



Venøse leggsår hos rusavhengige

Hvilke tiltak kan sykepleiere utføre for å fremme sårtilheling hos rusavhengige med venøse leggsår i hjemmesykepleie?

Kandidatnummer: 108
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Emne 14B

Antall ord: 8837
Dato: 14.04.2020

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 14.april 2020
<p>Tittel Venøse leggsår hos rusavhengige.</p>	
<p><u>Problemstilling:</u> <i>Hvilke tiltak kan sykepleiere utføre for å fremme sårtilheling hos rusavhengige med venøse leggsår i hjemmesykepleie?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Oppgaven inneholder i stor grad teamet venøse leggsår og hvilke faktorer sykepleiere kan utrette for å fremme sårtilheling hos den rusavhengige. I denne delen presenteres både hudens funksjoner, dens oppbygningen samt sårtilhelingsprosessen og generelle sårbehandlings prinsipper. Deretter defineres viktigheten med TIMES og kunnskap om biofilm. For å gi oppgaven et sykepleiefaglig perspektiv, presenterer jeg sykepleierens behandlende funksjon og deres møte med rusavhengige med venøse leggsår. Helt til slutt beskrives de juridiske og etiske aspekter.</p> <p><u>Metode:</u> Denne oppgaven er en litterær oppgave, der data fra eksisterende fagkunnskap og forskning er samlet for å drøfte og besvare problemstillingen min. Forskningslitteraturen ble innhentet ved hjelp av søk i databasene CINAHL og Google scholar. Det ble brukt søkeord som compression, education, venouse leg ulcer, community nurses, intravenouse drug use og sårveiledning. Søkehistorikk og kildekritt blir også presentert i denne delen.</p> <p><u>Drøfting:</u> Denne delen tar for seg problemstillingen og drøfter dette opp mot fag- og forskningslitteratur, samt mine egne erfaringer. Det drøftes om livsstilen til de rusavhengige kan påvirkes av sårtilheling og om hvordan sykepleiere opplever å behandle et venøst leggsår. Jeg drøfter de utfordringer vi har ved å ha arbeidsplassen vår i andres hjem og videre også hvilken kompresjonsbandasje som har mest effekt.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Forskning viser at livsstilen til rusavhengige blir påvirket av å ha et venøst leggsår og at dette kan gå utover aktivitet, som er et viktig tiltak for å få et sår til å gro. Forskning viser også at kompresjonsbehandling er det viktigste tiltaket for å fremme sårtilheling. Derfor er det avgjørende at sykepleiere utfører en faglig forsvarlig behandling og samtidig gir en god dokumentasjon, rapporterer og overholder de etiske og juridiske aspektene.</p>	

(Totalt antall ord: 284)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.2.1	Problemstilling	2
1.3	Avgrensning	2
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	3
2.1	Hudens funksjon og oppbygning	3
2.2	Sårtilhelingsprosessen	3
2.2.1	Inflammasjonsfasen	3
2.3	Venøse leggsår	4
2.4	Relevante prinsipper innenfor sårbehandling	5
2.4.1	Generelle sårbehandlings prinsipper	5
2.4.2	TIMES	5
2.4.3	Biofilm	6
2.5	Faktorer som fremmer sårtilheling	6
2.5.1	Kompresjonsbehandling	6
2.5.2	Ernæring	7
2.5.3	Aktivitet og hvile	7
2.5.4	Hygiene og rengjøring	8
2.6	Sykepleierens behandlende funksjon	8
2.7	Dokumentasjon og rapportering	10
2.8	Sykepleierens juridiske plikt og etiske overveielser i møte med den rusavhengige brukeren	11
2.8.1	Helsepersonelloven	11
2.8.2	Pasient og brukerrettighetsloven	11
2.8.3	Helse- og omsorgstjenesteloven	11
2.8.4	Etiske prinsipper	11
2.8.5	Yrkesetiske retningslinjer	12
3	Metode	13
3.1	Presentasjon av metode	13
3.2	Litteratursøk	13
3.2.1	Presentasjon av forskningsartiklene	13
3.3	Søkehistorikk presentert i tabell	17
3.4	Kildekritikk	17
4	Drøfting – ”Hvilke tiltak kan sykepleiere utføre for å fremme sårtilheling hos rusavhengige med venøse leggsår i hjemmesykepleie?”	19
4.1	Blir livsstilen hos intravenøse rusavhengige påvirket av det venøse leggsåret?	19
4.2	Mestrer de rusavhengige de tiltakene som fremmer sårtilheling?	20
4.3	Sykepleierens behandlende funksjon i møte med den rusavhengige og vanskelige helende sår	22
4.4	Andres hjem – vår arbeidsplass	24
4.5	Ulike typer kompresjonsbandasje, hvilken har mest effekt?	26
4.6	Kompetanse ovenfor å legge kompresjonsbandasje og kunnskap i leggsårbehandling	27
	Avslutning	29
	Referanseliste	30

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Injiseringen av et rusmiddel skjer ofte under uhygieniske forhold. Selv når stoffet ”filtreres”, kan bakterier og sporer være igjen. Heroin er et stoff som må løses opp i en sur løsning før det kan injiseres, som regel i sitronsaft eller ett sitrat, noe som igjen virker irriterende på venene. Når rusavhengige injiserer i retning mot blodstrømmen, kan dette føre til at venen brister under trykket. Det er spesielt vanlig med venøs insuffisiens med medfølgende problematikk, samt venøse leggsår hos en slik brukergruppe (Lindholm, 2012a). Forekomsten av leggsår er på mellom 0,1-1 prosent i Norge og behandlingen av et venøst leggsår kan tilsvare opptil 1,5 % av det nasjonale helsebudsjettet (Norsk Helseinformatikk, 2019; Slagsvold & Stranden, 2005). Rundt en tredjedel av intravenøse rusavhengige rapporterte å ha en abscess, ett åpent sår eller sår på et injeksjonssted i løpet av ett år (Powell, 2011a).

Rusavhengige er en liten, men en økende brukergruppe innenfor sykepleien. Den representerer en klar utfordring for hjemmesykepleien, selv om det fortsatt er en liten gruppe. De rusavhengige har ofte omfattende helseproblemer og sykepleiere har ofte manglende kunnskap om rusavhengige og deres helsetilstander (Fjørtoft, 2016b). Sårproblematikken er en av disse helseproblemene og av ulike årsaker heles sårene ofte dårlig. I noen tilfeller kan det være helt umulig å få sår til å gro dersom den rusavhengige fortsetter å ruse seg og ikke gjør noen endringer i sin livstil. (Skoglund & Biong, 2012). Det har de siste årene blitt gjennomført en rekke endringer innenfor rusomsorgen, og det har fått økende oppmerksomhet. De rusavhengiges rett til nødvendig helsehjelp har blant annet blitt styrket (Fjørtoft, 2016b).

Det er kommunen som har som hovedansvaret for å gi helsehjelp til mennesker med rusrelaterte problemer. Ansvaret til kommunen er både å gi behandling og tilby rehabilitering av alle pasient- og brukergrupper (Ytrehus, 2012). Kommunen vil ofte oppleve å møte mennesker med rusrelaterte problemer. Menneskene kan ofte være sprøytemisbrukere som igjen kan resultere til utfordringer med abscesser og sår (Ytrehus, 2012). Andre årsaker til sår kan være de dårlige levekårene brukerne har, og deres vanskeligheter med å ta vare på sin egen helse. Rusen går ofte foran helsen, noe som kan gi oss behandlere en utfordringer i møte med den rusavhengige (Skoglund & Biong, 2012 ; Ytrehus, 2012). Det er derfor viktig å være

oppmerksom på rusproblemer blant mottakere i pleie- og omsorgtjenesten (Ytrehus, 2012). I møte med rusavhengige er det flere aktuelle sykepleiefaglige utfordringer som vi skal se nærmere på i denne oppgaven (Fjørtoft, 2016b).

1.2 Presentasjon av problemstilling

I denne oppgaven rettes det hovedsakelig mot rusavhengige med venøse leggsår i hjemmesykepleien. Oppgaven tar for seg hvilke behandlingstiltak en sykepleiere kan utføre for å fremme sårtilheling. Tiltak som kompresjonsbehandlingen, ernæring, hygiene, aktivitet og hvile blir presentert, og det drøftes hvorfor det er så utfordrende for de rusavhengighet å opprettholde dette godt nok. TIMES og biofilm trekkes inn som viktige elementer i en sårbehandling. I teorien fokuseres det på sykepleierens behandlende funksjon og relevansen med god dokumentasjon og rapportering når vi er på jobb og hvilke juridiske og etiske aspekter vi jobber under.

1.2.1 Problemstilling

Hvilke tiltak kan sykepleiere utføre for å fremme sårtilheling hos rusavhengige med venøse leggsår i hjemmesykepleie?

1.3 Avgrensning

På bakgrunn av følgende problemstillinger som er belyst, vil oppgaven avgrenses til de injiserende rusbrukere. Det å injisere et stoff er en av faktorene for at et sår kan oppstå. Dette er fordi stoffet er med på å irritere venene (Lindholm, 2012a). Livskvaliteten til de rusavhengige med venøse leggsår blir redusert på grunn av smerter og bevegelseshemming. Dette hindrer de også i det sosiale og de blir lettere ensomme, får dårligere søvn og manglende kontroll over sitt eget liv. (Palfreyman, Tod, King, Tomlinson, Brazier & Michaels, 2007). Videre vil oppgaven kun fokusere på selve problematikken rundt sårtilheling og ikke det psykologiske da dette er et for stort tema.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Hudens funksjon og oppbygning

Kroppens største organ er huden. Det dekker et areal på 1,8 m² på et voksent menneske, selvsagt med store individuelle variasjoner (Langøen, 2017). Hos et voksent menneske utgjør huden omtrent 3% av den totale kroppsmassen (Langøen, 2017). Huden har en rekke forskjellige funksjoner, og fungerer som en perfekt kappe omkring kroppen. Skulle det oppstå at kappen blir skadet, kan ikke huden lengre fylle sine mange funksjoner. Injisierende stoffbrukere vil ofte måtte bryte denne kappen for å kunne injisere et stoff, og det vil da kunne oppstå injeksjonsrelaterte sår (Powell, 2011a).

