulgt opp av personale med kompetanse. Noe som sykepleierne i en studie opplevde at skjedde i sårbehandlingen. Sårbehandlingen ble delegert bort fra sykepleierne og utført av ufaglærte, noe som igjen gjorde at flere av pasienten opplevde en forverring i de kroniske sårene (Norheim & Thorsen, 2015).

## 5.2 Bemanning og kompetanse

Samhandlingsreformen tredde i kraft 1. januar 2012 og innebar at flere av spesialisthelsetjenestens oppgaver ble overført til kommunehelsetjenesten. (Samhandlingsreformen, 2009). Liggetiden på sykehus ble derfor redusert og flere pasienter ble behandlet. Flere av pasientene kommunehelsetjenesten tok imot hadde et omfattende behov for tilsyn og oppfølging, både medisinsk og sykepleiefaglig (Telemarksforskning, 2015). På vegne av Norsk sykepleierforbund gjennomførte Telemarksforskning en undersøkelse av sykepleiernes erfaringer med samhandlingsreformen. Informasjonen ble hentet inn fra fem kommuner i Norge og resulterte i en rapport. Et av hovedfunnene i rapporten var at kompetansen de kommunale helse- og omsorgstjenestene har er for liten til å imøtekomme de økte utfordringene. Bruk av kurs- og ad-hoc-opplæring var hovedformen for kompetanseheving. Systematisk utdanning av sykepleiespesialister var i liten grad brukt.

Dette i sammenheng med økt kompleksitet og arbeidsmengde ga økt sårbarhet og svikt i kvalitetssikringen. Helhetlige vurderinger som ga grunnlag for forebyggende tiltak ble prioritert ned, sykepleierne som utførte disse måtte konsentrere seg om medisinske prosedyrer som krevde deres kompetanse. Eldre mennesker med mindre spesialiserte behov ble nedprioritert. Sårstell og medisiner var oppgaver som ble forsøkt delegert videre. Sårstell ble gitt til ufaglærte og helsefagarbeidere med mindre kompetanse på området enn sykepleierne. Sykepleierne fikk ikke tatt den vurderingen og behandlingen som krevdes. Resultatet ble at tilstandene fikk utvikle seg negativt i sterkere grad enn det de hadde gjort dersom sykepleierne hadde hatt tid til å se til sårene (Telemarksforskning, 2015).

En annen rapport utført av NOVA også på vegne av NSF undersøkte bemanningen av sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem i 2015 (NOVA, 2016). Rapporten viste at 10 % av sykepleierstillingene var ubesatte, i tillegg var 8% av sykepleierne i langtidssykmelding eller i lengre permisjoner. Dette utgjør til sammen 18% av sykepleierstillingene. Av de 18% var det kun satt inn personell for 10% av stillingene. Av personal som var satt inn var i overkant av 30% personer med helsefaglig bakgrunn på høgskolenivå og nesten like mange personer med helsefaglig bakgrunn på videregående nivå. Ufaglærte utgjorde 22 % av den erstattede besetningen og sykepleiestudenter 15%.

Disse tallene og erfaringene fra sykepleierne tilsier at det burde vært flere sykepleiere i hjemmetjenesten for at sårbehandling skal bli prioritert. Så hvorfor er det ikke slik? Rapporten som viste sykepleiernes erfaringer, der sårbehandling blir delegert videre til ufaglærte og pasientene som opplevde forverring i sårtilstanden er fra 2015. Det er 3 år etter at samhandlingsreformen ble innført. Med samhandlingsreformen fikk kommunene økonomiske intensiver. Samhandlingsreformen beskrev at en av forutsetningene for den kommunale medfinansieringen skulle virke var at kommunene hadde tilstrekkelig kompetanse (Samhandlingsreformen, 2009). Blant sykepleiernes erfaringer beskriver sykepleiere fra flere kommuner at de ikke har sett noe til midlene som ble lovet eller at det har blitt flere ansatte med utdanning. Noen beskriver at pengene er blitt satt på bok for å betale bøter. «Økonomien går foran faglig kvalitet, nå er det faglig forsvarlighet som gjelder, vi har senket oss til det», fortalte en sykepleier (Telemarksforskning, 2015).

