



Høgskulen
på Vestlandet

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl. 14.00

Kandidatnummer: 562

Veileder: Arne Langøen

Konsekvent oppfølging av sårprosedyrer i kommunehelsetjenesten



Illustrasjonsfoto hentet fra: <https://sykepleien.no/2016/02/alt-pa-ett-sted>

Utdanning: Bachelor i sykepleie

Avdeling: Haugesund

Kull: 2014

Antall ord: 8956

Sammendrag

Tittel: Konsekvent oppfølging av sårprosedyrer i kommunehelsetjenesten

Bakgrunn for valg: Både i praksis gjennom utdanningen og fra jobberfaring under studiet i hjemmetjenesten har jeg opplevde at flere ikke fulgte sårprosedyrene, manglende rutiner og at det ikke fantes en sårprosedyrer. Dette har jeg stilt meg undrende til og ville se hva jeg som sykepleier kan gjøre for å sørge for å gi konsekvent behandling. Jeg ønsket å se om det var mulig å forbedre kontinuiteten i behandlingen.

Problemstilling: Hvordan kan man som sykepleier i kommunehelsetjenesten sørge for konsekvent oppfølging av sårprosedyrer?

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å få mer kunnskap om temaet og se hva som kan gjøres for å forbedre utfordringene med oppfølgingen av sårprosedyrene. I tillegg ønsker jeg å belyse det aktuelle temaet, da organisering er en viktig arbeidsoppgave som sykepleier.

Metode: Oppgavens metode er litteraturstudie. For å finne forskningsartiklene har jeg brukt databasen Cinahl og anvendt søkeordene "leg ulcer", "treatment", "consiste*", "community", "nursing" "ulcer", "primary health care" og "wound care". Jeg har med seks forskningsartikler som blir presentert i oppgaven, deretter drøftet opp mot litteratur og egne erfaringer.

Funn: Det viser seg at det er mangel på kunnskap og kompetanse rundt sårbehandling. Det mangler retningslinjer på arbeidsplassen. Sykepleierne har for mange arbeidsoppgaver og delegerer bort sårprosedyrer. Det er 40% av sårene som er under behandling har ikke en diagnose. Det mangler sårprosedyrer. Kontinuiteten i pleien er dårlig og arbeidslister blir tilfeldig delt ut fra dag til dag. Samarbeid med sykehus er dårlig eller ikke-eksisterende flere plasser.

Konklusjon: Ved å gi sårene riktig behandling og konsekvent oppfølging går tilhelingen raskere, kostnadene for sårbehandling går ned og prevalensen av sår reduseres. Sykepleiere må foreslå å begrense antall behandlere ved å ha primærgrupper. Sykepleiere må sørge for utfyllende dokumentasjon og kommunikasjon. Samtidig må sårene ha diagnose før oppstart av behandling. Sykepleierne må også avklare ansvarsområder innen sårbehandling og av oppgaver på avdelingen. I tillegg bør det sykepleierne sørge for at arbeidsplassen har retningslinjer for sårbehandling.

Nøkkelord: kontinuitet, kommunehelsetjeneste, organisering, kompetanse, sår, sårbehandling,

Summary

Title: Consistent follow-up of ulcer procedures in community nursing

Background: I have experience from both practice and work experience in community nursing. I have experienced that nurses don't follow the set ulcer treatment plan, sometimes there is no treatment procedure to follow and there's a lack of routines. I have been wondering what I can do as a nurse to ensure consistent treatment. I also wanted to look into if there's any possibilities to improve the continuity of treatment.

Thesis statement: How can I as a nurse in community nursing ensure consistent follow-up of ulcers.

Purpose: The purpose of this thesis is to highlight the topic and look into how we can prevent these issues in the future. Organization is one of many the nurses work tasks, and therefore I believe this is an important theme to look into.

Method: The method of this thesis is a literature study. I used Cinahl as database to look for research studies, by using the keywords; "leg ulcer", "treatment", "consiste*", "community", "nursing" "ulcer", "primary health care" and "wound care". I have found six research articles that are presented in the thesis, then discussed with literature and own experiences.

Findings: It turns out that there is a lack of knowledge and competence about wound treatment. There are no guidelines for wound care at the workplace. Nurses have too many work tasks and have to delegate. Wound procedures is a task that is easily delegated because it is a time consuming task. The patients do not have procedures, or they are not at their homes. The continuity of care is poor and working lists is distributed day by day. Collaboration with the hospitals is poor or non-existent most places.

Conclusion: By giving the wounds proper treatment and consistent follow-up, the wound will heal faster, the costs of wound treatment will decrease and the prevalence of wounds will be reduced. Nurses must propose to limit the number of caregivers by having primary groups. Nurses need to provide with complementary documentation and communication. The wounds must have a diagnosis before starting treatment. Nurses must also clarify responsibilities within wound care. In addition, the nurses should ensure that the departure has guidelines for wound care.

Keywords: continuity, community nursing, organizing, competence, wound, ulcer, treatment,

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon.....	1
1.1. Valg av tema	1
1.2. Problemstilling	1
1.3. Hensikt.....	1
1.4. Avgrensning og presisering.....	1
1.5. Begrepsavklaring.....	2
2. Teori	3
2.1. Sykepleieteori	3
2.2. Organisering.....	3
2.2.1. <i>Kommunehelsetjeneste</i>	3
2.2.2. <i>Kontinuitet</i>	4
2.2.3. <i>Sårbehandling i kommunen</i>	5
2.2.4. <i>Ansvar for oppfølging på sykehusene</i>	7
2.2.5. <i>Dokumentasjon</i>	7
2.3. Faglige forventninger	8
2.3.1. <i>Sykepleierens ansvar og funksjonsområde</i>	8
2.3.2. <i>Kompetanse</i>	8
3. Metode	10
3.1. Hva er metode?.....	10
3.2. Litteraturstudie	10
3.3. Etikk	11
3.4. Søkeprosessen	12
3.5. Kildekritikk	13
4. Resultat.....	15
4.1. "Community nurses' judgement for the management of venous leg ulceration: A judgement analysis"	15
4.2. "Community nurses' experiences of treating patients with leg ulcers"	15
4.3. "Wound care in primary health care: District nurses' needs for co-operation and well-functioning organization"	16
4.4. "Patient safety regarding leg ulcer treatment in primary health care"	16
4.5. "Wound care by district nurses at primary healthcare centres: A challenging task without authority or resources"	17
4.6. "Continuity of home care – difficult conditions, but good opportunities"	17
4.7. Hovedfunn	18
5. Drøfting.....	19
5.1. Organisering.....	19
5.2. Faglige mangler	24
6. Konklusjon.....	27
Referanser	29
Tabell 1 – Søketablell.....	13

VEDLEGG 1 - Resultattabell

1. Introduksjon

1.1. Valg av tema

I løpet av studiet har jeg sett mange sår, alt fra operasjonssår til trykksår og venøse leggsår. Jeg fikk raskt interesse for sår, og jeg har grepet hver mulighet jeg har fått til å delta i sårstell i praksis. De sårene som har vekket min største interesse har vært de som har hatt sakte tilheling eller som var ikke-helende. Jeg ble nysgjerrig på hva som var årsaken. Jeg ønsket å se hva man som sykepleier gjør for å bedre tilheling av sårene. Jeg opplevde flere ganger i ulike praksiser at sårprosedyrer ikke ble fulgt opp, eller ble utført feil. Derfor vil jeg se hva man kan gjøre for å sørge for at sårprosedurene blir fulgt opp og se om det finnes forbedringspotensialer.

1.2. Problemstilling

Hvordan kan man som sykepleier i kommunehelsetjenesten sørge for konsekvent oppfølging av sårprosedyrer?

1.3. Hensikt

Sårprosedyrer er som regel sykepleiernes oppgave, men det er ikke satt av mye tid til sår på bachelor utdanningen. Selv om noen får møte en del sår i praksis så gjelder ikke dette alle. Spesielt dersom man skal jobbe ute i kommunehelsetjenesten kan man møte mange sår, derfor synes jeg dette var et viktig tema å belyse. Det er et relevant tema ettersom det er sykepleiernes arbeidsoppgave å utføre sårstell og sørge for oppfølgingen til såret. Samtidig kan det være sykepleiernes oppgave å administrere og organisere pleien som gis.