Noen av hudens funksjoner er å beskytte kroppen mot det ytre som ikke skal inn, regulere kroppens væske-, elektrolytt- og varmebalanse og å formidle beskjeder til trykk-, berøring-, smerte- og temperatursansene (Langøen, 2017). Epidermis (overhuden), dermis (lærhuden) og hypodermis (underhuden) er de tre lagene huden blir delt inn i (Langøen, 2017).

2.2 Sårtilhelingsprosessen

Det er vanlig å dele sårheling inn i tre faser: inflammasjonsfasen (rengjøringsfasen), proliferasjons- eller granulasjonsfasen (nydannelsesfasen) og modningsfasen. Selve tilhelingsprosessen har ikke klare faser, men består av en lang rekke fysiologiske reaksjoner (Langøen & Gürgen, 2017b). Sårhelingen kan deles inn i én periode der det primært foregår opprensning, reparasjoner, og én periode der vevet tilheler. Et ikke-helende sår blir værende i den første fasen. Derfor bli denne grovinndelingen nyttig, og fokuserer videre kun på inflammasjonsfasen. Sårene blir værende i en kronisk rengjøringsfase og kommer seg ikke over i en oppbyggende fase. Et sår som er under opprensning kan trenge kirurgisk sårrevisjon, aktiv rengjøring av såroverflaten og hyppig skift. Et sår som er under tilheling bør derimot ha ro, kontrollert fuktighet, sjeldne skift og skånsom håndtering (Langøen & Gürgen, 2017b).

2.2.1 Inflammasjonsfasen

Inflammasjonsfasen er delt inn i tre deler: hemostase, tidlig inflammasjonsfase og sen inflammasjonsfase. Det første som skjer når huden skades, er at de skadde blodårene tettes igjen. Først tettes skaden ved hjelp av blodplater, deretter ved hjelp av koagulasjon. Koagulasjonsreaksjonen skjer umiddelbart etter at skaden har oppstått og huden rundt blir blek, og det utvikles relativ oksygenmangel i vevet som kalles hypoksi (Langøen & Gürgen,

2017b). Hypoksi fører til at det dannes melkesyre, og det sure miljøet fungerer som et signalsystem til kroppen om at det foreligger en mangeltilstand (Langøen & Gürgen, 2017b). Signalet setter så i gang de neste trinnene i sårhelingen (Langøen & Gürgen, 2017b).

2.3 Venøse leggsår

Venøse leggsår er forårsaket av venøs insuffisiens, og er den vanligste typen av kroniske sår hos injiserende medikamentbrukere. Langvarig injeksjon av stoff kan føre til vaskulære skader som følge av sklerose og trombose av overfladiske sår. Sitronsyre kan også føre til betente vener, og bidra til vaskulær skade (Powell, 2011b). Det finnes en rekke ulike sykdomstilstander som kan resultere i venøse leggsår. Det er ofte flere faktorer som spiller inn (Lindholm, 2012f).

Bruken av rus er ikke i seg selv en sykdom, men bruken av diverse rusmidler kan føre til en rekke helseskader som for eksempel kroniske sår (Fjørtoft, 2016b). Av alle leggsår ovenfor fotleddet er det 70 % som er forårsaket av kronisk forhøyet venetrykk på grunn av venøse insuffisiens. Sår på underekstremitetene har vanskeligere for å gro enn ett sår i ansiktet, thorax, ryggen, abdomen eller på overekstremitetene. Grunnen til dette er at sirkulasjon oftere er dårligere perifert, noe som igjen henger sammen med at det hydrostatiske trykket er høyt når man står. Beina kan ofte hovne opp, noe som igjen innebærer dårligere forutsetning for sårheling. Mange mennesker går med vanskelig helende sår i månedsvis, årevis eller til og med flere tiår. Mange sår kan gro, men mange kan også residivere. Det er størst risiko for at det skjer det første året etter at såret første gang oppsto (Lindholm, 2012f).

Klinikere rapporterer om en økning i antall personer med leggsår, og som har en historie med injeksjoner av medikamenter. Et bensår kan komme lenge etter at injeksjonen er satt, og kan være langvarig før en person søker hjelp. Mennesker som injiserer i underekstremitetene, altså lysken, beina og føttene, øker risikoen for å utvikle venøse leggsår. Et vanlig illegalt stoff som ofte injiseres er heroin. Heroin tilberedes fra opiumsvalmuen og produseres ofte under uhygieniske forholdt, ofte på bakken (Collum & Sharp, 2018). Dårlige injeksjonsteknikker øker skader på venene og punkterer blodårer. Injiserende rusavhengige bruker ofte flere forsøk på å sette injeksjonen som kan føre til at injeksjonen trenger inn i huden flere ganger for å treffe en blodåre. Mangel på variasjon av injeksjonssteder øker også belastningen på enkelte områder på kroppen (Collum & Sharp, 2018).

2.4 Relevante prinsipper innenfor sårbehandling

2.4.1 Generelle sårbehandlings prinsipper

De grunnleggende behandlingsprinsippene for å fremme sårtilheling er å opprettholde fuktighet i såret og holde en temperatur på 37 grader i såret. Det bør også opprettholdes optimal venøs sirkulasjon, smertelindring i såret og gi optimal behandling/hjelp til underliggende problemer som hemmer sårprosessen (Ingebretsen & Storheim, 2015)

For å oppnå heling er forutsetningene at sårflaten er fri for nekrotisk vev, fibrin og biofilm, og at den granulerer. I de fleste kroniske sår vil et sunt og godt granulasjonsvev være avgjørende for at epitelvev kan vokse inn fra kanten. Et optimalt friskt granulasjonsvev vil være intenst rødt. Det vil si at det skal være en ruglete overflate og en rimelig fast konsistens (Langøen & Gürgen, 2017b). Ro, fuktighet og varme er noe sår med friskt granulasjonsvev trenger for at epitelisering på sårflaten skal kunne skje. Sårøverflaten skal ikke inneholde for mye sårsekret, men fremdeles være fuktig. Granulasjonsvev forebygger infeksjoner på en god måte, og skal derfor behandles med forsiktighet (Langøen & Gürgen, 2017b)

2.4.2 TIMES

TIMES er utviklet for å gi klinikere hjelp til å strukturere vurderingen og behandlingen av vanskelig helende sår. Dette er enkelt og bruke og bør brukes i de fleste dokumentasjonssystemer. Bruken av TIMES kan legge til rette for kontinuitet, oppdaterte behandlingsplaner og redusere helingstiden. Enhver bokstav i TIMES har hver sin betydning. T står for "tissue", som handler om hvilket type vev det er i såret. For eksempel, granulasjonsvev, epitelvev, fibrin, nekrose (gul/svart, våt eller tørr), blottlagte benvev eller sener. I står for "infection" som handler om det er infeksjon eller inflammasjon. I er en beskrivelse av om det er rødme, varme, hevelse, smerte, lettblødende eller bakteriell ubalanse/kolonisering. Her kan sykepleiere eventuelt måle temperatur, blodtrykk og CRP. M står for "moisture" som vurderer sårveske eller fuktighet i såret. Både mengden, farge, konsistens og lukt bør vurderes. E står for "epitel". Her observeres sårkantene, og beskriver om de er opphøyde, underminerte, oppbløtte eller hele. Det er viktig å både beskrive utseende og størrelse. S står for "surrounding skin". Det er ofte vi kun fokuserer bare på selve såret, men det er også viktig at vi ikke glemmer huden rundt. Vi må observere om den er tørr, oppbløtt, oppskrapet, inflammet, ødematøs eller ha eksem. Ved venøse leggsår oppstår ofte ødemer, og dette kan ha negativt virkning på sårhelingen (Johansen, Leren, Bredesen & Eiken, 2019)

2.4.3 Biofilm

Biofilm er et strukturert samfunn av bakterier, som for eksempel *Pseudomonas aeruginosa* eller *Staphylococcus aureus* som er festet til overflaten i såret. Disse blir virulente mot antibiotika og tradisjonelle antiseptika. I dag mener vi at biofilm gir opphav til en kronisk inflammasjon i såret som bremser sårhelingen (Lindholm, 2012i). De fleste ikke-helende sår er dekket av bakteriell biofilm, og vi må bekjempe bakteriene i biofilmen for å få såret til å gro. Det anslås at det er 78,2 % av biofilm i alle ikke-helende sår (Langøen & Gürgen, 2019).

Bakteriene i biofilmen går over i en form for dvaletilstand, og senker sin metabolisme nesten ned til null. Det blir da nesten umulig å skade bakteriene fra immunsystemets side, men også fra antibakterielle strategier. Både systemisk antibiotika og lokale antibakterielle midler er uten effekt på bakterier inne i en intakt biofilm (Langøen & Gürgen, 2019). Debridering med en bandasje bestående av monofilamentfibre eller utskrapning av såret med skrapeskje er en metode for å bryte ned biofilmen (Lindholm, 2012i). Dersom biofilmen skades må altså bakteriene ”jobbe” og reparere skaden. Det oppstår da en metabolsk aktivering, og bakteriene blir dermed mulig å eliminere fra såret (Langøen & Gürgen, 2019).

2.5 Faktorer som fremmer sårtilheling

2.5.1 Kompresjonsbehandling

Hippokrates la i det gamle Hellas grunnlaget for et mer vitenskapelig syn på medisinen. Allerede på den tiden tok han til orde for behandling av leggsår med kompresjonsbandasje (Lindholm, 2012e). Kompresjonsbehandling er den aller viktigste behandlingen for personer med venøse leggsår. Kompresjonsbehandling blir blant annet brukt til å redusere ødem som er veldig viktig ettersom ødemet forsinker sårhelingen ved at avstanden øker mellom kapillærene i huden og vevet de forsyner. Det fører også til dårlig næring- og oksygenutveksling mellom kapillært i blod og vev (Langøen & Gürgen, 2017a ; Lindholm, 2012f). Det finnes flere ulike former for kompresjonsbehandling, som bandasjering og/eller pumpestøvel, AV-fotpulsator og kompresjonsstrømpe. I denne oppgaven fokuseres det på kompresjonsbandasjering. Innenfor dette finnes det flere ulike former som ett- til flerlagskompresjon, og kort og høy-elastisitet (Lindholm, 2012f).