Samtidig var samhandlingsreformen helt nødvendig. Som daværende helseminister Bjarne Håkon Hanssen sa i forordet til Samhandlingsreformen, det blir flere syke, flere gamle, flere trenger hjelp over lengre tid, flere sykdommer kan behandles med ny teknologi og køene til spesialisthelsetjenestene vokser. Utviklingen er ikke bærekraftig, endringer må gjøres for å kunne møte den nye fremtiden (Samhandlingsreformen, 2009).

Et av formålene med samhandlingsreformen var å forbygge og begrense sykdom (Samhandlingsreformen, 2009). Når sykepleiere må nedprioritere vurderinger som hadde til hensikt å lage forebyggende tiltak og nedprioritere sårstell, med forverring i sårets tilstand som konsekvens (Telemarksforskning, 2015), viser det at på noen områder har samhandlingsreformen hatt motsatt effekt.

I rapporten om sykepleiermangel beskriver litt over halvparten av sykepleierne at forhold som var av svært stor eller stor betydning for at de valgte å jobbe i hjemmesykepleien var at tjenesten var godt bemannet med sykepleiere, i tillegg til mindre ubekvemme vakter, positive erfaringer fra studietiden og muligheten for 100 prosent stilling. Tre av ti sa at gode muligheter til videreutdanning og spesialisering var av svært stor eller stor betydning. Av sykepleiere som ønsket å slutte eller var usikre, var det et stort flertall som oppga for få sykepleiere som en av årsakene, i tillegg til for stor arbeidsbelastning og tidspress. Dermed kan det vise seg at underbemanning er selvforsterkende (NOVA, 2016).



Kun en av ti sykepleiere sa at de jobbet i nåværende stilling i hjemmesykepleie eller sykehjem fordi de ikke fikk jobb noe annet sted. (NOVA, 2016)

Blant ferdigutdannede sykepleiere i 2015 viste en undersøkelse at flertallet ønsket å jobbe i sykehus, 66 %. 15% ønsket å jobbe i hjemmesykepleien og 8 % i sykehjem (NOVA, 2016).

Avgangundersøkelsen fra NSF som ble gjort i desember 2017 blant ferdig utdannede sykepleiere viste ganske like tall, syv av ti ferdigutdannede ønsker å jobbe på sykehus. (NSF, 2018). Dette gjør rekrutteringen av sykepleierkompetanse enda vanskeligere for kommunehelsetjenesten med tanke på at det er en kjent sykepleiemangel i Norge.

I rapporten om sykepleiermangelen kommer det frem at 10% av de utlyste stillingene i hjemmesykepleien er ubesatt (NOVA, 2016). En av årsakene til dette kan være at det er stor sykepleiermangel i Norge. I NAVs bedriftsundersøkelse fra 2015, året både rapporten om erfaringene til sykepleierne og rapporten om sykepleiermangel ble gjort, manglet det 2350 sykepleiere (NOVA, 2016). Ifølge bedriftsundersøkelsen fra 2018 manglet det totalt 4550 sykepleiere i Norge, uavhengig av om det var stilling i sykehus, hjemmetjeneste, osv. (NAV, 2018). Dermed har antall ubesatte sykepleierstillinger økt. Det er i tillegg antatt at sykepleiemangelen vil øke de neste årene (SSB, 2012). Dette gjør det ytterligere vanskelig å sørge for kvalitet i behandlingen av kroniske sår, som krever sykepleierressurser, når sykepleierressursene må brukes der det er et mer akutt behov for sykepleie.

I en studie som også undersøkte erfaringer etter samhandlingsreformen, beskrev sykepleierne handlingsrommet for begrenset av tidspress, manglende ressurser og uhensiktsmessig arbeidsfordeling. En sykepleier i studien påpekte følgende: «Møte med samhandlingsreformen, rett kompetanse på rett sted til rett tid [...] Det er liksom en tankevekker når du går ut og varmer Fjordland når du har gått tre år på høyskolen og videreutdanning og har masse kompetanse fra før av. Så da har du faktisk kompetanse til å varme den Fjordlanden» (Norheim &Thorsen, 2015).