1.4. Avgrensning og presisering

For å kunne skrive om hvordan man kan sørge for at sårprosedurene blir fulgt opp så vil jeg se på hva som er årsaken til at de ikke blir fulgt opp. Deretter vil jeg se hva man som sykepleier kan gjøre med problemstillingen og sørge for å forbedre oppfølgingen til sårprosedurene. Kommunehelsetjenesten omfatter mange helsetjenester, jeg har derfor valgt å konsentrere meg på hjemmesykepleie og sykehjem. Hjemmesykepleie og sykehjem er også de stedene hvor sårbehandling er mest aktuelt. Det står ikke så mye om organisering av hjemmesykepleie og sykehjem i pensumbøkene eller andre bøker jeg har sett i, jeg har derfor valgt å ta med kunnskap fra forskningsartiklene i teorien.

1.5. Begrepsavklaring

En sykepleiers funksjonsområde og ansvar er å behandle, lindre, arbeide helsefremmende og forebyggende, rehabiliterer og habiliterer, undervise og veilede, organisere, administrere og ledelse samt fagutvikling, forskning og kvalitetssikring. For å ivareta pasienten på best mulig måte må man ha evne til å lytte, se, observasjon og kjenne. Som sykepleier skal man også hjelpe med å ivareta de grunnleggende behovene til pasienten som å gi mat og hjelpe til med stell (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2014, s.17).

Det finnes internasjonale retningslinjer for sårbehandling, som ulike organisasjoner som NPUAP, EPUAP, WOCN, APWCA, AAWM og mange flere har laget (National pressure ulcer advisory panel, u.å.). De blir laget ut i fra kunnskapsbasert praksis for de ulike diagnosene og de lager derfor forskjellige retningslinjer til de ulike typene sår.

2. Teori

2.1. Sykepleieteori

Patricia Benner og Judith Wrubel sitt syn på sykepleie tar utgangspunkt i Benners bok "From novice to expert". Boka handler om hvordan klinisk sykepleiekompetanse utvikler seg. Benner og Wrubel mener at sykepleierstudenter trenger like mye teori som praktisk erfaring for å ha nok på kompetanse. Etterhvert som en nyutdannet sykepleier får praktisk erfaring vil sykepleieren få en intuitiv forståelse og ferdigheter til å frigjøre seg gradvis fra teoretiske perspektiv og retningslinjer (Kristoffersen, 2014, s. 258-265).

Sykepleieutdanningen gir undervisning i styring og ledelse men selv om man utøver rollespill, og jobber med case viser ikke dette hvor kompleks en sykepleiers jobb er med tanke på organiseringen. Å 'vite om' og å 'vite hvordan' er to ulike kunnskapsferdigheter. For å utvide 'viten om' må man vite hvordan man utfører noe, og for å utvikle kunnskapen i å 'vite hvordan' trenger man teori og vitenskapelig forskning. Ekspertise utvikles etterhvert som utøveren tester ut hypoteser og ser hva som er effektivt og ikke (Benner, 1995, s. 135-145).

2.2. Organisering

2.2.1. Kommunehelsetjeneste

Hver enkelt kommune må sørge for nødvendig og faglig forsvarlig helse- og omsorgstilbud til sine innbyggere (Hauge, 2012, s.267). Kommunene er ansvarlige for å tilby sykehjem, hjemmesykepleie, svangerskap og barselomsorgstjenester, helsestasjoner i skoler, helsestasjoner, akutt medisinsk hjelp, fastleger, personlig assistanse og avlastningstiltak (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011). Dette blir betraktet som kommunehelsetjenesten men jeg har valgt å begrense det til sykehjem og hjemmesykepleie.

Jeg viser til helse- og omsorgstjenesteloven (2011) som sier i paragraf §3-4 at de er pliktige til å samarbeide med andre instanser dersom det er behov for større eller annen kompetanse.

Friman (2017) sier kommunehelsetjenesten skal ta seg av all behandling utenfor sykehuset. Kommunehelsetjenesten tar seg ofte av pasienter som ikke har fått diagnose eller behandling på sykehus, og er ofte det første helsevesenet pasientene møter.

Sykehjem

Det er ulike tilbud på de ulike sykehjemmene, noen har korttidsopphold mens andre har lindrende enheter eller langtidsopphold (Hauge, 2014, s. 265 – 281). Pasientene har ofte store behov for hjelp og er ekstra utsatt for å få trykksår. På sykehjem skal alle få nødvendig og forsvarlig helsehjelp enten det er behandling av infeksjoner eller forebygging av trykksår. Under morgenstell vil det være god anledning til å legge merke til endringer og å observere pasienten. Å følge endringer over tid eller observere nye tilstander er viktig å dokumentere. Mangelfull dokumentasjon gir dårlig kontinuitet (Hauge, 2014, s. 265 – 281).

Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleien er en tjeneste som kan erstatte eller utsette institusjonsinnleggelse men som skal foregå på brukerens premisser (Birkeland & Flovik, 2014, s. 13-15). Pasientene er avhengig av forutsigbarhet, enhetlighet og kvalitet i pleien (Birkeland & Flovik, 2014, s. 157-160). Dette kan være vanskelig å oppnå i hjemmesykepleie da det er så mange ulike ansatte som er innom brukerne. I Gjevjons (2009) undersøkelse kom det frem at 90% av brukerne synes det er mange ansatte som kommer innom men 69% synes likevel det var akseptabelt. Det de var mest misfornøyde med var klokkeslettet de ansatte dukket opp på og at de ikke kunne være med å bestemme når de skulle komme.

Det er ulike måter å organisere hjemmesykepleie på. Noen arbeidsplasser har ikke noen grupperinger og alle ansatte går til alle brukerne, mens andre jobber i grupper som har ansvar for og kun går til en avgrenset gruppe med brukere. Det kalles primærgrupper (Birkeland & Flovik, 2014, s. 157-160).

2.2.2. Kontinuitet

I dag blir ofte eldre skrevet ut fra sykehusene med mer avanserte, pågående behandlinger som kommunehelsetjenesten må ta seg av (Gjevjon, 2015). Selv om behandlingen ikke finner sted på sykehuset er det like høye kvalitetskrav til tjenesten selv om den finner sted i hjemmet til pasienten. For å utøve helsehjelp av høy kvalitet er kontinuitet en grunnleggende faktor. Kontinuitet vises igjen på pasientens funksjonsnivå, psykososialt velvære og reduserte helsetjenestekostnader (Gjevjon, 2015).

Kontinuitet blir ofte delt i tre ulike typer kontinuiteter; personkontinuitet, informasjonskontinuitet og organisatorisk kontinuitet (Gjevjon, 2015). Personkontinuiteten går på relasjonen mellom helsepersonell og pasient. Dette går på hvor mange personer pasienten treffer i løpet av dagen eller uka. Informasjonskontinuitet er når relevant og oppdatert informasjon om pasientens hjelpebehov videreformidles til neste helsepersonell som skal inn for å hjelpe pasienten. Organisatorisk kontinuitet vil si at pasienten får riktig hjelp av riktig person, til riktig tid. Dette krever planlegging, koordinering og tilrettelegging av helsehjelp. Helsepersonellet skal ha kunnskap og kompetanse, relevante kvalifikasjoner og nødvendig utstyr. Organisatorisk kontinuitet er grunnmuren for å kunne oppnå personkontinuitet og informasjonskontinuitet (Gjevjon, 2015).

I en undersøkelse av Gjevjon, Eika, Romøren og Landmark (2014) gikk de inn i arbeidslister og pasientjournaler for å sjekke hvor mange besøk pasienten hadde, hvilken rekkefølge og hvem av de ansatte som foretok besøkene. Pasientene fikk i gjennomsnitt 51 besøk i løpet av 4 uker, hvor det var i snitt 17 ansatte som foretok disse besøkene. Det ble også vurdert i hvilken rekkefølge de ulike personene var innom pasienten. Personkontinuiteten blir beregnet som lav ettersom pasientene kun møtte den samme personen i gjennomsnitt tre ganger i løpet av fire uker (Gjevjon, Eika, Romøren & Landmark, 2014). Det virker som at arbeidslistene deles ut fra dag til dag, og ikke med tanke på en plan om å gi en kontinuitet (Gjevjon, 2015).

2.2.3. Sårbehandling i kommunen

Allmennedisin er primærhelsetjenesten sitt spesialområde og fastleger er spesialister på allmennmedisin og har ansvar for pasientens pleie, medisinerings samt behandlingsplan. Fastlege er dermed ansvarlig for å diagnostisere, behandle og eventuelt henvise til spesialist dersom tilstanden ikke bedrer seg. Sykepleierne er de som ser den helhetlige pasienten, med underliggende årsaker som ernæringsstatus. Hjemmesykepleien er de som tar seg av sårbehandling i hjemmet og studier viser at sårbehandling tar nesten halvparten av arbeidstiden til sykepleierne. Med en befolkning som har økende levealder, vil det også bli økt behov for sårbehandling. Hverken fastleger eller sykepleiere har kompetansen de trenger om sårbehandling. Av ulike årsaker som for eksempel økonomi, tid og ledelse, får de ikke den kunnskapen og kompetansen de hadde hatt behov for. Samarbeidet mellom sykepleiere og fastlege er dårligere enn det burde ha vært. Det tverrprofesjonelle samarbeid hindres på grunn av tradisjonelle verdier og holdninger, dårlig kunnskap om hverandres roller (Friman, 2017).