Bandasjen må verken hindre bevegelse i fotleddet eller føles ubehagelig. Bandasjering utgjør grunnstammen av ødem ved venøs insuffisiens. Hvis dette ikke legges riktig kan det ende

uten effekt, eller i verste fall gi en forverring. Grunnprinsippet er at bandasjen skal legges fra tærne til rett under kneet. Det blir viktig å passe på at foten skal ha en 90 graders vinkel, slik at spissfot unngås. Det er også viktig at en behandler tar seg tid til å lære teknikken på en riktig måte (Lindholm, 2012f)

2.5.2 Ernæring

Det er en sammenheng mellom personens ernæringsstatus og sårheling. Personens ernæringsstatus kan derfor få stor betydning for både utviklingen og heling av såret. Både overvekt og underernæring kan få konsekvenser for sårhelingen (Sortland, 2012). Mangelfull ernæring kan også øke sannsynligheten for å sette flere injeksjoner, som kan føre til infeksjoner (Powell, 2011a). Nydannelse av celler og vev, cellevekst og nettverk av blodkar er noe sårheling krever. Her er det da behov for en rekke næringsstoffer som protein, karbohydrater, fett, vann, vitamin A, C, E, B1, B2, selen, sink, jern, fosfor, kalium, magnesium, kobber og mangan. Man trenger tilskudd av væske for å holde huden myk og elastisk, og det kan være lurt å drikke sur drikke som juice og melk, som også vil styrke immunforsvaret (Sortland, 2012).

Ved sår øker energiomsetningen, og dermed øker også energibehovet, og ikke minst proteinbehovet. Aminosyrer som arginin, glycin og proliner er viktige for kollegene fibre, cellevekst og blodkar. Tilstrekkelig tilførsel av energi i form av karbohydrater og fett sikrer at protein brukes i proteinsyntesen og ikke som energikilde. B1 og B2 vitaminene er viktig for energiomsetningen, homocysteinmetabolismen og dannelse av kollegene fibre og granulasjonsvev (Sortland, 2012).

Vitamin C er viktig for å unngå langsom sårtilheling. Vitaminet er involvert i en rekke hydroksylering reaksjoner i kroppen, og er nødvendig for dannelsen av kollagen. Kollagen er en hovedbestanddel i kroppens bindevev, brusk og muskelvev. Proliner avhenger av vitamin C for å bli lagret. Har man mangel av vitamin C oppstår det skjørhet i små kapillærer, nedsatt sårheling og hudblødninger (Sortland, 2012).

2.5.3 Aktivitet og hvile

Hvis ikke kroppen får beveget seg ute i frisk luft, blir ikke oksygenforsyningen til kroppens vev optimal. Dermed kan nedsatt bevegelighet være med på å hemme en normal sårhelingsprosess. En del personer med langvarig venøs insuffisiens har stive fotledd på grunn av lipodermatosklerose, som kan gjøre det vanskelig å opprettholde en normal bevegelse

(Lindholm, 2012c).

Ved leggsår hovner ofte beina opp, noe som innebærer en dårlig forutsetning for sårheling (Lindholm, 2012f). Personer med venøse leggsår kan være delaktig i ødembehandlingen ved å ha bestemte bevegelser i fotleddet, og ved å være mest mulig aktiv. Bare det å gå tur motvirker ødem effektivt. Med jevne mellomrom på dagtid bør beina plasseres høyt over hjertehøyden. Sykepleiere bør være kreativ, og finne smarte løsninger i hjemmemiljøet til en bruker. Det finnes gode hjelpemidler, som en pute laget etter mål for å heve beina, eller man legge klosser under fotenden av senga som vil fremme den nattlige ødemdrenasjen (Lindholm, 2012f).

2.5.4 Hygiene og rengjøring

Venøse leggsår rengjøres med kroppstemperert vann fra springen eller med fysiologisk saltvann (Ingebretsen & Storheim, 2015). Det er både erfaringsmessige og kliniske forsøk som viser det at det ikke forekommer flere infeksjoner når man kun bruker vann enn når man bruker steril væske. Vann fra springen er både gratis, oppvarmet og ubegrenset (Langøen & Gürgen, 2017b) Dusjing er en god løsning, fordi fibrin og bakterier blir skylt vekk. Fibrin i sår, skorper og død hud gir grobunn for bakterier og mulig infeksjon. Det er viktig å fjerne dette ved hjelp av en pinsett, uretral-spatel eller en skarp skje (Ingebretsen & Storheim, 2015). Ved vanskelige helende leggsår bør det brukes ren prosedyre, og skiftes på én til to ganger per uke (Lindholm, 2012g ; Langøen & Gürgen, 2017a).

I hjemmesykepleien skal man arbeide etter de samme hygieniske prinsippene som på sykehus (Fjørtoft, 2016c). Håndhygiene er det viktigste hygienetiltaket i hjemmesykepleien, det skal utføres korrekt og til rett tid. Her blir vi som sykepleiere en viktig rollemodell. Sykepleiere skal bruke aseptisk teknikk ved et sårstell i hjemmet, og utstyr til sårstellet skal oppbevares på en hygienisk måte hjemme hos brukeren. Dette kan være for eksempel i egen boks eller pose, atskilt fra annet utstyr (Fjørtoft, 2016c).

2.6 Sykepleierens behandlende funksjon

Det kan oppleves krevende for sykepleiere å behandle rusavhengige. Sykepleiere må tåle det å delta i andre menneskers lidelse, deres dårlige helse og deres livsvalg. Vi må våge å ta de rusavhengiges behov alvorlig, og møte dem som likeverdige. Sykepleiere må også tåle både skuffelser og løfter som blir brutt. Rusavhengige kan ha en uforutsigbar atferd, og det kan

oppstå problemer som utagering og truende adferd. Formen deres kan variere mye fra dag til dag og ingen dager er like (Fjørtoft, 2016b).

Som sykepleier har vi forskjellige områder eller funksjoner som til sammen utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområde (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). En av funksjonene til en sykepleier er den behandlende funksjonen. Det viktigste vi kan gjøre som behandlere er å få såret til å heles. Vi har i oppgave å løpende oppdatere oss faglig, og sikre at den behandlingen som gis er oppdatert til den gjeldende status. Når det gjelder kroniske sår, blir det en oppgave for sykepleiere å støtte den rusavhengiges friske side. Det blir viktig se personen bak såret, ikke bare personen som har et sykt organ. Det er viktig for sykepleiere å ikke fokusere på det umulige, men fokusere på mulighetene (Skoglund & Biong, 2012).

Målet for sykepleiere er å overføre mest mulig makt og kontroll til brukeren selv, og gjøre de mest mulig ansvarlig for sin egen behandlingen og ikke drive med ansvarsfraskrivelse. Her gjelder det å finne en fin balanse mellom å holde seg faglig forsvarlig, samtidig som brukeren får god innflytelse på hva som foregår (Langøen & Gürgen, 2017a). Dette kan særlig gi utfordringer hos de rusavhengige som lar rusen gå foran helse og kontrollen over eget liv (Skoglund & Biong, 2012).

Som behandlende sykepleier har vi et faglig ansvar for å gjøre best mulig vurdering, og implementere behandlingen av en lidelse så godt vi kan. Det er viktig at den informasjonen som gis fra behandleren til den rusavhengige anses som en del av selve behandlingen. Det er normalt for den rusavhengige å være ambivalent ovenfor endring. Det kan være mange årsaker til dette. Mangel på motivasjon til å endre seg, mangel på bevissthet rundt rusens negative konsekvenser og mangel på egen evne til å kunne leve et annerledes liv er eksempler på dette. Sykepleiere bør alltid utrede hva denne rusavhengige egentlig trenger, og ikke gå ut i fra at personen ikke vil endre seg (Johansen & Bramness, 2012). Som sykepleier er den direkte kommunikasjonen tryggende og motiverende. Én enkelt samtale med den rusavhengige kan ofte bidra til en endring. Ved å forhøre oss om den rusavhengiges egne oppfatning kan dette gi dem et terapeutisk rom som den rusavhengige selv kan benytte seg av (Johansen & Bramness, 2012).

Selv om vi behandlere har kort tid med den rusavhengige ved hvert besøk kan vi prøve å påvirke deres utvikling ved å møte dem på respekt, vise oppriktig, interessert og med en ikke-

dømmende adferd. Samtidig kan vi prøve å finne en muligheter til å få snakket med de om konsekvensene av rusen. Det er også viktig å be om tillatelse til å gi ut informasjon om hva slags behandling som kan tilbys. Det er som oftest liten frykt for at rusavhengige skal takke nei ettersom de fleste setter pris på den informasjonen de får, og det oppleves som relevant for deres egen situasjon (Johansen & Bramness, 2012).

2.7 Dokumentasjon og rapportering

Å dokumentere blir ett viktig hjelpemiddel fordi sykepleiere formidler nødvendig informasjon om en bruker til neste kollega. Vi sikrer da at brukeren får best mulig omsorg og pleie. Hovedformålet med sykepleiedokumentasjon er først og fremst å ivareta brukerens sikkerhet (Molven, 2016). Denne plikten står blant annet skrevet i helsepersonelloven, pasient-og brukerrettighetsloven og forskrift om pasientjournal (Fjørtoft, 2016a).