Flere sykepleiere uttrykte misnøye med hvordan de fikk brukt sin kompetanse.

Hovedoppgaven deres ble brannslukningsarbeid, framfor tid til faglige kliniske vurderinger og iverksetting av forebyggende tiltak. Disse forholdene som tidspress, uhensiktsmessig arbeidsfordeling og flere tilleggsoppgaver står utenfor sykepleiernes kontroll (Norheim &Thorsen, 2015).

På den annen side kan det være mulig å gjøre faglig kliniske vurderinger og iverksette forebyggende tiltak hvis man ser de mulighetene som er der. Som student i hjemmesykepleien gjentok min veileder viktigheten av å bruke det kliniske blikket man har lært om på skolen og som man lærer gjennom erfaring når man er hos pasientene. Selv om oppdraget kanskje bare er å bistå i stell av en pasient, eller varme en porsjon Fjordland er kanskje dette den ene gangen på flere uker at pasienten får besøk av en sykepleier istedenfor en ufaglært. Da blir det ekstra viktig å observere tilstanden til pasienten. Med tanke på kroniske sår, kan man observere leggene og føttene til pasienten. Ser og kjennes leggene hovne? Er leggene og føttene tørre? Er det begynnende rødhet eller antydning til sår? På denne måten kan kroniske sår oppdages tidlig.

Et annet viktig punkt er etiske retningslinjer §1.3 som sier at sykepleier har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (NSF, 2016). Dersom praksisen er kritikkverdig bør sykepleieren gjøre ledelsen oppmerksom på det. Dårlig sårbehandling er svært kostnadskrevende. Hvis ledelsen ønsker å være økonomiske bør sårbehandling prioriteres. En studie gjort i Polen sammenlignet kostnader før og etter implementeringen av et nytt system for behandling av leggsår. Systemet la vekt på å finne årsaken til såret i tillegg til å gjøre en modernisering av sårprosedyren. Resultat var at kostnaden per sår ble mer enn halvert.

I tillegg til at det er økonomisk at sårene til pasienten heler har sykepleier et ansvar for å gi omsorgsfull hjelp og lindre lidelse ifølge yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2016). Dersom pasienten ikke får god nok sårbehandling, kan sårene forverre seg og gi pasienten mer lidelse. Kroniske sår kan påvirke livskvaliteten i stor grad. Pasienten kan oppleve å konstant være i beredskap for smerte, lukt og lekkasje fra såret, og reaksjoner det kan føre til i omgivelsene, i tillegg til begrensninger i aktiviteter og sosialt liv.

### **5.3 Tverrfaglig samarbeid med spesialisthelsetjenesten og fastlegen**

For at helhetsopplevelsen skal bli god er faglig kvalitet en forutsetning, men serviceinnstilling, empati og godt samarbeid mellom de ulike profesjonene er også nødvendig. Mange ulike grupper helsepersonell arbeider sammen for å gi pasientene den behandling og pleie de trenger og har krav på, både i sykehus og kommunehelsetjenesten. Hvordan klimaet

på arbeidsplassen er, påvirker hvordan personalet arbeider. Om personalet arbeider sammen med en felles målsetting, eller om arbeidsmiljøet er preget av konkurranse og motsetninger vil fort oppdages av pasientene.

Ved behandling av kroniske legg- og fotsår kan tverrfaglig samarbeid være en nødvendighet for at såret skal gro. Noen kroniske sår kan være såpass krevende for hjemmesykepleien, som har en generalist-kompetanse, at de krever spesialist-kompetanse. I prosjektet «Nettbasert sårveiledning» ble hjemmesykepleien tilbudt nettbaserte sårveiledninger fra hudavdelingens sårteam. Det var Universitetssykehuset Nord-Norge som tok initiativet til prosjektet i samarbeid med Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST). Hudavdelingen ved universitetssykehuset Nord-Norge erfarte at pasienter gang på gang kom tilbake med det samme problemet, eller med en verre sårtilstand. Ved konsultasjon hos spesialist på sykehuset er det vanlig praksis at pasienten får en sårprosedyre med seg hjem etter oppholdet. Det viste seg følgelig at å sende pasienten hjem med en prosedyre i hånda, ikke var tilstrekkelig for å sikre god sårbehandling i pasientens hjem (Nyheim, Lotherington & Steen, 2010).

