



Emne 14B, Bacheloroppgave del B

Kandidatnummer: 582

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 9869

Dato: 22.04.2019



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 22.04.19
<p>Tittel</p> <p>Hvordan kan sykepleier i hjemmesykepleien utføre faglig forsvarlig behandling av venøse leggsår?</p>	
<p><u>Problemstilling:</u></p> <p>Hvordan kan sykepleier i hjemmesykepleien utføre faglig forsvarlig behandling av venøse leggsår?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u></p> <p>Oppgaven har sykepleiers behandlende og helsefremmende funksjon som rammeverk. Innenfor dette brukes teori om venøse sår, den relevante pasientgruppen og behandling av disse. Spesielt kompresjon, sårstell, smertelindring, ernæring og aktivitet trekkes frem. Faglig forsvarlighet og tilhørighet til behandling brukes til å understøtte sykepleiers ansvars- og funksjonsområde til problemfeltet.</p> <p><u>Metode:</u></p> <p>Oppgaven er en litteraturstudie. Databaser som CINAHL og PUBMED er brukt til å hente kildemateriale, med suppleringer fra faglitteratur og egen erfaring fra praksis.</p> <p><u>Drøfting:</u></p> <p>Drøftingen er strukturert etter de to aktuelle sykepleiefunksjonene. Først drøftes sykepleierens behandlende funksjon opp mot lokal behandling og smertelindring. Så drøftes sykepleierens helsefremmende funksjon i hjemmesykepleien opp mot livsstilsendringer og systemiske faktorer som hemmer tilheling. De teoretiske perspektivene holdes opp mot yrkesetiske retningslinjer og juridiske rammeverk.</p> <p><u>Konklusjon:</u></p> <p>Faglig forsvarlig sykepleie til pasienter med kroniske venøse leggsår i hjemmetjenesten krever en holistisk tilnærming. Tilheling av kroniske sår krever en stor innsats av både pasient og helsepersonell. Dette betyr at god helsehjelp går utover kun den behandlende funksjon og inkluderer en stor grad av helsefremmende personsentrert sykepleie. For at en behandlingsplan skal dekke alle faktorer som fremmer/hemmer tilheling, må den inkludere ernæring, røyking, aktivitet og smertelindring, i tillegg til kompresjon og lokal sårpleie. Det er store utfordringer i hjemmetjenesten i forhold til å sikre god kontinuitet. Klarer sykepleier</p>	

dog å sikre god relasjon til pasientene og inkludere dem i behandlingen, vil det trolig øke pasientens tilhørighet til pleien.

(Totalt antall ord:300)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensning	2
1.4 Begrepsavklaring	3
2 Teori	4
2.1 Pasientgruppen	4
2.2 Patofysiologi	5
2.3 Faktorer som forhindrer tilheling	5
2.3.1 Lokale faktorer	6
2.3.2 Systemiske faktorer	6
2.3.3 Miljøfaktorer.....	7
2.4 Behandling	8
2.4.1 Kompresjon	8
2.4.2 Sårstell og hudpleie	8
2.5 Hjemmesykepleien	9
2.6 Sykepleierens funksjoner	10
2.6.1 Sykepleierens behandlende funksjon.....	11
2.6.2 Sykepleierens helsefremmende funksjon	12
2.7 Juridisk og etisk rammeverk	12
2.7.1 Faglig forsvarlighet i sårstell av kroniske sår i hjemmesykepleien	13
2.7.2 Juridiske rammer	14
3 Metode	15
3.1 Kildekritikk	15
3.1.1 Faglitteratur	15
3.1.2 Forskning.....	16
3.2 Litteratursøk	17
3.2.1 Tabell A: CINAHL	17
3.2.2 Tabell B: PubMed.....	18
3.2.3 Tabell C: SveMed.....	18
4 Presentasjon av forskningsresultater	19
5 Drøfting	21
5.1 Den behandlende funksjon	22
5.1.1 Kompresjon	23
5.1.2 Smertelindring	25
5.1.3 Sårstell	26
5.1.4 Kontinuitet og kompetanse	27
5.2 Den Helsefremmende funksjon	28
5.2.1 Ernæring	28
5.2.2 Fysisk aktivitet og røyking	30
5.2.3 Hvordan fremme livsstilsendringer	32
6 Avslutning	32
7 Referanseliste	34

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for tema

Leggsår er et omfattende og alvorlig problem i helsevesenet. I Sverige står leggsår for omtrent 1,5% av det totale helsebudsjettet og er beregnet til ca. 964 millioner. Det mangler oppdaterte tall fra Norge, men det kan antas at Svenske tilstander ikke skiller seg vesentlig fra Norske, relativt til innbyggertall. Kostnadene for behandling per pasient per uke kan komme opp i 1400 kroner. For fullstendig behandling av et kronisk leggsår kan kostnadene variere mellom 12 200 kroner og 23 800 kroner (Lindholm, 2018). I Norge har 2% av mennesker over 80 år har venøse leggsår. Mange opplever å ha venøse sår i årevis med opp og nedturer underveis (Langøen & Gürgen, 2018a).

For pasienten kan venøse leggsår senke livskvalitet form av direkte smerter, sosial isolasjon og psykologiske plager (Slagsvold & Stranden, 2005).

Opptil 75% av personer med venøse sår har smerter. Smertene henger sammen med ødem både i vevet og i selve hudskaden. Av denne grunn sitter smertene ofte både i såret og i området rundt (Langøen & Gürgen, 2018a). Smerte er ett stort problem hos pasientgruppen og beskrives ofte som det verste symptomet. Hele 42% av pasienter med kroniske leggsår rapporterer at såret preger fritiden deres, og 11 % rapporterer at det går ut over deres mobilitet (Lindholm, 2018). Smertene er gjerne verst ved inaktivitet og kan derfor gå ut over søvn og hvile. I tillegg kan venøse staser kan føre til staseeksem som får huden til å klø og flasse. Videre væsker og/eller lukter mange venøse sår kraftig. Kombinasjonen av disse symptomene kan begrense pasienten i hverdagen så vel som sosialt og således gå utover pasientens livskvalitet (Langøen & Gürgen, 2018a).

Blant pasienter med venøse leggsår er eldre definitivt overrepresentert med en prevalens på 2% hos de over 80 år (Langøen & Gürgen, 2018a), mot en variasjon fra ca. 0,12 % til 1,0 % i befolkningen generelt (Slagsvold & Stranden, 2005). Det er flere grunner til at eldre er mere utsatt. Blant annet at de har større prevalens av risikoøkende komorbiditet i form av kardiovaskulær sykdom og metabolsk syndrom. I tillegg har eldre gjerne flere risikofaktorer i

bildet, som overvekt, skjør hud, manglende mobilitet, røyking over tid og feilernæring (McDaniel, Kemmner & Rusnak, 2015).

Sårstell er en viktig, men ofte lite organisert sykepleieroppgave. At sår er viktig blir blant annet tydelig i aprilutgaven av magasinet sykepleien (2019) hvor nettopp sår var tema for hele utgaven. I lederartikkelen trekker temaredaaktør Johansen (2019) fram at til tross for hvor viktig gode sårprosedyrer er, så er det ofte store mangler og dårlig kontinuitet. For sykepleiere er sårstell en sentral oppgave da det gjerne blir sykepleierne som utfører brorparten av selve behandlingen. I min erfaring fra praksis opplevde jeg at sykepleier stod med ansvaret for behandlingen og ofte opererte som mellomledd mellom forskjellige faggrupper ved behov for å koordinere tjenester. I sårstellet opplevde jeg at sykepleieren måtte agere med større autonomitet for å mestre de forskjellige og utviklende utfordringene et kronisk sår stiller. Dette er også hensikten etter at samhandlingsreformen flyttet ansvar fra spesialisthelsetjenesten og over mot hjemmembaserte tjenester (Fjørtoft, 2016). Av disse grunner er det sentralt at sykepleiere i hjemmetjenesten har kunnskap om hvordan behandling kan gjennomføres på en forsvarlig måte.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier i hjemmesykepleien utføre faglig forsvarlig behandling av venøse leggsår?

1.3 Avgrensning

Behandling av kroniske venøse leggsår er en kompleks oppgave som krever forskjellige virkemidler avhengig av såret og pasientens tilstand og omstendigheter. Målet for denne oppgaven er å lage et overblikk over hvilke sykepleietiltak som er nødvendige og gunstige for å behandle kroniske venøse sår. Oppgaven vil således ikke gå i dybden på enkelttiltak, men heller drøfte hvordan de forskjellige tiltakene generelt har muligheter og utfordringer. Da oppgaven bruker hjemmetjenesten som kontekst vil utfordringer i hjemmetjenesten rundt tid og ressurser vil inkluderes for å drøfte hvordan de administrative rammene for sykepleie,

eventuelt kan prege tiltakene. Sårbehandling organiseres forskjellig fra sted til sted, der noen bruker kontaktsykepleiere som har ansvar for å starte og avslutte behandling, mens andre har et åpent system der alle kan ta individuelle avgjørelser (Birkeland & Flovik, 2018). Oppgaven skal således handle om metoder for å pleie kroniske venøse sår i hjemmet, satt inn i en kontekst av ressursene til en sykepleier i hjemmetjenesten.

Pasienter med problemstillingen behøver ofte behandling av tverrfaglige team bestående av legespesialister, helsefagarbeidere, fysioterapeuter, sosionom, ernæringsfysiolog og ergoterapeut i tillegg til sykepleier (Lindholm, 2018). Dette vil også nevnes for å kontekstualisere diskusjonen om ressurser i hjemmetjenesten, men ikke trekkes inn som tiltak i seg selv.

Denne oppgaven har fokus på sykepleierens behandlende funksjon ovenfor venøse sår, men også den helsefremmende funksjon ovenfor pasienten og eventuelle livsstilsendringer de må vurdere. Pårørende er ofte sentrale samarbeidspartnere for sykepleiere i hjemmesykepleien, men vil ikke være et fokuspunkt for denne oppgaven. I stedet vil fokuset ligge på sykepleiers virke og den direkte pleier-pasientrelasjonen.

1.4 Begrepsavklaring

Pasient: I denne oppgaven brukes begrepet *pasient* om mottakerne av sykepleien. Dette er for å understreke at mottakerne av helsehjelpen skal ha de spesifikke rettighetene som tilfaller pasienter. Et annet vanlig begrep er bruker og omtales ofte som en aktiv mottaker av helsehjelp eller offentlige ytelser og har medbestemmelse og medvirkning (Birkeland & Flovik, 2018). Pasient blir derimot definert av pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 som: «en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfellet» ("Pasient-og brukerrettighetsloven," 1999). I denne oppgaven bruker jeg begrepet pasient både for å bruke pasientenes rettigheter som utgangspunkt for drøftelse og for å tydeliggjøre at mottakerne av helsehjelpen er syke og har behov for sykepleiers behandlende funksjon.