Dokumentasjon er blant de viktigste verktøyene for å kunne sikre kvalitet og kontinuitet i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016a). Dokumentasjon har en vesentlig betydning fordi kontinuitet, som er en forutsetning for optimal ivaretagelse av brukeren, er vanskelig å få til på grunn av mange ulike arbeidstidsmodeller. Primærsykepleier er noe vi benytter oss av i dag. Da er det én person som har hovedansvaret for en bruker, og står for koordineringen for omsorgen for den enkelte. Dette er med på å sikre best mulig kontinuitet. I primærhelsetjenesten bør hver enhet ha tilgang til sykepleiere med spesialutdanning innenfor sår. Det mest ønskelige hadde vært at hver avdeling hadde et eget team som tok seg av sårbrukerne (Lindholm, 2012h)

Videre gjelder rapportering både en muntlig og en skriftlig del. Det er ofte behov for en kombinasjon av rapportmodellene. Et viktig grunnlag for rapportering om en brukers sår er at den første sårvurderingen bør skje etter et strukturert skjema, og suppleres med et bilde av såret. Det er viktig med samspill fra andre pleiere ettersom dette gir en profesjonell vekst. Det er spesielt viktig å forhøre seg med sykepleiere med spesialutdanning innenfor feltet. Den muntlige rapporteringen er spesielt viktig. Dersom denne skulle falle bort risikeres det at den kollegiale utvekslingen av erfaringer og tanker blir mindre (Lindholm, 2012h)

2.8 Sykepleierens juridiske plikt og etiske overveielser i møte med den rusavhengige brukeren

2.8.1 Helsepersonelloven

Formålet til denne loven er å bidra til sikkerhet for pasienter, kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, samt vise tillit til helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten. Dette er en lov som gjelder for helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp. Her omhandler det blant annet krav om forsvarlighet under §4, informasjon til pasienter under §10, taushetsplikt under § 21 og plikten til å føre journal under §39 (Helsepersonelloven, 1999)

2.8.2 Pasient og brukerrettighetsloven

Lov om pasient og brukerrettigheter gir pasientene og brukerne mange rettigheter. Formålet med denne loven bidrar til å sikre pasienter lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Loven gir pasienter og brukere den rettighet de har overfor helse- og omsorgstjenesten. Dette betyr at pasienter eller brukere har rett til medvirkning og informasjon som går under § 3-1 og § 3-2. Den tar for seg pasienter eller brukeres rett til å få innsyn i journal som går under § 5-1, og deres rett til å klage under kapittel 7 (Pasient -og brukerrettighetsloven, 1999).

2.8.3 Helse- og omsorgstjenesteloven

Loven gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av kommunen eller for de som har private avtaler med kommunen. Loven sørger for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester. Under kapittel 10 §10-1 og 10-2 hevder kommunen at dersom en rusavhengig utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, har kommunen makt til å opprette tvangsvedtak og/eller ta vedkommende inn i institusjon uten eget samtykke (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

2.8.4 Etiske prinsipper

Personer med rusproblemer er en viktig målgruppe for helse- og omsorgstjenesten generelt, og for verdighets tiltak spesielt. Det krever derfor høy etisk kompetanse for å komme i møte med mennesker med rusproblemer. Det krever at vi stiller opp for mennesker i særlig sårbare situasjoner (Aakre og biong, 2012).

Innenfor etikk i sykepleien har vi fire prinsipper som defineres som en plikt. Prinsippene er likeverdige, og ingen blir ansett som viktigere enn andre. De ulike prinsippene avveies og balanseres i forhold til hverandre, som betyr at man vurderer de ulike prinsippene opp mot

hverandre. Sykepleiere er forpliktet til å følge et prinsipp som vi i utgangspunktet tillegger stor vekt. De fire etiske prinsippene er: velgjørenhet, ikke-skade, autonomi og rettferdighet. Velgjørenhet er plikten til å gjøre godt mot andre. Ikke-skade er plikten til å ikke skade andre. Autonomi er plikten til å respektere autonome personers beslutninger. Rettferdighet er plikten til å behandle like tilfeller likt, og å fordele ressurser rettferdig (Brinchmann, 2016a). Både den rusavhengiges egne selvrespekt er truet og befolkningens respekt for personer med rusproblemer er to utfordringer innenfor rusomsorgen (Aakre og Biong, 2012). Flere rusavhengige opplever etter egne erfaringer å bli stigmatisert og mistenkeliggjort av sykepleiere. (Skoglund & Biong, 2012).

2.8.5 Yrkesetiske retningslinjer

Sykepleierens grunnlag skal være respekt for de enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Det skal bygge på omsorg, respekt og barmhjertighet for menneskerettigheter. Innenfor sykepleien har vi flere yrkesetiske retningslinjer som går under sykepleieren og profesjon, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet. Punkt 1.7, 2.5 og 2.6 er relevante yrkesetiske retningslinjer for min oppgave (Brinchmann, 2016b).

Punkt 1.7 omhandler å erkjenne grenser for egen kompetanse, praktisere det og søke veiledning når sykepleiere trenger det (Brinchmann, 2016b). I følge forskningsartikkelen ”Effectiveness of compression bandaging education for wound care nurses” endte det med at det ble en umiddelbar effekt av å få trening i å legge kompresjon (Tidhar, Keren & Brandin, 2017). Punkt 2.5 handler om å fremme pasientens selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig informasjon, og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Brinchmann, 2016b). Å utlevere informasjon til rusavhengige er et generelt tiltak av fundamental betydning for at de skal kunne forstå situasjonen bedre (Ervik og Biong, 2012). Punkt 2.6 handler om å respektere pasientens rett til å ta egne valg, og å fra si seg selvbestemmelsen (Brinchmann, 2016b). Dette gjelder uavhengig om de rusavhengige lever et kaotisk liv der prioriteringer deres ofte ikke er de beste, og rusen ofte går foran helse og sykdom (Skoglund & Biong, 2012).

3 Metode

3.1 Presentasjon av metode

Denne oppgaven er en litterær oppgave med litteratursøk som metode, der data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori er samlet for å drøfte og besvare problemstillingen min. I tillegg til dette består oppgaven av egne kliniske erfaringer og observasjoner. Å bruke observasjon som en metode krever å bruke seg selv, og å ta vare på inntrykkene. Hensikten med oppgaven er å dele oppdatert kunnskap og erfaringer med leseren om en brukergruppe som sjeldent blir snakket om (Dalland, 2018).

3.2 Litteratursøk

3.2.1 Presentasjon av forskningsartiklene

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1.	Dorit Tidhar, Elad Keren, Gunna Brandin, M Yogeve og Jane M Armer	Effectiveness of compression bandaging education for wound care nurses	Journal of wound care	Kompresjonsbandasje er en viktig komponent i behandlingen av venøse leggsår. Tilstrekkelig trykk og stivhet er nødvendig for at behandlingen skal bli vellykket. Hensikten med denne studien var å evaluere effektiviteten av et treningsverksted for	Et kvasi-eksperimentell design, utført ved Maccabi Healthcare Services der sykepleiere gjennomgikk en fire timers utdanningsøkt, inkludert å trene med et apparat som måler underbåndstrykk.	De vurderte 37 sykepleiere. Før trening komprimerte 5,4% av sykepleierne det optimale området; etter trening komprimerte 58 % i det optimal rekkevidde. Etter seks måneder etter trening, komprimerte 37% i optimal rekkevidde. Etter trening og ved seks måneder etter trening komprimerte ingen

				<p>kompresjonsbandasje blant sårpleiere som ikke hadde tidligere erfaring med anvendelse av kompresjonsbandasjer, og se effekten av dette etter trening og seks måneder etter.</p>		<p>sykepleiere for lavt ned på leggen. Stivhet av kompresjonen ble oppnådd hos bare 5,4% av sykepleierne før trening; 62% umiddelbart etter, og 75% seks måneder etter trening.</p>
2.	O'Meara, S., Cullum, N., Nelson, E-A, Dumville, JC	Compression for venous leg ulcer.	The cochrane library.	<p>I studien tok de for seg to hovedspørsmål de ville få besvart. Det ene spørsmålet var ”hjelper bruken av kompresjonsbandasje til venøs sårtilheling?” Det andre spørsmålet var ”hvilken kompresjonsbandasje er den mest effektive?”</p>	<p>Metoden var en randomisert kontrollert kontroll ved hjelp av 4321 deltaker med venøse leggsår der de evaluerte alle typer kompresjonsbandasje.</p>	<p>Denne studien resulterte til at ved bruk av kompresjon øker sårhelingsgraden sammenlignet med ingen kompresjon. Flerlagskompresjon med elastisk bandasje gir best effekt.</p>
3.	Camilla Eskils	Feeling confident in	International Journal of Qualitative	<p>Hensikten med denne studien var å beskrive</p>	<p>Syv kvalitative intervjuer</p>	<p>Det var fire temaer som avtegnet seg i funnene som</p>

	son & Gunilla Carlsson	burdenso me yet enrichin g care: Community nurses describe the care of patients with hard-to-heal wounds	Studies on Health and Well-being	hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien opplever fenomenet omsorg for brukere med sår som har vanskeligheter for å heles. Dette er en kompleks oppgave som krever et helhetlig syn.	med sykepleiere ble gjennomført i denne studien.	sykepleierne synes var vanskelig. Det var «å ta ansvar», «å vise respekt for hele personen», «å være trygg for å oppnå tillit» og det siste var «å se tid og sted som viktig». I intervjuene kom det også fram at sykepleierne ønsket at relasjonen skulle være varm og personlig, men ikke privat.
4.	Palfreyman, S-J. Todman, A-M. King, B. Tomlinson, D. Brazier, J-E. Michaels, J-A.	Impact of intravenous drug use on quality of life for patients with venous ulcer	Journal of advance nursing.	Hensikten var å finne ut hvilken effekt et venøst leggsår hadde på livskvaliteten hos nåværende og tidligere intravenøse medikamentbrukere og befolkningen generelt.	En kvalitativ studie ved bruk av semistrukturerte intervjuer med 19 deltakere. 7 av disse hadde historie med injiserende rusmisbruk.	Det ble resultert i at det er et komplekst samspill mellom symptomer, sosial begrensning og symptomstilskrivning som følge av det venøse leggsåret de hadde.

	(2007)					
5.	Nyheim, B., Lotherington, A., & Steen, A.	Nettbase rt sårveiled ning	Nordisk Tidsskrift for Helseforskning	Kunnskapsutvikling og bedre mestring av leggsårbehandling i hjemmetjenesten. Hensikten var å kompensere for manglende kompetanse, erfaring og kunnskap gjennom et nettbasert samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. De ansatte fikk undervisning i behandling gjennom å observere spesialistene arbeid med såret, og ved å stille spørsmål underveis.	Hudavdelingen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge tilbød pleie- og omsorgstjenesten veiledning via nettet sammen med Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin. Det ble tilbudt nettbasert veiledning i to fylker.	Det ga en økt kunnskapsutvikling, mer selvtillit hos de ansatte og lettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og hjemmesykepleien.

