



Forsvarlighet i hjemmesykepleien
*Sykepleiers behandlende funksjon overfor
brukere med venøse leggsår*

Kandidatnummer: 725

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave

i sykepleie

E14

Antall ord: 9409

Dato: 16.04.18



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 16.04.18
<p><u>Tittel:</u> Forsvarlighet i hjemmesykepleie – sykepleiers behandlende funksjon overfor brukere med venøse leggsår.</p>	
<p><u>Problemstilling:</u> <i>Hvordan kan sykepleier sikre forsvarlig behandling av brukere med venøse leggsår?</i></p>	
<p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Oppgavens rammeverk er sykepleiers behandlende funksjon, sykepleieprosessen, faglig forsvarlighet og yrkesetiske retningslinjer. Videre anvendes teoretisk grunnlag om min pasientgruppe, kontekst og da også kontekstens rammefaktorer. Juridiske aspekter ved dokumentasjon og organisatorisk kompetanse er også teoretisk kunnskapsgrunnlag for oppgaven.</p>	
<p><u>Metode:</u> Oppgaven er en litteraturstudie, og det er derfor gjort litteratursøk for å innhente eksisterende forskning. Det er også anvendt relevant faglitteratur for å besvare problemstillingen.</p>	
<p><u>Drøfting:</u> Drøftingen baserer seg på eksisterende fag- og forskningslitteratur samt egen praksiserfaring. Drøftingen er delt inn i seks delkapitler som belyser både utfordringer ved og løsninger til faglig forsvarlighet overfor brukere med venøse leggsår.</p>	
<p><u>Konklusjon:</u> For å sikre forsvarlig behandling av pasientgruppen bør sykepleier være bevisst på egen yrkesutøvelse og søke samarbeid i møte med sine faglige begrensninger. Gjennom relasjoner med brukere kan sykepleier ta hensyn til hver brukers motivasjon, compliance og livskvalitet. Slik kan sårbehandlingen tilpasses og være til å leve med, og det blir utøvet en mer personorientert og helhetlig sykepleie. Et større fokus på informasjonskontinuitet gjennom strukturert dokumentasjon basert på sykepleieprosessen vil kunne kompensere for manglende personkontinuitet. Oppgaven argumenterer at sykepleier i hjemmesykepleien bør inneha en klinisk kompetanse som kan sikre forsvarlig sårbehandling og oppfølging av pasientgruppen. En organisatorisk kompetanse er i tillegg nødvendig for at sykepleier skal kunne lede og veilede kolleger samt påvirke organisatoriske rammer i hjemmesykepleien.</p>	

(Totalt antall ord: 242)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Presisering og avgrensning av problemstilling	2
1.4	Oppgavens disposisjon	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Pasientgruppen	4
2.2	Venøse leggsår	4
2.2.1	Sårenes konsekvenser	5
2.3	Sårbehandling	6
2.4	Hjemmesykepleie	6
2.5	Sykepleiers behandlende funksjon	7
2.5.1	Sykepleieprosessen	7
2.5.2	Dokumentasjon	8
2.5.3	Faglig forsvarlighet	9
2.6	Etiske aspekter	9
2.7	Den dobbelte kompetansen	9
3	Metode	10
3.1	Framgangsmåte	10
3.1.1	Valg av databaser	10
3.1.2	Søkestrategi	10
3.2	Kildekritiske refleksjoner	11
3.2.1	Faglitteratur	11
3.2.2	Forskningsartikler	12
3.3	Øvrige etiske overveielser	13
4	Presentasjon av forskningsresultater	14
5	Drøfting	16
5.1	Bevissthet rundt egen yrkesutøvelse	16
5.2	Pasientansvarlig sykepleier	18
5.3	Personorientert sykepleie	19
5.4	Behandling til å leve med	21
5.5	Dokumentasjon	23
5.6	Organisatorisk kompetanse	27
6	Avslutning	29
	Referanseliste	31

1 Innledning

Temaet for denne oppgaven er sykepleiers behandlende funksjon i møte med brukere med venøse leggsår i hjemmesykepleie. Fokuset er faglig forsvarlighet. I dette innledende kapittelet presenteres bakgrunn for valg av tema med sykepleiefaglig relevans, presentasjon av problemstilling, presisering og avgrensning med pasientgruppe og kontekst og oppgavens disposisjon.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Sårbehandling har gjennom bachelorutdanningen engasjert meg. Det var likevel først i hjemmesykepleiepraksis i femte semester jeg tilegnet meg erfaringsbasert kunnskap innenfor dette feltet. Her hadde sykepleierne et stort selvstendig ansvar for både behandling og det organisatoriske tilknyttet denne pasientgruppen. Dette gjorde meg spesielt engasjert i de sykepleiefaglige utfordringene i møte med brukere med venøse leggsår.

Alle venøse leggsår er forskjellige i form av hvordan de utvikler og utarter seg. Sårene kan endre seg raskt, og dette gjør pasientgruppen desto mer sårbar for hjemmesykepleiens utfordringer innen personkontinuitet (Gjevjon, 2015; Lindholm, 2012). Dette viser også hvordan hver enkelt sykepleiers kompetanse i hjemmesykepleie har mye å si for forsvarlig behandling. Særlig helsepolitiske føringer som samhandlingsreformen har ytterligere forsterket sykepleieres nøkkelrolle i hjemmesykepleien og gitt de flere og mer komplekse oppgaver (Fjørtoft, 2016; St.meld. nr. 47, 2008-2009).

Det er en kjent utfordring at mennesker med venøse leggsår har vansker med å gjennomføre kompresjonsbehandlingen (Van Hecke, Gryndonck & Defloor, 2006). Det å etterleve behandling, heretter kalt compliance, er utfordrende grunnet den langvarige behandlingen og de upraktiske kompresjonsbandasjene. For denne pasientgruppen er både de venøse leggsårene og behandlingen belastende (Cunha, Campos & Cabete, 2017; Van Hecke et al., 2006; Woo, Wong, Rice, Coelho, Haratsidis, Teague, Rac & Krahn, 2017). En annen sykepleiefaglig utfordring blir derfor å gi helhetlig sykepleie og å se mennesket, og ikke bare de venøse leggsårene (Lindholm, 2012).

Oppgavens formål er å få større innsikt i hvordan sykepleier gjennom sin behandlende funksjon kan sikre faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp til brukere i hjemmesykepleien med venøse leggsår. For å finne løsninger i sykepleiers handlingsrom er det derfor sentralt å drøfte utfordringer ved hjemmesykepleiens rammefaktorer.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen er formulert slik:

Hvordan kan sykepleier sikre forsvarlig behandling av brukere med venøse leggsår?

1.3 Presisering og avgrensning av problemstilling

Mennesker med venøse leggsår behandles hovedsakelig i kommunehelsetjenesten (Ingebretsen & Storheim, 2010; Lindholm, 2012). Kommunehelsetjenesten har derfor en sentral og selvstendig rolle i arbeidet med slike langvarige sår (Langøen & Gürgen, 2012). Pasientgruppen min er derfor brukere som mottar tjenester fra hjemmesykepleie grunnet sine venøse leggsår og har vedtak på sårbehandling. Forekomsten av venøse leggsår øker hos mennesker over 65 år, og pasientgruppen er derfor eldre mennesker (Lindholm, 2012). Forekomsten er noe høyere blant kvinner, men jeg inkluderer begge kjønn (Langøen & Gürgen, 2012). Med høy alder forekommer komorbiditet. Jeg anser det som av sykepleiefaglig relevans at pasientgruppens andre sykdommer og behov tas hensyn til, og det vil også gjøre oppgaven mer virkelighetsnær for konteksten.

Konteksten for problemstillingen er norsk hjemmesykepleie. I følge forskning bruker sykepleiere i hjemmesykepleie store deler av arbeidsdagene på sårstell (Chamanga, Christie & McKeown, 2014). Særlig etter innføringen av samhandlingsreformen, med oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten, har de også et større selvstendig ansvar overfor brukere (Fjørtoft, 2016). Det vil derfor være sentralt for sykepleiere i hjemmesykepleien å arbeide med hvordan denne behandlingen kan være håndterlig og gjennomførbart for pasientgruppen (Langøen & Gürgen, 2012).

I denne oppgaven er behandlingen av pasientgruppen avgrenset til å gjelde både en direkte pasientomsorg og en indirekte pasientomsorg. Den direkte pasientomsorgen innebærer sykepleiers tilnærming i sårstell og kompresjonsbehandling (Fjørtoft, 2016; Langøen & Gürgen, 2012). Den indirekte pasientomsorgen innebærer sykepleiers bevissthet rundt egen yrkesutøvelse, bruk av sykepleieprosessen i dokumentasjon og organisatorisk kompetanse i møte med hjemmesykepleiens rammefaktorer. Sosialt nettverk er sentralt for pasientgruppen da pårørende kan være en ytre ressurs i behandlingen (Fjørtoft, 2016). Grunnet oppgavens omfang har jeg likevel valgt å ikke fokusere på pårørende. I kraft av den behandlende funksjonen skal sykepleier blant annet bistå lege ved å assistere og gjennomføre medisinsk utredning og gjennomføre forordnet behandling samt vurdere effekt (Nortvedt & Grønseth, 2010). Egen erfaring fra praksis er at sykepleiere savnet et større samarbeid med og engasjement fra fastleger i sårbehandlingen. En kan også finne støtte i en forskningsartikkel på dette (Chamanga et al., 2014). Grunnet oppgavens omfang velger jeg likevel å utelate denne delen av sykepleiers behandlende funksjon.

1.4 Oppgavens disposisjon

Begrepene «bruker» og «pasientgruppen» anvendes i oppgaven da disse menneskene mottar helsetjenester i eget hjem (Fjørtoft, 2016). Dette er også begreper som anvendes i praksis. I oppgaven benyttes «hun» om sykepleier.

I kapittel 2 presenteres oppgavens teoretiske forankring. Pasientgruppen presenteres før patofysiologi om venøse sår inkludert sårenes konsekvenser og behandling. Deretter fokuseres det på hjemmesykepleie. Under 2.5, Sykepleiers behandlende funksjon, redegjøres det for oppgavens rammeverk som er sykepleiers behandlende funksjon, sykepleieprosessen, faglig forsvarlighet og etiske aspekter. Dokumentasjon og den dobbelte kompetansen er også sentralt i mitt teoretiske kunnskapsgrunnlag. Videre presenteres metode i kapittel 3. Det gjøres rede for fremgangsmåte med valg av databaser, søkestrategi. Deretter presenteres kildekritiske refleksjoner om brukt fag- og forskningslitteratur. Kapitlet avsluttes med øvrige etiske vurderinger. I kapittel 4 presenteres forskningsartiklene i en artikkelmatrise. Resultater og funn fra disse vil deretter anvendes i drøftingskapitlet, kapittel 5. I kapittel 5 anvendes teoretisk kunnskapsgrunnlag, forskning fra min litteraturstudie og praksiserfaringer for å besvare problemstillingen.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet presenteres eksisterende fag- og forskningsteori som anses som relevant for å besvare problemstillingen.