Tilhørighet: I artiklene om tilhørighet som brukes i denne oppgaven har forfatterne (Bainbridge, 2013; Stanton, Hickman, Rouncivell, Collins & Gray, 2016) brukt det engelske

begrepet *concordanse* for å beskrive hvor vidt behandlingsmål følges av pasienten. Artikkelforfatterne bruker *concordanse* i stedet for *compliance* for å fram både et mer likeverdig syn på partene i sykepleier-pasient relasjonen. I samme ånd bruker denne oppgaven derfor begrepet *tilhørighet* i stedet for *etterlevelse*. Dette skal beskrive både pasientens vilje til å følge behandlingsmål, så vel som pasientens mulighet. Samtidig skal det få fram at pasienten ikke er en passiv mottaker av behandlingstiltak, men en aktiv deltaker i egen behandling.

2 Teori

2.1 Pasientgruppen

Pasienter med venøse leggsår i hjemmesykepleien er primært eldre, med en medianalder på 75- 80 år. Enslige kvinner som bor alene er overrepresentert. Venøse leggsår står for rundt 70% av alle leggsår og utgjør ca. 2%, noe som viser at det er en pasientgruppe med betydelig størrelse (Langøen & Gürgen, 2018a).

Hvor mye såret preger den enkelte kan variere. For noen blir livet totalt forandret av å få kronisk sår, for andre blir livet tilpasset såret. For en stor del av pasientgruppen er dog såret en del av en sammensatt sykdom. Komorbiditet er vanlig blant gruppen og pasienter med kreft, aids, diabetes eller hjertesvikt er i risikogruppen for å utvikle sår (Langøen & Gürgen, 2018a).

I studier på livskvalitet scorer pasientgruppen like lavt som personer med nyresvikt, MS og hjertesvikt. Det mest framtrødende problemet er smerter. De fleste med venøse sår har smerter (opptil 75%). Smertene henger sammen med både ødem i vevet og hudskaden. Av denne grunn sitter smertene ofte både i såret og i området rundt (Langøen & Gürgen 2018a). Smerter senker bevegelighet, preger søvn, skaper ubehag og begrenser hverdagen.

Tidsperspektivet for pasientgruppen kan være langt, opptil flere år med varierende perioder og i verste fall amputasjon. Noen pasienter dør med sår. Selv om leggsår i teorien skal kunne

heles er det mange sår som har vansker med å gro. Noen av grunnene til dette kan være manglende diagnostisering eller utilstrekkelig behandling av eventuelle bakenforliggende årsaker (Ingebretsen & Storheim, 2016).

2.2 Patofysiologi

Det definerende ved et venøst leggsår er at det er problemer i venene i leggen som er årsaken til såret.

I underekstremitetene er det både et overflatisk og et dypt venesystem. Det overflatiske venesystemet transporterer blodet i et lavtrykksystem til de dype vena femoralis og vena poplitea. Her forhindrer veneklaffer at blodet strømmer tilbake nedover. I de dypere venene er det betydelig høyere trykk enn i det overflatiske venenettverket. Blodet føres her tilbake til hjertet takket være et system av muskelpumper oppover gjennom foten og benet (Lindholm, 2018).

Fungerende klaffer er en forutsetning for adekvat venøs gjennomstrømning. Svikter klaffefunksjonen vil det føre til at blodet lekker ut til vevet og tilbake til de overflatiske venene. Dette vil øke trykket i venesystemet og føre til ytterligere klaffesvikt. Venøs hypertensjon gjør personen sårbar for venøse leggsår. Denne tilstanden er hva som kalles venøs insuffisiens og fører til tilbakestrømming av venøst blod (Lindholm, 2018). Denne tilbakestrømmingen skaper smertefulle ødem og gjør huden sårbar for skader. Venøse leggsår befinner seg vanligvis i området fra nedre tredel av leggen og er overflatisk. De har ofte en ujevn kant, sjeldent svarte nekroser, mye væskedannelse og ofte infeksjoner (Langøen & Gürgen, 2018a).

2.3 Faktorer som forhindrer tilheling

Det finnes tre typer faktorer som gjør at sår ikke heler. Lokale faktorer, systemiske faktorer og miljøfaktorer.

2.3.1 Lokale faktorer

Under lokale faktorer, ligger faktorer som preger såret direkte gjennom omgivelsene.

Herunder blant annet sårets grad av: nekrose, alder, ødem, lokal sirkulasjon, hudstatus og bakteriell belastning. I venøse sår er vevet dårligere oksygenert da ødemer forhindrer god blodtilførsel. Det oppstår da iskemi i huden. Av denne grunn er venøse sår ofte mere overflatiske (Langøen & Gürgen, 2018b). Mange sår får vekst av bakterier. Får bakterien overtak på immunforsvaret kan i verste konsekvens være sepsis. Ved infisering foreligger det som regel biofilm. Biofilm er en beskyttende hinne som forhindrer bakteriene å bli eliminert av immunforsvaret som vel som andre ytre faktorer som desinfiserende midler eller antibiotika. Tilstedeværelsen av biofilm trigger en vedvarende inflammasjonsrespons hos verten ved å manipulere immunforsvaret til å utløse frie oksygenradikaler og proinflammatoriske cytokiner. Dette holder såret i en inflammasjonstilstand og forhindrer det å gro (Langøen & Gürgen, 2018b).

2.3.2 Systemiske faktorer

Systemiske faktorer som personens alder, venøs svikt, underernæring, røyking/rus og medisiner.

Alder spiller inn på dannelse og tilheling av sår på flere måter. Høyere alder er koblet til at sykdommer letter oppstår og utvikler seg til å bli alvorlige raskere enn hos yngre mennesker. I tillegg hever alder sjansen for multisykdom (Romøren, 2014). Multisykdom kompliserer situasjonen både når det gjelder diagnostikk, behandling og rehabilitering, samt at det øker risikoen for komplikasjoner. Dette fordi behandling av en diagnose kan ha bivirkninger som preger de andre, samt at det er vanskeligere å skille årsak fra virkning (Romøren, 2014). Komorbiditet resulterer gjerne i polyfarmasi hvilket fører til at pasienten eventuelt må ta ugunstige legemidler. NSAIDS, cytostatika, immunsupprimerende midler og antikoagulantia er alle assosiert med forsinket sårtilheling (Lindholm, 2018).

Nedsatt bevegelighet blir et problem da oksygenforsyningen til kroppens vev ikke blir optimal hvis pasienten ikke bruker bevegelsesapparatet (Langøen & Gürgen, 2018b). Hos eldre er nedsatt aktivitetsnivå et spesielt stort problem da muskelatrofi og fall i utholdenhet inntreffer

veldig fort ved immobilitet. En uke med immobilitet kan føre til 20% tap av muskelmasse mens 3 – 4 uker kan føre til 20% tap i utholdenhet (Ranhoff, 2014).

Immobilitet kan forsterkes i en negativ sirkel ved engstelse for fall basert på fallhistorikk parallelt med dårligere gangfunksjon på grunn av sår. Dette kan igjen føre til sosial isolasjon som forverrer symptomene ytterligere (Lindholm, 2018; Ranhoff, 2014).

Dårlig ernæringsstatus kan være et problem blant pasienter i hjemmesykepleien med kroniske sår da mangel på visse næringsstoffer kan ha direkte virkning på sårtilheling (Lindholm, 2018). Blant de viktigste næringsstoffene er protein da det er reisverket i muskler, bindevev, sener, leddbånd, hud og hår. Mangel på protein kan føre til nedsatt vevsperfusjon, ødemer og på denne måten senke sårtilheling (Sortland, 2015)

Omega-6 og omega-3 er viktige for å opprettholde cellemembranens funksjon og mangel på disse vil føre til nedsatt sårtilheling. Mangel på vitamin C fører til skjørhet i hud og blødninger fra kapillærer i tillegg til nedsatt sårheling som resultat av manglende kollagen og granulasjonsvev. Sink (både lokalt og systemisk) bidrar til energiomsetning, proteinsyntese, kollagendannelse, dannelse av lymfocytter og således immunsystemet. Mangel på sink fører til nedsatt dannelse av nytt vev og økt risiko for infeksjoner (Sortland, 2015).

Det er således viktig at tilstrekkelig mengde vitamin C og Zink når såret for at vevet skal klare å gjenoppbygge seg selv. Til slutt er god hydrering essensielt da vann er nødvendig for all transport av næringsstoffer og alle metabolske prosesser i celler og vev (Sortland, 2015).

Røyking kan forsinke tilheling ved at det forhindrer såret i å være optimalt oksygenert. Dette ved at karbonmonoksid binder seg til hemoglobinet i de røde blodcellene og således senker SpO₂. Det fører også til vasokonstriksjon og aterosklerose hvilket reduserer blodgjennomstrømmingen og senker blodets forsyning til vevet. Dette øker risiko for ineksjon som følge av kronisk vevshypoksi. Videre øker det behovet for vitamin- C med 40 % på grunn av økt oksidering (Lindholm, 2018).

2.3.3 Miljøfaktorer

Miljøfaktorer handler om ytre forhold som påvirker pasienten og sårtilhelingen. Under dette kommer faktorer som ytre belastning/traume eller manglende avlastning, inadekvat sår- og

hudbehandling og dårlig hygiene (Langøen & Gürgen, 2018b). Sykepleie til denne pasientgruppen må ta hensyn til hvordan frykt for miljøfaktorer kan prege pasientenes liv. Frykt for smerter relatert til belastning kan føre til at pasientene begrenser aktivitet. Det samme kan frykt for at lukt fra såret skal være sosial ubehagelig. Blir pasienten immobil øker risiko for andre komplikasjoner som trykksår, depresjon eller funksjonstap (Lindholm, 2018). God veiledning til denne gruppen om hvordan de kan tilpasse seg- og mestre situasjonen sin er derfor viktig for at pasientgruppen ikke blir offer for miljøfaktorer.