3.3 Søkehistorikk presentert i tabell

For å finne relevant forskningsartikler har jeg tatt utgangspunkt i søkeordene ”Compression”, ”Venouse leg ulcer”, ”Intravenous drug use” og ”sårveiledning”. Dette er søkeord jeg mener belyser min problemstilling, og kan hjelpe meg med å besvare denne. Jeg har for det meste brukt Cinahl til å søke etter artikler og Google Scholar.

Nr.	Dato for søk	Database	Søkeord med kombinasjoner	Antall treff	Avgrensninger	Antall treff
1.	18.11.19	Cinahl	”Compression” AND ”Education”	1341	Publiseringsdato etter 2016 Engelskspråklig	326
2.	5.11.19	Cinahl	”Compression” AND ”Venouse leg ulcer”	208	Publiseringsdato mellom 2010-2020 Engelskspråklig	202
3.	18.11.19	Cinahl	”Community nurses” AND ”Hard-to-heal wounds”	2	Engelskspråklig	2
4.	27.2.20	Cinahl	”Intravenous drug use” AND ”Venous ulcer”	4	Publiseringsdato mellom 2000-2020 Engelskspråklig	4
5.	29.2.19	Google Scholar	”Sårveiledning”	20	Publiseringsdato mellom 2010-2020	18

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes, og å kunne fastslå om en kilde er troverdig. Det handler om at vi skal, så godt det lar seg gjøre, vurdere de skriftlige kildene som anvendes i besvarelsen. Det kan bidra til å finne frem til den litteraturen som kan belyse problemstillingen på en best mulig måte (Dalland, 2012).

For å belyse teori om venøse leggsår og til bruk i min besvarelse har jeg valgt å benytte bøkene ”Sår” skrevet av Christina Lindholm og ”Sårbehandling og hudpleie” skrevet av Arne Langøen. Da jeg valgte pensumet jeg skulle anvende har jeg konsekvent forsøkt å benytte pensumlitteratur som er oppdaterte og relativt nye. Boken ”Sår” har en ny og revider tekst i den 3. utgave fra Lindholm, og ble gitt ut i 2012. Boken ”Sårbehandling og hudpleie” har en ny og revidert tekst i den 4. utgave fra Langøen, og ble gitt ut i 2017. I forhold til litteratur om de rusavhengiges utfordringer med sår, har jeg tatt for meg boken ”Helsehjelp til personer med rusproblemer”. Denne boken ble utgitt i 2012. I forhold til litteratur om

hjemmesykepleien, har jeg tatt for meg boken ”Hjemmesykepleie : Ansvar, utfordringer og muligheter ”. Denne boken ble utgitt i 2016. Jeg har erfaringer med brukergruppen og dette kan overskygge nyanser når jeg leser fag-og forskning. Dette vil jeg være bevisst på gjennom oppgaven.

Jeg har vurdert forskningsartiklene ut fra om de både er fagfelleverdert og om de er sitert.

Artikkel	Sitert	Fagfelleverdert
1.Effectiveness of compression bandaging education for wound care nurses	Ifølge Google scholar er denne sitert av 5.	Ifølge norsk senter for forskningsdata er denne tidsskriftet fagfelleverdert.
2. Compression for venous leg ulcer.	Ifølge Google scholar er denne sitert av 907.	Ifølge norsk senter for forskningsdata er denne tidsskriftet ikke fagfelleverdert.
3. Feeling confident in burdensome yet enriching care. Community nurses describe the care of patients with hard-to-heal wounds.	Ifølge Google scholar er denne sitert av 19.	Ifølge norsk senter for forskningsdata er denne tidsskriftet fagfelleverdert.
4. Impact of intravenous drug use on quality of life for patients with venous ulcer	Ifølge Google scholar er denne sitert av 20.	Ifølge norsk senter for forskningsdata er denne tidsskriftet fagfelleverdert.
5. Nettbasert sårveiledning	Ifølge Google scholar er denne sitert av 14.	Ifølge norsk senter for forskningsdata er denne tidsskriftet fagfelleverdert.

4 Drøfting – ”Hvilke tiltak kan sykepleiere utføre for å fremme sårtilheling hos rusavhengige med venøse leggsår i hjemmesykepleie?”

4.1 Blir livsstilen hos intravenøse rusavhengige påvirket av det venøse leggsåret?

I en forskningsartikkel rapporteres det om at leggsår er en konsekvens av intravenøst medikamentmisbruk som skyldes skader på vener. Det fremheves også at intravenøse stoffmisbrukere har en tendens til å ha en kaotisk livsstil, og vil sannsynligvis ha flere fysiske og psykologiske problemer (Palfreyman et. al., 2007).

I intervjuene forklarer de rusavhengige at lukt påvirker deres kontakt med omverden, og at de da heller velger å isolerer seg. De rapporterte at deres sosiale aktivitet blir begrenset på grunn av sine sår (Palfreyman, Tod, King, Tomlinson, Brazier & Michaels, 2007). Når kroppen ikke får beveget seg i frisk luft, vil det som tidligere nevnt, hemme oksygentilførselen til kroppens vev. Dette hemmer da imidlertid den normale sårhelingsprosess fordi kroppen får nedsatt bevegelighet (Lindholm, 2012c). Deltakerne i intervjuene påpekte også at smerten forårsaker redusert mobilitet ved sine venøse leggsår. En person forteller at han hadde sår på både ankelen og leggen som endte med at han nesten ikke kunne gå, og ble avhengig av krykker (Palfreyman et. al., 2007).

På den ene siden er kompresjonsbehandling den aller viktigste behandlingen for personer med venøse leggsår (Langøen & Gürgen, 2017a). Men på den andre siden nevnte brukere i intervjuene at bruk av kompresjonsbandasje begrenset deres mulighet til å være i aktivitet ute i frisk luft. Dette var fordi de følte at andre kunne se at de gikk med kompresjonsbandasje. En av de som ble intervjuet nevnte at han satt inne med sin mor hele dagen, og de eneste gangene han gikk ut var for å gå til legen eller apoteket daglig for å hente ut metadon (Palfreyman et. al., 2007).

Intravenøse rusavhengige fortalte at de så på såret sitt som en straff for bruken av narkotika, og at det var deres egen skyld. De fortalte at de følte seg skamfulle, og kunne bli veldig sinte på seg selv. Intravenøse stoffmisbrukere blir ofte stigmatisert i dagen samfunn, og oppfattes å

være i utkanten av samfunnet. Dette stigmaet forsterkes også ved å ha et venøst leggsår (Palfreyman et. al., 2007).

De som ble intervjuet var motvillige til å få tilgang til sårbehandling av leggsåret sine. De som søkte hadde ofte dårlige erfaringer som igjen skapte problemer. De hadde ofte en tendens til å søke behandling altfor seint, som igjen gjorde det utfordrende for de som skulle behandle såret. På grunn av skyldfølelse, frykt for diskriminering og at de har en oppfatning om at de kaster bort tiden for behandlerne, kvier intravenøse rusavhengige seg for å få denne hjelpen. En konsekvens av dette betyr i praksis at deres leggsår mest sannsynlig blir kronisk, at såret leges sakte eller at såret får tilbakefall (Palfreyman et. al., 2007).

4.2 Mestrer de rusavhengige de tiltakene som fremmer sårtilheling?

Å behandle et sår hos personer med en avhengighetsproblematikk, innebærer spesielle utfordringer. Noen av de sårrelaterte problemene kan både knyttes til for sen kontakt med helsetjenesten eller andre spesielle hygieniske forhold (Lindholm, 2012a).

Det å leve med opioidavhengighet medfører økt sykkelighet og økt dødelighet. Det er vanlig at mennesker som injiserer rusmidler ofte kan få skader på blodårene og få infeksjoner. Dette forårsaket av at stoffet som injiseres ikke er sterilt og at prosedyrer rundt injeksjonen er med urene forhold. De lever et liv der rusen ofte går foran alt. Dermed blir det å ivareta sin egen helse og forebygge sykdom nedprioritert. Ernæringen til brukere, deres aktivitet og at deres hvile og hygiene ikke alltid er det som blir prioritert først hos rusavhengige er noen av de faktorene som kan hemme en sårtilheling (Skoglund & Biong, 2012). Til tross for dette må sykepleiere huske på punkt 2.6 under de yrkesetiske retningslinjene om å respektere brukerens rett til å ta egne valg (Brinchmann, 2016b). Dette går også under et av de etiske prinsippene autonomi som handler om brukerens rett til å bestemme selv (Brinchmann, 2016a). Ut i fra mine egne erfaringer, føler jeg dette blir opprettholdt i praksis. Vi behandlere kan gi ut den informasjonen som er relevant for de rusavhengige knyttet til sårtilheling, og videre blir det opptil den enkelte å følge våre anbefalinger.

Det finnes gratis mattilbud i flere byer, men likevel blir mat nedprioritert (Skoglund & Biong, 2012). Dette samsvarer med min erfaring fra praksis der jeg opplevde at brukere ikke prioriterte det å få i seg tilstrekkelig med næring. De rusavhengige spiste som regel godteri og

andre usunnheter istedenfor næringsrik mat. De fortalte at de verken hadde evnen eller matlysten til å få i seg tilstrekkelig næring. Noen var klar over situasjonen og gjorde endringer fordi de visste av at ernæring var med på å påvirke sårets tilhelingsprosess, mens andre verken klarte eller evnet å gjøre en endring.