2.1 Pasientgruppen

Det antas at 1-2 % av den norske befolkningen til enhver tid har åpne og kroniske sår (Holsen & Ingebretsen, 2011). Innenfor mitt valgte tema vises det ofte til svenske studier. Disse studiene forteller blant annet at forekomsten av langvarige leggsår øker markant med alderen, noe mer hos kvinner, og i større forskningsmaterialer er medianalderen 75-80 år (Langøen & Gürgen, 2012; Lindholm, 2012). I Sverige, et sammenlignbart land til Norge, er det omtrent 50 000 mennesker med vanskelig tilhelende leggsår. Majoriteten av disse vanskelig tilhelende sårene, omtrent 50-70%, er venøse leggsår (Holsen & Ingebretsen, 2011; Lindholm, 2012).

Mange i pasientgruppen har hatt venøse leggsår i flere år, og sykdomsbildet er preget av utvikling av sår, sårtilheling og deretter utvikling av nye sår (Ingebretsen & Storheim, 2010). Noe av forklaringen på dette sykdomsbildet ligger i at pasientgruppens sår ikke er tilsett av lege og mangler sårdiagnose. Det kan også mangle en tilstrekkelig avklaring angående underliggende årsaker til sårutviklingen (Ingebretsen & Storheim, 2010). Når sårutviklingen først er i gang er behandlingen mer langvarig og mer krevende for både bruker og helsepersonell (Langøen & Gürgen, 2012).

2.2 Venøse leggsår

Venøse leggsår har sammenheng med venøs svikt, og svikten kan være i de overflatiske venene, perforantvenene eller i de dype venene (Langøen & Gürgen, 2012). Predisponerende faktorer for utvikling av venøse sår er familiær venøs klaffesvikt, dyp venetrombose, mekanisk skade som tidligere fraktur i legg, varicer, kraftig overvekt og ikke minst redusert funksjon i eller bruk av fot- eller muskel-vene-pumpen (Holsen & Ingebretsen, 2011; Lindholm, 2012). For å kunne påvise klar venøs insuffisiens kan det ikke foreligge andre årsaker til leggsåret som eksempelvis diabetes eller arteriell insuffisiens (Lindholm, 2012). En feildiagnostisering av dette kan føre til alvorlig feilbehandling da behandlingene kan være kontraindisert.

De overflatiske venene samler blod fra det overflatiske kapillærsystemet via venolene. Blodet transporteres deretter videre til de dype venene i leggen via perforantvenner, som forbinder de overflatiske venene og de dype venene gjennom fascien, bindevevshinnen (Langøen & Gürgen, 2012). De dype venene transporterer det perifere blodet tilbake til hjertet ved hjelp av muskel-vene-pumper. Når trykket fra muskel-vene-pumpene opphører har veneklaffene i perforantvenene og i de dype venene i oppgave å hindre blodet i å strømme tilbake «ned i foten» (Lindholm, 2012). Ved klaffesvikt fungerer ikke denne venøse tilbakestrømningen slik den skal, og det oppstår venøs hypertensjon i både de overflatiske og de dype venene (Langøen & Gürgen, 2012). Denne hypertensjonen bidrar til at flere veneklaffer svikter (Lindholm, 2012). Albumin og erytrocytter lekker ut og trekker med seg vann ekstravasalt, og gir ødemdannelse (Langøen & Gürgen, 2012). Ødemdannelsen i underekstremitetene forårsaker hudinflammasjon som kan føre til sår dannelse (Lindholm 2012). Hvilke mekanismer som videre ligger bak selve sårdannelsen utover inflammasjonsprosessen er omdiskutert (Langøen & Gürgen, 2012; Lindholm, 2012).

Venøse leggsår er vanligst lokalisert på nedre legg og ovenfor mediale malleol. Sårene er overflatiske med ujevn kant, har ofte gule nekroser og fibrinbelegg samt væsker rikelig grunnet ødem og bakteriebyrde (Langøen & Gürgen, 2012). Både Slagsvold og Stranden (2005) og prosedyrebiblioteket VAR Healthcare (2018) skriver at slike sår er kolonisert av bakterier som danner biofilm, men at antibiotika ikke er indisert med mindre det foreligger klinisk åpenbar infeksjon etter bakteriologisk prøvetaking.

2.2.1 Sårenes konsekvenser

Opptil 75% i pasientgruppen har smerter (Cunha et al., 2017; Langøen & Gürgen, 2012). Selve såret skaper stikkende og kløende smerter, og ikke minst kan sårstell sykepleier utfører være smertefullt for pasientgruppen (Lindholm, 2012). Sårsekret kan også lukte og være videre sjenerende og psykososialt hemmende for pasientgruppen (Lindholm, 2012; Langøen, Gürgen, 2012). Pasientgruppens symptombyrde er stor da også ødem skaper smerte og tyngdefølelse, særlig med bena rett ned. Både Lindholm (2012) og Langøen og Gürgen (2012) viser til litteratur som omhandler pasientgruppens særlige disposisjon for eksem og allergi som nok en konsekvens. Slike plager og konsekvenser pasientgruppen opplever tegner et komplekst bilde av hva sykepleier i hjemmesykepleien har å hanskes ved behandling av denne pasientgruppen.

2.3 Sårbehandling

Kompresjonsbehandling er den aller viktigste behandlingsformen da dette behandler den bakenforliggende årsaken, den venøse hypertensjonen (Langøen & Gürgen, 2012). Ødemer reduseres ved å øke trykket i vevet, funksjonen til muskel-vene-pumpen og veneklaffer bedres og blodsirkulasjonen blir raskere når venediameteren gjøres mindre (Lindholm, 2012).

Kompresjonsbehandlingen ordineres både behandlende ved venøs svikt og forebyggende for eventuelle nye sår (Langøen & Gürgen, 2012; Lindholm, 2012). Å sørge for at pasientgruppen får kompresjon, og da riktig kompresjon, er en oppgave Langøen & Gürgen (2012) trekker frem som særlig utfordrende i daglig sårbehandling. I hjemmesykepleien bruker pasientgruppen kompresjonsstrømper og ulike typer kompresjonsbandasjer. Det kreves kompetanse og erfaring hos sykepleiere i hjemmesykepleien ved valg av produkt og metode på anleggelse av kompresjonsbandasjer (Langøen & Gürgen, 2012).

Pasientgruppens ødemer i nedre ekstremiteter og bakteriebyrde i sårene bidrar til kraftig sårsekresjon (Lindholm, 2012) (Langøen & Gürgen, 2012) og gir da behov for sykepleie flere ganger i uken. Langøen & Gürgen (2012) hevder valg av produkter til sårene nærmest er uinteressant dersom ikke den venøse hypertensjonen behandles med kompresjonsbehandling. Likevel, dersom det anvendes uegnet bandasjemateriale kan en forårsake både skade og forsinkelse i sårtilhelingen (Lindholm, 2012). Samtidig som bakenforliggende årsak behandles har brukere med venøse leggsår behov for sekundær sårtilheling.

Fuktighetsbevarende prinsipper anvendes da lokalt i såret for å fremme tilheling fra sårbunnen (Langøen & Gürgen, 2012). I hjemmesykepleien er det etter min erfaring sykepleiere som vurderer bandasjemateriale, utformer pasientgruppens sårprosedyrer og ikke minst utfører sårstellene hos pasientgruppen.

2.4 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er et tilbud til alle som har behov for nødvendig helsehjelp i eget hjem. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) definerer helsehjelp som handlinger utført av helsepersonell med et forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester pålegger kommunen et ansvar for å tilby slike helsetjenester i hjemmet (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2). Kommunen har plikt til å planlegge, gjennomføre og

korrigere en slik virksomhet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1,) men det er kommunen selv som avgjør hvordan virksomheten skal organiseres (Fjørtoft, 2016).

Rammefaktorer for hjemmesykepleie er tid, juridiske rammer som relevant lovverk, ressurser i form av kompetanse og personell og organisatoriske rammer. Disse rammefaktorer begrenser og utvider hver enkelt sykepleiers handlingsrom (Fjørtoft, 2016). Også politiske føringer som samhandlingsreformen innført fra 2012 har påvirket sykepleiers handlingsrom. Det har blant annet skjedd en gradvis oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (Fjørtoft, 2016; St.meld. nr. 47, 2008-2009). Brukermedvirkning også et også større fokusområde, og handler om at brukere i større grad skal være deltakende og ha mulighet til selvbestemmelse i møte med helsepersonell og deres tjenester (Fjørtoft, 2016). I denne sammenhengen blir det også vesentlig å definere begrepet kontinuitet. Kontinuitet er en uavbrutt utvikling der pasientforløp har en sammenheng og en koordinering som bidrar til å gi riktig hjelp til riktig tid (Fjørtoft, 2016; Gjevjon, 2015).

2.5 Sykepleiers behandlende funksjon

Samhandlingsreformen og de nevnte rammefaktorene i hjemmesykepleie stiller høyere krav til sykepleiers vurderings- og handlingskompetanse. Sykepleiers behandlende funksjon innebærer at sykepleier observerer, vurderer, planlegger, gjennomfører, evaluerer og dokumenterer pleie og omsorg (Nortvedt & Grønseth, 2010). Min erfaring fra praksisperioden er at sykepleier i høy grad arbeider selvstendig med hele behandlingsforløpet til denne pasientgruppen, dette funksjonsområdet anser jeg derfor som svært relevant.

2.5.1 Sykepleieprosessen

Sykepleiers oppgaver i kraft av den behandlende funksjonen ligger tett opp til trinnene i arbeidsmetoden som kalles sykepleieprosessen (Nortvedt & Grønseth, 2010).

Sykepleieprosessen er en arbeidsmetode som danner grunnlaget for strukturert og problembasert dokumentasjon av sykepleie (Rotegård, Solhaug & Grov, 2015). Vips-modellen er laget for dokumentasjon av sykepleie i pasientjournaler, og er basert på sykepleieprosessens trinn (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2015; Rotegård et al., 2015). Første fase i sykepleieprosessen er datasamling hvor sykepleier innhenter relevant informasjon om brukeren gjennom samtaler og fysiske undersøkelser (Lindholm, 2012; Rotegård et al., 2015). Datasamlingen legger grunnlaget for de andre fasene i prosessen, og

bør derfor inneholde både brukerens behov, ressurser og grad av medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). I andre fase, diagnostisering, identifiseres aktuelle og potensielle problemer som sykepleier videre tar tak i. Den tredje fasen, planleggingsfasen, innebærer formulering av mål for å løse de identifiserte problemene, og disse målene formuleres helst sammen med bruker og pårørende (Lindholm, 2012). Sykepleietiltak er den fjerde fasen hvor tiltak gjennomføres for å oppnå målene, og deretter evalueres tiltakenes effekt i femte og siste fase (Rotegård et al., 2015).