Ifølge samhandlingsreformen som trådte i kraft 1.januar 2012 har spesialisttjenesten og kommunehelsetjenesten plikt til å samarbeide. I samhandlingsreformen står det at spesialisthelsetjenesten skal fungere som støttespiller i utviklingen av kommunene. Det blir beskrevet at i en forsterket kommunehelsetjeneste er de viktigste forventningene til spesialisthelsetjenesten at de skal bidra til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging. Dette gjelder blant annet forebygging, tidlig intervensjon, behandling av eldre og pasienter med kronisk sykdom (Samhandlingsreformen, 2009). Ved sårbehandling av kroniske sår hos eldre som mottar hjemmesykepleie vil det dermed være relevant at spesialisthelsetjenesten kan bidra med kompetanse.

I tillegg til samhandlingsreformen, trede ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) i kraft 1. januar 2012. Jamfør kapittel 6 i helse- og omsorgstjenesteloven, er kommuner og helseforetak forpliktet til å inngå samarbeidsavtaler og det stilles i tillegg minimumskrav til innholdet i avtalene. (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er dermed lovpålagte til å samarbeide.

Et annet relevant lovverk i samhandlingen mellom helsetjenestene er blant annet spesialisthelsetjenesteloven. Der blir veiledningsplikten spesialisthelsetjenesten har overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten beskrevet. I § 6-3 i spesialisthelsetjenesten står det at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal få råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er nødvendig for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Det står også i loven at det er helsepersonellet som er ansatt i spesialisthelsetjenesten som har ansvaret for råd, veiledning og opplysninger som skal formidles. (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). For at helsepersonell skal kunne veilede og kommunisere med hverandre er en avhengig av at det er et etablert system å kommunisere i.

I forbindelse med samhandlingsreformen kom PLO-meldinger (Brattheim, Hellesø & Melby, 2016). Samhandlingsreformen gjorde det klart at kommunikasjonen mellom helsepersonell skal i hovedsak være elektronisk (Samhandlingsreformen, 2009). PLO-meldinger står for «Pleie- og omsorgsmeldinger» og er en elektronisk løsning for kommunikasjon mellom kommune, fastlege og helseforetak. PLO-meldinger brukes blant annet ved overflytting av utskrivningsklare pasienter til kommunen og kravene til innhold i meldingene er spesifisert i «Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» som også trede i kraft 1. januar 2012 slik som samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Siden prosjektet «Nettbasert sårveiledning» og artikkelen som analyserte prosjektet ble gjort i 2010, altså før samhandlingsreformen kom, hadde ikke hjemmesykepleien og sykehuset i artikkelen PLO-meldinger for kommunikasjon. I artikkelen fremkommer det at en stor del av kontakten mellom sykepleierne i hjemmetjenesten og sykepleierne på hudavdelingen foregikk på telefon før prosjektet. Dette opplevdes problematisk for sykepleierne i hjemmesykepleien da det ofte var ulike personer som tok telefonen og det var vanskelig å beskrive sårene på nytt og pasientens situasjon hver gang man ringte (Nyheim, Lotherington & Steen, 2010). PLO-meldinger kan ha hjulpet på denne problemstilling (Brattheim, Hellesø & Melby, 2016) likevel var prosjektet veldig rettet mot oppfølging og tett kontakt mellom en sykepleier fra hudavdelingen og sykepleierne far hjemmesykepleien, slik at det ble færre personer å forholde seg til.

I prosjektet «Nettbasert sårveiledning» deltok en dermatolog og en sykepleier fra Sårteamet ved Hudavdelingen ved UNN, pasienter med vanskelig helende sår som hadde blitt henvist til

UNN og hjemmesykepleiere med ansvar for de respektive pasientene. For å sikre den informasjonen Sårteamet trengte for å veilede, ble det brukt et standardisert sårskjema fra «Norsk interessegruppe for sårheling». Sårskjemaet ble tilpasset og integrert i programmet «minDoktor.no», som var programmet Sårteamet og hjemme-sykepleierne brukte for å kommunisere. Det var også et eget område med ubegrenset plass for dokumentasjon og spørsmål i fritekst i programmet.