Pasienter med ikke-helende sår eller sår som heler sakte befinner seg som regel i kommunehelsetjenesten og det er de som følger opp sårprosedyrene (Langøen & Gürgen, 2012, s. 304-311). En av de største utfordringene er at personalet i kommunehelsetjenesten ikke har kunnskapen til å behandle sårene på riktig måte. Som regel er det mange forskjellige som er innom og utfører prosedyrene og det blir ofte personlig vri på prosedyren. Prosedyrer som innebærer debridering, kompresjonsbandasje, måling av sårareal og vakuumbehandling er behandlinger som krever kunnskap for å kunne utføre på en rett måte (Langøen & Gürgen, 2012, s. 304-311).

I hjemmesykepleien varierer det hvem som tar seg av sårbehandlingen. Noen velger å la alle ansatte utføre det, mens andre plasser har de små grupper eller en sårsykepleier som tar seg av sårprosedyrene (Langøen & Gürgen, 2012, s. 304-311). Grunnet store variasjoner på hvem og hvor mange som utfører prosedyrene er det derfor stor variasjon på kvaliteten i arbeidet. Det er stor grunn til å tro at dersom kompetansen hadde vært høyere, ville sårene også ha grodd raskere. Sårprosedyren blir en rutine for pasienten og dersom det blir gjort annerledes eller bare i en annerledes rekkefølge kan dette bli frustrerende for pasienten. Dersom de som kommer inn for å utføre sårprosedyren og i tillegg undres over hva som er blitt gjort tidligere, sår man tvil hos pasienten om behandlerne faktisk vet hva de gjør (Langøen & Gürgen, 2012, s. 304-311).

Utstyr og retningslinjer

I dag finnes det uendelig med bandasjer og sårbehandlingsutstyr. Det er ikke behov for å ha alle disse typene bandasjer eller behandlingsutstyret. Det er foretrukket at personalet har få bandasjer å velge mellom, men at man vet hvordan man bruker dem. Det er viktig å vite forskjell på hvilke bandasjer som man er nødt til å bruke og de som kan være kjekke å ha (Langøen, 2014, s. 115-139). I Friman, Klang og Ebbeskogs (2010) studie har det kommet frem i flere studier at det er forvirring rundt hvilke bandasjer og sårbehandlingsutstyr man skal benytte seg av på grunn av stort utvalg.

Retningslinjer for de ulike sårtypene er viktig for å gi kvalitetssikret behandling, men for at de skal fungere bra er man avhengig av at lederne støtter retningslinjene og innholdet samt at sykepleierne vet hva som står i retningslinjene (Friman, Klang og Ebbeskogs, 2010).

2.2.4. Ansvar for oppfølging på sykehusene

Det kan være ulike behov for å samarbeide med spesialister på sykehuset, noen pasienter trenger en ernæringsstatus utredning, oppfølging av sårbehandling, andre trenger en vurdering for hvilke underliggende årsaker til sakte sårtilheling. Rett behandling til rett diagnose har vist å redusere sårprevalens, behandlingstid og kostnader (Friman, 2017). Per nå er det ingen enhet på sykehusene i landet som har ansvar for utredning, diagnostikk og behandling av sår. Det finnes noen unntak hvor det har blitt etablert sårpoliklinikker som i Flekkefjord, Drammen, Førde og Stord. I tillegg har de startet en telemedisinsk sårpoliklinikk i Tromsø (Langøen & Gürgen, 2012, s. 304-311).

Der hvor det ikke finnes sårklinikker, er det er ulike faktorer som spiller inn hvilken avdeling sårene holder til på sykehusene (Langøen & Gürgen, 2012, s. 304-311). Hvem som helst kan ta ansvar for utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging. Som regel blir sårene fulgt opp av avdelinger som har en viss relevans for typen sår. For eksempel følges sår grunnet cancer og venøse leggsår opp av hudpoliklinikken og karkirurger følger opp arterielle sår. Dekubitus er det ingen som føler de har kunnskap til å ta ansvar for og det blir ofte tilfeldig hvem som følger dem opp. Der hvor de har sårpoliklinikker har disse pådratt seg ansvaret for alle typer sår, og jobber tverrfaglig for å gi best mulig behandling til personene. Sårpoliklinikkene som har blitt startet, er bygget opp av initiativ fra enkeltpersoner. Når disse slutter er det ikke garantert at disse klinikkene vil fortsette (Langøen & Gürgen, 2012, s. 304-311).

Telemedisinprinsippet er noe som opprinnelig begynte i Danmark. Det går ut på at det finnes sårpoliklinikker rundt omkring ved de ulike sykehusene som bruker nettbaserte sårjournaler slik at fastleger, sårsykepleiere og sykehusleger kan få tilgang. I tillegg kan sårsykepleiere ute i kommuner eller på andre avdelinger legge inn data fra sine pasienter og henvende seg via nettilgangen for å bestille time til utredning, diagnostikk eller behandling (Langøen & Gürgen, 2012, s. 304-311).

2.2.5. Dokumentasjon

Sykepleiere er lovpålagt å dokumentere det som gjøres, observeres og tiltak som blir iverksatt. Både Helsepersonelloven (1999) og pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier at helsehjelp som er gjort skal dokumenteres. Det finnes en veileder på dokumentasjon i pleie og omsorgstjenesten som Helsedirektoratet (2006) har gitt ut. I denne veilederen sies det at alle

observasjoner, vurderinger, beslutninger og iverksatte tiltak skal dokumenteres for å kvalitetssikre tjenestetilbudet.

Dokumentasjonen varierer fra å kun signere at man har vært hos pasienten til å skrive lange forklarende rapporter med observasjoner, vurderinger og tiltak som er gjort under besøket. Det kan likevel være en utfordring med dokumentasjon, det å skrive en helhetlig og god rapport er tidkrevende i en hektisk arbeidsdag (Birkeland & Flovik, 2014, s. 170-172). Nå er det blitt mer vanlig med ulike elektroniske dokumentasjonssystemer i hjemmesykepleien, men det varierer hvor optimale disse er for sår dokumentering. Det er ønskelig at man tar bilder og får et areal over sårflaten som man kan følge med på. Samtidig at man kan se om det forandrer seg med mengde nekrose eller slough over tid (Langøen, 2014, s. 115-139).

2.3. Faglige forventninger

2.3.1. Sykepleierens ansvar og funksjonsområde

Som sykepleierstudent skal man tilegne seg kunnskap for å skape en handlingsberedskap og en handlingsevne som man skal ta i bruk som sykepleier. Sykepleieren skal ta seg av direkte og indirekte pasientrettede oppgaver. Direkte pasientrettede oppgaver som å behandle, forebygge, lindre, arbeide helsefremmende, samt rehabilitering og habilitering, er de mer synlige arbeidsoppgavene til sykepleierne. I tillegg er det sykepleierens oppgave å organisere, veilede, undervise, administrere og å følge fagutvikling og forskning (Nortvedt & Grønseth, 2010, s. 17-32).

2.3.2. Kompetanse

Hver yrkesgruppe har sin egen særegne kompetanse. Sykepleiere vet hvordan de skal hjelpe pasienter til å ivareta grunnleggende behov, fremme helse og hjelpe personer som har vært eller kan bli utsatt for svikt i helsetjenesten. Alle disse egenskapene utgjør en stor kompetanse som er sentral og stort behov for i hjemmesykepleien. Sykepleierne er de som har oversikt over pasientsituasjonen og er som regel de som organiserer helsehjelp og veileder andre yrkesgrupper. Sykepleiere utøver behandling og har en sentral rolle i tverrfaglig samarbeid slik at pasientene får den optimale helsehjelpen (Birkeland & Flovik, 2014, s. 22).