2.5.2 Dokumentasjon

Dokumentasjon tjener flere hensikter. Molven (2012) trekker frem ivaretagelse av pasienters sikkerhet som hovedformålet med dokumentasjon. Heggdal (2006) hevder sykepleiedokumentasjon skal beskrive hvilke vurderinger og tiltak som iverksettes for å fremme helse og velvære. Slik synliggjøres sykepleien som utøves og dokumentasjonen gir mulighet for kvalitetssikring (Heggdal, 2006).

Utover et slikt faglig ansvar for å dokumentere, har sykepleiere også et juridisk og etisk dokumentasjonsansvar (Helsepersonelloven, 1999, § 39). Relevante og nødvendige opplysninger skal skriftlig dokumenteres i hver enkelt brukers journal (Helsepersonelloven, 1999, § 40). Dokumentasjonen skal skje fortløpende (Forskrift om pasientjournal, 2000, § 7). Forskrift om pasientjournal (2000) stiller videre i § 8 krav til journalers innhold. Pasientjournal skal blant annet inneholde bakgrunn for helsehjelp, opplysninger om sykehistorie og pågående behandling samt beskrivelse av pasientens tilstand. Videre skal diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, behandling, pleie og annen iverksatt eller planlagt oppfølging og effekt av dette dokumenteres. Dersom pasient og pårørende er blitt gitt råd og informasjon, i lys av deres informasjonsrett, skal hovedinnholdet i dette også være dokumentert (Forskrift om pasientjournal, 2000, § 8; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1, § 3-2).

Alle som utfører helsehjelpen har selvstendig dokumentasjonsplikt, det være seg sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglært personell (Helsepersonelloven, 1999, § 39). Det er imidlertid ikke de samme forventninger knyttet til disse ulike yrkesgruppenes dokumentasjon. I hjemmesykepleie har sykepleiere et særlig ansvar for å bidra til forsvarlig dokumentasjon (Fjørtoft, 2016). Dette ansvaret stiller krav til særlig de pasientansvarlige sykepleierne som

blant annet skal sørge for oppdatert dokumentasjon og formidle aktuell informasjon til kolleger (Fjørtoft, 2016).

2.5.3 Faglig forsvarlighet

Arbeidet helsepersonell utfører skal være i tråd med kravene som er satt til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven 1999, § 4).

Kvalifikasjoner handler om sykepleiers kompetanse og grad av skikkethet (Fjørtoft, 2016; Molven, 2012). Forsvarlighet handler i hjemmesykepleie om hvordan den enkelte fagperson møter pasientene og utfører de aktuelle oppgavene. Begrepet «faglig forsvarlig» retter seg mot hvorvidt oppgaver og prosedyrer gjøres på bakgrunn av kunnskapsbasert praksis. Begrepet «omsorgsfull hjelp» handler i større grad om verdier og det etiske bak arbeidet helsepersonell gjør. Slik bygger faglig forsvarlig helsehjelp på ikke-skade-prinsippet og velgjørenhetsprinsippet innenfor etikk (Molven, 2012).

2.6 Etiske aspekter

Mens faglig forsvarlighet angir en minstestandard og målestokk for helsehjelp, gir sykepleieres yrkesetiske retningslinjer et verdigrunnlag for hva sykepleieres handlinger bør være i tråd med (Molven, 2012). Særlig yrkesetiske retningslinjer som omhandler sykepleieren og profesjonen er relevant for problemstillingen. Disse yrkesetiske retningslinjene omhandler sykepleiers faglige, etiske og personlige ansvar for sine handlinger, vurderinger og sin kompetanse (Brinchmann, 2012). I tillegg er det sentralt for problemstillingen at sykepleier kan ivareta et faglig og etisk veiledningsansvar for sine kolleger (Brinchmann, 2012).

2.7 Den dobbelte kompetansen

Klinisk kompetanse er den direkte pasientomsorgen der sykepleier skaper relasjon med pasientgruppen og gjør sykepleiefaglige observasjoner og tiltak (Fjørtoft, 2016). Den organisatoriske kompetansen innebærer å ha kjennskap til hvordan hjemmesykepleie som en virksomhet koordinerer og drifter sine tjenester (Orvik, 2015). Orvik (2015) hevder sykepleiers arbeidsoppgaver tilsier at hun må inneha begge deler, den dobbelte kompetansen.

3 Metode

Metode er et redskap og en systematisk fremgangsmåte for å samle inn data for å belyse en problemstilling (Dalland, 2017; Thidemann, 2015). Metodevalget for denne bacheloroppgaven er litteraturstudie. En slik metode er kumulativ, som vil si at studien bygges på eksisterende forskning og litteratur på det aktuelle feltet (Dalland, 2017). For å motvirke sin egen førforståelse bør en i arbeid med metoden lete etter det som kan avkrefte sine egne forestillinger og fordommer (Dalland, 2017). Slik vil flere sider ved problemstillingen belyses, og dette har jeg vært bevisst på gjennom litteratursøk og valg av annen litteratur.

3.1 Framgangsmåte

Hensikten med en litteraturstudie er å bidra med oppdatert og forståelig kunnskap ved å besvare problemstillingen. I en litteraturstudie arbeider en derfor systematisk i alle trinn. Data innsamles før en kritisk går gjennom og til slutt sammenfatter resultatene i en større drøfting (Thidemann, 2015). Litteratursøk er basert på nøkkelord fra valgt problemstilling.

3.1.1 Valg av databaser

Det er foretatt litteratursøk i Cinahl, PudMed og Google Scholar for å bli kjent litteratursøk som et verktøy i metoden. Databasene som resulterte i treff med forskningsartikler jeg valgte er Cinahl og PubMed. Cinahl og PubMed er internasjonale databaser som dekker sykepleie og andre relevante helseprofesjoner. Google Scholar er også anvendt for å få en ryddig oversikt over hvilke forskningsartikler en har fri tilgang til gjennom Lovisenberg Diakonale Høgskole. Bibsys er en felles database for universitets- og høgskolebiblioteker i Norge (Thidemann, 2015), og er anvendt for å finne annen litteratur som pensumlitteratur og eldre bacheloroppgaver.

3.1.2 Søkestrategi

De første litteratursøkene ble gjort høsten 2017 i forbindelse med forarbeidet til bacheloroppgaven. Søkeordene er tilpasset mitt valgte tema, kontekst og problemstilling, og er blitt forandret i takt med endring av problemstillingens formulering. Norsk MeSH er benyttet for oversettelse av søkeord samt norsk-engelsk-ordbok for oversettelse av sykepleiefaglige termer. «Peer reviewed» er et kriterium for å sikre at søket gir treff på

fagfelle vurderte forskningsartikler. Publiseringsdato 2007-2017 er også et kriterium for å sikre at oppgaven baseres på relativt ny forskning. Geografisk avgrensning og forfatter med sykepleiefaglig bakgrunn ble ikke valgt som kriterier i forkant av litteratursøket. Dette ble heller vurdert da jeg gjennomgikk de relevante treffene.

Det ble også gjort manuelle søk i pensumlitteraturs litteraturlister samt tidligere bacheloroppgaver (Dalland, 2017). Slik fant jeg Gjevjon og Hellesøs forskningsartikkel om kvaliteten på hjemmesykepleieres dokumentasjon i elektronisk pasientjournal og Gjevjons vitenskapelige artikkel om kontinuitet i hjemmesykepleien.

Søkeordene «Chronic leg ulcers» AND «Quality of life» er brukt i kombinasjon i Cinahl, med seks treff. Disse søkeordene er valgt for å sikre et pasientperspektiv. Dette søket ga seks funn. Søkeordene «Home Nursing» AND «Wound Care» er også brukt i kombinasjon, og ga ni treff i databasen Cinahl. Disse søkeordene åpner for forskning innen sårbehandling i min valgte kontekst hjemmesykepleie. Søkeordene «Leg ulcers» AND «Community Nurses» ga 17 treff i Cinahl. Få andre forskningsartikler i søkene omhandlet venøse leggsår, og ble derfor utelatt.

3.2 Kildekritiske refleksjoner

Kildekritikk betyr at en vurderer litteraturen som er funnet. Refleksjonen rundt utvelgelsen av litteratur må synliggjøres, og litteraturens styrker og svakheter må også gjøres rede for (Dalland, 2017).

3.2.1 Faglitteratur

To bøker det refereres mye til i denne oppgaven er Langøens bok «Sårbehandling og hudpleie» og Lindholms «Sår», begge fra 2012. Begge refererer til relevant forskning, og Langøens bok er også pensumlitteratur. Etter tips fra sykepleier med interesse for sår anvendte jeg Lindholms bok, og dette er en hyppig brukt kilde innenfor sår som sykepleiefelt. Fjørtofts bok «Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter» fra 2016 er tidligere pensumlitteratur og beskriver særlig rammefaktorene og ansvarsrollen til sykepleiere i hjemmesykepleien svært godt. Lovdata.no er anvendt som primærkilde for kapitlene som omhandler lovverk, men Olav Molvens «Sykepleie og jus» fra 2012 er også anvendt som sekundærkilde. Grunnen til dette er at hans bok setter lovverket i en relevant kontekst for sykepleiere og belyser hvordan lovverket påvirker sykepleiers handlingsrom og ansvarsrolle.

Kapitler som omhandler sykepleieres yrkesetiske retningslinjer er basert på Brinchmanns bok «Etikk i sykepleien» (2012), en sekundærkilde som løfter det inn i en reflekterende kontekst.

3.2.2 Forskningsartikler

Litteratursøk gir tilgang på mye litteratur som belyser temaene behandling av personer med venøse leggsår, sykepleieres arbeid i hjemmesykepleie og sykepleiedokumentasjon. Det er likevel sannsynlig at relevant og oppdatert forskning faller utenom dersom ikke mine litteratursøk er grundige nok. For å redusere sjansen for dette har jeg i flere omganger forsøkt med ulike søkeord og kombinasjoner for å innsnevre litteratursøket. Søkeordene jeg endte opp med og som ga treff med mine valgte forskningsartikler er derfor preget av min førforståelse av hva jeg ønsker å finne litteratur om. Det kan være en svakhet å ha en tydelig agenda om å finne pasientperspektiv og sykepleiersperspektiv. Det er likevel viktig å være spesifikk i søkene for å finne stoff jeg trenger til å belyse problemstillingen fra flere sider.