2.4 Behandling

2.4.1 Kompresjon

Kompresjon regnes som den viktigste behandling for pasienter med venøse sår. Dette er fordi det er venøs hypertensjon som er årsaken til problemet og derfor det som må stå i fokus for behandlingen. Kompresjon reduserer hevelse ved å øke trykket i vevet og således redusere utspenningene i venene. Dette gjør øker funksjonsnivået til veneklaffene. Sammenlagt lindrer dette de lokale symptomene i underekstremiteten (Lindholm, 2018). Hvilken type kompresjonsopplegg som velges må vurderes ut fra flere forhold som: Hvor selvstendig pasienten er, hvor mye ødem som foreligger og hvordan pasienten ønsker at kompresjonsregimet skal tilpasses daglige rutiner som om pasienten ønsker å vaske seg daglig eller hvor tidlig pasienten må stå opp om morgenen (Langøen & Gürgen, 2018b). God kompresjon skal ligge jevnt og uten folder så kompresjonen blir jevnt fordelt og det ikke blir klypende trykk på spesifikke punkter da dette kan stanse blodsirkulasjonen. Bendasjen skal legges fra tærne og helt opp til kneleddet. Dog uten at kanten gnager på innsiden av kneet og uten at det forhindrer bevegelse i ankelen (Lindholm, 2018).

2.4.2 Sårstell og hudpleie

Ved venøse leggsår oppstår det ofte hudproblemer i området rundt såret. Ettersom venøs hypertensjon fører til ødem vil cellene i huden og vevet rundt være underernært. Dette gjør at små skader som ville vært ufarlige i frisk hud, kan utvikle seg til betydelige skader hos pasienten. Som nevnt over er det et vanlig problem med staseeksem og store mengder væske fra venøse sår. Behandling av hudens plager med f.eks. kortisonsalve for å minske eksem, antibakteriell krem og/eller bandasjer for å samle opp væske og skjerme huden kan være nødvendige tiltak i tillegg til komprimering for å sikre at hudens integritet bevares (Langøen & Gürgen, 2018b). Veskseoverskudd i såret er et tegn på at det er biofilm i sårbunnen. Behandling må derfor fokusere på å fjerne årsaken samtidig som væskeoverskuddet begrenses med spesialbandasjer. Det er noe usikkerhet om hvordan biofilm best kan fjernes, men mekanisk debridering av nekrotisk vev og god vask av såret, spiller trolig en sentral rolle da det kan ødelegge biofilmens struktur og således eksponere bakteriene (Langøen & Gürgen, 2018b).

Diagnostisering av sårets utvikling kan være utfordrende. Et verktøy for å kartlegge såret utvikling er TIME-prinsippet. TIME er et akronym for *tissue, infektion/inflammation, moisture* og *epitel*. Dette skal symbolisere fjerning av nekrotisk vev, oppmerksomhet rundt infeksjon av bakterier og inflammasjon i huden, væskeoverskudd som resultat av inflammasjonen og fremdyrking av frisk hud som skal vokse over såret. E kan også stå for *edge of wound*, da bevisstheten rundt stell av sårkanter har blitt mye høyere siden prinsippet først ble lansert (Langøen & Gürgen, 2018b). De fire punktene trekker fra de viktigste behandlingspunktene i sårstellet og gode observasjonspunkter å bruke for å måle utvikling. Et annet viktig verktøy er verktøy for å måle pasientens opplevelse av smerter. Her kan både visuelle analoge skalaer eller ansiktsskalaer brukes for å følge utviklingen av pasientens smertebelastning (Lindholm, 2018).

2.5 Hjemmesykepleien

I hjemmesykepleien er venøse leggsår et særdeles viktig emne etter samhandlingsreformen. Nå blir pasienter skrevet ut raskere fra sykehus og er ofte sykere enn tidligere. Utviklingen av helsetjenester, spesielt etter samhandlingsreformen har ført tjenester nærmere hjemme. Dette er for å løse utfordringer knyttet til en eldre og sykere befolkning. For å oppnå dette, har

institusjonstilbudet blitt redusert parallelt med en satsing på hjemmebaserte tjenester (Glavin & Gjevjon, 2016).

Hjemmesykepleien skiller seg fra mere spesialiserte grener for sykepleie ved at funksjonsområdet er bredere og mer holistisk i sin tilnærming til pasienten. I tillegg til behandling skal sykepleien ha fokus på helsefremming, forebygging og rehabilitering (Glavin & Gjevjon, 2016). Helsefremming og forebygging blir spesielt viktig for hjemmesykepleien da det er essensielt for hjemmesykepleiens mål om å skape en bedre hverdag for pasienten. I forebygging og helsefremming ligger det også et større ansvar om å involvere pasientene for å oppnå resultater da de i større grad handler om å styrke pasientenes sin evne til å ivareta egen helse. Under begrepet helsefremming ligger blant annet helsevurderinger, kartlegging av risikofaktorer, undervisning og samarbeid om mål. Godt helsefremmede arbeid for mennesker som lider av kroniske lidelser vil alltid involvere tiltak som legger vekt på å styrke pasientens individuelle ressurser (Glavin & Gjevjon, 2016). I hjemmesykepleien arbeider dog ikke sykepleier i et vakuum. Flere av problemstillingene ved behandling av kronisk venøs svikt må løses ved å inkludere andre faggrupper. Ved polyfarmasi er det viktig at sykepleier har kommunikasjon med fastlege. Ved ernæringsproblemer kan ernæringsfysiologer stille med bedre kompetanse og ved immobilitet er fysioterapeuter nødvendige partnere for å sikre en god persontilpasset behandling (Fjørtoft, 2016).

En strukturell utfordring i hjemmesykepleietjenesten ligger i kontinuitet. Kontinuitet kommer i to former der den ene handler om at pasienten får bygget en relasjon til sykepleieren gjennom kontinuerlig kontakt. Den andre handler om at relevant informasjon overføres fra vakt til vakt så alle som utøver pleie til pasienten har all nødvendig kunnskap. Dette er viktig både for at sykepleier skal utføre sårstell og andre vedtak korrekt, men også at riktige observasjoner blir gjort og eventuelle utviklinger fanges opp (Fermann & Næss, 2014). Dessverre viser forskningen på feltet at både bemanning og ressurser ofte er i mangel. I perioden 2009 – 2012 ble det dokumentert lovbrudd ved to tredjedeler av tilsyn i kommunale helsetjenester til eldre (Brodtkorb & Ranhoff, 2014).

2.6 Sykepleierens funksjoner

Sykepleierket omfatter flere funksjonsområder. Flere av disse funksjonene bør være aktive for å gjennomføre en vellykket sårtilheling av et kronisk venøst leggsår. Blant de involverte

funksjonene er sykepleierens helsefremmende funksjon relevant da det handler om å heve personens evne til mestring av egen situasjon. Samtidig er det også relevant å styrke faktorer som fremmer pasientens helse og velvære (Kristoffersen & Nortvedt, 2016).

For den aktuelle pasientgruppen kan dette dreie seg om aktivering, omlegging av kosthold, røykeslutt osv. Dette er også koblet med den forebyggende funksjon da de samme helsefremmende tiltakene er sekundær og/tertiærforebyggende for å utvikle videre sykdom. Dette henger videre med den undervisende funksjon som handler om å bidra til pasientens mestring og læring gjennom veiledning (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). På samme måte vil den behandlende og den lindrende funksjon være koblet sammen da flere tiltak for å behandle venøse leggsår vil ha en lindrende effekt. Således involverer god sårpleie de fleste av sykepleiefunksjonene. I denne oppgaven vil det dog fokuseres på den behandlende- og den helsefremmende funksjon. Disse er valgt da de er mest relevante til å svare på denne oppgavens spesifikke innfallsvinkel til emnet.

2.6.1 Sykepleierens behandlende funksjon

Pleie av venøse leggsår er av høy sykepleierelevans da det omhandler alle aspekter av sykepleierens behandlende funksjon. For det første må sykepleier utføre en god kartlegging for å forsikre at pasienten får tilstrekkelig og adekvat behandling. Dette kan inkludere observasjoner på sårvarighet, sårets opphav, sårets omfang, karakteristika og pasientens livsstil. Her er det også viktig at sykepleier inkluderer pasientens egen oppfatning av patologien og opplevelse av situasjonen (Lindholm, 2018). Det er basert på denne kartleggingen at sykepleier kan stille presise sykepleiediagnoser og avgjøre hva som er passende tiltak i behandlingen. For eksempel er det viktig at sykepleier har konstatert at det er et venøst sår i motsetning til et arterielt sår før sykepleier igangsetter kompresjonsbehandling da det vil være en kontraindikasjon å legge kompresjon på en arteriell skade (Langøen & Gürgen, 2018b). Samtidig er det viktig at sykepleier vurderer utviklingen av såret ved f.eks. å tegne omkrets etter ta bilder over tid for å se hvor vidt såret gror eller ikke samt har løpende dialog med pasient om hvordan såret og behandlingen preger hverdagen. God dokumentasjon av pleien er også essensielt for å sikre kontinuitet. Et vellykket sårstell vil således kreve at sykepleier samler data, kartlegger symptomer og plager, behandler disse, vurderer tilstand, evaluerer progresjon og dokumenterer sykepleien. Med andre ord er hele sykepleieprosessen

og således hele den behandlende funksjon inkludert i arbeide med kroniske sår (Grønseth & Nortvedt, 2016).

2.6.2 Sykepleierens helsefremmende funksjon

Når sykepleier jobber med kroniske venøse leggsår i hjemmesykepleien er det viktig å få pasienten med på laget. Det krever mer enn bare et godt utført sårstell for å få disse sårene til å gro og god etterlevelse av forordninger samt livsstilsendringer er ofte nødvendige for tilheling (Lindholm, 2018). Den helsefremmende funksjon handler om styrke pasientenes evne til å mestre egen situasjon gjennom å utvikle deres kompetanse og fremme forhold som skaper bedre helse og velvære. Det handler således om å se pasientens potensial og heve de ressurser pasienten har til å mestre sine omgivelser (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). I hjemmetjenesten er dette ofte enda viktigere da behandling må ha langsiktige mål langt utover måten det arbeides på i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor viktig at sykepleier sikrer tilhørighet til behandlingen. Ved leggsår viser det seg for eksempel at pasienter som forstår den bakenforliggende sykdomsårsaken til leggsår er flinkere til å følge opp kompresjonsbehandling (Lindholm, 2018). Et viktig prinsipp i helseveiledning er da at sykepleier nettopp skal veilede og ikke formane ovenfor pasienten. Kommunikasjon om livsstilsendringer bør ha som hensikt å skape håp hos pasienten og ønske om å oppnå mål for helsen sin. Dette ved å anerkjenne pasienten som et menneske utover diagnosen sin og integrere pasientens perspektiv inn i behandlingsplanen (Fjørtoft, 2016). En metode for å oppnå dette er veiledet selvbestemmelse. Denne metoden har hatt suksess med å heve pasienters mestringssevne over egen sykdomstilstand (Kirkevold, 2014). Metoden går ut på å samtale systematisk og konkret gjennom pasientens livssituasjon. Med denne samtalen er målet så å få en felles forståelse for hvordan pasientens sykdom har effekt på livskvaliteten og skape mestringsstrategier i felleskap. Med dette kan sykepleier og pasient gjøre behandlingsprioriteringer personsentrert og skape tilhørighet hos pasienten basert på aktiv deltakelse snarere enn passivt samtykke (Kirkevold, 2014).