I kommunehelsetjenesten er det mange sykepleiere som stiller sårene, dette kan by på utfordringer. Den som behandler såret sin viktigste oppgave er å få såret til å hele (Langøen &

Gürgen, 2012, s. 304-311). For å få ikke-helende sår eller sakte helende sår til å hele, må man som sykepleier oppdatere sin kunnskap om sårtilheling og sikre at personen får den beste behandlingen som mulig. Det bør ikke være hvem som helst som får avgjøre når sårprosedyrene skal endres (Langøen, 2014, s. 126-127). Langøen (2014) sier det bør være en inndeling etter kompetanse i forbindelse med sår, da én feillagt kompresjonsbandasje kan gjøre såret verre, samt skape nye sår. Det er ønskelig at man har visse sykepleiere som har kompetansen til å ta avgjørelser rundt sår, som tar seg av endringer i sårprosedyrer (Langøen, 2014, s. 126-127). For å kunne utøve rett behandling mot sårene er det viktig å vite hvilken type sår man skal behandle. Det har også betydning for valg av bandasje. Når man skifter bandasje er det ikke bare til å ta av den gamle og ta på en ny, man må også observere såret (Langøen, 2014, s. 122).

3. Metode

3.1. Hva er metode?

Metode er en systematisk måte å innhente informasjon eller kunnskap om spesifikke temaer eller problemstillinger (Thidemann, 2015, s. 76-77). Problemstillingen vil avgjøre hvilken metode som er best egnet, den vil fortelle hvem eller hva er det man ønsker å undersøke og hvordan vil man gjøre det (Thidemann, 2015, s. 76-77).

Hvilken metode som brukes avhenger av hvilken informasjon man ønsker å se på. I noen studier ønsker de å se på tall og statistikk mens i andre studier ønsker de å se på meninger og opplevelser. Kvantitative studier gir data som er målbare tall (Dalland, 2012, s. 111-122). De ønsker gjerne å finne ut prosent på hvor mange prosent av befolkningen som har behov for hjelp. Kvalitative studier ønsker å se på hvordan personer oppfatter hendelser og deres syn, meninger eller opplevelser av hendelser (Dalland, 2012, s. 111-122). En oversiktsartikkel sammenligner funn i to eller flere forskningsbaserte artikler og sammenligner funn (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012, s. 197).

3.2. Litteraturstudie

Bachelor i sykepleie er en litteraturstudie, hvor man systematiserer kunnskap fra ulike kilder (Thidemann, 2015, s. 76-80). Man henter frem litteratur, går kritisk gjennom litteraturen og til slutt oppsummerer man i et sammendrag. Hensikten med oppgaven er å gi leseren en oversikt og oppdatering over litteraturen på temaet (Thidemann, 2015, s. 76-80). Det finnes to ulike måter å gjennomføre en litteraturstudie på, en systematisk litteraturoversikt og allmenn litteraturoversikt (Forsberg & Wengström, 2013). I en systematisk litteraturoversikt går man gjennom eksisterende litteratur og ser hvor det er mangel på kunnskap og hva som er behovet for å forskes mer på. I en allmenn litteraturoversikt tar man utgangspunkt i et visst antall utvalgte artikler men det blir ikke gått gjennom dem på samme systematiske måte. I en bacheloroppgave vil man gå ut fra en allmenn litteraturoversikt som Forsberg og Wengström (2013) definerer dem.

Når man planlegger en litteraturstudie begynner man med å gå gjennom hvilken forskning som finns på temaet og ser hvilke metoder som er anvendt (Christoffersen, Johannessen,

Tufte & Utne, 2015, s. 62-64). For å oppnå en systematisk litteraturstudie er det visse krav som må være oppfylt; man skal begrunne valget av primærstudiene og hvilken utvalgsmetode som er brukt. Problemstilling må komme tydelig frem og søkestrategien skal presenteres. Samtidig skal artiklene kvalitetsvurderes med et analyseskjema fra www.kunnskapsbasertpraksis.no (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62-64).

3.3. Etikk

Kunnskap, opplevelser og erfaringer er det kun menneskene selv som kan fortelle oss. For å få lov å bruke denne informasjonen er vi nødt til å ha en tillit fra deltagerne (Dalland, 2013, s. 95-109). Tilliten fra deltagerne krever at vi overholder det vi har bedt om samtykke til, anonymiserer opplysninger og overholder taushetsplikten vår. Etikken finner sted fra det man planlegger studien til hvordan man formidler resultatene. Man skal tenke på at resultatene i studien ikke gir unødvendige belastninger på deltagerne (Dalland, 2012, s. 95-109).

Helsinkideklarasjonen ble vedtatt av World Medical Association Assembly i Helsinki 1964 (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 43-51). Den sier noe om hvordan helsepersonell som utfører studier med mennesker skal beskytte pasientene som deltar. Det blir spesielt vektlagt å beskytte dem for farer som følge av forskningen og at pasienten har gitt sitt samtykke (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 43-51). Samtykke kan gis muntlig, skriftlig enten elektronisk eller på papir. Det skal komme frem at deltageren samtykker, hva deltageren samtykker til og hvilke forskere det gjelder for, altså hvem som kan anvende informasjonen. Forskeren skal kunne vise til dokumentasjon på samtykket (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 43-51).

Det er også laget retningslinjer som skal sikre deltageres rett til selvbestemmelse og autonomi, de skal ha mulighet til å trekke seg når som helst i studien uten å måtte begrunne hvorfor, de skal selv får bestemme hvilken informasjon som skrives om og igjen ikke utsettes for mer belastning enn nødvendig (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 43-51).

3.4. Søkeprosessen

Artiklene skulle ikke være eldre enn ti år slik at de fortsatt er relevante og aktuelle for nåtidens helsevesen. Det ble derfor satt 2007-2017 som en avgrensning i søkene mine. Jeg synes Cinahl er den databasen hvor det er lettest å søke i, der det er enklest å avgrense søk og er der man finner det man leter etter. Det er den databasen som er mest oversiktlig og derfor den databasen jeg har valgt å bruke når jeg søkte etter artikler. Jeg tok noen søk i Proquest og Idunn men der fant jeg ikke det jeg letet etter. Det kom opp flere hundre resultater på de ulike søkene i Proquest, noe som gjorde det vanskelig å finne de artiklene som hadde et aktuelt tema i forhold til min problemstilling. Viser til tabell 1 på neste side.

Artikkel 1

Jeg brukte søkeordene ”leg ulcer”, ”treatment” og ”consiste*” i Cinahl. Da fikk jeg opp 48 treff. Da ønsket jeg kun å se dem med full tekst tilgjengelig og dette resulterte i treff på 28 artikler. Ved å lese tittelen på artikkelen får man et innblikk i hva artikkelen handler om. Av disse 28 var det kun tre artikler jeg leste sammendragene til, og kun én artikkel som var aktuell for min problemstilling. Da fant jeg en artikkel av Adderley og Thompson (2015).

Artikkel 2

Her brukte jeg søkeordene ”community” og ”nursing” kombinert med ”ulcer”. Dette ga 723 artikler. Jeg ville avgrense artiklene og la til full tekst tilgjengelig samt at de måtte være utgitt mellom 2007-2017. Nå var det 177 artikler igjen men jeg begynte likevel å lete. Selv om det var mange artikler, er det mange man kan luke bort når man leser overskriftene. De artiklene som virket aktuelle åpnet jeg og leste sammendragene på for å så eventuelt lese hele artikkelen. Jeg leste fire sammendrag og deretter to artikler. Satt så igjen med én artikkel av Chamanga (2014) som jeg kunne bruke i oppgaven.

Artikkel 3, 4 og 5

Jeg fant flere artikler i samme søk i Cinahl, med søkeordene ”primary health care” og ”wound care or ulcer”. Jeg tok med begrensningen at artiklene skulle være utgitt i årene 2007-2017. Da fikk jeg opp 145 artikler. Jeg ønsket kun de som var tilgjengelige med full tekst og fikk da opp 45 artikler. Jeg leste fem sammendrag og fire artikler. Da fant jeg ut at tre av dem passet godt inn med min problemstilling og tok med meg samtlige tre. To av Friman, Klang og Ebbeskog (2010; 2011) og én artikkel av Smith-Strøm og Thornes (2008)

Artikkel 6

Den siste artikkelen fant jeg på Google Scholar, ettersom Gjevjon var omtalt i en av bøkene jeg har anvendt ønsket jeg å se hva hun hadde skrevet artikler om. Derfor søkte jeg kun på etternavnet "Gjevjon" og fikk opp alle artiklene hennes. Da så jeg at hun hadde en artikkel om kontinuitet i hjemmesykepleie og at det var en oversiktsartikkel hvor hun hadde tatt tre eksisterende artikler og sett på funnene i de ulike artiklene. Det var en artikkel fra 2015, denne var dermed aktuell, da den omhandlet norsk hjemmesykepleie som var relevant for min problemstilling.