Litteraturen som brukes må også vurderes med tanke på dens validitet. Dette begrepet handler om hvorvidt resultatene er relevante, og i hvilken grad resultatene kan overføres fra en setting til en annen (Dalland, 2017). Tre av forskningsartiklene omhandler ulike typer kroniske sår, deriblant leggsår. Også funn tilknyttet leggsår som paraplybegrep samt kroniske sår som decubitus kan overføres til behandling av venøse leggsår da de har felles utfordringer. Alle informantene i de tre artiklene var brukere eller helsepersonell som mottok eller utøvde tjenester ute i kommuner, flest i hjemmesykepleie. Dette er en klar styrke og gir gode forutsetninger for å kunne besvare min problemstilling. Artiklene av Gjevjon (2015) og Gjevjon og Hellesø (2010) om henholdsvis sykepleiedokumentasjon og de tre forskjellige typene kontinuitet i norsk hjemmesykepleie er også svært relevant for min problemstilling. Jeg har også anvendt en systematisk oversiktsartikkel. Denne ble funnet utenom litteratursøket og er publisert i 2006. Jeg anser likevel denne som relevant da den bidrar med en større litteraturoversikt, og fordi funn fra de andre artiklene delvis samsvarer. Alle forskningsartiklene har en eller flere sykepleieforfattere.

Videre handler validitet om hvorvidt forskningen er relevant på feltet med tanke på faglig utvikling og tid. For å sikre slik relevans er de valgte forskningsartiklene derfor ikke eldre enn åtte år gamle. Det ble i litteratursøkene ikke gjort geografisk avgrensning. Studiene er gjennomført i Canada, England, Portugal og Norge, og en svakhet kan derfor ligge i

overførbarheten. Likevel, dette er vestlige land med velferdssamfunn, og dette øker validiteten og muligheten for å overføre funn til en norsk kontekst. En svakhet er dog at alle artiklene er skrevet på engelsk, og at viktig informasjon kan ha blitt oversatt, feiltolket og uriktig oversatt. I arbeid med litteratursøk ble det tydelig at det er behov for oppdatert skandinavisk forskning innenfor mitt tema, og da særlig knyttet opp mot teknologiske muligheter etter samhandlingsreformen.

Forskningsartiklene er i forarbeidet vurdert i henhold til hvorvidt de er oppbygd etter IMRaD-struktur med introduksjon, metode, resultater og diskusjon (Thidemann, 2015). Slik blir det også synlig hvorvidt data er samlet inn på en pålitelig måte (Dalland, 2017). Både forskningsartikler med kvalitative og kvantitative metoder er anvendt fordi ulike metodeorienteringer gjør det mulig å fange opp forskjellige data (Dalland, 2017).

Forskningsartiklene med kvalitative metoder fanger opp både sykepleieres og pasienters meninger og erfaringer som ellers ikke ville kommet frem på denne måten via tall og måling (Dalland, 2017). Forskningsartiklene med kvantitative metoder gir data som kan måles og lettere sammenlignes, blant annet via variabler som påvirker livskvalitet samt prosentvis oversikt over hvilke faser i sykepleieprosessen som finnes i sykepleiedokumentasjon (Cunha et al., 2017; Gjevjon & Hellesø, 2010). Forskningsfunn fra begge metodetyperne kan peke på tendenser relevant for min problemstilling, men kan i varierende grad overføres til en annen eller større kontekst.

3.3 Øvrige etiske overveielser

Før et fenomen undersøkes har en allerede antakelser, det være seg gjennom egne erfaringer fra praksis eller historier med helsepersonells erfaringer. Slike forestillinger og fordommer kalles førforståelse, og denne førforståelsen må klargjøres (Dalland, 2017). Mitt valg av problemstilling er påvirket av egne erfaringer og kunnskap fra praksis, men disse erfaringene har ikke samme faglige tyngde som argumentasjon som forskning (Thidemann, 2015). Ved bruk av egne erfaringer fra praksis i hjemmesykepleie er anonymitet ivaretatt, og jeg anvender kun generelle betraktninger fra mine erfaringer slik at etiske hensyn ivaretas.

4 Presentasjon av forskningsresultater

Sentrale forskningsartiklene som anvendes i kapittel 5 Drøfting blir her presentert ved hjelp av en artikkelmatrise.

Forfatter År	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
K.Y. Woo, J. Wong, K. Rice, S. Coelho, E., Haratsidis, L. Teague, V.E Rac, M. Krahn (2017)	Patients' and clinicians' experiences of wound care in Canada: a descriptive qualitative study	Journal of wound care	Hensikten er å utforske pasienter og helsepersonells syn og erfaringer på sårbehandling utført av hjemmesykepleiere alene og av tverrfaglige sårteam.	Kvalitativ metode: Semistrukturert, deskriptivt dybdeintervju.	For å møte pasienter med kroniske sår sine komplekse behov behøves ekspertise innen sårbehandling. Psykososiale behov må møtes. Helsepersonell må arbeide personsentrert. Det er utilstrekkelig kunnskap om forebygging og behandling av kroniske sår, og at velkoordinert tverrfaglig team vil tilrettelegge for en mer evidensbasert tilnærming. Også økonomiske og ressursmessige føringer gir utfordringer med optimalisering av behandling av kroniske sår.
Edwin Chamanga, Janice Christie og Eamonn McKeown (2014)	Community nurses' experiences of treating patients with leg ulcers	Journal of community nursing	Hensikten er å utforske kompetansen sykepleiere i kommuner har i behandling av leggsår, hvilke erfaringer de har med utøvelsen av sykepleie til denne pasientgruppen og hvilke syn de har på pasientgruppens hverdagsliv og behov.	Kvalitativ metode med deskriptiv tilnærming og bruk av fokusgruppe og semistrukturerte intervjuer.	Sykepleierne opplevde leggsår som en betydelig belastning i deres arbeid, og at behandlingen av disse krevde store ressurser. Skuffelse over at tid og økonomi hemmet muligheten til å anvende evidensbasert pleie preget sykepleierne. Tiden la også begrensninger for sårvurdering og oppdatering av tiltaksplaner som videre bidro til lite kommunikasjon og kontinuitet.

Nélia Cunha, Sara Camos og Joana Cabete (2017)	Chronic leg ulcers disrupt patients' lives: A study of leg ulcer-related life changes and quality of life.	British Journal of Community Nursing	Studiens hensikt er å se hvordan pasientgruppens livskvalitet er påvirket etter utvikling av et kronisk leggsår.	Kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode.	Kroniske leggsår ga store konsekvenser for de i utvalget som var i arbeidsalder, og for majoriteten av utvalget hadde leggsårene negativ betydning for familiære relasjoner, livskvalitet og deres følelse av skam overfor sårene synlige symptomer. Deres funksjonelle og sosiale status ble med andre ord svært negativt påvirket av disse leggsårene.
Edith Roth Gjevjon og Ragnhild Hellesø (2010)	The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records	Journal of Clinical Nursing	Studiens hensikt er å utforske hvordan sykepleiere i kommunen dokumenterer i elektronisk pasientjournal samt omfanget av dokumentasjonen.	Kvantitativ metode med retrospektiv tilnærming til sykepleie-dokumentasjon i 91 pasientjournaler.	Sykepleiere i hjemmesykepleie er oppmerksomme på brukemedvirkning, men dokumenterer ikke pasienters behov innen kommunikasjon. Fasene i sykepleieprosessen, og da VIPS-modellen, er ufullstendig brukt.
Ann Van Hevke, Maria Grypdonck og Tom Defloor (2006)	Interventions to enhance patient compliance with leg ulcer treatment: a review of the literature	Journal of Clinical Nursing	Utforsking av tidligere forskningsfunn på tiltak som skal fremme compliance hos pasienter med venøse leggsår.	Kvantitativ metode av 20 forskningsartikler.	Funn viser at data som kan svare på i hvilken grad kompresjonsbehandling ble anvendt og fulgt opp av pasientene selv, var basert på pasienters selvrapportering. Pasienters grad av compliance er ikke adekvat dokumentert, og ingen av studiene har avdekket en løsning på lav grad av compliance blant denne pasientgruppen.
Edith Roth Gjevjon (2015)	Kontinuitet i hjemmesykepleie – vanskelige vilkår, men gode muligheter	Tidsskrift for omsorgs-forskning	Artikkelens hensikt er å diskutere kontinuitetens utfordringer og muligheter i hjemmesykepleie.	Vitenskapelig artikkel basert på Gjevjons doktorgradsavhandling i sykepleie, både kvantitativ og kvalitativ metode.	Hjemmesykepleien har vanskelige vilkår, men gode muligheter for oppnåelse av kontinuitet. Systematisk og strukturert dokumentasjon og kommunikasjon kan kompensere for mangel på personkontinuitet.

5 Drøfting

I dette kapittelet drøftes teorigrunnlag, forskning og praksiserfaring for å kunne besvare problemstillingen.

Jeg gjentar problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier sikre forsvarlig behandling av brukere med venøse leggsår?

5.1 Bevissthet rundt egen yrkesutøvelse

I hjemmesykepleien er sykepleiers arbeidsoppgaver mangfoldige. Dette gir en breddekompetanse (Fjørtoft, 2016). Erfaringsbasert kunnskap og opplæring i kliniske prosedyrer tilknyttet venøse leggsår vil gi en mer spesialisert handlingskompetanse, noe også Orvik (2015) understøtter med forskjellen mellom bred og snever kompetanse. Dette viser hvordan rammefaktorer som bemanning og personellens kompetanse utfordrer muligheten for forsvarlig behandling. Dersom flere eller mange sykepleiere behandler disse få er det grunn til å tro at sykepleierne ikke har mengdetrening og lik handlingskompetanse i den kliniske behandlingen av sårene. Det er også grunn til å tro at de har varierende kjennskap og relasjon til denne pasientgruppen. En nødvendig løsning på en slik utfordring er en større bevissthet rundt hver enkelt sykepleiers faglige forsvarlighet.

Arbeidet med å velge sårprodukter, kompresjonsbandasjer og metode for anleggelse bør gjøres av sykepleiere med kompetanse og erfaring. Det kreves trening i å legge kompresjonsbandasjer korrekt. Det kan derfor tenkes at mindre erfarne eller nylig utdannede sykepleiere blir stilt overfor situasjoner hos brukere de ikke finner ut av eller ikke har forutsetninger for å løse uten andre fagpersoner. Langøen og Gürgen (2012) hevder manglende kompetanse i legging av kompresjonsbehandling har direkte sammenheng med konsekvenser som kan oppstå. De trekker blant andre frem tre eksempler: At det legges kompresjon på ben som ikke tåler dette grunnet for lav arteriell sirkulasjon, bandasje som løsner, sklir og skaper områder uten kompresjon, men med ødem og til sist at det dannes sår rundt malleoler eller tibia grunnet lite polstring (Langøen & Gürgen, 2012). Dette viser at konsekvensene ved manglende kompetanse og erfaring kan være store og uforsvarlige, skade

brukere og forsinke sårtilheling. Norsk sykepleierforbund mener tegn på uforvarlig sykepleie kan være når en bruker blir utsatt for unødvendig skade (Brinchmann, 2012).