2.7 Juridisk og etisk rammeverk

2.7.1 Faglig forsvarlighet i sårstell av kroniske sår i hjemmesykepleien

I en artikkel fra sykepleien forskning, utbroderer sykepleie og førsteamanuensis Siri Tønnessen og sykepleier og professor Per Nortvedt hva de mener faglig forsvarlighet spesifikt burde bety i forhold til hjemmesykepleieren (2012). De trekker da fram tre punkter: Det første sier at pasienten skal få hjelp til å dekke grunnleggende behov. Med det mener de blant annet at pasienten skal føle seg respektert, oppleve selvstendighet, egenomsorg og muligheten til å styre eget, liv, mulighet til sosialt samvær med nettverket sitt, mulighet til å ivareta personlig hygiene, naturlige funksjoner, fysiologiske behov og tilgang på medisinsk behandling, pleie og omsorg. Det andre trekker fra at tildelt pleie – og omsorgstjenester skal utføres innenfor faglige normer om hva som er adekvat behandling. Det tredje punktet trekker fram at pasientens behov for tjenester skal ivaretas på en slik måte at pasienten ikke blir krenket, men tvert imot får ivaretatt sin integritet og autonomi gjennom helsehjelpen.

Disse prinsippene gir god gjenklang i de yrkesetiske retningslinjer, avsnitt 2.1-2.4 (NSF, 2016). Ved å følge de yrkesetiske retningslinjer vil sykepleien til pasientgruppen innebære helhetlig omsorg som fremmer helse og skaper mestring og håp hos pasienten. Blant annet ved å heve pasientens evne til å ta selvstendige avgjørelser. Samtidig er det viktig at sykepleier tar ansvar for egen yrkesutøvelse, blant annet ved å holde seg oppdatert på faglig utvikling og holde seg selv til en forsvarlig standard. Dette samtidig som sykepleier anerkjenner sine begrensninger og søker andre faggruppers kompetanse der det er nødvendig (NSF, 2016).

Etikk er viktig i arbeidet med kroniske venøse leggsår i hjemmesykepleien da pasienten er i en både sårbar og intim posisjon ettersom sykepleier er hjemme hos pasienten og pasienten er avhengig av helsehjelpen. Innenfor medisinsk etikk er særlig fire prinsipper viktig.

Velgjørhetsprinsippet handler om plikten til å gjøre gode ting for andre. Videre er det en plikt til ikke å volde skade mot andre. Autonomiprinsippet handler om å respektere pasientens rett til å fatte egne beslutninger. Rettferdighetsprinsippet handler om å unngå særbehandling på andres bekostning (Brinchmann, 2016). Disse prinsippene bør ligge bak all sykepleie og veilede utøvere av helsehjelp når de står ovenfor dilemmaer og utfordringer i pleien. Noen

ganger kan prinsippene komme i konflikt med hverandre, i så fall må de veies opp mot hverandre og sykepleie må vurdere hvilke prinsipper som er viktigst i den gitte situasjonen.

2.7.2 Juridiske rammer

De etiske prinsippene som informerer sykepleien fungerer også innenfor konkrete juridiske rammer. Helsepersonells ansvar som er knyttet til det enkeltes helsepersonells ansvar til å utøve forsvarlig sykepleie, og systemets ansvars til å legge til rett for at sykepleier har gode rammer til å utøve faget innenfor. Dette inkluderer pasienters rett til helsehjelp og at pasientens sikres medbestemmelsesrett og en verdig hverdag.

Den enkelte sykepleiers krav til forsvarlighet bestemmes blant annet i Helsepersonelloven § 4 ("Helsepersonelloven," 1999), der det bestemmes at helsepersonell skal arbeide etter de forventninger som er naturlige for kvalifisert fagpersonell. Dette betyr at sykepleier har en juridisk plikt så vel som et moralsk ansvar å utføre sårstell og veiledning av pasienten etter beste evne og hente hjelp fra andre faggrupper der dette er nødvendig.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 1.1 (1999) skal sikre at alle får lik tilgang på helsehjelp ved å sikre pasienter rettigheter ovenfor helsevesenet. Videre skal pasienter ifølge § 2.1. a (1999) sikres hjelp innenfor kommunalt helsevesen og hjemmetjenesten i forlengelse av dette. Pasienter skal også ifølge § 3.1 (1999) ha medbestemmelsesrett og bli hørt ført igangsettelse og gjennom behandlingen.

I forhold til pasientenes rett til en verdig hverdag er det sikret gjennom Helse- og omsorgstjenesteloven som forteller at kommunene etter beste evne skal sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og sikre at tjenestetilbudet er tilpasset individets behov. Kommunen har plikt ifølge loven §1-1 og §3-2 å bedre levevilkårene og sikre sosial trygghet, samt forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom ("Helse- og omsorgstjenesteloven," 2011). Alt dette legger et juridisk press på kommunen til å tilby god sykepleie til pasienter med kroniske sår gjennom hjemmetjenesten.

3 Metode

Metode er måten man går fram for å fremskaffe kunnskap om det aktuelle emnet som studeres. Metoden blir som verktøyet som velges for å løse problemstillingen en står ovenfor. I denne oppgaven brukes litteraturstudie som metode. I en litteraturstudie bruker forfatteren eksisterende skriftlige kilder som datamateriale til å utforske problemfeltet. Kildegrunnlaget litteraturstudiet baserer seg på, finnes blant annet i forskning og faglitteratur (Thidemann, 2015). I denne oppgaven vil relevant data tilsvare ny og oppdatert forskning på sårstell og faktorer som fremmer eller hemmer sårtilheling for pasientgruppen.

3.1 Kildekritikk

I teorien er alle typer data potensielle kilder. Men det er krav for hvorvidt de potensielle kildene er verdige til å kunne brukes i litteraturstudiet. Først og fremst må kildene være relevante, men de må også være troverdige. Når det skrives innenfor en faglig kontekst må fundamentet av oppgaven være basert på fagfelleverdert forskning av kompetente fagpersoner. Andre kilder som erfaringer og anekdotiske kilder kan benyttes, men kun som et supplement til litteraturen i faget (Dalland, 2017). I tillegg er det krav til hvordan kildene innhentes. Når forfatteren av en studie henter kilder i et bibliotek skal det kunne synes at forfatteren har sett over tilgjengelig litteratur og valgt de aktuelle kildene bevisst fordi de er best til å belyse problemstillingen. Dette er kjent som informasjonskompetanse og defineres som evnen til å lokalisere og gjenkjenne nødvendig informasjon (Dalland, 2017). Videre er det viktig at det er en balanse mellom primær og sekundærlitteratur. Primærlitteratur er litteratur der teksten som brukes er opphavet til kunnskapen som formidles. Dette er gjerne forskningsartikler som presenterer funnene sine. Sekundærlitteratur samler gjerne inn kunnskap fra forskning og andre kilder og gjengir funnene inn i en bredere kontekst (Dalland, 2017). Dette er for eksempel faglitteratur.

3.1.1 Faglitteratur

I denne oppgaven er brukt sekundærlitteratur i form av fagbøker. Under dette har *sår* av Christina Lindholm (2018) og *Sårbehandling og hudpleie* av Arne Langøen (2018) blitt brukt til å sammenfatte teori om sårbehandling. *Sår* av Christina Lindholm ble valgt da den er et meget godt samleverk for sårstell og hadde mye å tilby oppgaven. *Sår* ble også anbefalt av en sykepleier jeg jobbet med i praksis i hjemmesykepleien som var ekspert på sår. *Sår* er egentlig en svensk bok og prater om svenske tilstander når det kommer til prevalens og samfunnsmessige faktorer, men i en norsk artikkel av Carl-Erik Slagsvold og Einar Stranden i *Tidsskriftet den norske legeforening*, brukes tilsvarende statistikk. Da Sverige er blant de landene i verden som er likest Norge sosioøkonomisk og kulturelt har jeg akseptert at kunnskap derfra stort sett er overførbart til norske forhold. Boken *Sårbehandling og hudpleie* av Arne Langøen (2018), var på pensum i tredje semester og supplerer *Sår* godt da de har litt forskjellig innfallsvinkling, men samme faglige forståelser av emnet. Boken *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten* av Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette H. Ranhoff fra 2014 er også brukt til å dekke flere aspekter av oppgaven. Til tross for at geriatri ikke er et hovedtema innenfor denne oppgaven har denne boken vært relevant da oppgaven avgrenser seg til eldre pasienter ettersom de er sterkt overrepresentert blant pasientgruppen.

3.1.2 Forskning

Forskningen som er brukt i denne artikkelen kommer fra flere databaser og har forskjellige innfallsvinkler. Under søkene har det vært fokusert på forskjellige stikkord for å få fram artikler som dekket ulike sider av problemstillingen. Felles for alle har dog vært at de skulle møte visse kvalitetskrav slik som de ble beskrevet over. Fagfellevurderte artikler har blitt prioritert ovenfor andre artikler. Videre har det vært forsøkt å finne forskning med forskjellige typer modeller. Kvantitative kilder sier primært noe om størrelser og forhold, mens kvalitative metoder sier mer om subjektive opplevelser og meninger. Det er viktig at kildene i oppgaven brukes til å belyse de sidene av problemstillingen som passer til deres metodedesign (Dalland, 2017).

Alle artiklene som har blitt vurdert i IMRAD er av engelsk eller amerikansk opprinnelse. Det kan således stilles spørsmålstegn til om hvorvidt alle konklusjonene de trekker er direkte

overførbare. I denne oppgaven brukes de dog i sin fullstendighet da de ikke uttaler seg om kulturelle fenomener eller bruker lokale omstendigheter som parametere. De brukes forskjellige metoder blant artiklene. Artiklene til Chamanga et al. (2014) og Humphretys et al (2016) er litteraturstudier, mens McDaniel et al. (2015) Og Shanmugan et al. (2017) og Stanton et al. (2016) er primærkilder. Dette betyr at det er en blanding av primær og sekundærkilder i matrisen. Sekundærlitteraturen ble valgt der oppsummerende kunnskap var mer verdifullt enn veldig spesifikke forskningsartikler. Dette er for eksempel tilfelle i artikkelen til Humprheys et al. I denne artikkelen samler de kunnskap fra fire krysseksjonelle studier som så på litt forskjellige aspekter av samme fenomen. Samlet gir artikkelen et bedre overblikk over tema enn hver av de enkelte studiene. Svakheter av dette er dog at resultatene til artikkelen blir litt mer teoretiske da de baserer seg på forskjellige funn og tolker dem mot hverandre. Blant primærkildene var det visse svakheter i designet. Artikkelen til McDaniel et al har et relativt lite datagrunnlag med bare 12 deltakere i intervensjonsgruppen. Dette gir trolig studien litt svakere reliabilitet da et såpass lite utvalg muligens kan gi andre resultater hvis deltakergruppen byttes ut.