Den etablerte rutinen var at hjemme-sykepleierne fylte ut sårskjemaet, stilte spørsmål til behandlingen i fritekstfeltet og la ved bilder av såret som var blitt fotografert i pasientens hjem. Svar fra sårteamet kom som regel i løpet av neste dag så langt det lot seg gjøre, med unntak av helger. Sykepleieren i sårteamet, som hadde 24 års erfaring med vanskelig helende sår, var den som stod for det meste av veiledningene. Samtidig som hun og dermatologen hadde ukentlig møter, der de blant annet sammen vurderte noen av de tilsendte sårbildene. (Nyheim, Lotherington & Steen, 2010).

I prosjektet deltok femten pasienter fra til sammen 10 kommuner i Troms og Nordland. Resultatene av «Nettbasert sårveiledning» var at åtte pasienter oppnådde full sårtilheling i løpet av veilednings-perioden, fire opplevde beskjeden endring, mens tre opplevde at sårene økte i omfang. Årsaken til sårene som ikke ble bedre eller forverret seg var bakenforliggende medisinske forhold som ikke kunne behandles. De femten pasientene i prosjektet hadde til sammen vært innlagt fem ganger og vært til 54 polikliniske sårkonsultasjoner året før prosjektet startet. I året veiledningsprosjektet pågikk var ingen av disse pasientene innlagt, og det ble gjennomført 15 polikliniske kontroller. Det ble til sammen sendt 128 henvendelser fra ti hjemmesykepleiere til sårteamet. På grunn av datatekniske problemer fikk ikke de resterende fem sykepleierne sendt henvendelser og fikk derfor i stedet veiledning via telefon. Veiledningen varte fra tre måneder, da såret var helet, til ett år, som var den maksimale veiledningsperioden (Nyheim, Lotherington & Steen, 2010).

I dette prosjektet ga tett oppfølging og samarbeid veldig gode resultater. Et annet studie av sykepleiere i hjemmetjenesten med ansvar for behandlingen av kroniske sår viste også at samarbeid var et av de viktigste kriteriene for at sårene skulle hele. Her ble også samarbeidet med familien tatt opp, og pasienter som hadde nære pårørende levde ofte bedre opp til anbefalingene fra sykepleierne og oppnådde bedre tilheling. Samarbeidet med sykehus mente flere sykepleiere kunne vært bedre. Noen sykepleiere opplevde ofte at hvis spørsmål om

kroniske sår ble tatt opp, fikk de høre at sårbehandling var noe hjemmesykepleierne kunne bedre. Eller hvis de spurte hva slags behandling pasienten skulle ha kunne de få beskjed om at det bare var å gi vanlig behandling. Dette resulterte i at sykepleierne ofte byttet prosedyrer uten å være i kontakt med lege (Aune & Struksnes, 2019).

#### **5.4 Kontinuitet i hjemmesykepleien**

Sammenlignet med sykehus og sykehjem, skiller hjemmesykepleien seg ut som tjeneste. Dette fordi pasientene mottar helsehjelpen hjemme, i tillegg til at pasienten mottar ofte hjelp over flere år og de fleste mottar hjelp relativt ofte. Helsehjelpen kan spenne fra forebyggende tiltak til avansert medisinsk behandling (Birkeland, 2018). Interaksjonen mellom pasient og helsearbeideren fra hjemmesykepleien skjer som oftest igjennom ett eller flere relativt korte og definerte besøk i pasientens hjem. Enkeltvedtaket presiserer hva pasienten skal ha hjelp til og tiden på oppdraget (Gjevjon, 2016)

I bestiller-utfører-modellen, inspirert av «New Public Management», er utøvelsen av tjenesten til en viss grad standardisert for å ha oversikt og kontroll på ressursbruken. Denne modellen er utbredt i flere norske kommuner. Sett fra et tjenesteperspektiv blir kontinuiteten i tjenesteutøvelsen sikret av en slik standardisering. Dette fordi hjemmesykepleien utfører de oppgavene de er forpliktet til å utføre ut fra planen. Derimot sett fra pasientperspektivet, kan mindre rom for fleksibilitet og individuelt tilpasset helsehjelp oppleves som brist på kontinuitet. (Gjevjon, 2015). Et eksempel kan være at sårstellet er satt opp to faste dager i uken. Avlyser pasienten et besøk er det ikke sikkert at pasienten kan få sårstellet dagen etter, hvis det er tidkrevende sårstell. Dette fordi det var satt av tid og bemanning akkurat når sårstellet skulle skje, ikke dagen etter.