I hjemmesykepleien arbeider sykepleier ofte alene (Fjørtoft, 2016). En slik selvstendighet i arbeidet fordrer en større bevissthet rundt faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4). Yrkesetiske retningslinjer er tydelige - «1.3 Sykepleieren har et personlig ansvar og at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig» (Brinchmann, 2012, 113). Sykepleiere i svensk hjemmesykepleie følte et ansvar knyttet til å få vanskelig tilhelende sår til å gro samt å lindre brukeres lidelse. De ønsket at pasientgruppen hadde tillit til dem, og mente dette fordret at sykepleierne selv følte trygghet og tillit i egen profesjon (Lindholm, 2012). Disse funnene fra en kvalitativ studie belyser det faglige og etiske personlige ansvaret til sykepleier. Det juridiske kravet om forsvarlighet er ikke presist, men angir en målestokk sykepleier bør bruke når hun vurderer og evaluerer egne faglige handlinger og egen adferd (Molven, 2012). Sykepleier bør i første rekke være kjent med hvilke kvalifikasjoner hun innehar. Dette fordi både lovverket og yrkesetiske retningslinjer sier sykepleier skal innrette seg etter kvalifikasjonene sine (Brinchmann, 2012; Helsepersonelloven, 1999, § 4). Det vil være individuelle forskjeller blant sykepleierne, og mer arbeidserfaring fører også med seg et større krav til sykepleiers kvalifikasjoner (Molven, 2012).

Molven (2012) skriver at sykepleiere ikke må utgi seg for å ha andre kvalifikasjoner enn hva de har, selv om tjenestestedet skulle forvente mer. Ut fra dette er et av funnene i den britiske forskningsartikkelen særlig interessant. De ni informantene mente behandling av leggsår var utfordrende, og de uttrykte selv manglende kunnskap og praktiske ferdigheter tilknyttet dette. De uttrykte også lite, ustrukturert og tilfeldig opplæring (Chamanga et al., 2014). Funn fra den kanadiske forskningsartikkelen belyser samme behov for mer ekspertise innen sårbehandling da den generelle kunnskapen var for svak (Woo et al., 2017). Informantene i den britiske forskningsartikkelen beskrev hvordan oppgaver ble gjennomført på tross av manglende kompetanse. De mente videre at dette skjedde på grunn av tidspress (Chamanga et al., 2014). Mer hensiktsmessige og forsvarlige løsninger i slike situasjoner kan være å etterspørre opplæring fra tjenestestedet, samarbeide med kollega og å opplyse om sine faglige begrensninger overfor koordinator som fordeler oppgavene. De to sistnevnte forslagene observerte jeg under min praksisperiode i hjemmesykepleie, og dette var både realistisk og løsningsorientert tiltak for å sikre en mer forsvarlig behandling. Slike løsninger handler om å innse egne faglige begrensninger.

I følge både helsepersonelloven og yrkesetiske retningslinjer skal det innhentes bistand eller søkes samarbeid dersom dette er nødvendig og mulig (Brinchmann, 2012; Helsepersonelloven, 1999, § 4). Dette fordrer at sykepleier vet hvem som kan kontaktes for samarbeid og veiledning. Ved praktiske spørsmål eller ved behov for konferering omkring den enkelte bruker kan kolleger på vakt kontaktes for konferering. Kolleger kan ha bedre kjennskap til den aktuelle brukeren enn sykepleier som har fått tildelt besøket, og det vil da være hensiktsmessig at sykepleier er ydmyk. Erfaringer fra praksis lærte meg også at enkelte brukere med venøse leggsår har tilknytning til hudavdelinger i spesialisthelsetjenesten. Sykepleier kan dermed ha anledning til å ringe avdelingen for eksempelvis bistand med egnet sårprosedyre eller vurdere behov for innleggelse. Sykepleier må eksempelvis kunne skille en lokal infeksjon fra en økende til en systemisk infeksjon (VAR, 2018), for deretter å igangsette tiltak som vil gi forsvarlig behandling. Ved å innhente bistand fra og søke samarbeid med også legevakt vil sykepleier i større grad sikre forsvarlig behandling av pasientgruppen (Molven, 2012; Helsepersonelloven, 1999, § 4).

5.2 Pasientansvarlig sykepleier

Kompresjonsbehandling skal alltid styres av personer med særlig kompetanse og interesse (Langøen & Gürgen, 2012). Forskning viser at pasientgruppen også mente helsepersonell med genuin interesse var særlig verdifulle (Woo et al., 2017). Videre konstateres det at sårstell og pålegging av kompresjon er krevende prosedyrer hvor det er fordelaktig med få og kompetente utførere (Langøen & Gürgen, 2012). På den ene siden vil dette gi brukere tett oppfølging av et fåtall sykepleiere med spesiell kompetanse, og på denne måten sikre forsvarlighet. Denne påstanden underbygges av Gjevjon som viser til en svensk studie der slik personkontinuitet kunne ha en positiv effekt på sårtilheling (Gjevjon, 2015). På den andre siden preges hjemmesykepleien av utfordringer med å oppnå personkontinuitet. Mangelen på sykepleiere er også kjent (Gjevjon, 2015; Ugreninov, Vedeler, Heggebø & Gjevjon, 2017). Det er ikke ukjent at brukere opplever å få helsehjelp fra mange personer fra tjenesten (Gjevjon, 2015). Lindholm spesifiserer denne utfordringen ved å trekke frem at de få brukerne i svensk hjemmesykepleie med venøse leggsår blir behandlet av flere sykepleiere av gangen (Lindholm, 2012). Dette understøtter i så fall at personkontinuitet er en kjent utfordring.

En løsning på utfordringer med personkontinuitet er etablering av pasientansvarlige sykepleiere. Dette er en måte å ivareta kvalitet og kontinuitet, og pasientansvarlig sykepleier koordinerer da tjenestetilbudet (Fjørtoft, 2016; Gjevjon, 2015; Lindholm, 2012).

Pasientansvarlig sykepleier kan samle løse tråder og sikre en kontinuitet og forsvarlig behandling. Pasientgruppen får på denne måten en kontaktperson å forholde seg til (Fjørtoft, 2016). Slik kan sykepleier i hjemmesykepleie bruke sin breddekompetanse som en reell styrke gjennom å ha faglig oversikt over et visst antall brukere. For å kunne gi sykepleie til hele brukeren fremfor kun såret kan løsningen med pasientansvarlig sykepleier være god. Den helhetlige behandlingen som gis vil i så måte være forsvarlig og av kvalitet, men kanskje på bekostning av forsvarlighet i konkrete prosedyrer som sårskifteteknikk (Lindholm, 2012). Gjevjon (2015) trekker også frem svakheter ved løsningen, blant annet personavhengigheten samt at det krever at sykepleier gjør datasamling fra flere helsepersonell med varierende kjennskap til brukerne i pasientgruppen. En teammodell kan derfor være mer hensiktsmessig (Fjørtoft, 2016; Lindholm, 2012). Slike arbeidslag erfarte jeg i praksisperioden. Brukere og personalet hadde bedre forutsetninger for å etablere relasjoner med en fast gruppe helsepersonell. Dette skrives det også positivt om i den kanadiske forskningsartikkelen (Woo et al., 2017).

5.3 Personorientert sykepleie

Sykepleier i hjemmesykepleien arbeider i flere ulike situasjonstyper. Pasientgruppen med vanskelig tilhørende sår kan sies å være i en avklart, men ustabil situasjon (Fjørtoft, 2016). Ut fra denne situasjonen skal sykepleiers handlinger og atferd overfor pasientgruppen være i tråd med kravene til faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Sykepleier bør derfor være løsningsorientert og i stand til å vurdere endringer i en brukers tilstand (Fjørtoft, 2016; Kirkevold, 2014). Dette viser nødvendigheten av sykepleieprosessen. Dersom brukerens grunnleggende behov og funksjonsnivå er endret skal dette dokumenteres i brukerens helsestatus (Rotegård et al., 2015). Sammen med sykepleieanamnese utgjør brukerens helsestatus datasamlingen, men til forskjell fra anamnesen skal brukerens helsestatus kontinuerlig oppdateres for å sikre riktig dokumentasjon av brukeren her og nå. Slik kan sykepleier identifisere nye problemer, planlegge tiltak og evaluere de allerede iverksatte tiltakene før eventuelle nye tiltak igangsettes (Rotegård et al., 2015). Ved å ha en relasjon har

sykepleier kjennskap til brukers habituelle tilstand og har dermed bedre forutsetninger for tidlig å identifisere endringer i brukers allmenntilstand.

Dette belyser hvor sentralt det er for faglig forsvarlighet at sykepleier har kunnskap om hver brukers liv (Fjørtoft, 2016). Siden oppfølgingen av brukere med venøse leggsår gjerne strekker seg over måneder eller år, har sykepleier en unik mulighet til å bli godt kjent med brukerne i pasientgruppen. Dette skjer ved direkte pasientomsorg med brukeren i sentrum (Fjørtoft, 2016). Gjevjon (2015) skriver i en vitenskapelig artikkel om blant annet personkontinuitet, og hvordan dette kan oppnås dersom det er en sammenheng og utvikling i interaksjonen mellom sykepleier og bruker. Ved å bli kjent opparbeides en relasjon som er hensiktsmessig for både brukerens følelse av ivaretagelse og for sykepleiers kliniske arbeid. Dersom tjenestestedet er organisert med pasientansvarlige sykepleiere er det sannsynlig at førstegangs vurdering av brukere med datasamling og utarbeidelse av tiltaksplan faller under deres ansvarsområde (Lindholm, 2012). Dersom pasientansvarlig sykepleier arbeider etter strukturen til sykepleieprosessen vil dette kunne lette arbeidet med å få oversikt over hele brukeren (Rotegård et al., 2015). Dette vil legge grunnlaget for videre helsehjelp som gis. Det kan imidlertid ligge en risiko i å delegerer oppgaver som observasjoner, vurderinger, gjennomføring og evaluering av tiltak til helsefagarbeidere og ufaglært personell. Dette er oppgaver innunder sykepleieprosessen og sykepleiers behandlende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2010; Rotegård et al., 2015). Tid, sykepleiermangel og mange brukere på arbeidslistene gjør likevel en slik delegering nødvendig.