3.2 Litteratursøk

Flere filter ble brukt under søkene. Herunder ble tidligste publisering satt som 2012. Engelsk og skandinaviske språk ble satt som målform. Fagfelleverderte artikler ble prioritert og kun akademiske tidsskrift ble valgt som utgivere.

3.2.1 Tabell A: CINAHL

Søkedato	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Aktuelle artikler
14.11.18	Leg Ulcer AND Venous Ulcer	336	20	10	2

16.02.19	Leg Ulcer AND Nursing	46	4	2	2
13.02.19	Review AND Leg ulcer	63	5	3	1
05.12.18	Compliance AND Leg Ulcer	108	7	5	1

3.2.2 Tabell B: PubMed

Søkedato	Søkeord	Antall treff	Leste Abstrakt	Leste artikler	Aktuelle artikler
14.11.18	Leg ulcer AND venous ulcer	101	8	5	1
16.02.19	Leg ulcer AND nursing	107	10	4	1
13.02.19	review AND venous leg ulcer	63	2	1	0
05.12.18	Compliance AND leg ulcer	37	3	2	2

3.2.3 Tabell C: SveMed

Søkedato	Søkeord	Antall treff	Leste Abstrakt	Leste artikler	Aktuelle artikler
14.11.18	Leg ulcer AND venous ulcer	14	2	1	0
16.02.19	Leg ulcer AND nursing	5	0	0	0
13.02.19	Review AND nursing	2	1	1	0
05.12.18	Compliance AND leg ulcer	1	0	0	0

4 Presentasjon av forskningsresultater

	Forfatter/år	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	McDaniel J., Kemmner K. G., Rusnak S. (2015)	Nutritional profile of older adults with chronic leg disease	Geriatric Nursing	Hensikten med studien er å beskrive hvilke spesifikke næringsstoffer som kan bidra til sårheling og vise næringsprofilen til pasientgruppen	Studie med 12 deltagere so fylte ut et spørreskjema og tok blodprøver for å kartlegge deltakernes profil.	Studien viste at deltakerne hadde et lavt inntak av flere viktige næringsstoffer og høyt inntak av en rekke ugunstige næringsstoffer samt overvekt.
2	Humphreys C., Moffatt C., Hood V. (2016)	Risk of falling for people with	British journal of commun	Målet med studien var å undersøke hvorvidt mennesker med	Litteraturstudie av fire kvantitative undersøkelser av mennesker	Mennesker med kroniske venøse leggsår har risiko for fall grunnet begrensninger i

		venous leg ulcers: a literature review	ity nursing	kroniske venøse leggsår har større fallrisiko grunnet dårligere fysisk funksjonsnivå.	med kroniske leggsårs fysiske funksjonsnivå .	balanse og mobilitet. Forbedring av deres fysiske prestasjon kan øke deres livskvalitet og bedre sårtilheling.
3	Shanmugam V. K., Couch K. S., McNish S., Amdur R. L. (2017)	Relationship between opioid treatment and rate of healing in chronic wounds	Wound Repair Regen	Hensikten med studien var å undersøke assosiasjonen mellom bruk av opioider og sårtilheling.	Longitudinal studie av data fra 450 deltakere som ble hentet fra Wound Etiology and Healing Biorepository.	Viser at opioidbehandling kan ses i sammenheng med forsinket sårtilheling.
4	Stanton J., Hickman A., Rouncivell D., Collins F., Gray D. (2016)	Promoting patient concordance to support rapid leg ulcer healing	Journal of community nursing	Målet med studien var å vise hvor viktig tilhørighet var for sårtilheling.	Forfatterne bruker kvantitative data fra 438 pasienter over en 35 måneders periode. I tillegg bruker forskerne to casestudier for å beskrive resultatet.	Forskerne argumenterer for at etterlevelse med kompresjonsbehandling kan styrkes betydelig hvis det bygges en sterk relasjon mellom pasient og behandler. Dette gir følgelig ett bedre resultat i helbredelsen.
5	Chamanga E., Christie J., McKeown E. (2014)	Community nurses' experiences of treating patients with leg ulcers	Journal of community nursing	Studien hadde som mål å utforske kommunesykepleieres erfaring med å behandle pasienter med leggsår	Kvalitativt studie der det ble brukt semi-strukturert intervju av ni sykepleiere for å innhente deres erfaring.	Sykepleiere opplevde behandling av leggsår som ressurskrevende og belastende arbeid. Sykepleirne

						opplevde ikke at det var satt av nok tid og ressurser til behandling, noe som gikk ut over samhandling og kontinuitet.
6	Bainbridge, P. (2013)	Why don't patients adhere to compression therapy?	British journal of community nursing	Hensikten med denne artikkelen er å argumentere for hvilke psykologiske faktorer som utøver innflytelse på hvorvidt pasienter får tilhørighet til kompresjonsbehandling.	Denne artikkelen bruker litteraturstudie som metode for å lage en oppsamlingsartikkel om emnet.	Artikkelen trekker frem fem faktorer som utøver innflytelse på pasienters tilhørighet til behandlingen. Smerte, forståelse/kunnskap om behandling, følelse av makt over situasjonen, håp om bedring og relasjon til helsepersonell.

5 Drøfting

God sykepleie for pasienter med kroniske venøse leggsår er omfattende arbeide. Skal behandlingen omfatte alle aspektene av sykepleien vil ofte de inkludere kostholds og livsstilsendringer, medisinsk behandling, sårstell og kompresjon (Jindal et al., 2018). Sykepleieren har spesielt to funksjoner som denne oppgaven fokuserer på i møte med kroniske venøse leggsår. Først vil sykepleiers behandlede funksjon drøftes med fokus på kompresjon, smertelindring og sårstell. Delkapittelet vil avsluttes med en diskusjon om kontinuitet og kompetanse som grunnprinsipp for de tidligere emnene. Etter dette vil sykepleierens helsefremmende funksjon bli belyst med fokus på livsstilsendringer i forhold til aktivitet, røyking og ernæring. Etter dette avsluttes det med en diskusjon om helsefremmende arbeide og livsstilsendringer.

5.1 Den behandlende funksjon

Sykepleierens behandlende funksjon ovenfor pasienter med kroniske venøse leggsår, handler om å bruke sykepleieprosessens elementer til å behandle pasienten. Både datasamling, diagnostisering, tiltak og evaluering må brukes aktivt for å opprettholde en oppdatert behandlingsplan og håndtere den komplekse utfordringen som kroniske sår stiller. Samtidig betyr ikke den behandlende funksjon at pasienten skal være en stum biomasse som mottar helsehjelp passivt. Kroniske venøse leggsår kan kun behandles i hjemmesykepleien hvis pasienten har tilhørighet til behandlingen og følger veiledning og ordinasjoner. Dette er også fokuset oppsamlingsartikler på emnet (Bainbridge, 2013; Stanton et al., 2016). Disse artiklene samlet kunnskap fra serier med publiserte studier for å uttale seg om teorier på hvorfor kompresjonsbehandling kunne ha tilhørighet på bare 54% blant pasienter med kroniske lidelser. Forskning på emnet peker på flere årsaker som kan forklare manglende tilhørighet blant pasientgruppen. For å sikre tilhørighet for pasientgruppen er spesielt fire faktorer er sentrale: Kunnskap, motivasjon, følelse av makt til å prege tilheling og pasient-pleier relasjon. Pasienter med kroniske venøse sår har dog dessverre ofte mangler på alle disse punktene (Bainbridge, 2013; Kirkevold, 2014; Stanton et al., 2016). Manglende kunnskap kommer i form av at pasienter ikke forstår de underliggende årsakene til symptombildet sitt og følgelig ikke gjenkjenner hvordan kompresjon adresser problemet. Manglende motivasjon tar ofte form enten i at pasienter ikke opplever at hovedproblematikken med smerter ikke blir lindret av kompresjon og de derfor mister troen på behandlingen, eller at pasienter har dårlig erfaring

med liknende behandling tidligere og derfor ikke ser på behandlingen som effektiv. Bainbridge (2013) viser til en studie der hele 32% av deltakerne med kronisk venøse leggsår ikke hadde tro på kompresjonsbehandling. Motivasjon og kunnskap vil gjerne prege pasientens følelse av makt til å påvirke tilhelingen. Bainbridge (2013) viser her til forskning som viser tegn på at noen pasienter med kroniske sår opplever at behandlingen de er tilskrevet ikke har noen effekt og at de derfor er maktesløse ovenfor utviklingen av sårene sine. Bainbridge sine faktorer blir langt på vei speilet av Stanton et al. (2016) Som argumenterer for at pasienttilhørighet er avhengig av tre faktorer: At pasienter har kunnskapen nødvendig til å delta som partnere i egen pleie, at pasienter er inkludert i konsultasjoner og at pasienter opplever støtte under behandlingen. Mangel på tilhørighet er da gjerne et tegn på mangel innenfor de nevnte faktorer.

God sykepleie til pasientgruppen fordrer derfor en god involvering av pasientene. Dette er også i tråd med Tønnessen og Nortvedt (2012) essay om hva som er faglig forsvarlig helsehjelp i hjemmesykepleien. I essayet fremhever de hvor viktig det er at pasienten opplever respekt og trygghet i tillegg til at de får dekket sine grunnleggende og medisinske behov. En utfordring for hjemmesykepleien er at rammene kan begrense tiden sykepleier har til å utøve faget sitt. Det er vanlig for sykepleiere å ha mellom 10 og 23 pasienter på en dag og vanligvis brukes kun rundt 50 % av arbeidstiden på direkte pasientkontakt (Gjevjon, 2015). I tillegg er sykepleier begrenset ved at de jobber med konkrete enkeltvedtak der tiden kun er beregnet til utførelsen av vedtaket. Dette gjør at sykepleier selv ofte må finne tid til å gjøre noe utover de etablerte vedtakene. Under praksis kunne dette føles som et etisk dilemma mellom velgjørhetsprinsippet og autonomiprinsippet på den ene siden, og rettferdighetsprinsippet på den andre. Når pasienter tar opp temaer rundt behandling eller sykepleier ønsket å formidle noe i dybden blir det et brudd med velgjørhetsprinsippet å ikke bli til situasjonen er løst på en fullstendig måte. Samtidig var min erfaring at pleieutøveren ofte var bevisst på at det var en pasient med muligens like sterke behov som ventet. Det kan i slike situasjoner bli et brudd med rettferdighetsprinsippet om sykepleier lar pleie ut over vedtak hos en pasient gå på bekostning av etablerte vedtak hos en annen.