I hjemmesykepleien er det i størst grad personkontinuiteten, og særlig helsepersonell-pasientrelasjonen som utfordres. Pasientene mottar hjelp fra mange ulike personer (Gjevjon, 2015). Dette kommer tydelig fram i en studie som viste at i gjennomsnitt fikk hver pasient 51 besøk fra 17 ulike sykepleiere i løpet av fire uker. Noe som tilsier at personkontinuiteten var lav selv om det var tatt hensyn til konteksten med høy frekvens av besøk hos brukerne. Med høy frekvens av besøk betydde det at brukerne fikk minimum et besøk per dag i studien. I gjennomsnitt møtte pasienten det samme helsepersonellet tre ganger i løpet av fire-ukers perioden.

Til sammenligning kunne hver pasient ha møtt samme omsorgsperson 16 ganger i henhold til skiftplanen, som vil si når omsorgspersonen var tilstede på jobb og i prinsippet hadde hatt mulighet til å besøke pasienten. Det vil si at antall besøk av samme omsorgsperson kun var 19% av det som var mulig. Dermed viste resultatene lav grad av person-kontinuitet i praksis, og langt under det som var mulig i henhold til referansene (Gjevjon, Eika, Romøren & Landmark, 2013). I tillegg til at pasientene får mange personer å forholde seg til, får også helsearbeideren mange personer å forholde seg til.

Selv om absolutt personkontinuitet er nærmest umulig å oppnå, er det noen tilstander og prosedyrer der personkontinuitet er nødvendig. Sårbehandling er et eksempel på dette. En sårprosedyre bør bli gjennomført av få, men kompetente personer. Dette har vist seg å ha en positiv effekt på tilheling av sår (Gjevjon, 2015).

En ofte forslått løsning på de utfordringer hjemmesykepleien står ovenfor, er å øke ressursene, særlig bemanningen, i hjemmesykepleien for å unngå kvalitetssvikt og faglig uforsvarlighet. Det hevdes at fleksibilitet og faglig autonomi påvirkes av vedtak og vedtakstid, måling av tid og rasjonering av hjelpeomfanget. På den annen side kan man anta at et håp om økt bemanning og avskaffelse av ressursstyring, måling, rasjonering og standardisering i hjemmesykepleien er urealistisk (Gjevjon, 2015).

Det er velkjent at det er mangel på sykepleiere og problemet vil øke i fremtiden (SSB, 2012). Det er forventet at antall eldre i befolkningen vil øke, det blir flere behandlingsmetoder og flere ville trenge hjelp over tid, dette gjør at man må stramme inn ressursene for at samfunnet skal kunne være bærekraftig (Samhandlingsreformen, 2012). Det vil derfor være mer hensiktsmessig å ta utgangspunkt i mulighetene for kontinuitet som allerede er tilstede.

For å oppnå en viss grad av kontinuitet er informasjonskontinuitet helt nødvendig (Gjevjon, 2015). Informasjonskontinuitet kan muligens i denne sammenhengen kompensere for lav grad av personkontinuitet der høy personkontinuitet ikke er påkrevd for fagligforsvarlig helsehjelp. Tidligere, pågående og fremtidig helsehjelp knyttes sammen ved hjelp av systematisk dokumentasjon, kommunikasjon og informasjonsutveksling. I hjemmesykepleien er dette av spesielt stor betydning, da fagpersoner som oftest utfører helsehjelp i pasientens hjem alene, uten kollegaer i umiddelbar nærhet (Gjevjon, 2015).