Forskning og helsepolitiske føringer viser at personorientert sykepleie er en nødvendighet (Fjørtoft, 2016; St. meld. nr. 47, 2008-2009; Woo et al., 2017). Dersom sykepleier mestrer de praktiske prosedyrene kan blikket lettere løftes videre til hele brukeren. Da kan sårstellet bli en arena for videre observasjon av brukeren og avdekke andre behov brukeren kan ha (Lindholm, 2012). Videre kan brukeres ansiktsuttrykk og uttalelser underveis i et sårstell uttrykke smerte, sorg og uro som kan være ledetråder sykepleier kan plukke opp for å kunne gi faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4; Lindholm, 2012). Forskning viser imidlertid at sykepleiere ofte er mer oppgaveorienterte enn personorienterte (Chamanga et al., 2014; Woo et al., 2017). Dersom dette er tilfelle vil ikke slike ledetråder plukkes opp av sykepleier. Et av hovedfunnene i den ene studien er nemlig at psykososiale behov hos brukere med kroniske sår ikke blir møtt, og at de dermed blir sentrale barrierer for gjennomføring av behandling (Woo et al., 2017). Brukere opplevde her at venøse

sår gjorde livene deres isolerende, ødeleggende og bekymringsfulle. Woo et al. (2017) argumenterer for at slike opplevelser gir pasientgruppen psykisk stress som bidrar til at de ikke evner å bruke ressursene sine og løsningsorienterte mestringsstrategier (Woo et al., 2017). Teorigrunnlag og annen forskning viser også at pasientgruppen har negative følelser knyttet til leggsårene sine. Særlig smerter, nedsatt bevegelighet, sosial isolasjon, frykt for alvorlige infeksjoner og amputasjon er plager pasientgruppen har (Holsen & Ingebretsen, 2011; Cunha et al., 2017, Lindholm, 2012). Slike sinnsstemninger og følelser som ensomhet påvirker trolig sårtilhelingen (Lindholm, 2012).

Sykepleier i hjemmesykepleien bør vite at pasientgruppen er særlig utsatt for psykisk stress og lav livskvalitet grunnet sår, høy alder, komorbiditet, varierende ressurser og nettverk og at mange av de er aleneboende (Holsen & Ingebretsen, 2011; Fjørtoft, 2016; Lindholm, 2012; Van Hecke et al., 2006). Lindholm legger vekt på at sykepleier bør identifisere alle faktorene som påvirker behandlingen og se det totale bildet, og ikke kun såret. Sykepleier og brukers relasjon kan i seg selv da være støttende (Lindholm, 2012). Selv om pasientgruppens vedtak er konkretisert til å utføre sårstell fører den juridiske plikten til å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp til at hele brukeren skal ses. Opplysninger om brukeres fysiske, sosiale, psykiske og åndelige tilstand og behov skal innhentes (Molven, 2012). Både brukerens vanlige og endrede tilstand og behov skal dokumenteres. Deretter kan sykepleier i tråd med sykepleieprosessen identifisere og prioritere i behovene og planlegge tiltak (Rotegård et al., 2015). Dersom sykepleier ikke gir slik personorientert sykepleie vil det bli utøvd fragmentert og faglig uforsvarlighet.

5.4 Behandling til å leve med

En relasjon mellom sykepleier og bruker vil kunne bane vei for samarbeid. Et samarbeid vil muliggjøre brukermedvirkning, som er et mål understreket i lover, forskrifter og stortingsmeldinger (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 § 1-1; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1; Stortingsmelding nr. 47, 2008-2009). Pasientgruppen skal i større grad være aktive i behandlingen og involveres i beslutninger som angår deres helse og hverdag (Fjørtoft, 2016). Slik kan sykepleier også se det spesielle hos hver bruker og tilpasse sykepleien som skal gis (Fjørtoft, 2016). Denne tilpasningen kan også være av betydning for at pasientgruppen skal være motivert for den krevende behandlingen.

Kompresjon og hyppige sårstell er som forklart i kapittel 2.3 den viktigste behandlingen. Sykepleier kan sies å ha ansvar for å påse at denne behandlingen er til å leve med for pasientgruppen (Langøen & Gürgen, 2012). Ved valg av behandling må en helhetlig vurdering av brukers situasjon legges til grunn. I denne vurderingen bør sykepleier se på brukers forutsetninger for å kunne gjennomføre behandlingen. Dette fordi pasientgruppen av og til dør før sårene er tilhelet, som følge av alderdom eller annen sykdom. Det blir dermed et sentralt poeng at behandlingen tilpasses den enkelte brukers situasjon og livskvalitet slik at bruker kan ha det relativt behagelig (Fermann & Næss, 2014; Ingebretsen & Storheim, 2010; Lindholm, 2012). Det kan være at behandlingen en bruker har forutsetninger for å gjennomføre ikke er førstevalget innen hva evidensbasert kunnskap anbefaler, men den avveiningen bør sykepleier ta i lys av brukeren og sitt personlige etiske og faglige ansvar (Brinchmann, 2012). Dersom brukers preferanser tas hensyn til ved valg av behandling og produkter er det sannsynlig at compliance bedres (Lindholm, 2012). Da vil sykepleier også være nærmere målet om brukermedvirkning. Brukeres rett til informasjon og medvirkning understøtter også dette argumentet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1, § 3-2). I hvor stor grad bruker medvirker i slike beslutninger bør tydelig fremkomme i brukers journal.

Mangel på compliance blant brukere med kompresjonsbehandling er en kjent utfordring (Van Hecke et al., 2006). Tidligere litteratur viser at majoriteten av pasientgruppen er inkonsekvente i bruken av kompresjonsstrømper samt gjennomføring av bentrening (Van Hecke et al., 2006). Det samme viser funn fra den kanadiske forskningsartikkelen (Woo et al., 2017). Her skildret informanter med venøse leggsår utfordringer de hadde med bruk av kompresjonsbandasjer eller kompresjonsstrømper. De anerkjente at de ikke alltid fulgte opp kompresjonsbehandlingen, særlig grunnet ubehag, varme og vansker med påkledning av strømper (Woo et al., 2017). En sykepleier fra kommunen fortalte at selve behandlingen påvirket pasientgruppens livskvalitet, og pekte blant annet på at noen likte bandasjene, mens andre ikke. Flere uttrykte misnøye over at kompresjonsbandasjene var stramme og store (Chamanga et al., 2014). De samme utfordringene trekkes frem av Langøen og Gürgen (2012) Dette gjelder særlig firelagsbandasje som er gunstig for særlig behandlingsresistente sår. I den portugisiske studien oppga 45% av informantene kompresjonsbandasjene som et svært plagsomt aspekt ved livet deres. For 27% av informantene var det samme noe plagsomt (Cunha et al., 2017).

En stor forutsetning for vellykket behandling av venøse leggsår er at brukeren forstår betydningen av kompresjonsbehandling (Lindholm, 2012). Sykepleier bør derfor utforske brukeres compliance, både gjennom å stille nysgjerrige spørsmål, men også å være observant på mulige ledetråder hjemme hos brukere. Allerede fra første besøk kan sykepleier ha samtale med pasientgruppen om kompresjonsbehandling, for deretter å tilpasse informasjonen etter hver enkelt brukers læreforutsetninger, slik sykepleier er juridisk pliktig til (Lindholm, 2012; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Dersom det nylig har utviklet seg et venøst leggsår hos en bruker, har sykepleier en ypperlig anledning til å formidle viktigheten av kompresjonsbehandling som et forebyggende tiltak. Opptil 79% av menneskene får tilbakefall dersom de ikke bruker forebyggende kompresjon (Slagsvold & Stranden, 2005). Ut fra dette kan det hevdes at det særlig er de med mindre grad av compliance i kompresjonsbehandling som utvikler nye sår. Disse vil da ikke kunne komme i mål med forebyggende og mindre kostbare tiltak som fysisk aktivitet og kompresjonsstrømper, men heller en mer langvarig og belastende behandling (Langøen & Gürgen, 2012; Lindholm, 2012). Det er imidlertid ikke alle som er mottakelig for eller ønsker mer informasjon (Lindholm, 2012). Dette handler igjen om deres forutsetninger og motivasjon. Den belastende kompresjonsbehandlingen kan som nevnt gjelde livet ut. Her kommer det til syne i hvilken grad sykepleiers ulike funksjonsområder henger sammen. Å kunne sikre forsvarlig behandling av en pasientgruppe fordrer at sykepleier også prioriterer sin undervisende funksjon for å kunne styrke motivasjon og brukermedvirkning (Lindholm, 2012; Nortvedt & Grønseth, 2010).

5.5 Dokumentasjon

Et større fokus på informasjonskontinuitet vil være hensiktsmessig når en i hjemmesykepleie både arbeider mye alene og ikke kommer i mål med personkontinuitet (Gjevjon 2015). Beskjedbøker, huskelapper, arbeidslister, elektroniske pasientjournaler og korrespondanse med fastlege og spesialisthelsetjenesten preger hjemmesykepleien. Sykepleier har her et særlig ansvar for å bidra til forsvarlig dokumentasjon, og dette innebærer å utøve en mer indirekte pasientomsorg hvor relevant informasjon struktureres og formidles på en hensiktsmessig måte (Fjørtoft, 2016; Gjevjon, 2015). Når mange ansatte gir helsehjelp til få brukere er informasjon spredt utover, og det kreves systemer for overlevering av denne informasjonen. I en kontekst der tid og arbeid i brukeres hjem krever at en kan lese seg opp

og raskt finne frem til relevant informasjon, bør sykepleier i større grad bruke arbeidsverktøyet Vips-modellen for å lette egen og kollegers arbeidsbelastning (Rotegård et al., 2015). I hjemmesykepleie faller oppgaven som journalansvarlig på sykepleierne (Forskrift om pasientjournal, 2000, § 6; Molven, 2012). Særlig pasientansvarlig sykepleier skal sørge for oppdatert informasjon og evaluere hjelpebehovet (Fjørtoft, 2016). For at hvert helsepersonell skal kunne gi helsehjelp til pasientgruppen behøver de oppdatert informasjon om hvilke oppgaver som skal utføres og hva som behøver videre oppfølging. Informasjonen som formidles i brukers tiltaksplan må både være detaljert nok til at personer med ulik kompetanse kan forstå vurderingene og tiltakene, samtidig som budskapet ikke må forsvinne i irrelevante detaljer (Fjørtoft, 2016). Først da kan dokumentasjon sikre informasjonskontinuitet i hjemmesykepleie. Når sykepleier i hjemmesykepleie over lengre tid følger en kompleks pasientgruppe vil det kunne bli vurdert som uforsvarlig og brudd på dokumentasjonsplikten å ikke opprette og fortløpende oppdatere tiltaksplanene (Molven, 2012). Ved å gjennomgå tiltaksplanene på denne måten er det grunn til å tro at sykepleieprosessens fem faser i større grad vil bli dokumentert.