Tabell 1; Søketablell

Database	Dato	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Forkastede artikler	Utvalgte artikler
<u>CINAHL</u>	29.10.16	Full <u>text</u>	<u>Ulcer and continuity</u>	28	5	2	2	0
	29.10.16		<u>Leg ulcer and treatment and consiste*</u>	41	3	1	0	1
	08.03.17	Full <u>text</u> , 2012-2017	<u>Ulcer treatment and home care</u>	1	1	1	1	0
	10.03.17	Full <u>text</u> , 2007-2017	<u>Community and nursing and ulcer</u>	177	4	2	1	1
	12.03.17	Full <u>text</u> , 2007-2017	<u>Documentation and ulcer* and nurs*</u>	55	5	2	2	0
	13.03.17	Full <u>text</u> , 2007-2017	<u>Primary health care and wound care or ulcer</u>	45	5	4	1	3
<u>Proquest</u>	10.03.17	Full <u>text</u>	<u>Documentation, ulcers, nursing</u>	421	7	1	1	0
Idunn	12.03.17		Dokumentasjon sykepleie	74	2	1	1	0

3.5. Kildekritikk

Kildekritikk vil si at forskeren har gransket kildene slik at han vet det er en kilde som kan gi holdbare konklusjoner. Kildegransking er et mer passende uttrykk da man vurderer, tolker og analyserer kildene. Det er noen holdepunkter man kan vurdere kilden etter. Det første er årsaken til opphavet av kilden, er kilden troverdig? Vurdér om den har faglige svakheter. Det tredje er representativitet, er det et svar som skiller seg ut eller finnes det andre dokumenter

som sier det samme. Det fjerde er tolkningen eller betydningen av oppgaven, hva sier den deg og er det enkelt å forstå (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 60-61).

Vitenskapelige artikler skal ha en IMRaD struktur og den strukturen forteller hvor du finner informasjonen du leter etter. IMRaD står for: *Introduction, Method, Results and Discussion*. I introduksjonen presenteres hvorfor denne studien ble skrevet. Metoden forteller hva som er blitt gjort for å komme frem til den nye kunnskapen. Resultatene forteller hva man har funnet i studien og i drøftingen ser man på hva det vil si for temaet man skriver om (Thidemann, 2015, s. 30-31).

Artiklene i denne oppgaven ble analysert med sjekklister fra kunnskapssenteret for kvalitetsforsikring (Kunnskapssenteret, 2017). Alle artiklene i denne oppgaven ble gjennomgått og vurdert som troverdige og holdbare kilder. Det eneste man kan dra frem er utvalget av studier kun er fra England, Sverige og Norge. Derimot er dette land som er aktuelle for Norges helseorganisering.

4. Resultat

4.1. ”Community nurses’ judgement for the management of venous leg ulceration: A judgement analysis”

Hensikten med den kvantitative studien til Adderley og Thompson (2015) var å se om kompetansen til sykepleierne var god nok til å kunne bedømme hvilken type leggsår pasientene hadde og om de visste hvilken behandling som skulle iverksettes. Det var 36 sykepleiere med i studien, halvparten av deltagerne hadde utdanning innen sår mens de resterende var generelle sykepleiere. Det kom frem at alle sykepleierne hadde lavere kompetanse enn det som var forventet. Det var forventet at de kunne vite hvilken type sår det var i 63% av tilfellene men de hadde kun rett på 48%. De kunne også vite hvordan de skulle behandle 88% av tilfellene, men de fikk bare rett på 49%. Dette gjaldt både de med og uten utdanning innen dermatologi. Selv om vurderingene av sårene ikke alltid var rett, fulgte sykepleierne konsekvent det de mente var rett. Selv om denne studien ble gjort i England mente forfatterne at dette trolig var relevant i hele verden hvor de hadde hjemmesykepleie.

4.2. ”Community nurses’ experiences of treating patients with leg ulcers”

I Chamanga (2014) sin kvalitative studie var hensikten å se hvordan sykepleierne i hjemmesykepleien så på behovene og det daglige livet til pasientene med leggsår. Han ønsket også å se på begrunnelsen til behandlingen og erfaringene til de som pleiet sårene. Det var 9 sykepleiere med som ble intervjuet og noen var med i fokusgrupper. Resultatene viste at behandlingen som ble utøvet kom an på arbeidsmengde, arbeidsforhold og statens sparetiltak. Sykepleierne hadde ofte for mange arbeidsoppgaver, de hadde dårlige kunnskaper om sårbehandling og var dårlige på å kommunisere og dokumentere. Det manglet sårprosedyrer og dersom pasienten hadde en sårprosedyre var det ikke alltid den lå hjemme hos pasienten hvor sårprosedyren skulle foregå. De hadde dårlig tid til å gi helhetlig, personsentrert og kunnskapsbasert sykepleie. Nedbemanning og økende arbeidsoppdrag fører til færre ansatte på jobb men med enda mer å gjøre. Sårprosedyrer er i tillegg tidkrevende arbeid og vurdering av sårene samt behandlingsplaner blir ikke fulgt opp i den grad det burde. Sykepleierne delegerer bort sårprosedyrene da de har andre sykepleieroppgaver som de prioriterer. Det ble også endret på sårprosedyrer av hvem som helst som var inne hos pasienten, det var ikke én som var ansvarlig for å følge opp.

4.3. "Wound care in primary health care: District nurses' needs for co-operation and well-functioning organization"

I Friman, Klang og Ebbeskog (2010) sin kvantitative studie var hensikten å se på hjemmesykepleiens sårbehandling. De ville se på ansvarsfordelingen, retningslinjer for sårbehandling og det tverrprofesjonelle samarbeidet. Det var 26 sykepleiere med i studien fra 5 ulike arbeidsplasser. Resultatene fortalte at ansvarsområdene var uavklarte og diffuse. 40% av sårene de behandlet var udiagnostiserte. Sårene som var diagnostiserte var ofte bestemt av en sykepleier i hjemmesykepleien uten å ha konsultert med noen andre. Når det var manglende kapasitet og tidsmangel, brukte de assistenter eller helsefagarbeidere til å utføre sårstellene. Det tverrprofesjonelle samarbeidet var dårlig og ikke-eksisterende, noe som fører til lange ventetider før vurdering av sårene. Det manglet også retningslinjer på hvilke tiltak som skulle settes i gang på hvilke type sår. På grunn av alle de ulike faktorene var det dårlig kontinuitet.

4.4. "Patient safety regarding leg ulcer treatment in primary health care"

Smith-Strøm og Thornes (2008) sin beskrivende eller deskriptive studie var ønsket å undersøke hvordan samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og hudavdelingen på sykehuset samarbeidet. I tillegg ønsket de å se hvordan de venøse leggsårene ble behandlet og undersøke sykepleiernes kunnskap om behandling. Deltagerne var alle registrerte sykepleiere som jobbet i den kommunen. Pasientenes sår var ikke alltid diagnostisert, og de fleste diagnoser og behandlinger ble bestemt av sykepleierne. Sykepleierne endret på sårprosedyrene uten å konsultere med hudavdelingen først. De hadde ikke retningslinjer for kompresjonsbehandling og smertestillende til pasientene med leggsår. De hadde ikke faste sykepleiere som tok seg av sårene og hvem som helst kunne endre på prosedyren. Kunnskapen sykepleierne hadde om sår hadde de enten fått gjennom erfaring eller kollegaers erfaringer. Sykepleierne manglet kunnskap om hvilken behandling som var rett for de ulike diagnosene, de visste ikke når de burde endre prosedyre, ei heller hvor ofte sårprosedyrene skulle gjennomføres. Utøvelsen av sykepleie til pasienter med leggsår møter ikke de internasjonale retningslinjer, noe som truer pasient sikkerheten.

4.5. ”Wound care by district nurses at primary healthcare centres: A challenging task without authority or resources”

I Friman, Klang og Ebbeskog (2011) sin kvalitative og beskrivende studie var hensikten å se på sykepleiernes erfaringer fra å behandle ulike sårtyper i primærhelsetjenesten og spesielt i hjemmesykepleien. De ønsket å øke forståelsen rundt hjemmesykepleiens arbeid og hva arbeidet innebærer. Åtte sykepleiere fra fire ulike arbeidsplasser som jobbet både i hjemmesykepleie og på vårdcentralen var med i undersøkelsen. Resultatene viste at sykepleierne følte det var deres ansvar å ta seg av sårbehandling, og de følte de hadde kompetansen til å ta selvstendige vurderinger og avgjørelser rundt behandlingen. De ønsker å gi pasientene kontinuitet i behandlingen samtidig å se hele pasienten - ikke bare såret. De så på sårprosedyrer og rapportering som viktig for å kunne samarbeide tverrprofesjonelt. De savnet en enkel måte å ta kontakt med hudavdeling for rask og lett tilgjengelige råd eller behandlingsvurdering. De største problemene var dårlig organisering og dårlig tid, noe som førte til at assistenter og helsefagarbeidere måtte bistå med sårstell. Begrenset tilgang på behandlingsrom og utstyr gjorde at behandlingen ble vanskeligere og de strakk ikke til. I hjemmet var det utfordrende med tanke på at de ikke hadde alt utstyr tilgjengelig, dårlig belysning, uheldige arbeidsstillinger og uhygieniske arbeidsforhold.