I sårbehandling er dokumentasjon viktig for å kunne se bedring eller eventuelt forverring. Observasjoner som bør dokumenteres er hvordan såret ser ut; bredde, lengde, dybde og farge. Om huden rundt er avvikene, i tillegg til smerter, sekresjon, ødem og temperatur (Oslo Universitetssykehus, 2017). Også hva man har gjort og hvorfor. Om det ble brukt en annen bandasje en tidligere for eksempel. På den måten vet den neste personen som skal stelle såret om såret er i bedring eller forverring og hvilke tiltak som prøvd ut.

Studier har påvist mangel på systematikk i dokumentasjonen i pasientjournalen, både i institusjon og i hjemmesykepleien. Systematisering og strukturering vil sikre økt grad av kontinuitet og redusere flere av utfordringene hjemmesykepleien står ovenfor. Selv om lederne har det overordnede ansvaret for å legge til rette for dette, er det de utøvende fagpersonene som har ansvaret for å gjennomføre helsehjelpen ut fra retningslinjene og rutinene som ligger til grunn. Innad i hjemmesykepleien vil systematisk og strukturert dokumentasjon, kommunikasjon og informasjonsutveksling, gi grunnlag for å planlegge, koordinere og utføre helsehjelp til pasientene på en slik måte at kontinuitet og kvalitet blir ivaretatt (Gjevjon, 2015).



## 6. Oppsummering

Det er flere faktorer som påvirker kvalitet i behandlingen av kroniske legg- og fotsår hos eldre pasienter i hjemmesykepleien. Som sykepleier har man mulighet til å påvirke kvaliteten i sårbehandlingen. Kunnskapen og kompetansen sykepleieren innehar er avgjørende for at behandlingen skal fungere. Det er mange observasjoner og vurderinger som skal gjøres og diagnostiseringen krever tverrfaglig samarbeid. Med få sykepleiere og mange arbeidsoppgaver, kan sårbehandling blir delegert bort til personale med mindre kunnskap. Det kan få konsekvenser som forverret sårtilstand hos pasienten, som igjen kan påvirke livskvaliteten til pasienten. For kommunen kan det gi økte kostnader med sår som ikke heler. Derfor er det viktig at sykepleiere utfører sårstellet. Dette bør prioriteres av ledelsen, men også sykepleierne bør prioritere sårstell hvis de får det på sin arbeidsliste framfor å delegere det videre. Samtidig er det vanskelig hvis det mangler sykepleiere og det er nødvendig å delegere oppgaver videre.

Dersom sykepleierne opplever at sår får feil behandling er det veldig viktig at ledelsen får beskjed. Sykepleier har gjennom sin behandlende funksjon et ansvar for at pasienten får den behandlingen de har krav på. I tillegg har sykepleier gjennom yrkesetiske retningslinjer et personlig ansvar for at behandlingen er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (NSF, 2016).

I tillegg til tilstrekkelig kompetanse er personkontinuitet en faktor som kan være viktig for optimal behandling av kroniske sår. At få personer har ansvaret for behandlingen gjør at det blir bedre kontinuitet i behandlingen. Det blir mindre utprøving av ulike metoder og det er lettere for personalet å følge med på utviklingen og bedringen av såret. Personkontinuitet kan være vanskelig å oppnå ved alle tilstander. Informasjonskontinuitet, at informasjonen er systematisk i både det skriftlige og muntlige, kan i en viss grad erstatte behovet for personkontinuitet. Dersom sykepleier skal utføre et sårstell hos en person han/hun ikke har vært hos før, er det sentralt å ha relevant informasjon om såret lett tilgjengelig.

## 7. Referanseliste

Aune, E. & Struksnes, S. (2019). Home care nurses' experience of providing health-care to patients with hard-to-heal wounds. *Journal of Wound Care*, 28, (3). Hentet fra

<https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.3.178>

Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3.utg.). Oslo: Cappelen Damm.