Ernæringsstatusen til denne brukergruppen er dårlig og mange lider av alvorlig underernæring. På bakgrunn av dette er det et grunnleggende behov for sykepleiere å observere, dokumentere og følge opp en brukers vekt. Som et resultat av langvarig bruk av opioider og dårlig munnhygiene har flere også dårlig tannhelse. Konsekvensen av dårlig tannhelse gjør det ubehagelig å spise, og dermed blir det nedprioriteringen av matinntak (Skoglund & Biong, 2012). En annen følge av det ustabile matinntaket, er at mange har utviklet en søt hunger, og et behov for rask energi. Som tidligere nevnt er det en sammenheng mellom den rusavhengiges ernæringsstatus og sårheling. Dermed får ernæringsstatus stor betydning for både utviklingen og helingen av ett sår. Sykepleiere bør legge til rette for et kosthold som i større grad er basert på energirike matvarer med høyt fiberinnhold. Et alternativ for å dekke søt-behovet er søt frukt. Dette inneholder mye vitamin C som kan stimulere til matlyst. På grunn av den dårlige ernæringsstatusen blant mennesker med rusmiddelavhengighet bør mange ta kosttilskudd (Skoglund & Biong, 2012).

Det kan være hektisk å leve med rusmiddelavhengighet, og det kan være vanskelig å finne roen til å hvile. Samtidig er det avgjørende for sykepleiere å finne meningsfulle aktiviteter som den rusavhengige selv liker (Skoglund & Biong, 2012). For som nevnt vil nedsatt bevegelse hemme en normal sårhelingsprosess (Lindholm, 2012c). Sykepleiere må finne ut hvilke behov den rusavhengige har, og hvilke mål som kan være motiverende og realistiske ut i fra en av en samtale. Å sette ord på dette selv kan være vanskelig i en ellers hektisk hverdag for oss behandlere. Uansett om vi har dårlig tid er disse samtale essensielle for å stimulere til opplevelsen av mestring. Dette er for å få rusavhengige til å føle en økt kontroll over eget liv, og for å gi de en følelse av at de kan være i stand til å gjøre noen gode valg for seg selv (Skoglund & Biong, 2012).

Hygiene og spesielt den personlig hygiene, er det vanskelig å snakke om for flere av de rusavhengige. På samme måte som med ernæring er personlig hygiene noe som ofte blir nedprioritert ettersom jakten på rusmidler virker viktigere. Sykepleiere må trå varsomt frem ettersom påminnelsen om dårlig hygiene kan være skambelagt, og føles stigmatiserende for

noen. Det bli vesentlig at vi sykepleiere både er oppmerksomme på hvordan vi utaler oss om hygiene, og at vi kommuniserer på en måte som gjør det til en selvfølge at de for eksempel bør dusje. Det bør ikke legges til rette for kompromisser, men de rusavhengige skal få den hjelpen de trenger for å opprettholde god hygiene (Skoglund & Biong, 2012).

4.3 Sykepleierens behandlende funksjon i møte med den rusavhengige og vanskelige helende sår

I møte med rusavhengige er det flere aktuelle sykepleiefaglige utfordringer. Et av disse er å oppnå kontakt og tillit. Flere rusavhengige har negative erfaringer med helsevesenet. I deres hverdag er ofte avvisinger og krenkelse blitt en del av deres liv. Ettersom mange bruker er mer opptatt av hvordan de blir møtt og behandlet enn av selve helseplagen sin, er det viktig å behandle de rusavhengige med respekt og likeverdighet. Dette går under det etiske prinsippet rettferdighet som handler om å behandle like tilfeller likt (Brinchmann, 2016a). Sykepleiere har i oppgave å gi håp for mennesket bak såret. Dette kan vi bidra til ved å gi de støtte og omsorg og ved å unngå avvising og fordømmelse (Fjørtoft, 2016b).

Rett til informasjon står under § 3-2 og under yrkesetiske retningslinjer punkt 2.4 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 ; Brinchmann, 2016b). Her skal sykepleiere kunne bidra til å gi kunnskap og videreføre informasjon til rusavhengige (Biong og Ytrehus, 2012). Forøvrig kan råd og hjelp være vanskelig for injiserende rusavhengige å overholde grunnet dårlig mental helse, en kaotisk livsstil, hjemløshet, negative holdninger fra helsepersonell og/eller også problemer med leseferdigheter (Powell, 2011a). Fra min egen praksis kunne det ofte føles som om den informasjonen jeg utvekslet ikke ble mottatt av brukerne som forventet. Det kunne oppleves som om de levde i sin egen verden der de alltid visste best selv. Uavhengig om jeg foreslo bedre alternativer til å få såret til å gro, endte de opp med det dårligste alternativet. Dersom de allerede hadde bestemt seg for noe var det vanskelig å endre på staheten deres. De hadde ofte sine egne oppfatninger knyttet til hva som var best, og ønsket ikke noen endring i dette. Det var spesielt en episode under praksisperioden der en rusavhengig nektet for at kompresjonsbehandling var det beste alternativet. Han var fast bestemt på å bruke en annen bandasje, men plutselig fikk jeg overtalt han til å velge kompresjonsbandasjen.

Helsepersonell som ivaretar brukere med sårproblematikken må kunne se alle faktorene som står på spill omkring brukeren (Lindholm, 2012h). Det er samtidig avgjørende at sykepleier tar utgangspunkt i den totale problematikken, og ikke kun det enkelte såret. Ved å skape en følelse av et felles ansvar for beslutninger viser man at man ser, lytter og respekterer hvert enkelt menneske, som kan øke mulighetene for et godt resultat (Lindholm, 2012h).

Det blir viktig for sykepleiere å både bli god til å kartlegge sår, samtidig som man også må kunne observere brukeren (Lindholm, 2012h). Under et sårskift er det en god mulighet for å observere ansiktsuttrykk, smerte, spenninger, oppgitthet, sorg og uro hos en bruker. Alt dette kan gi viktige ledetråder til omsorgen for nettopp denne brukeren. Sykepleiere må gjøre gode observasjoner av brukeren og bruker det kliniske blikket når det gjelder såret og huden omkring. Vi må benytte oss av sanser som lukt, syn, hørsel og følesans ettersom dette er relevant for å få til en bra vurdering (Lindholm, 2012h). Her er det relevant å tenke på det etiske prinsippet velgjørenhets-og ikke-skade-prinsippet. Det handler om at sykepleiere skal handle godt for brukeren, og beskytte personen mot behandling eller dårlig omsorg som kan være til skade (Brinchmann, 2016a).

De rusavhengige har ofte sammensatte og krevende helsetilstander som gir sykepleiefaglige utfordringer. Sett i sammenheng med at en behandlende sykepleier ofte har for liten kompetanse om akkurat dette temaet kan det føre til ekstra utfordringer. Det må være et satsningsområde på økt kunnskap om rusavhengige og deres helseproblemer framover i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016b).

Tverrfaglig samarbeid er avgjørende. I tillegg til det gode samarbeidet må sykepleiere også få kjennskap til de forskjellige aktuelle tiltakene og de tjenestene som er for de rusavhengige. Tiltakene varierer i de ulike kommunene og byene. Sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien må ha et godt samarbeid med leger, sosialarbeidere og andre aktuelle fagpersoner for å sikre et best mulig helhetlig tilbud (Fjørtoft, 2016b).

Å behandle en bruker med vanskelig helende sår kan være en utfordring, og stiller store krav til teknisk dyktighet og kunnskap om hvordan sykepleiere påvirker helingen (Lindholm, 2012h). I en kvalitativ studie så man at det var fire utfordrende temaer som skilte seg ut når sykepleiere arbeidet med rusavhengige som hadde et vanskelig helende sår. Disse utfordringene var å føle ansvar, vise respekt, føle seg sikker og trygg. Det første temaet blir å

vise ansvaret for gode tiltak for heling av såret, og for å lindre brukerens lidelse. Behandlerne i studiene la frem at de var klar over viktigheten av samarbeid mellom ulike profesjoner for å være en god sykepleier. Likevel viste de seg at behandlere savnet legens interesse. Det andre temaet innebar å skifte fokus fra såret og over til det å se mennesket bak såret, og å observere brukeren ut fra et helhetsperspektiv. Det tredje temaet handler om at sykepleierne ønsket at brukeren skulle føle tillit til den omsorgen de ga. Det konkluderte med at sykepleierne syntes det var utfordrende å måtte føle trygghet og tillit i sin egen profesjon. Det siste temaet omhandlet det å være trygg i relasjonen mellom sykepleieren og brukeren i sårskiftingssituasjonen. I intervjuene påpekte sykepleierne at de ønsket at relasjonen skulle være varm og personlig, men ikke bli for privat (Eskilsson & Carlsson, 2010).

4.4 Andres hjem – vår arbeidsplass

I hjemmesykepleien har sykepleierne private hjem som arbeidsplass, og dette får konsekvenser for arbeidsmiljøet. Man har færre hjelpemidler og mindre medisinsk utstyr. Ansatte arbeider som oftest alene hos brukerne uten umiddelbar nærhet til fagkompetanse eller annet personale (Flørtoft, 2016c). Derfor vil det å arbeide i andres hjem få konsekvenser for yrkesutøverens yrkesrolle og arbeidsmiljøet, som for eksempel hygiene (Flørtoft, 2016c).

Som nevnt er hygiene et vanskelig tema å snakke om for mange rusavhengige, og blir dermed ofte nedprioritert (Skoglund & Biong, 2012). Samtidig er det en realitet at det hygieniske miljøet hjemme hos brukere for sykepleiere ikke er optimalt. Ifølge artikkelen «En glemt arena» sies det at i utgangspunkt skal hjemmesykepleien jobbe etter de samme hygieniske prinsippene som på ett sykehus. Fra en annen synsvinkel er det 71 prosent i hjemmesykepleien som opplever at de har dårlig tid, som fører til at tidspress går utover hygienen (Haave & Gustad, 2019). Dette stemmer overens med mine erfaringer i praksis. Sykepleiere har kun en viss tid hos hver bruker, og skulle det oppstå noe utenom det vanlige oppstår det ett tidsproblem. Det var som oftest veldig nedslitte og uhygieniske leiligheter, og jeg syntes det kunne være ubehagelig å si i fra da jeg følte dette var en fornærmelse. Dermed kom jeg heller med forslag om blant annet vaskehjelp som enkelte var positive til.