4.6. ”Continuity of home care – difficult conditions, but good opportunities”

I Gjevjon (2015) sin oversiktsartikkel har hun sett på tre artikler og hensikten var å belyse og diskutere hjemmesykepleiens kontinuitet og se etter løsninger til å oppnå kontinuitet. Resultatene viste at en pasient i gjennomsnittet så samme ansatt tre ganger i løpet av fire uker. I forhold til turnuser og arbeidslister var det mye som kunne ha blitt gjort for å unngå at det var så lite kontinuitet. Lederne definerte kontinuitet som at pasientene hadde få ansatte å forholde seg til. Likevel ble arbeidslistene delt ut tilfeldig, fra dag til dag og med de ansattes ønsker noe mer prioritert enn pasientenes kontinuitet. Det var dårlig dokumentasjon som var fragmentert og skrevet fortløpende uten noen ordentlig struktur. Et forslag til å bedre kontinuiteten var å ha pasientansvarlig sykepleier, men dette er en svært sårbar modell. Det ble derfor presentert en gruppemodell, et team, som har ansvar for de ulike pasientene og følger opp deres behandling. På sårprosedyrer vil begrenset antall personale ha positiv effekt da det gir en kontinuitet i behandlingen. Samtidig er det mange nedskjæringer på budsjettene i dagens samfunn og sykepleiernes kapasitet blir satt på prøve.

4.7. Hovedfunn

Hovedfunnene i disse artiklene er mye det samme, det er flere ting som går igjen i flere av artiklene. Det som kommer frem i de fleste artiklene er at det er mangel på kunnskap og kompetanse rundt sårbehandling, de har ikke kompetansen til å diagnostisere og iverksette rett behandling. De har for mange arbeidsoppgaver og må delegerer oppgaver til assistenter som ofte blir sårstell da dette er mest tidkrevende. Det kommer frem i flere av studiene at hvem som helst kan endre på sårprosedyrene, da det ikke er noen som ansvar for oppfølging av sårprosedyrene. Det kommer også frem at kommunikasjon og dokumentasjon ikke er godt nok, det er dårlig og ufullstendig dokumentasjon. Det mangler også retningslinjer på hvordan de skal behandle de ulike diagnosene. Samtidig som det er mange sår som får behandling som aldri har fått en diagnose og flere pasienter som manglet sårprosedyre. Kontinuiteten er dårlig og arbeidslister blir tilfeldig delt ut dag for dag etter de ansattes ønsker. Det var kom frem at noen var fornøyde med samarbeidet med sykehuset mens andre steder var det ikke-eksisterende eller svært dårlig. Sykepleierne ønsket å få enklere løsninger på et samarbeid som ikke inkluderte lange ventetider og mange henvisninger.

5. Drøfting

I drøftingen vil jeg se på hovedfunnene i artiklene og deretter se hva som skal til for at sykepleiere i kommunehelsetjenesten kan sørge for konsekvent oppfølging av sårprosedyrer. Funnene var at sykepleierne hadde for mange arbeidsoppgaver, hvem som helst kan endre prosedyrene, dårlig kommunikasjon og dokumentasjon, tilfeldig utdeling av arbeidslister, dårlig kontinuitet, variert kvalitet på tverrprofesjonelt samarbeid, sykepleierne mangler kunnskap eller kompetanse til å sette diagnoser, manglende retningslinjer, mange pasienter får behandling uten en fastsatt diagnose og det mangler sårprosedyrer.

5.1. Organisering

Organisering er en del av sykepleierens oppgaver (Nortvedt & Grønseth, 2010, s. 17-32), men selv om det blir undervist om organisering under utdanningen, hevder Benner (1995) at det er annerledes å organisere i praksis, på virkelige pasienter. Organiseringen av ansatte, pasienter og arbeidsoppgaver er en sentral del av hvor bra oppfølgingen til sårprosedyrer blir. Det er flere faktorer som spiller inn på dårlig organisering.

For mange arbeidsoppgaver

Som sykepleier i kommunehelsetjenesten har man ansvar for mange pasienter og det er mange oppgaver man skal gjennom i løpet en arbeidsdag. Sykepleierne skal ta seg av alt fra stell til medisiner og sykepleieprosedyrer. De har for mange arbeidsoppgaver og for lite tid til å utføre oppgavene på (Chamanga, 2014). Både Friman, Klang og Ebbeskog (2011) og Chamanga (2014) hevder at på grunn av sykepleiernes mangel på kapasitet blir sårprosedyrer delegert bort til assistenter og helsefagarbeidere. Dette fører igjen til dårlig personkontinuitet og kontinuiteten på behandlingen kan bli truet. Sårprosedyrer er en oppgave som krever ressurser og tid (Chamanga, 2014) og i en hektisk hverdag som sykepleier kan det være vanskelig å sette av så mye tid til én prosedyre. På andre siden så burde kanskje sykepleierne ha mindre stell og hverdagslige oppgaver på travle dager, slik at de kan fokusere på sykepleieroppgavene.

Gjevjon (2015) sier at sykepleierne må prioritere hvilke pasienter som trenger dem mest. I situasjoner der man må prioritere hvilke pasienter som har størst behov for sykepleier, kan sårprosedyrer være enkelt å delegere bort fordi det er tidkrevende (Chamanga, 2014), noe som igjen kan føre til dårlig behandling av såret. Som sykepleier er man nødt til å ta vurderinger

som kan være vanskelige. Dersom man sender andre for å utføre sårprosedyren, involveres flere personer i sårbehandling. Dårlig personkontinuitet (Gjevjon, 2015) kan gi dårlig kontinuitet i behandlingen som kan føre til saktere tilheling. Langøen og Gürgen (2012, s. 304-311) hevder at dersom det er flere personer involvert i sårprosedyren og gjør sin personlige vri på prosedyren vil det påvirke kvaliteten av sårbehandlingen. Det å utføre en sårprosedyre er en oppgave som krever kompetanse og burde kun utføres av personale som har kompetanse (Langøen, 2014, s. 126-127).

Både Chamanga (2014) og Gjevjon (2015) sier at det blir færre ansatte på jobb men med like mye arbeidsoppgaver og etterhvert vil også mengden arbeidsoppgaver øke. Det kan være nyttig for sykepleierne å være med på stell for å kunne observere (Hauge, 2014, s. 265-281) og få kontinuiteten i behandlingen og gi helhetlig sykepleie. På andre siden har sykepleierne gått en utdanning og har større kompetanse til å utføre prosedyrer som assistenter ikke har og bør prioritere dette arbeidet.

Endring av prosedyrer

Det kommer frem i både Chamanga (2014) og i Smith-Strøm og Thornes (2008) at hvem som helst endrer på prosedyrene, det er ingen som har ansvar for å ta slike avgjørelser. Man kan hevde at dette kommer av uklare roller i hjemmesykepleien (Gjevjon, 2015) og at de ikke vet hvem som har ansvar for å vurdere om behandlingen er riktig, eller om prosedyren skal endres. Det er ingen som har ansvar for behandlingsplanen til pasienten (Smith-Strøm & Thornes, 2008), samtidig som det er uavklarte og diffuse ansvarsområder når det gjelder hva sykepleierne faktisk har ansvar for innen sårbehandlingen (Friman, Klang & Ebbeskog, 2010). Med grunnlag i dette føler sykepleierne at det ansvaret om å ta seg av prosedyrene, faller på deres skuldre, samtidig tror de at de har kompetansen til å endre prosedyren selv om de ikke ser pasienten så ofte (Friman, Klang & Ebbeskog, 2011). På den ene siden er det sykepleierne som skal vurdere progresjonen til sårene. På den andre siden hvis samme person er inne hos pasienten tre ganger på fire uker (Gjevjon, Eika, Romøren & Landemark, 2014) så går det lang tid mellom hver gang og de andre kan se at det er behov for å gjøre endringer tidligere. Det kan være nyttig å avgrense til et visst antall personer som endrer prosedyren, for dersom alle endrer på prosedyren og ingen utfører sårbehandlingen på samme måte, så skaper dette en mistillit hos pasienten mot behandlerne (Langøen & Gürgen, 2012, s. 304-311). For å ha muligheten til å vurdere sårenes tilstand og behandlingens effekt bør sykepleierne deles inn etter kompetanse (Langøen, 2014, s. 126-127). Samtidig for å utvikle en ekspertise, er det

nødvendig å teste ut hypoteser for å se hva som fungerer og ikke (Benner, 1995, s. 135-145). Derimot kan ikke alle teste en slik strategi samtidig, for man får ikke sett hvilken metode som fungerer best. På den tredje siden er det da viktig at kommunikasjonen og dokumentasjonen blir utført på en ordentlig måte slik at sykepleierne kan følge med på utviklingen.