Særlig for sårtilheling er informasjonskontinuitet nødvendig (Fermann og Næss, 2014). Elektroniske pasientjournaler er i Norge basert på Vips-modellen som igjen er basert på sykepleieprosessens faser. Forholdene ligger derfor til rette for at sykepleier skal kunne tilstrekkelig dokumentere. Likevel viser forskning på dokumentasjonskvalitet blant hjemmesykepleiere i Norge at dokumentasjonen var ufullstendig, fragmentert og at trinnene i sykepleieprosessen tidvis var fraværende i dokumentasjonen. Ingen av de elektroniske pasientjournalene som ble studert inneholdt alle punktene i sykepleieprosessen, og oftest var sykepleiediagnoser og sykepleietiltak det som ble dokumentert (Gjevjon & Hellesø, 2010). Disse funnene understøttes av Heggdal (2006) som skriver at sykepleiedokumentasjon ofte ikke oppleves som aktuell og at den er for generell. En forklaring på hvordan dokumentasjonen kan bli preget av subjektivitet og en dagboklignende form kan være at konteksten er mer hverdagslig og at brukere i større grad blir anerkjent som personer fremfor pasienter (Gjevjon & Hellesø, 2010). På den ene siden kan dette vitne om at det behøves en balanse mellom strukturert dokumentasjon basert på brukers vedtak og en friere form i fritekst. Slik kan pasientgruppens kommunikasjonsbehov og medvirkning blir mer synlig dokumentert (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1) På den andre siden er det vesentlig at sykepleier formidler viktigheten av at kolleger også rapporterer muntlig dersom noe er av særlig relevans. Uten slik rapportering vil relevant observasjoner forsvinne i

mengden av fritekst i enkeltjournaler, og vil ikke være kunne fanges forsvarlig opp. Dette handler om faglig ledelse. Dersom sykepleier formidler dette vil hun etter yrkesetiske retningslinjer ivareta et faglig og etisk veiledningsansvar overfor annet helsepersonell (Brinchmann, 2012).

Vips-modellen bør brukes i kartlegging av sår (Lindholm, 2012). Det er pasientansvarlig sykepleier som har ansvar for å skrive tiltaksplan og å bidra til koordinering av annet helsepersonell (Lindholm, 2012). Første samtale med bruker og første fysiske vurdering av det venøse leggsåret danner grunnlaget for tiltaksplanen (Lindholm, 2012). Sykepleier bør legge all sår dokumentasjon under behovet «hud og vev» i tiltaksplanen. Under samme behov bør oppdatert sårprosedyre ligge. Forskningsfunn viser at tiltaksplaner og sårprosedyrer ble oppfattet som utilstrekkelige med manglende føringer på hva som skal gjøres under sårstedet (Chamanga et al., 2014). Sykepleierne opplevde at de derfor ikke alltid ble fulgt, men heller endret etter hva hver enkelt mente var hensiktsmessig (Chamanga et al., 2014). Hva de enkelte vurderer som nødvendig dokumentasjon avhenger av deres kompetanse og faglige skjønn. Disse to utfordringene kan unngås ved å ha en konkret og detaljert sår dokumentasjon basert på sykepleieprosessen. Slik kan henholdsvis pasientansvarlig sykepleier i tiltaksplan og prosedyretekst legge føringer for hvilke observasjoner, vurderinger og tiltak som skal utføres og hva pasientgruppens journaler skal inneholde (Forskrift om pasientjournal, 2000, §8; Rotegård et al., 2015). Det bør også tydelig kommuniseres at det er pasientansvarlig sykepleier som skal vurdere endringer i tiltaksplan og prosedyretekst. Endringer gjøres strukturert gjennom sykepleieprosessens evalueringsfase. Denne baserer seg på hvilke effekter de planlagte tiltakene har hatt (Rotegård et al., 2015). En annen løsning er at oppstartsdato og varighet av den gjeldende sårprosedyren dokumenteres i sårprosedyreteksten. Slik dokumenteres det på en mer omstendelig måte, og en unngår misforståelser og uhensiktsmessige endringer underveis (Heggdal, 2006).

Sårprosedyren må være en forståelig oppskrift hvor rengjøring, bruk av produkter og bandasjering trinnvis beskrives (Fermann og Næss, 2014). Dersom sykepleier samarbeider med spesialisthelsetjenesten om en sårprosedyre er sykepleier pliktig til å dokumentere dette samarbeidet, noe ikke de som samarbeidspartner er (Helsepersonelloven, 1999, § 39). Hyppigheten av sårstell må angis, og dette må samsvare med vedtaket bruker har fra saksbehandler (Fjørtoft, 2016). I sårprosedyren bør pasientansvarlig sykepleier omstendelig formidle hva sykepleier skal observere og hvilke tiltak som skal gjøres (Forskrift om

pasientjournal, 2000, § 8; Helsebiblioteket, 2017). Et eksempel på dette er forandringer i sårets utseende, sekresjon, lukt, smerte og andre tegn som kan tyde på infeksjon eller annen forverring (Lindholm, 2012). Dersom en bruker er i en særlig ustabil situasjon, eksempelvis svært utsatt for infeksjoner, bør pasientansvarlig sykepleier formidle hvilke tegn til endringer i allmentilstand hver pleiers skal være observant på. Slik legger pasientansvarlig sykepleier til rette for at de andre sykepleierne dokumenterer det som er nødvendig og relevant av observasjoner. Dersom såret skal måles ved hvert stell må også dette komme klart frem i sårprosedyren som et tiltak (Lindholm, 2012). En logistisk og teknisk utfordring er at dokumentasjonssystemer som Gericia ikke gir mulighet til opplasting av bilder. Såret bør likevel fotografes, og Lindholm mener et mål bør være at dette gjøres en gang i måneden (Lindholm, 2012). Helsebibliotekets fagprosedyre for stell av venøse leggsår angir derimot foto eller avtegning av såret hver 14. dag (Helsebiblioteket, 2017). To løsninger er å oppbevare fotografiene i en brukermappe hos bruker eller i en digital mappe på hjemmesykepleiens kontor.

Uttrykker brukeren ubehag eller annet under sårstellet, pålegging av kompresjonsbandasjer eller besøket generelt må dette også dokumenteres, og helst med pasientens egne ord (Forskrift om pasientjournal, 2000, § 8; Helsebiblioteket, 2017). Andre behov kan være søvnproblematikk eller smerter. Molven (2012) trekker frem subjektive omsorgsbehov som behov for smertelindring, trøst og velvære. Særlig ved kommunikasjon kan det forventes at sykepleiere på faglig vis forholder seg til disse behovene hos brukere på en mer adekvat måte enn annet helsepersonell i tjenesten (Molven, 2012). Av Gjevjon og Hellesøs forskning (2010) fremkommer det at brukeres kommunikasjonsbehov er lite dokumentert. Med samhandlingsreformen er det et stort fokus på brukermedvirkning og pasientorientert sykepleie, og brukernes egne uttalelser og ønsker bør ut fra dette dokumenteres mer nøye enn det gjøres (Molven, 2012; St. meld. nr. 47, 2008-2009). Når sykepleier dokumenterer skal pasientens opplevelser og beskrivelser inn i datasamlingen, i brukerens helsestatus (Rotegård et al., 2015). PDA, telefoner med onlinetilgang til elektronisk pasientjournal, muliggjør dokumentasjon sammen med bruker. Da kan en dokumentere mer i tråd med brukeres behov og formulere mål sammen (Heggdal, 2006). Slike telefoner kan bidra til tidsbesparing siden en kan dokumentere kort tid etter et besøk (Fjørtoft, 2016). Funn fra Chamanga et al. (2014) sin forskning viser imidlertid at sykepleierne ikke hadde tilstrekkelig tid til å utforme personorienterte tiltaksplaner. For at en slik kontinuerlig dokumentasjon skal fungere er det nettopp nødvendig at sykepleier på vakt har tid til å lese og sette seg inn i dokumentasjonen.

5.6 Organisatorisk kompetanse

Tid er allerede en styrende rammefaktor i hjemmesykepleie. (Fjørtoft, 2016). Behandlingen av brukere med venøse leggsår er i seg selv tidkrevende og belastende (Langøen & Gürgen, 2012; Woo et al., 2017). Sykepleiere har fortalt om lange arbeidslister med omstendelige sårstell som bidro til et tidspres. En sykepleier uttalte at sårbehandlingen ble en daglig rutine hvor det i mindre grad ble vektlagt reflektert tenkning (Chamanga et al., 2014). Dette kan sies å være uforsvarlig behandling (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Tidspreset resulterte videre til både en mindre pasientorientert sykepleie direkte med pasientgruppen i tillegg til en underprioritering av strukturert dokumentasjon i tiltaksplan. De samme sykepleierne uttrykte frustrasjon over at tid satte grenser for en helhetlig tilnærming (Chamanga et al., 2014). Følelsen av å ikke strekke til kommer også frem i en svensk kvalitativ studie der sykepleiere hadde et ønske om å skifte fokus fra såret til mennesket (Lindholm, 2012). Selv om tid avhenger av øyet som ser og sykepleier kan skynde seg sakte hos pasientgruppen, er tiden vanskelig å påvirke for sykepleier (Fjørtoft, 2016; Orvik, 2015). Sykepleier kan i større grad påvirke de organisatoriske rammene i hjemmesykepleie.

Orvik peker på at sykepleiere i større grad enn tidligere tilbringer tid med organisatorisk arbeid (Orvik, 2015). Ikke sjelden er det kun en sykepleier på vakt som i tillegg til egen arbeidsliste med brukere har ledelsesansvar for gjennomføring av vakten. Sistnevnte innebærer veiledning av kolleger, koordinering av oppgaver ut fra andres kompetanse og prioritering av uforutsette eller uavklarte hendelser (Fermann & Næss, 2014). Det argumenteres for at sykepleier behøver organisatorisk kompetanse (Orvik, 2015). Dette innebærer å ha innsikt i hvordan hjemmesykepleien er organisert og hvordan sykepleier bør bidra i koordinering og ledelse av dette (Orvik, 2015). Med en slik kompetanse kan sykepleier påvirke den organisatoriske kontinuiteten, som handler om hvordan personell og kompetanse koordineres slik at pasientgruppen får riktig hjelp til riktig tid (Gjevjon, 2015). Min praksiserfaring tilsier at det er nødvendig med både en koordinator og en teamsykepleier i tillegg til engasjerte pasientansvarlige sykepleiere. Slik skal alle løse tråder fra beskjedbøker, huskelapper og journalnotater i fritekst samles. Pasientansvarlig sykepleier kan samarbeide med koordinator slik at fordelingen av helsepersonell til pasientgruppen med venøse leggsår gjennom de daglige arbeidslistene blir mindre tilfeldig, men heller basert på faglige vurderinger (Gjevjon, 2015).

Det er imidlertid ulikt hvordan norske kommuner og bydeler organiserer hjemmesykepleie. Mange kommuner og bydeler baserer seg på bestiller-utfører-modellen hvor saksbehandler mottar, behandler og fatter vedtak basert på brukeres søknad på hjemmesykepleie. Hjemmesykepleien som deretter utøves er basert på disse vedtakene (Fjørtoft, 2016). Det er varierende hvor rigid bestiller-utfører-modellen og vedtakene følges. Dersom vedtak følges slavisk er det grunn til å tro at sykepleiere da opptrer mer oppgavefokusert og fragmentert enn personorienterte og helhetlig (Chamanga et al, 2014; Fjørtoft, 2016; Woo et al., 2017). Da risikerer en også at pasientgruppens livskvalitet neglisjeres som i sum vil bety uforsvarlig behandling (Cunha et al., 2017). Fra 2016 testes imidlertid tillitsmodellen ut i bydeler i Oslo Kommune, som en utfordrer til bestiller-utfører-modellen (Eide, Nilsen, Gullslett, Olafsen, Aaberge & Eide, 2017). Hensikten er at helsepersonellet i direkte kontakt med brukere i større grad skal gis ansvar for vedtaksinnholdet, og at brukere også skal medvirke.