5.1.1 Kompresjon

Det viktigste prinsippet under behandlingen er kompresjonsbehandling. Det er faglig enighet om at kompresjonsbehandling regnes som gullstandard for kroniske venøse leggsår (Jindal et al., 2018; Langøen & Gürgen, 2018b; Lindholm, 2018; Slagsvold & Stranden, 2005). At kompresjonsbandasjering er så viktig for denne patofysiologien er fordi det skaper en reduksjon av venøs hypertensjon og hjelper venøs tilbakestrømming. Dette blir spesielt utslagsgivende hvis det sammenfaller med elevasjon av beinet da kombinasjonen begrenser ødemutvikling. God kompresjonsbehandling vil i tillegg styrke leggmuskelens pumpefunksjon som ellers kan lide ekstra ved manglende mobilitet. Samtidig er ikke kompresjonsbehandling ukomplisert. Det er ikke konsensus om hvilken kompresjonsmetode som er optimal og det er variasjoner avhengig av sårets karakter (Lindholm, 2018; Slagsvold & Stranden, 2005). Kompresjon kan administreres med både strømper og bandasjer og f.eks. bandasjene kan igjen deles inn både etter hvor mange lag eller etter hvor elastiske de er.

Videre er administreringen av kompresjonen i seg selv til tider utfordrende da der er mange prinsipper å følge for å sikre optimal kompresjon. For det første skal bandasjen legges glatt, og uten noen folder som kan skape trykksår på pasienten. Bandasjen skal rekke tærne og helt opp til kneet. Ankelen skal holdes i 90 graders vinkel i forhold til leggen for å unngå kontrakturer. Til slutt er det viktig at kompresjonsgraden som velges er riktig i forhold til forholdene i underekstremiteten. På den ene siden må bandasjen ha evnen til å komprimere og bindes sterkt nok til å holde trykket. Samtidig skal ikke bandasjen oppleves som ubehagelig eller forhindre blodgjennomstrømming i ekstremiteten (Lindholm, 2018). Erfaringsmessig fra praksis er spesielt det siste punktet en utfordring. Smertefri kompresjonsbehandling med f.eks. Coban Lite er svært utfordrende og de fleste pasienter uttrykket tydelig lettelse når de fikk dem av for stell. Samtidig peker Stanton et al. (2016) på at misforståelser kan lett oppstå. For eksempel kan det at pasienter tar av seg kompresjonsbandasjen tolkes som manglende etterlevelse, men ofte er årsaken at bandasjen har sklidd ned og skapt et kvelende trykk på leggen, noe som kan være svært smertefullt. I så fall er det ikke mangel på etterlevelse, men forståelig adferd fra pasientens side som er årsaken.

Således er det viktig at behandlingen kan tilpasses pasientens hverdag uten for mye forstyrrelser, at pasienten forstår hvor alvorlig tilstanden er, men også har tillit til at symptomene kan behandles. At eventuelle tidligere dårlige erfaringer blir adressert og pasienten blir trygget. I forlengelse av dette må utøverne av helse hjelp vurdere kompresjonsregimer etter flere faktorer enn kun de lokale i ekstremiteten. En tilsynelatende

enkel detalj som hvor mange ganger i uken-, eller når på døgnet pasienten må skifte bandasje, kan være nok til å endre pasientens tilhørighet til behandlingen. Her må også pasientens alder og fysiske tilstand medberegnes da dette også kan prege pasientens evne til å administrere kompresjonsbehandlingen (Bainbridge, 2013; Romøren, 2014; Stanton et al., 2016).

5.1.2 Smertelindring

Et stort problem for pasienter med kroniske sår er smerter. Smerter rammer opp til 75% av pasientgruppen og oppleves for mange som primærkonsekvensen av sykdommen. Smertene henger sammen med på ødem i vevet så vel som selve såret og kan derfor prege store deler av det affiserte beinet (Langøen & Gürgen, 2018a).

I forhold til stellet av såret kan smerter komplisere både kompresjonsbehandling og tilstrekkelig rensing av såret. I tillegg kan det redusere pasientens utholdenhet og motivasjon i den langvarige behandlingen (Lindholm, 2018). Smerter kan føre til økt produksjon av stresshormoner, blant annet katekolaminer, noe som medfører karkonstriksjon og ytterligere forverring av oksygen- og næringstilførselen til sårområdet, hvilken kan hemme tilheling (Lindholm, 2018). Hvis smertene lindres, vil stressresponsen avta, hvilket kan bidra til bedret sårtilheling. Basert på erfaring fra praksis så jeg at det av og til kan være vanskelig å finne oppskriften på tilstrekkelig smertelindring til å kunne gjennomføre sårstell uten at pasienten hadde store smerter. Er ikke smertene for sterke kan det holde med Paracetamol, eventuelt i kombinasjon med kodein. Også ulike NSAIDs kan ha god virkning. Pasienter med store, langvarige sår har dog også ofte behov for depotpreparater med morfin eller liknende tilvarende opioider (Ingebretsen & Storheim, 2016). En utfordring med bruk av opioider er dog at opioidbehandling kan ses i sammenheng med forsinket sårtilheling.

En longitudinell studie av Shanmugam, Couch, McNish og Amdur (2017) så på opioiders effekt på sårtilheling over tid. Studien brukte 445 deltakere og viste at spesielt pasienter med et medianbruk på 10 mg daglig eller over, har betydelig redusert sårtilheling. Studien tyder på at opioidbehandling kan ha negativ innvirkning på sårtilheling og øke tilhelingstiden (Shanmugam et al., 2017). Funnene har viktige implikasjoner for behandling av pasienter med kroniske sår, fordi opioider ofte blir forordnet til pasienter med betydelige sårrelaterte smerter. I min erfaring i hjemmesykepleien var sykepleieres bekymring for bruk av smertestillende fokusert på avhengighetsaspektet. Det var dog ingen som hadde kjennskap til

den potensielle effekten opioider også kan ha direkte på sårtilhelingen. En pasientveiledende samtale om bruk av smertestillende kan ha en annen karakter og effekt hvis pasienten forstår at opioider således er et mindre gunstig analgetikum enn andre mildere former samt ikke-farmakologiske virkemidler i tillegg til å ha avhengighetsrisiko. Veiledning i ikke-farmakologiske tiltak for å dempe smerter som å heve beinet er også et godt virkemiddel (Jindal et al., 2018).

Et annet legemiddel med ulemper er kortisonpreparater. Disse påvirker stoffskiftet av makronutrientier og demper immunapparatet. Samtidig er det et vanlig problem med staseksem og store mengder væske fra venøse sår. I så fall er det indikasjon for behandling av hudens med kortisonsalve for å minske eksemet. Cytostatika er en tredje legemiddeltipe som også virker negativt på sårtilhelingen da det fungerer som en gift på cellene. Dette inkluderer også cellene sårvev (Langøen & Gürgen, 2018b).

Sykepleieren i hjemmetjenesten har et faglig ansvar til å holde seg oppdatert og ta ansvar for egen kompetanse i møte med pasienter. For at sykepleier skal kunne utføre faglig forsvarlig helsehjelp er det derfor viktig at det har kunnskap om legemidlers effekt på sår. Samtidig viste en studie av Chamanga et. Al. (2014) at sykepleiere i kommunehelsetjenesten opplevde behandling av kroniske sår som kompliserte og utfordrende. Det er en plikt for sykepleiere å ta ansvar for egen yrkesutøvelse, men noen ganger innebærer det å anerkjenne sine begrensninger og søke andre faggruppers kompetanse. God dokumentasjon og overføring av kunnskap fra spesialisthelsetjenesten er derfor essensielt for at sykepleier skal kunne gi god veiledning til pasient og hvordan de burde administrere eventuelle legemidler av de nevnte typene. Bruk av kartlegging av smerter ved hjelp av kvantifiserbare verktøy som ansiktsskala eller visuelle analoge skalaer kan sikre at behandlere har en tydelig og tilgjengelig kurve og forholde seg til når de vurderer pasientens smertebelastning (Lindholm, 2018).

5.1.3 Sårstell

Kroniske venøse leggsår krever mye sårpleie. Ødem i vevet fører til underernæring i cellene, noe som gjør den affiserte leggen sårbar for å utvikle store sår av mindre skader. Sårene vil ofte veske mye, skape eksem i huden, bli infisert og/eller tørke ut (Langøen & Gürgen, 2018a). I min erfaring i hjemmesykepleien kunne sårstell ta flere timer og samme pasient kunne ha relativt forskjellige sår på henholdsvis hvert ben. En av usikkerhetene i

behandlingen var at sårene kunne utvikle seg hurtigere enn de faste kontrollene pasienten gikk til på f.eks. sårpoliklinikk. TIME prinsippet kan her fungere som en veileder for sykepleier der det er usikkerhet om sårets karakter (Langøen & Gürgen, 2018b). TIME prinsippet tilbyr en hjelp til å diagnostisere eventuelle problemstillinger innenfor en behandlingsmodell. Det krever dog at de som utøver helsehjelpen har tilstrekkelig kompetanse til å utføre sårstellet selvstendig.

Behandling av såret må fokusere på bakteriell bekjempelse, væskekontroll, hygiene og debridering av nekrotisk vev. Bakteriell bekjempelse gjøres gjerne med bandasjer eller hjelpemidler som inneholder sølv, honning eller jod (Langøen & Gürgen, 2018b). Debridering kan også ha en antibakteriell effekt ved at det ødelegger biofilmens struktur.

Fuktighetsabsorberende bandasjer burde brukes for å fjerne store mengder såreksudat da dette ofte inneholder MMP, oksygenradikaler og inflammatoriske cytokiner som fremhever vedvarende inflammasjon. Samtidig skal ikke såret tørke ut da dette skaper dårlig grobunn for nytt vev (Langøen & Gürgen, 2018b).

Huden rundt såret må dog også beskyttes. Spesielt må sårkanten beskyttes mot oppbløtning og eksemsområder burde smøres med kortisonkrem og/eller fet fuktighetskrem.