Brattheim, Hellesø & Melby. (2016). Elektronisk meldings-utveksling ved utskriving av pasienter fra sykehus til kommune. Hentet fra

<https://sykepleien.no/forskning/2016/02/elektronisk-meldingsutveksling-ved-utskriving-av-pasienter-fra-sykehus>

Braut, G. S. (2018). Pasient. I *SNL*. Hentet 05. desember 2018 fra <https://sml.snl.no/pasient>

Felleskatalogen (2016). Dyp venetrombose. I Felleskatalogen. Hentet 21.04.19 fra

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/blodpropp-dype-vener>

Gjevjon, E., Eika, K., Romøren, T. og Fowels, B. Landmark. (2013). Measuring inter-personal continuity in high-frequency home healthcare service. *Journal of Advanced Nursing*, 70, (3). Hentet fra <https://doi.org/10.1111/jan.12214>

Gjevjon, E. R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien- vanskelige vilkår, men gode muligheter. Hentet fra

<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2359535/Kontinuitet.i.hjemmespl.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Glavin, K. & Gjevjon, E. R. (2016). *Sykepleie i kommunehelsetjenesten. Helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet. (2012). Bruk av pleie- og omsorgsmeldinger (HISD 80806:2012). Hentet fra <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/standarder-og-referanse katalog/bruk-av-pleie-og-omsorgsmeldinger-hisd-808062012>

Helsedirektoratet. (2015). Og bedre skal det bli – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005–2015. Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter (FOR-2011-11-18-1115). Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Hofstad, K. (2018). Kvalitet. I *SNL*. Hentet fra <https://snl.no/kvalitet>

Holsen, D. & Ingebretsen, H. (2014), Sykdommer i huden. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1.utg., s. 497-516). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kaasa, K. (2004). Kvalitet i helse- og sosialtjenesten. (1.utg.). Oslo: Gyldendal

Kristoffersen, N. Nortvedt, F. & Skaug, E. (2011), Om sykepleie. I Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2 utg., s. 17-19). Oslo: Gyldendal

Kunnskapsdepartementet. (2008). Rammeplan for sykepleierutdanning. Hentet fra

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

Langøen, A. (2012). *Sårbehandling og hudpleie* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

NAV. (2018). NAVs bedriftsundersøkelse 2018. Hentet fra [file:///C:/Users/alin-/Downloads/NAV\\_Bedriftsundersokelse-2018.pdf](file:///C:/Users/alin-/Downloads/NAV_Bedriftsundersokelse-2018.pdf)

Nordbø, B. (2018). Kontinuitet. I *SNL*. Hentet fra <https://snl.no/kontinuitet>

Norheim, K. & Thorsen, L. (2015). Sykepleie-kompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? <https://sykepleien.no/forskning/2015/02/sykepleiekompetanse-i-hjemmesykepleien-pa-rett-sted-til-rett-tid>

Nortvedt, P. & Grønseth. (2013). Klinisk sykepleie- funksjon og ansvar. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg.). Oslo: Gyldendal

Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribes

NOVA. (2016). Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. Hentet fra [https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/til-trykk-nova-r6-16-25-mai-2016\\_2.pdf](https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/til-trykk-nova-r6-16-25-mai-2016_2.pdf)

NSF. (2018). Kun to av ti nyutdannede sykepleiere har kommunene som førstevalg. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3762979/17093/Kun-to-av-ti-nyutdannede-sykepleiere-har-kommunene-som-forstevalg>

NSF. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Nyheim, B., Lotherington, A. T. & Steen, A. (2010). Nettbasert sårveiledning. *Nordisk tidsskrift for helseforskning* 6 (1) <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/808/774>

Oslo Universitetssykehus. (2017). Sårstell - arterielle fot- og leggsår. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/sarstell-arterielle-fot-og-leggsar>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Samhandlingsreformen. (2009). St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen- Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Telemarksforskning. (2015). Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer. Hentet fra [https://static.sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/samhandlingsreformens\\_konsekvenser1822\\_3.pdf](https://static.sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/samhandlingsreformens_konsekvenser1822_3.pdf)

Pukstad, B. (2017). Kronisk sår. I *SNL*. Hentet 05.september 2018 fra [https://sml.sn1.no/kronisk\\_s%C3%A5r](https://sml.sn1.no/kronisk_s%C3%A5r)

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>

SSB. (2012). Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Hentet fra [https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp\\_201214/rapp\\_201214.pdf](https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201214/rapp_201214.pdf)