Kommunikasjon og dokumentasjon

Det er lovpålagt for helsepersonell å dokumentere observasjoner, tiltak som utføres og tiltak som blir iverksatt (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I Chamangas (2014) studie viser at det er dårlig kommunikasjon og dokumentasjon, som kan gjøre det vanskeligere å følge forløpet og utviklingen til såret. Fragmentert og fortløpende dokumentasjon uten en form for struktur (Gjevjon, 2015) kan gjøre at man utelater å nevne noe eller glemmer å skrive noe som hadde vært vesentlig informasjon for neste behandler. På noen dokumentasjonsprogrammer må man skrive for hvert tiltak man utfører, mens i andre dokumentasjonsprogram trenger man kun å signere at man har vært der og utført tiltaket, så fremt det ikke var noe man ønsket å dokumentere (Birkeland & Flovik, 2014, s. 170-172). Dersom man bare signerer på utført sårprosedyre så vil man ikke vite om såret blir bedre, forverrer seg, eller om progresjonen står stille. Det er rimelig å si at det kan være nyttig å ha dokumentasjon på observasjoner som er gjort. Det er sagt i veilederen fra Helsedirektoratet (2006) at alle observasjoner, vurderinger, beslutninger og iverksatte tiltak skal dokumenteres. I tillegg ønsker man gjerne bilder av såret og slik at man får oversikt over sårarealet (Langøen, 2014, s. 170-174) som kan fungere som indikasjon på om behandlingen fungerer eller ikke. Etterhvert vil nok teknologien utvikle seg enda mer og det vil være dokumentasjonssystem som er tilegnet sårbehandling og mulighet for å følge utviklingen.

Fordeling av arbeidslister

Organiseringen innad i kommunehelsetjenesten varierer på de ulike arbeidsplassene, hvem som skal behandle sårene og hvem som skal ta ansvar for behandlingen. Noen plasser har de pasientansvarlig sykepleier mens andre steder har de primærgrupper som har ansvaret for pasientens pleie og behandling (Gjevjon, 2015). Andre steder er utdelingen av lister helt tilfeldig fra dag til dag. Fra erfaring i praksis hørte jeg ofte kommentarer som ”jeg har vært der så mye i det siste, kan noen andre gå der?”. Det er mulig at man her setter personalets behov og ønsker foran pasientenes behov. Lederne definerer kontinuitet med få personer å forholde seg til (Gjevjon, 2015) men sender likevel alle fra personalet inn til pasientene. Er

det mangel på autoritet og organisering fra ledelsen, som Friman, Klang og Ebbeskog (2011) sier? Eller er det sykepleierne som ikke tar sin administrative og organiserende rolle på alvor?

Som Gjevjon (2015) sier er det sårbart å kun ha én pasientansvarlig sykepleier, sykepleieren kan ha liten stillingsprosent, det kan forekomme sykdom eller det kan bli utskifting av personalet. På den andre siden er det positivt med personkontinuitet på utviklingen til sår da det får samme behandling hver gang. Derimot vil primærgrupper kunne gi en god og tett oppfølging hvor alle har ansvaret for at behandlingen blir utført på riktig måte. Dersom det er mindre grupper er det mulig å trene opp hver enkelt av de ansatte, hvordan sårprosedyren skal utføres og det blir en kontinuitet i behandlingen. Samtidig vil pasienten få besøk av det samme personalet og færre å forholde seg til. Sett fra Benner og Wrubel (Kristoffersen, 2014, s. 258-265) sin side trenger den kliniske sykepleiekompetansen å utvikle seg gjennom å få praktiske erfaringer, man vil ikke utvikle kompetanse dersom man behandler samme pasienter.

Kontinuitet

I Gjevjons (2009) studie kom det frem at 90 % av pasientene synes det var for mange personale innom men 69% synes likevel det var akseptabelt. Kontinuiteten ble vurdert som dårlig i en annen studie av Gjevjon, Eika, Rømøren og Langmark (2014) hvor det viste seg at pasientene i gjennomsnitt, traff samme person tre ganger på en periode på fire uker. Personkontinuitet har en positiv effekt på sårutviklingen sier Gjevjon (2015) noe Friman, Klang og Ebbeskog (2011) understøtter ved å si at kontinuitet og gode relasjoner mellom pasienten og personalet ses på som viktige aspekter i sårbehandling. Dersom man ser pasienten tre ganger på fire uker, hvordan kan man da bygge en god relasjon og samtidig gi en behandlingskontinuitet? Samtidig kom det frem at det var mulighet til å redusere på antall personer som var innom hos pasienten i forhold til turnus (Gjevjon, Eika, Rømøren & Langmark, 2014). Dersom man ikke har en organiseringskontinuitet vil det være vanskelig å opprettholde en kontinuitet i behandlingen og personkontinuiteten (Gjevjon, 2015).

Kontinuiteten av behandlingen kan påvirkes av andre faktorer også, som mangel på utstyr. Av egen erfaring både i hjemmesykepleie og sykehjem så har det ikke hendt bare én gang at man kommer inn til pasienten og oppdager at det mangler bandasjer eller annet nødvendig utstyr. Da har det blitt glemt å gi beskjed om at det mangler utstyr eller glemt å bestille nytt. I Friman, Klang og Ebbeskog (2011) sier sykepleierne at mangel på utstyr gjør det vanskelig å

gi tilstrekkelig sårbehandling. Det kan da være man må benytte seg av noe tilsvarende utstyr, men med dagens store utvalg av bandasjer kan det bli forvirrende å vite hvilke man skal benytte seg av (Friman, Klang & Ebbeskog, 2010). Som Langøen (2014, s. 115-139) sier, det er bedre å ha lite utvalg bandasjer som personalet vet hvordan de skal bruke, istedenfor mange bandasjer som personalet ikke vet hvordan de skal anvende.

Gjevjon (2015) sier at personkontinuitet er nødvendig for å sikre konsekvent og tett oppfølging for pasienter med sårprosedyrer. Da kreves det at prosedyren blir gjennomført av et lite utvalg personer som har kompetansen til det (Gjevjon, 2015). Et team som da har ansvar for pasienten, vil føre til at pasient og behandlere kan få en god relasjon. I tillegg vil det gi personalet variasjon og flere som kan vurdere pasienten (Gjevjon, 2015).

Tverrprofesjonelt samarbeid

I de ulike studiene kommer det frem at samarbeidet med sykehusene varierer. I Friman, Klang og Ebbeskog (2010) viste det seg å være et dårlig og ikke-eksisterende samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Smith-Strøm og Thornes (2008) sin studie påpeker at sykepleierne i primærhelsetjenesten tar seg av diagnostiseringen og de endret på prosedyrer uten å ta kontakt med hudavdelingen på sykehuset først. Med grunnlag i Helse og omsorgstjenesteloven (2011) er man pliktig til å samarbeide med andre instanser når ens egen kompetanse ikke strekker til. Er det dårlig samarbeid og lange ventetider (Friman, Klang & Ebbeskog, 2011) må man kanskje iverksette tiltak før det er gått flere måneder. Sykepleierne savner et enklere system hvor de raskt kan få svar på spørsmål eller raskt få en vurdering av såret, uten lange ventelister (Friman, Klang & Ebbeskog, 2011). Samtidig kan manglende forståelse for hverandres roller, grunnet manglende opplæring i tverrprofesjonelt samarbeid gjøre at de ikke ønsker å ta et felles ansvar. Et sviktende samarbeid gir dårlig kommunikasjon og etterhvert kan det gi dårlig tillit mellom behandlerne (Friman, 2017). Langøen og Gürgen (2012, s. 304-311) forteller at det er startet opp med telemedisinprinsipp hvor de bruker nettbasert sårjournal hvor man også kan bestille time for utredning, diagnostikk eller behandling på sårpoliklinikken. Ved å utøve tverrprofesjonelt samarbeid ovenfor sårpatientene vil behandlingstid, prevalens av sår og kostnadene gå ned (Friman, 2017).