Samlet sett er det et omfattende stykke arbeid og sykepleier må vurdere hvor ofte det er hensiktsmessig å utføre fullt sårstell. For noen pasienter kan det være indikasjon for sårstell opp til tre ganger i uken, mens det for andre holder med en enkelt (Lindholm, 2018). Dette er også en avgjørelse pasienten burde involveres i så behandlingen tilpasses pasientens hverdag.

5.1.4 Kontinuitet og kompetanse

Stell av venøse sår i hjemmesykepleien er en kompleks oppgave for sykepleiere i hjemmesykepleien. Vellykket behandlingen er avhengig av riktig diagnostisering og kunnskap om hvilke data sykepleier må innhente om såret. Videre må sykepleier ha kunnskap om både kompresjonsbehandling og sårstell. I min erfaring i hjemmesykepleien er det et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og hjemmetjenesten. Pasientene ble diagnostisert på forhånd på sykehus eller sårpoliklinikk, men behandlingen ble fulgt opp og oppdatert i hjemmetjenesten. Dette betydde at selv om pasientene kunne ha gode prosedyrebeskrivelser fra spesialisthelsetjenesten var de fortsatt avhengig av gode sykepleiere og hjelpepleiere for å opprettholde god behandling. Som sykepleier stod man alene i det enkelte stellet og noen sår

endret seg en del fra uke til uke, med tvetydige infeksjonstegn, diffuse smerter og store utfordringer med å holde huden intakt under stellet. Av disse grunnene er kontinuitet viktig i behandlingen av kroniske venøse leggsår. Gjevjon (2015) bruker to aktuelle begreper i sin artikkel: *personkontinuitet* og *informasjonskontinuitet*. Personkontinuitet handler om at pasienter får helsehjelp av så få mennesker som mulig. Dette for å tillate at de lager relasjon, skaper tillit og opplever trygghet i å kjenne og være kjent av sykepleierne de interagerer med. Informasjonskontinuitet betyr at relevant informasjon om pasient overføres fra fagperson til fagperson innad i systemet slik at den som skal hjem til pasienten til en hver tid er oppdatert. Det betyr også at viktig informasjon ikke skal gå tapt mellom vaktskifter. Dette er dog også avhengig av kompetansen til utøveren av helsehjelpen. I min erfaring fra praksis kunne det være handlingsregler for at kun sykepleiere skulle besøke pasienter med store kompliserte sår. Disse «reglene» måtte dog ofte vike på grunn av problemer med bemanning. Chamanga, Christie og McKeown (2014) skriver også at kroniske leggsår er en betydelig arbeidsbyrde som det ofte er manglende kunnskap og ressurser til å adressere. Få sykepleiere med god kjennskap til sårstell og variasjoner mellom pasienter kan gjøre det utfordrende å sikre at tilstrekkelig kompetanse er tilgjengelig. Dette gjør igjen informasjonskontinuitet desto viktigere da gode oppdaterte vedtak og journaler langt på er avgjørende for at sykepleieren kan utføre riktige observasjoner og tiltak (Fjørtoft, 2016).

5.2 Den Helsefremmende funksjon

Den helsefremmende funksjon handler om å heve pasientens kompetanse til å fremme egenvelvære og kontrollere egne problemer. I denne kontekst er det med særlig fokus på livsstilsendringer rundt kosthold, aktivitet og røyking.

5.2.1 Ernæring

Pasienter med venøse sår kan ha større behov enn hva som er anbefalt for befolkningen for øvrig på grunn av økt metabolisme som følge av kronisk inflammasjon og økt celleaktivitet på såret og området rundt (McDaniel et al., 2015).

En studie av McDaniel et al. (2015), brukte et krysseksjonelt studiedesign der deltakerne utfylte selvrapporteringskjemaer og ble vurdert opp mot en kontrollgruppe. Resultatene viste at pasienter med venøse sår fant at pasientgruppen hadde ugunstig ernæringsstatus på flere punkter. Det ble spesielt sett på vitamin-C, sodium, fettbalanse og sukker. Pasientgruppen hadde lavere inntak av C-vitamin enn anbefalt. Trolig fordi inntaket av frukt og grønnsaker var under anbefalt mengde. Inntaket av sodium, mettet fett og sukker var alle over anbefalt inntak. Gruppen spiste opp til to ganger så mye mettet fett som anbefalt og syv ganger så mye tilsatt sukker som anbefalt. Pasientgruppen hadde også en ufordelaktig stor ubalanse i relasjonen mellom mengde omega 3 i forhold til omega 6 i blodet. I tillegg var majoriteten av pasientgruppe overvektige (McDaniel et al., 2015). Feilernæring er også en risiko for overvektige da mye av konsumet deres kan være i form av sukker og mettet fett (Lunnon, 2013).

Vekt er et komplisert tema da avvik i begge poler har assosiert risiko. På den ene siden kan overvekt være en utfordring da det kan påvirke sårheling negativt. Dette er fordi overvekt er forbundet med økt produksjon av pro-inflammatoriske cytokiner som skaper økt systemisk inflammasjon. I tillegg øker overvekt risikoen for komorbiditet i form av kardiovaskulær sykdom og metabolsk syndrom. Komorbiditeter som de nevnte, senker oksyginering av vevet, noe som igjen forhindrer optimal sårtilheling (McDaniel et al., 2015). Samtidig er det også trolig en sammenheng mellom økt belastning på blodkarene i leggene, økt svetteproduksjon og økt hudfuktighet og overvekt (Lindholm, 2018).

Samtidig er også undervekt assosiert med risiko da undervektige ofte er mere utsatt for vitamin- eller mineralmangler. Hos hjemmeboende eldre er det vist at KMI under 20 gir økt dødelighetsrisiko, i tillegg for å redusert muskelstyrke, økt benskjørhet og økt risiko for fall. Videre er undervekt assosiert med nedsatt immunforsvar, diare og obstipasjon samt økt risiko for mangler innen makronæringsstoffer. Tilstrekkelig hydrering er også viktig for denne pasientgruppen. Sortland (2015) anbefaler å drikke opp til 3 liter væske per døgn for å sikre at pasienten ikke er dehydrert. God hydrering er viktig da vann i kroppen er ansvarlig for all transport og metabolske prosesser i celler og vev. Dehydrering kan påvirke blodgjennomstrømmingen til såret å senke tilhelingen.

Dette viser hvor viktig det er at sykepleie til pasienter med kroniske venøse leggsår adresser ernæringsstatusen til pasientene.

For at sykepleier skal utføre faglig forsvarlig helsefremmende sykepleie er det da et større arbeid som foreligger. Sykepleier burde således regne ut KMI for å sette en vektstatus der det er indikasjon (Lunnon, 2013). I tillegg er innhenting av pasientens kostholdsvaner viktig for å

sikre at pasienten konsumerer tilstrekkelig med essensielle ernæringsstoffer. De fleste mennesker kjenner ikke nødvendigvis næringsinnholdet i matvarene de spiser. Konkrete råd til hvordan pasienten kan få nok av de spesifikke næringsstoffene kan så veilede pasienten til å ta riktige kostholds valg framover. Helsepersonelloven § 4 (1999) stipulerer at helsepersonell skal utøve helsehjelp etter faglig kompetanse, men ikke utover dette. I noen tilfeller der pasienten har en påfallende KMI kan det være nødvendig å hente inn aktuelle samarbeidspartnere for å sikre tilstrekkelig kompetanse bak behandlingsplanen (Brodtkorb & Ranhoff, 2014).

5.2.2 Fysisk aktivitet og røyking

Mange pasienter med kroniske venøse leggsår får nedsatt aktivitetsnivået sitt. Dette kommer av forskjellige grunner, men inkluderer gjerne fysiske grunner så vel som psykososiale. Blant det fysiske faktorer er det gjerne smerter i det affiserte beinet som dominerer, men også staseksem og økt fallrisiko. Blant de mer psykiske faktorene er engstelse hos pasientgruppen til å gå ut i det sosiale, grunnet problemer med væskende og illeluktende sår (Humphreys, Moffatt & Hood, 2016; Langøen & Gürgen, 2018a; Lindholm, 2018).

Nedsatt mobilitet øker risiko for flere negative konsekvenser. Blant annet kan manglende bevegelse over tid føre til tap av muskelmasse og utholdenhet. Særlig blant eldre pasienter er dette viktig da de har aldersbetinget hyppigere funksjonstap enn yngre. Ranhoff (2014) hevder at en sengeliggende eldre person kan miste opp til 20% muskelstyrke på en uke og 20% utholdenhet p 3 – 4 uker. Dette er skremmende tall med tanke på at pasienter med kroniske sår ofte har flere måneder med behandling foran seg før de er symptomfrie. Videre vil blodsirkulasjon og ventilasjonen påvirkes noe som kan øke blodtrykk og hvilepuls (Ranhoff, 2014). Sammenlagt øker disse faktorene trykket på et allerede belastet kardiologisk system. Nedsatt aktivitet kan også endre både appetitt og metabolisme. Dette kan føre til økt glukosetoleranse og diabetes risiko, samt vektendring i begge retninger. Bevegelse er viktig for å stimulere peristaltikken. Pasienter med nedsatt aktivitetsnivå har således økt risiko for å utvikle obstipasjon hvilken igjen kan senke mobiliteten ytterligere (Ranhoff, 2014). I en litteraturstudie av Humphreys et al. (2016), så de på en rekke studier om fallrisiko blant eldre med leggsår. Der fant de at fallrisiko gjerne er en selvforsterkende tendens, der smerter og

frykt for fall øker risiko, samtidig som fallhistorie øker risikoen ytterligere. De peker videre på at flere av utfordringene med å leve med kroniske sår slik som manglende aktivitet, søvnforstyrrelser, lavere selvtillit og utfordringer med ADL funksjoner utsetter pasienten for forhøyet fallrisiko. Humphreys et al. viste at pasienter med kroniske venøse leggsår har betydelig reduserte resultater for funksjonell mobilitet i forhold til kontrollgruppen. Ankelen er også sårbar da den henger sammen med muskelpumpefunksjonen i leggen. Dette betyr at redusert ankelbevegelighet kan føre til redusert pumpefunksjon i leggen (Humphreys et al., 2016; Langøen & Gürgen, 2018b).

O'Brien, Finlayson, Kerr og Edwards (2017) så på hvilken effekt mosjon kan ha på sårtilheling. Gjennom en studie over 12 uker utforsket de hvorvidt veiledet trening som fokuserte på ankeløvelser kunne forbedre prestasjonen til leggmuskelpumpen og således fremme sårtilheling. Studien konkluderte med at det var 24% flere i intervensjonsgruppen enn kontrollgruppen som hadde god tilheling etter studieperioden. Således viste studien at deltakere som viste tilhørighet til mosjon var mere sannsynlige til å heve funksjonsnivå og tilheling.