Både brukeren, men mest hjemmesykepleien må tilrettelegge hjemmene, slik at det blir mulig å ivareta hygieniske prinsipper. Hjemmesykepleieren kan bringe med seg de nødvendige hjelpemidlene for å opprettholde hygienen. Ofte må sykepleiere i hjemmesykepleien

improvisere fordi forholdene i brukernes hjem ikke ligger til rette slik som på sykehus (Haave & Gustad, 2019).

Injeksjon av et stoff blant injiserende medikamentbrukere er assosiert med en rekke atferds- og miljøfaktorer som deling av injeksjonsutstyr, og injeksjon under uhygieniske forhold. Nøkkelen til å redusere injeksjoner og opprettholde god infeksjonshygiene, er å gi tilgang til nåleutvekslingsordninger, som tilbyr rusavhengige sterilt utstyr. Ved en studie med 1057 injiserende rusavhengige i USA, fant man ut at de som rengjorde huden sin før en injeksjon, hadde 50 % mindre sannsynlighet for å få sår enn de som ikke rensset huden (Powell, 2011a).

Det er viktig å tenke på kryssinfeksjoner. De fleste brukere av hjemmesykepleien i Norge, bor i eget hjem og har ikke kontakt med andre brukere. Dermed kan hjemmesykepleieren overføre smitte fra en bruker til en annen via hendene, arbeidsantrekk og utstyret. Dårlig håndhygiene er årsaken for de fleste kryssinfeksjoner (Haave et. al., 2019). Hånddesinfeksjonsmiddel er et godt tips her. Som sykepleier har man som regel med seg dette, ellers er det som regel hos brukeren. Hendene må ikke tørkes med et håndkle som henger i hjemmet, men man må heller bruke tørkepapir eller lufttørke hendene (Fjørtoft, 2016c). Hansker er nødvendig i kontakt med blod eller kroppsvæsker, og ved berøring av infeksjøs materiale. Det er også viktig dersom hjemmesykepleieren har et eget sår eller eksem på hendene. Her blir da hansker et viktig hygienisk hjelpemiddel (Haave et. al., 2019).

På den ene siden er dokumentasjon blant de viktigste verktøyene for å kunne sikre kvalitet og kontinuitet i hjemmesykepleien. På den andre siden er ikke alltid dokumentasjon lett å få til i praksis (Fjørtoft, 2016a). Dokumentasjonen kan være preget av tilfeldigheter og ufullstendige opplysninger, eller at det ofte er mangelfulle dokumentasjonsrutiner. Til sykepleiere stilles det krav til vår kompetanse, og våre holdninger til dokumentasjon. Sykepleiere har også et ansvar for å bidra til forsvarlig dokumentasjon i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016a). Det er nødvendig å ha gode rutiner som sikrer at dokumentasjonen blir oppdatert regelmessig, ettersom det er viktig at endringer blir fanget opp fra dag til dag. (Fjørtoft, 2016a). Jeg har hatt noen dårlige erfaringer når det gjelder dokumentasjon av sår i hjemmesykepleiepraksis. Jeg opplevde ofte at de som hadde hatt sårstellet før meg, ofte bare skrev: «sårstell utført etter prosedyre». For min egen del, som var ny på stedet, var dette en utfordring da dokumentasjonen ikke sa meg noe om hva de hadde utført. Verktøyet TIMES var en stor hjelp

for meg da jeg dokumenterte. Det gjorde det lettere å uttrykke meg ved vurderingene av for eksempel sårets størrelse, granulassjonsvev, lokasjon og dybde.

Selv med en optimal behandling bør man mistenke biofilm i et sår som ikke gror, ettersom biofilm ikke alltid er synlig. Enkelte mikroorganismer kan skape biofilm og sårinfeksjoner. Dette gjør at både typen og mengden bakterier kan avgjøre sykdomsbildet. Det er utfordrende å oppdage sårinfeksjon i vanskelig helende sår, da de klassiske infeksjonstegnene ikke nødvendigvis er til stedet, som varme, rødme, hevelse, smerte og lukt. Som sykepleier er det viktig å være klar over forskjellen på infeksjonstegn i vanskelig helende sårene (Johansen, et. al., 2019)

4.5 Ulike typer kompresjonsbandasje, hvilken har mest effekt?

Som tidligere nevnt i teorien, er kompresjonsbehandling den aller viktigste behandlingen for personer med venøse leggsår. Det finnes flere ulike former for kompresjonsbehandling (Langøen & Gürgen, 2017a ; Lindholm, 2012f). Det er grunnleggende at en sykepleier har kunnskap om dette, og tar gode vurderinger for at behandlingen blir noe både brukeren og helsepersonellet kan "leve med". På bakgrunn av dette må vurderingen ta utgangspunkt i hva som er mulig å få til. Det er avgjørende at bruker forstår hensikten med kompresjonsbandasjen, og vise at den er like viktig etter at såret har grodd (Langøen & Gürgen, 2017a).

I følge artikkelen "Compression for venous leg ulcers" konkluderer de med at det er flerlagskompresjonsbandasje som er den mest effektive. I denne studien undersøkte de hvilken kompresjonsmetode som ga best effekt, og vurderte de ulike formene for kompresjon opp mot hverandre. Flerlagskompresjon med elastiske bandasjer er mer effektive enn bandasje uten elastisitet, og 2-lags kompresjon gir like god effekt som flerlagskompresjon. Brukere som mottok flerlagskompresjon ble raskere leget enn brukere med kort elastisk bandasje (O'meara, Cullum, Nelson & Dumville, 2014). På den andre siden viste det seg at en ulempe med flerlagskompresjonsbandasje er at de er varme, tykke, upraktiske og gir ett synlig utseende på fote. Da ble det mange brukere som vegret seg for å bruke dette (Langøen & Gürgen, 2017a). En løsning kan for eksempel være å bruke flerlagskompresjonsbandasje hjemme i stua, og enlagskompresjons-bandasje eller kompresjonsstrømpe når de er ute (Langøen & Gürgen, 2017a).

Som nevnt har forskningen bevist at kompresjonsbandasje er den aller viktigste behandlingen for venøse leggsår (Langøen & Gürgen, 2017a). Min erfaring i praksis med bruken av kompresjonsbandasje hos rusavhengige er at de ofte synes den var ubehagelig å ha på, grunnet den strammet veldig. Det var flere ganger de rusavhengige hadde tatt av kompresjonen selv og ønsket vi skulle legge kompresjonen løsere.

I en studie viste det seg at forekomsten for tilbakefall lå på 32% innen 18 måneder. De som oftest ble rammet av tilbakefall var de pasienter som ikke brukte kompresjonsstrømpe etter at såret var grodd. Tilbakefrekvensen for de som ikke brukte kompresjon ble rapporterte å være 100 %, mens for de som brukte kompresjon ville tilbakefallene ligge på 16 % i en oppfølgingsperiode på 30 måneder (Lindholm, 2012f). Intravenøs legemiddelbruk er en kronisk tilstand der det ofte kan oppstå tilbakefall. Det er derfor avgjørende å vurdere såret grundig, ta de fysiske og psykologiske faktorene i betraktning, og forklare om behandlingen til den rusavhengige, årsaken til såret og veien videre (Powell, 2011a).

4.6 Kompetanse ovenfor å legge kompresjonsbandasje og kunnskap i leggsårbehandling

I følge artikkel ”Effectiveness of compression bandaging education for wound care nurses” er kompresjonsbehandling en viktig komponent i behandling av venøse leggsår. Tilstrekkelig trykk og stivhet er nødvendig for at behandlingen skal bli vellykket, og derfor er kompetanse innenfor det å legge en god kompresjon viktig (Tidhar, et. al., 2017).

Kompresjon kan både være med på å fremme helingen av venøse leggsår, og forbedre livskvaliteten når den brukes riktig. Hvis den påføres feil, kan den imidlertid føre til forsinkelse av helingsprosessen, smerte eller til og med tap av leggen. Det viser seg at til og med erfarende ansatte ikke alltid legger på kompresjonen riktig (Tidhar, et. al., 2017).

Under de yrkesetiske retningslinjer i punkt 1.7 skal sykepleiere erkjenne sine grenser av kompetanse, og be om veiledning der det trengs for å kunne praktisere kunnskapen. (Brinchmann, 2016b). Forskningsartikkelen ”Effectiveness of compression bandaging education for wound care nurses” viste at før kompresjonstreningen bandasjerte 62,2 % sykepleiere komprimeringen for løst, 5,4 % komprimerte for hardt, og 62,2 % komprimerte

adekvat. Rett etter treningen komprimerte alle sykepleierne helt adekvat. Videre viste studien at etter seks måneder med treningen komprimerte 13, 5 % av sykepleierne fortsatt for hardt og 86, 5 % komprimerte adekvat (Tidhar, et. al., 2017).

Konklusjonen var at det ble en umiddelbar effekt av å få trening i å legge kompresjon. Man ser klare forskjeller fra resultatene før trening, etter trening og også seks måneder etter studiet. Derfor vil de i artikkelen anbefale videre trening, og tilrettelegge for implementering av den optimale kompresjonsbandasjen. Det blir en effektiv måte å utdanne sykepleiere på hvordan man bandasjerer på en sikker og effektiv måte (Tidhar, et. al., 2017).

Klinisk kunnskap er viktig i et praktisk yrke. Denne kunnskap utvikles over tid og under løpende veiledning. I hjemmesykepleien behandler sykepleiere sår etter prosedyre, men en sårprosedyre er ikke alltid tilstrekkelig når situasjonen er uoversiktlig, mangetydig og sammensatt. Behandlingen av kroniske sår må derfor tilpasses fordi sår utvikler seg så forskjellig. Det trengs derfor både erfaring og teoretisk kunnskap for gode skjønnsmessige vurderinger. I følge artikkelen ”Nettbasert sårveiledning” kom ofte pasienter hjem fra sykehuset med en sårprosedyre som ikke var tilstrekkelig for å sikre god sårbehandling i brukerens hjem. Konsekvensene av dette endte ofte med tilbakefall eller en forverring av sårtilstanden. Hudavdelingen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge tok derfor initiativ til prosjektet «Nettbasert sårveiledning”. Veiledningen gikk ut på å behandle vanskelig helende venøse og arterielle sår for de brukere som allerede var henvist til Hudavdelingen (Nyheim, Lotherington & Steen, 2010).