Foreløpige konklusjoner fra rapporten er blant annet at tjenestene brukere fikk var mer fleksible og kunne justeres etter endring i behovene deres (Eide et al., 2017). Dette funnet kan tyde på at sykepleieprosessens faser blir mer effektivt anvendt når sykepleiere blir mer myndiggjort og kan endre vedtaksinnholdet. En annen konklusjon fra rapporten er at helsepersonell som arbeidet i team rundt brukere opplevde å bli bedre kjent med brukerne og behovene deres (Eide et al., 2017) Dette kan tyde på at tillitsmodellen bedre tilrettelegger for personorientert sykepleie. Dette positive resultatet samsvarer med både samhandlingsreformens hensikter og hva forskning viser det behøves (Chamanga et al., 2014; Woo et al., 2017). Gjennom en mindre slavisk tilnærming til vedtakene eller gjennom tillitsmodellen kan sykepleier påvirke hjemmesykepleiens rammefaktorer og bidra til en mer forsvarlig behandling av pasientgruppen (Fjørtoft, 2016; Nortvedt & Grønseth, 2010).

6 Avslutning

Problemstillingen for denne oppgaven har vært:

Hvordan kan sykepleier sikre forsvarlig behandling av brukere med venøse leggsår?

I denne oppgaven har jeg drøftet hvordan sykepleier i hjemmesykepleien kan sikre forsvarlig behandling av brukere med venøse leggsår. Siden sykepleiere i hjemmesykepleien arbeider selvstendig fordrer det en større bevissthet rundt egen yrkesutøvelse (Fjørtoft, 2016). Dette er også i tråd med rammeplan for sykepleieutdanning som sier sykepleier skal ha reflekterte holdninger og faglige begrunnelser for sine handlinger (Kunnskapsdepartementet, 2008). Ved å være bevisst på egen handlingskompetanse og innse sine faglige begrensninger, kan sykepleier søke samarbeid med kolleger og legevakt, etterspørre opplæring og formidle kompetansen sin til avdelingssykepleier og avdelingens koordinator. Slik kan sykepleier unngå å gå utover egne kvalifikasjoner og potensielt skade pasientgruppen, og heller bidra til å sikre forsvarlig behandling av pasientgruppen (Brinchmann, 2012; Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Dersom sykepleier innehar tilstrekkelig og mer spesialisert kompetanse innen venøse leggsår mestrer hun de kliniske prosedyrene, og blikket kan løftes til pasientgruppen. For å kunne behandle hele mennesket på en etisk og juridisk forsvarlig måte, og ikke kun et sår, bør sykepleier samle kunnskap om hver enkelt bruker og opparbeide relasjoner (Fjørtoft, 2016; Lindholm, 2012). Slik kan endringer i hele brukerens tilstand og behov tidlig identifiseres, og pasientgruppen vil få en mer personorientert sykepleie der eksempelvis psykososiale behov ikke vil bli neglisjert (Lindholm, 2012; Rotegård et al., 2015; Woo et al., 2017). For at behandlingen skal være til å leve med og compliance kan bedres, bør sykepleier ta hensyn til hver brukers motivasjon og livskvalitet og tilpasse sårbehandlingen deretter (Langøen & Gürgen, 2012; Lindholm, 2012).

Sykepleiers behandlende funksjon er tett opp til sykepleieprosessen (Nortvedt & Grønseth, 2010; Rotegård et al., 2015). Oppgaven viser at ved kontinuerlig bruk av sykepleieprosessens faser vil dokumentasjonen i både tiltaksplaner og sårprosedyrer bli mer detaljert og strukturert (Heggdal, 2006; Gjevjon & Hellesø, 2010). Et slikt fokus på informasjonskontinuitet er særlig nødvendig når en ikke kommer i mål med personkontinuiteten. Pasientansvarlige sykepleiere

kan da veilede kollegene sine i hvilke observasjoner som skal gjøres, tiltak som skal utføres og hva som skal vektlegges i dokumentasjonen. Slik kan sykepleier ta faglig ansvar og lede sykepleietjenesten (Brinchmann, 2012). Slik blir dokumentasjonen også et kommunikasjonsmiddel som sikrer en informasjonskontinuitet som er nødvendig for å bedre faglig forsvarlighet (Heggdal, 2006). Etablering av pasientansvarlige sykepleiere kan styrke personkontinuiteten i den helhetlige behandlingen av brukere, mens arbeidslag med en fast gruppe personell kan sikre at sårbehandlingen blir utført av personell med både spesialisert kompetanse og kjennskap til bruker. Disse løsningene kan samlet bidra til forsvarlig behandling av brukere med venøse leggsår.

Sykepleier bør også anerkjenne at hun behøver både en klinisk kompetanse og en organisatorisk kompetanse (Orvik, 2015). Tid er en kjent styrende rammefaktor i hjemmesykepleien, og sykepleier har større påvirkningskraft på de organisatoriske rammene. Ved å samarbeide med koordinator kan fordelingen av personell på brukere bli mer mindre tilfeldig og mer faglig begrunnet. Også ved å ikke følge pasientgruppens vedtak slavisk, og i beste fall ha påvirkning på vedtaksinnholdet, har sykepleier bedre forutsetninger for å anvende hele sykepleieprosessen, endre tiltak etter pasientgruppens behov og slik behandle hele mennesket på en faglig forsvarlig måte (Eide et al., 2017; Fjørtoft, 2016; Molven, 2012).

Referanseliste

- Brinchmann, B.S. (2012). *Etikk i sykepleien*. (red.). (3. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Chamanga, E., Christie, J. & McKeown, E. (2014). Community nurses' experiences of treating patients with leg ulcers. *Journal of Community Nursing*, vol 28, No 6.
Hentet fra: <https://www.jcn.co.uk/files/downloads/articles/12-2014-community-nurses-experiences-of-treating-patients-with-leg-ulcers.pdf>
- Cunha, N., Campos, S. & Cabete, J. (2017). Chronic leg ulcers disrupt patients' lives: A study of leg ulcer-related life changes and quality of life. *British Journal of Community Nursing*. DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2017.22.Sup9.S30>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, T., Nilsen, E., Gullslett, M.K, Olafsen, A.H., Aaberge, A.H., Eide, H. (2017). *Tillitsmodellen – erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo kommune*. Hentet fra: https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2446638/2017_13_Eide_Tillitsmodellen.pdf?sequence=1
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2015). *Nye VIPPS-boken: Velvære, integritet, profylakse og sikkerhet*. Oslo: Cappelen Damm.
- Fermann, T. & Næss, G. (2014). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Fjørtoft, A. (2016). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. (3. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

Forskrift om pasientjournal (2000). Forskrift om pasientjournal m.v av 21. desember 2000.

Nr. 1385. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385?q=forskrift%20om%20pasientjournal>

Gjevjon, E.R. & Hellesø, R. (2010). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 100-108.

DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x

Gjevjon, E. R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. Hentet fra:

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

Heggdal, K. (2006) *Sykepleiedokumentasjon*. (2. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v av 2. juli 1999. Nr. 64.

Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.v av 24. juni 2011. Nr. 30. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorgstjenesteloven>

Holsen, D. & Ingebretsen, H. (2011). Sykdommer i huden. I Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (red). *Sykdom og behandling*. (1. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Helsebiblioteket (2017). Sårstell – venøse leggsår. I *Helsebiblioteket*. Hentet 13.02.2018 fra <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/sarstell-venose-leggsar>

Ingebretsen, H. & Storheim, E. (2010). Sykepleie ved sykdommer og skader i huden.

I Almås, H., Stubberud, D.G. & Grønseth, R. (red.). (4. utgave). *Klinisk Sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Kirkevold, M. (2014) Kartlegging. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H.
Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. (2. utgave). Oslo:
Gyldendal Norsk Forlag.
- Langøen, A. & Gürgen, M. (2012). Forebygging og behandling av sår. Etiologisk inndeling.
I Langøen, A. (red). *Sårbehandling og hudpleie*. (4. utgave). Oslo:
Gyldendal Norsk Forlag.
- Langøen, A. & Gürgen, M. (2012). Sårbehandling, generelle prinsipper. I Langøen, A. (red).
Sårbehandling og hudpleie. (4. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lindholm, C. (2012). *Sår*. (3. utgave). Oslo: Akribe.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. (4. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I Almås, H.,
Stubberud, D. & Grønseth, R (red.) *Klinisk sykepleie 1*. (4. utgave.). Oslo:
Gyldendal Norsk Forlag.
- Orvik, A. (2015) *Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. (2. utgave). Oslo: Cappelen Damm.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v av 2. juli
1999. Nr. 64. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-%20og%20brukerrettighetsloven>
- Rotegård, A.K., Solhaug, M. & Grov, E.K. (2015). Sykepleierens arbeids- og
beslutningsprosess. I Grov, E. K & Holter, I. M (red.). *Grunnleggende kunnskap i
klinisk sykepleie*. (5. utgave). Oslo: Cappelen Damm.

Slagsvold, C. & Stranden, E. (2005). Venøse leggsår. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, Nr. 7. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2005/04/medisin-og-vitenskap/venose-leggsar>

St. meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1>

Thidemann, I. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ugreninov, E., Vedeler, J.S., Heggebø, K., Gjevjon, E.R. (2017). *Konsekvenser av sykepleiermangel i kommunene fra et pasient- og pårørendeperspektiv* (NOVA Rapport 7/2017). Hentet fra: <https://www.nsf.no/Content/3545405/cache=20171809144820/NOVA-Rapport-7-17-Konsekvenser-av-sykepleiermangel-i-kommunene-web.pdf>

VAR Healthcare (2018). Observasjoner relatert til bakteriell ubalanse i sår. I *VAR Healthcare*. Cappelen Damm Akademisk. Hentet 13.02.2018 fra <https://www.varnett.no/portal/content/13507/13>

Van Hecke, A., Grypdonck, M., & Defloor, T. (2006). Interventions to enhance patient compliance with leg ulcer treatment: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01863.x

Woo, K.Y, Wong, J., Rice, K., Coelho, S., Haratsidis, E., Teague, L., Rac, V.E., & Krahn, M. (2017). Patients' and clinicians' experiences of wound care in Canada: a descriptive qualitative study. I *Journal of Wound Care*, vol 26, No 7. DOI: <https://doi.org/10.12968/jowc.2017.26.Sup7.S4>