Dette indikerer at treningsveiledning er en viktig del av en sammensatt behandlingsspakke. Andre systemiske måter trening hjelper kroppen på er at det fører til økt nevroendokrin respons, redusert kortisol, økt blodstrømning til huden og økt oksygenspenning i huden. I tillegg kan all bevegelse generelt være lindrende da det ofte er i hvile når benet er lavt at pasienter har størst problemer med smerter (Langøen & Gürgen, 2018a; Lindholm, 2018). Aktivering av pasienter med kroniske venøse leggsår blir således en viktig sykepleieroppgave. I min erfaring fra praksis var det her ofte et tett samarbeide med fysioterapeuter som kunne lage skreddersydde treningsprogrammer, tilpasset pasienten og deres omstendigheter. Som sykepleier var det ofte vår rolle å motivere pasienten til faktisk å utføre øvelsene og sikre at pasientene forstod de fysiologiske årsakene til hvorfor det var nødvendig.

En livsstilsfaktor som virker i motsatt retning av mosjon er røyking. Langøen og Gürgen (2018b) viser til at røyking hindrer optimal ventilasjon av vevet på grunn av den vasokontraherende effekten i tillegg til at karbonmonoksid binder seg til hemoglobinet og blokkere ut oksygen. Videre fremmer røyking dannelse av aterosklerose i blodårene og hemmer sårkontraksjon. Røyking øker også behovet for vitamin-C da det fører til økt oksidasjon av vitaminet. Hos pasienter som røyker blir det en sykepleieoppgave å opplyse om risikofaktorer ved røyking og informere om tilbud tilgjengelige i kommunen.

5.2.3 Hvordan fremme livsstilsendringer

På dette feltet er sykepleiere i hjemmetjenesten spesielt posisjonert da de møter pasienten i eget hjem og således har et ekstraordinært ansvar til å heve pasientens livskvalitet på pasientens premisser. God relasjon er sentralt for å sikre god tilhørighet til behandling (Fjørtoft, 2016). Dette kan være spesielt viktig i sårbehandling da forskning tyder på at personkontinuitet kan fremme tilheling (Gjevjon, 2015). Samtidig kan ikke relasjonen være bygget på at sykepleier skal presse pasienten til å ta avgjørelser de ikke har noen tilhørighet til. Selv om velgjørhetsprinsippet motiverer sykepleier til å se på helseeffekter, må ikke pasientens autonomi glemmes. Den helsefremmende funksjonen handler således snarere om å fordre livsmot så pasientene får ønsket om å gjøre livsstilsendringer for å forbedre helsen sin. Fjørtoft (2016) argumenterer for at livsmot skapes ved å anerkjenne pasienten som menneske og prate om pasientens perspektiv på situasjonen på en nær og vennlig måte. På dette vis kan sykepleier utøve veiledet selvbestemmelse. Prinsippet i veiledet selvbestemmelse er at pasienten skal ha kompetanse til å ta riktig avgjørelser for seg selv, men at sykepleier har ansvar for å hjelpe pasienten å finne de avgjørelsene. Dette gjøres ved at sykepleier og pasienten setter seg sammen og ser på hvordan pasientens sykdom påvirker livet til pasienten. Dette kan gi sykepleier innsikt inn i hvordan pasienten oppfatter sykdommen sin og hvilke mestringsressurser pasienten har (Kirkevold, 2014). Basert på det kan sykepleier gjøre en vurdering av hvilke mestringsstrategier pasienten kan bruke for å ta tak i eventuelle livsstilsendringer og skape tilhørighet til behandlingen pasienten skal få av sykepleier. Dette uten at pasienten føler at sykdommen fyller alle aspekter av livet. Sammen kan da sykepleier og pasient vurderer hvordan behandlingen burde legges opp for best mulig å takle det kroniske venøse såret.

6 Avslutning

Kroniske venøse leggsår er et omfattende problem i det norsk helsevesen. Blant eldre mennesker er prevalensen 2% og generelt går 1 – 2% av europeiske helsebudsjetter til

behandling. Smerter, nedsatt mobilitet og sosial isolasjon er noen av konsekvensene av kronisk sår (Slagsvold & Stranden, 2005). For pasienter med venøse leggsår kan livskvaliteten derfor senkes betraktelig som resultat av belastningen såret har på den affiserte. Som sykepleier i hjemmetjenesten er det svært vanlig å møte på denne pasientgruppen i hjemmetjenesten. Behandlingen er dog svært kompleks og byr på mange utfordringer for både sykepleieren og hjemmetjenesten.

Problemstillingen for denne oppgaven har derfor vært:

Hvordan kan sykepleier i hjemmesykepleien utføre faglig forsvarlig behandling av venøse leggsår?

I denne oppgaven har det blitt drøftet hvilke elementer en sykepleier burde ha med inn i behandlingen av et kronisk venøst leggsår. Oppgaven var avgrenset til å fokusere på sykepleierens behandlende og helsefremmende funksjoner.

Faglig forsvarlig sykepleie til pasienter med kroniske venøse leggsår må fokusere på en holistisk tilnærming som går ut over kun lokal behandling. Kompresjon står fram som det viktigste behandlingspunkt, men kan ikke fungere alene verken som lokalbehandling eller uten pasienttilhørighet. Lokalt må sykepleier utføre sårstell der både nekrose, væskeoverskudd og infeksjoner adresseres, i tillegg til generell hudpleie (Langøen & Gürgen, 2018b). Sykepleier må også være bevisst på pasientens smertelindring da dette kan hjelpe behandlingen, men også ha uønskede bieffekter hvis det blir oppnådd med visse mengder opioider (Shanmugam et al., 2017). Samtidig er det viktig at sykepleier sikrer pasienttilhørighet da dette er nødvendig for vellykket behandling. For å oppnå dette må sykepleier skape en god pasient-pleier-relasjon. Gjennom en god relasjon kan sykepleier og pasient samarbeide om å heve pasientens kunnskapsnivå, motivasjon og følelse av mestring over situasjonen (Bainbridge, 2013; Kirkevold, 2014). Dette blir også viktig hvis sykepleier skal kunne motivere pasienten til å gjennomføre viktige potensielle livsstilsendringer. Spesielt er det viktig at pasienten følger anbefalte retningslinjer for kosthold, aktivitet og røyking. For at sykepleieren skal utføre helsefremmende sykepleie må pasienten settes i sentrum. Sykepleier må således i samarbeid med den informerte pasienten finne de prioriteringer som skaper tilhørighet til behandling og håp for fremtiden.

7 Referanseliste

- Bainbridge, P. (2013). Why don't patients adhere to compression therapy? *British Journal of Community Nursing*, 18(Sup12), S35-S40.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2016). *Etikk i sykepleien* (4. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2014). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg. utg., s. 197-202). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Chamanga, E., Christie, J. & McKeown, E. (2014). Community nurses' experiences of treating patients with leg ulcers. *Journal of community nursing*, 28(6), 27-34.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fermann, T. & Næss, G. (2014). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg. utg., s. 238-264). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Gjevjon, E. R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien-vanskelige vilkår, men gode muligheter.
- Glavin, K. & Gjevjon, E. R. (2016). *Sykepleie i kommunehelsetjenesten : helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforl.
- Grønseth, R. & Nortvedt, P. (2016). Klinisk sykepleie -funksjon og ansvar. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth & K. C. Toverud (Red.), *Klinisk sykepleie : 1* (5. utg., bd. 1, s. 17-32). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). I *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30 utg.). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20omsorgstjenesteloven>
- Helsepersonelloven. (1999). I *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64 utg.). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Humphreys, C., Moffatt, C. & Hood, V. (2016). Risk of falling for people with venous leg ulcers: a literature review. *British Journal of Community Nursing*, 21(Sup3), S34-S38.
- Ingebretsen, H. & Storheim, E. (2016). Sykepleie ved sykdommer og skader i huden. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth & K. C. Toverud (Red.), *Klinisk sykepleie : 2* (5. utg., bd. 2). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jindal, R., Dekiwadia, D., Krishna, P. R., Khanna, A. K., Patel, M. D., Padaria, S. & Varghese, R. (2018). Evidence-Based Clinical Practice Points for the Management of Venous Ulcers. *Indian Journal of Surgery*, 80(2), 171-182.
- Johansen, B., Liv. (2019). Sårene ingen vil ha. *Sykepleien*, (2), 8-9.
- Kirkevold, M. (2014). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg. utg., s. 106-121). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2016). Sykepleie - fag og funksjon. I N. J. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (3. utg., bd. b. 1). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langøen, A. & Gürgen, M. (2018a). Forebygging og behandling av sår. Etiologisk inndeling. I A. Langøen (Red.), *Sårbehandling og hudpleie* (5. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Langøen, A. & Gürgen, M. (2018b). Sårbehandling, generelle prinsipper. I A. Langøen (Red.), *Sårbehandling og hudpleie* (5. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Lindholm, C. (2018). *Sår* (4. utg.). Lund: Studentlitteratur.
- Lunnon, J. (2013). Managing the nutritional status of community patients with leg ulcers. *Journal of community nursing*, 27(5), 66-72.
- McDaniel, J. C., Kemmner, K. G. & Rusnak, S. (2015). Nutritional profile of older adults with chronic venous leg ulcers: A pilot study. *Geriatric Nursing*, 36(5), 381-386.
- NSF. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 19.10.2019 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- O'Brien, J., Finlayson, K., Kerr, G. & Edwards, H. (2017). *Evaluating the effectiveness of a self-management exercise intervention on wound healing, functional ability and health-related quality of life outcomes in adults with venous leg ulcers: a randomised controlled trial*. [England] :
- Pasient-og brukerrettighetsloven. (1999). I *Lov om pasient-og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63 utg.). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ranhoff, A., Hylén. (2014). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg. utg., s. 79-91). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Romøren, T., Inge. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg. utg., s. 29-38). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Shanmugam, V. K., Couch, K. S., McNish, S. & Amdur, R. L. (2017). Relationship between opioid treatment and rate of healing in chronic wounds. *Wound Repair and Regeneration*, 25(1), 120-130.
- Slagsvold, C.-E. & Stranden, E. (2005). Venøse leggsår. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 7, 891-894.
- Sortland, K. (2015). *Ernæring : mer enn mat og drikke* (5. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Stanton, J., Hickman, A., Rouncivell, D., Collins, F. & Gray, D. (2016). Promoting patient concordance to support rapid leg ulcer healing. *Journal of community nursing*, 30(6), 28-35.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tønnessen, S. & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie. *Sykepleien forskning*, 7(3), 280-285.