Gjennom veiledningen skjedde det en endring av både henvendelses form og innhold. Det ble en endring i klinisk kunnskap hos de som hadde fått undervisningen, også som følge av egen praktisk utførelse av sårbehandlingen. Ved hjelp av denne veiledning ga det en økt kunnskapsutvikling, men også en selvtillit i forhold til sårbehandlingen som gjorde behandlere til kompetente hjemmesykepleiere som kunne yte god helsehjelp. Gjennom den nettbaserte veiledningen ble det også lettere for spesialisthelsetjenesten å følge opp behandlingen av den enkelte brukeren gjennom et tettere samarbeid med hjemmesykepleierne. Resultatet endte med heling av sår og/eller færre sykehusinnleggelseser (Nyheim, et al., 2010).

Avslutning

Hensikten med bacheloroppgaven er å belyse hvilke tiltak sykepleiere kan utføre for å fremme sårtilheling hos rusavhengige med venøse leggsår i hjemmesykepleien. Som behandlende sykepleier er det nødvendig med tiltak som kompresjonsbehandling, gi de råd om ernæring, motivere den injiserende rusavhengige til aktivitet og hvile, og forklare at hygiene må til for å få et sår til å gro. Sykepleiere må bli gode på dokumentasjon og rapportering, og samtidig være bevisst på at man jobber under juridiske og etiske aspekter.

Utfordringene er at de rusavhengige ofte setter rusen foran helse, sykdom og tilsynelatende nedprioriterer faktorer som må til for å fremme sårtilheling. Dette fører da til en stor utfordring for oss sykepleiere. Gjennom forskning kommer det frem at det å leve med et venøst leggsår hos rusavhengige påvirker livsstilen deres i veldig stor grad. Det blir en ond sirkel der livsstilen til de rusavhengige påvirker såret, og såret påvirker livsstilen deres.

Det kommer fram gjennom forskningen jeg henviser til at god undervisning gir økt kunnskapsutvikling, som igjen gir mer selvtillit hos de ansatte. Dette fører til at det blir et bra samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og hjemmesykepleien. Forskning viser også at kompresjonsbehandling er det viktigste tiltaket for å fremme sårtilheling. Det er nødvendig med riktig behandling til de rusavhengige og høy kunnskap knyttet til de ulike kompresjonene.

Helt til slutt er nødvendig at en sykepleier ser mennesket bak rusen og viser respekt og likeverdighet. Her har sykepleiere en viktig rolle med å gi ut god informasjon, og gi de den kunnskapen de trenger. Sykepleiere må aldri slutte å gi ut samme informasjon, for en dag kan vil den rusavhengige plutselig høre på akkurat deg.

Referanseliste

- Brinchmann, B-S. (2016a) De fire prinsippers etikk. B.-S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleien* (4 utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brinchmann, B-S. (2016b) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. B.-S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleien* (4 utg., s. 97-113). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Coull A, Sharp A (2018) Understanding leg ulceration associated with intravenous drug use. *Nursing Times* [online]; 114: 6, 31-34.
- Dalland, O. (2012). Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ervik, R. Biong, S. (2012) Helsepersonell i tverrfaglig spesialisert rusbehandling –ansvar, roller og funksjoner. I S. Biong & S. Ytrehus (red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (1.utg., s. 33-54) Oslo: Akribe AS.
- Eskilsson, C. Carlsson, G. (2010). Feeling confident in burdensome yet enriching care: Community nurses describe the care of patients with hard-to-heal wounds. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. Hentet fra: <https://doi.org/10.3402/qhw.v5i3.5415>
- Fjørtoft, A-K. (2016a). Observere og vurdere behov. *Hjemmesykepleie : Ansvar, utfordringer og muligheter* (3 utg., s. 169-192). Bergen: Fagbokforlaget.
- Fjørtoft, A-K. (2016b). Pasientene i hjemmesykepleien. *Hjemmesykepleie : Ansvar, utfordringer og muligheter* (3 utg., s.47-100). Bergen: Fagbokforlaget.
- Fjørtoft, A-K. (2016c). Å arbeide i andres hjem. *Hjemmesykepleie : Ansvar, utfordringer og muligheter* (3 utg., s.27-46). Bergen: Fagbokforlaget.
- Haave, T. Gustad, L. T. (2019). En glemt arena. *Sykepleien – fagutvikling*. Hentet fra: <https://www.doi.org/10.4220/sykepleiens.2008.0023>

- Helsepersonelloven. (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64).
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet 3/12-19)
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
(Hentet 20/3-20)
- Holter, I-M. (2016) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E.-K. Grov & I.-M. Holter (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5 utg., s.107-155). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Ingebretsen, H. Storheim, E. (2015). Sykepleie ved sykdommer og skader i huden. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, *Klinisk sykepleie 2* (5 utg., s. 361-396). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Johansen, A-B. Bramness, J-G. (2012) Psykososial og medikamentell behandling ved rusavhengighet. I S. Biong & S. Ytrehus (red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (1.utg., s. 121-142) Oslo: Akribe AS.
- Johansen, E. Leren, L. Bredesen, I-M. Eiken, G-M. (2019) Bruk verktøyet TIMES til å vurdere sår strukturert. *Sykepleien – fagutvikling*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2019/02/bruk-verktoy-till-vurdere-saar-strukturert>
- Kristoffersen, N-J. Nortvedt, F. (2016) Hva er sykepleie. I N-J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug, G-H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3 utg., s.15-28) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Langøen, A. (2017) Hudens funksjon og oppbygning. I A. Langøen (red.), *Sårbehandling og hudpleie* (3.utg., s. 11-30) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langøen, A. Gürgen, M. (2017a) Forebygging og behandling av sår. I A. Langøen (red.), *Sårbehandling og hudpleie* (3.utg., s. 251-314) Oslo: Gyldendal akademisk.

- Langøen, A. Gürgen, M. (2017b) Sårbehandling, generelle prinsipper. I A. Langøen (red.), *Sårbehandling og hudpleie* (3.utg., s. 165-250) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langøen, A. Gürgen, M. (2019). Dette må du vite om biofilm. *Sykepleien – fagutvikling*.
Hente fra: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.74753>
- Lindholm, C. (2012a) Akutte sår. *Sår* (3.utg., s. 47-79) Oslo: Akribe AS.
- Lindholm, C. (2012b) Definisjoner, sårheling, sårvurdering. *Sår* (3.utg., s. 29-46) Oslo: Akribe AS.
- Lindholm, C. (2012c) Helingshemmende faktor. *Sår* (3.utg., s. 290-312) Oslo: Akribe AS.
- Lindholm, C. (2012d) Helseøkonomiske og juridiske aspekter på sår. *Sår* (3.utg., s. 405-411) Oslo: Akribe AS.
- Lindholm, C. (2012e) Historikk. *Sår* (3.utg., s. 15-28) Oslo: Akribe AS.
- Lindholm, C. (2012f) Leggsår. *Sår* (3.utg., s. 80-161) Oslo: Akribe AS.
- Lindholm, C. (2012g) Lokal sårbehandling. *Sår* (3.utg., s. 326-359) Oslo: Akribe AS.
- Lindholm, C. (2012h) Sykepleie. *Sår* (3.utg., s. 382-404) Oslo: Akribe AS.
- Lindholm, C. (2012i) Sårinfeksjon. *Sår* (3.utg., s. 261-289) Oslo: Akribe AS.
- Molven, O. (2016) Dokumentasjon og pasientjournal. *Sykepleie og jus* (5 utg., s. 185-199) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norsk helseinformatikk (2019) Kronisk leggsår. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/hud/sar-hudskader-bitt/leggsar-venose/>

- Nyheim, B. Lotherington, A. Steen, A. (2010, Januar 1). Nettbasert sårveiledning. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, ss. 40-55.
- O`meara, S. Cullum, N. Nelson, A. Dumville, J-C. (2014) Compression for venous leg ulcer. *Cochrane Library*. Hentet fra: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000265.pub3>
- Olsvik, M-L. Olsvik, O. Hva er rusavhengighet?. Hentet fra <https://mestringshusene.no/pasienter/hva-er-rusavhengighet/>
- Palfreyman, S-J. Todm A-M. King, B. Tomlinson, D. Brazier, J-E. Michaels, J-A. (2007) Impact of intravenous drug use on quality of life for patients with venous ulcer. *Journal compilation*. Hentet fra: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04251.x>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet 3/12-19)
- Powll, G. (2011a) Wound care for injecting drug users: part 1. *Nursing Standard*. Hentet fra: <https://doi.org/10.7748/ns2011.07.25.46.51.c8640>
- Powll, G. (2011b) Wound care for injecting drug users: part 2. *Nursing Standard*. Hentet fra: <https://doi.org/10.7748/ns2011.07.25.47.41.c8642>
- Skoglund, A. Biong, S. (2012) Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisksykehus. I S. Biong & S. Ytrehus (red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (1.utg., s. 186-201) Oslo: Akribe AS.
- Sortland, K. (2016) Kosthold og ernæringsmessige behov for ulike sykdomstilstander. *Ernæring – mer enn mat og drikke* (5 utg., s. 191-240) Oslo: Fagbokforlaget.
- Slagsvold, C-E. Stranden, E (2005) Venøse leggsår. *Tidsskriftet, den norske legeforening*. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2005/04/medisin-og-vitenskap/venose-leggsar>

Sælør, K.-T. Bjerknes, S.-O. (2012) Helsepersonell i tverrfaglig spesialisert rusbehandling – ansvar, roller og funksjoner. I S. Biong & S. Ytrehus (red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (1.utg., s. 143-164) Oslo: Akribe AS.

Tidhar, D. Keren, E. Brandin, G. (2017). Effectiveness of compression bandaging education for wound care nurses. *Journal of Wound Care*. Hentet fra:
<http://dx.doi.org/10.12968/jowc.2017.26.11.625>

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelig forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ytrehus, S. (2012) Kommunalt rusarbeid. I S. Biong & S. Ytrehus (red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (1.utg., s. 240-269) Oslo: Akribe AS.