5.2. Faglige mangler

Kunnskap og kompetanse

I kommunehelsetjenesten i dag faller sårbehandling inn under sykepleiernes arbeidsoppgaver. Sykepleierne føler at ansvaret om å ta seg av sårprosedyrer er deres, i Friman, Klang og Ebbeskog (2011) kom det frem at sykepleierne også følte de hadde god nok kompetanse til å ta avgjørelser rundt sårprosedyrene. Samtidig viser det i Adderley og Thompson (2015) sin studie at sykepleiere både med og uten utdanning innen sår, ikke hadde god nok kompetanse til å ta selvstendige avgjørelser. Når de fikk bilder og informasjon til å diagnostisere sårene skulle de ha vært i stand til å diagnostisere 63% men klarte kun 48% av tilfellene. Når sykepleierne skulle avgjøre behandling så skulle de ut ifra den informasjonen de ble utlevert ha klart å avgjøre hvilken behandling som var den rette i 88% av tilfellene, men her klarte de kun 49%. Dette tilsier at de diagnostiserer og velger rett behandling til kun rundt om halvparten av alle sår de vurderer. Det blir også beskrevet manglende kompetanse både i Chamanga (2014) og i Smith-Strøm og Thornes (2008) som sier de mangler kunnskap om hva som er rett behandling, når de bør endre prosedyren og hvor ofte prosedyren skal utføres.

Ettersom det er manglende kompetanse kan man på den ene siden vurdere Langøens (2014, s. 126-127) forslag om å begrense antall sykepleiere som har kompetansen til å ta avgjørelser rundt sårprosedyrer og behandling. Samtidig vil ikke resten av personalet utvikle kunnskapen om hvordan man utfører sårprosedyren, men kun vite det teoretiske utgangspunktet og hva retningslinjene sier om hvordan det skal gjøres (Benner, 1995, s. 135-145). Sett i et slikt lys så kan ledere prøve å minske kunnskapsgapet hos de ansatte ved å sende dem på kurs og legge til rette for at de ansatte skal få øke kompetansen. Friman (2017) forteller at sykepleiere opplever at lederne ikke gir dem muligheten til å utvikle kompetansen innen sårbehandling. Som sykepleier har man et ansvar om å følge fagutvikling og tilegne seg kunnskap som man vil få bruk for i praksis (Nortvedt & Grønseth, 2010, s. 17-32). Denne prosessen begynner allerede som student hvor man tilegner seg en grunnleggende handlingsberedskap som man senere skal bruke i arbeid for å utøve sykepleie. Benner og Wrubel (Kristoffersen, 2014, s. 258-265) sier man lærer best med både teoretisk og praktisk gjennomgang av nye ting. Etterhvert som man har utført prosedyrer vil man utvikle ferdigheter og en intuitiv forståelse som gjør at man slipper det teoretiske og handle på ut ifra erfaringer og kompetanse (Kristoffersen, 2014, s. 258-265). Samtidig kan det også bli feil dersom man lærer seg feil fra starten av. I Adderley og Thompson (2015) viste det seg at sykepleierne var konsekvente med de feilvurderingene de tok, noe som trolig sier at det var noe de trodde var riktig å gjøre.

Retningslinjer

Det blir laget internasjonale retningslinjer for sårbehandling av flere ulike organisasjoner som NPUAP, AAWM og EPUAP samt mange flere. Disse blir laget ut fra kunnskapsbasert praksis (National Pressure Ulcer Advisory Panel, u.å.) til de ulike typene sår som blir gjennomgått av flere organisasjoner til de har laget retningslinjer som organisasjonene godkjenner. Friman, Klang og Ebbeskog (2010) løfter frem at det mangler retningslinjer på arbeidsplassene som var med i studien. Det er heller ingen selvfølge at pasientene får smertestillende eller kompresjonsbehandling når de har leggsår da det mangler retningslinjer for også dette (Smith-Strøm & Thornes, 2008). Dersom alle arbeidsplasser hadde retningslinjer på hvordan man behandler de ulike sårdiagnosene ville det ha skapt en kontinuitet i behandling. Friman, Klang og Ebbeskog (2010) hevder at det er uavklarte ansvarsområder, og dersom ingen vet hvem som har ansvaret for å kontrollere at behandlingen som blir utøvet, møter internasjonale retningslinjer, kan det true pasientsikkerheten (Smith-Strøm & Thornes, 2008).

Diagnostisering

Av alle sårene som blir behandlet er 40% udiagnostiserte i følge Friman, Klang og Ebbeskog (2010). Hvem sitt ansvar er det å diagnostisere sårene, er det fastlegen eller ansvarslegen, sykepleierne i kommunehelsetjenesten, eller spesialister? Det er rimelig å si at sykepleierne ikke alltid har kunnskapen til å ta en slik vurderingen med tanke på funnene i Adderley og Thompson (2015), hvor det kom frem at én av to sår blir feildiagnostisert. Noen vil hevde at fastlegen eller ansvarslegen ikke nødvendigvis har kompetansen til å avgjøre diagnosen selv om de har diagnostisert flere sår tidligere. Derimot finnes det ingen avdeling ved de fleste sykehusene som er spesialiserte innenfor alle typer sår, bortsett fra noen få steder rundt i landet (Langøen & Gürgen, 2012, s. 304-311). Det kan føre til et uklart ansvarsområde dersom sykehjemmet eller hjemmesykepleien har et sår som er over deres kompetanse og trenger spesialister til å se på såret. Derimot sier Friman (2017) at det er fastlegens ansvar å stille diagnosen men at annet helsepersonell også kan sette en diagnose dersom helsepersonellet har kunnskap og kompetanse til det. Da kan man da avklare ansvarsområdene (Friman, Klang & Ebbeskog, 2010) og avgjøre hvem som skal ha ansvaret for å ta slike avgjørelser innad på arbeidsplassen. I følge Friman, Klang og Ebbeskog (2010) og Smith-Strøm og Thornes (2008) var det oftest sykepleierne som satte diagnosene på sårene. Dette påpeker at det finnes et uavklart ansvarsområde mellom sykepleier og lege i

primærhelsetjenesten. Gjevjon (2015) mener grunnen til at det er diffuse ansvarsområder stammer fra tradisjonelle holdninger, verdier og uviten om hverandres roller.

Sårprosedyrer

Chamanga (2014) beskriver at det mangler sårprosedyrer og behandlingsplan til pasientene. Det kommer også frem at pasientene i hjemmesykepleien kan ha prosedyrer men at den ikke ligger hjemme hos pasienten hvor prosedyren skal utføres (Chamanga, 2014). Man kan undres over hvilken nytte prosedyren har dersom den ikke befinner seg der hvor prosedyren skal utføres. Hvordan kan man sikre at såret får riktig behandling dersom det ikke finnes en prosedyre å gå ut fra? Helsepersonell er avhengige av å ha nødvendig utstyr (Gjevjon, 2015) for å kunne gi en konsekvent oppfølging, og sårprosedyre med riktig tilhørende utstyr vil gå under nødvendig utstyr. Dersom det skulle forekomme sykdom hos sykepleieren som skal utføre prosedyren, skal prosedyren være så utfyllende at en annen sykepleier kan følge oppskriften og utføre sårbehandlingen på riktig måte.

6. Konklusjon

For å sørge for konsekvent oppfølging av sårprosedyrer er det ulike faktorer som er med å påvirker. Som sykepleier er det flere tiltak man kan gjøre for å forbedre oppfølgingen av sår. For det første bør man sørge for å vite hvilken behandling man skal gi og hvilket utstyr man skal benytte seg av, da kan man i samråd med ledelsen iverksette retningslinjer for de ulike typene sår. Deretter er man avhengig av en diagnose som enten fastlegen, spesialist eller kvalifiserte ansatte i kommunen bør fastslå. Samtidig bør sykepleierne etterspørre hvem som har ansvar for å endre prosedyrene dersom såret ikke gror, slik at ikke hvem som helst kan endre prosedyren. Det er flere arbeidsplasser som har laget primærgrupper som da har ansvar for pasienten og dens behandling, dette bør kanskje utvides til flere arbeidsplasser. Dette vil skape gode relasjoner med pasientene, gi helhetlig sykepleie og forhindre at det skapes en mistillit blant pasientene. Sykepleierne må sette pasienten sine behov ovenfor sine egne ønsker om å ha varierte arbeidsoppgaver.

Et annet viktig aspekt er at man har en informasjonskontinuiteten hvor dokumentasjonen og kommunikasjonen er utfyllende og sier noe om hvordan såret utvikler seg. Samtidig bør man som sykepleier måle sårareal og ta bilder ved sårstell for å følge utviklingen. Det telemedisinske prinsippet burde bli utbredt over hele landet slik at det også blir lettere å samarbeide med spesialisthelsetjenesten. Derimot om dette ikke er mulig kan sykepleierne forsøke å opprette kontakt med hudpoliklinikken slik at man enkelt kan få spørre dersom man har behov for assistanse.

Sykepleiere har et ansvar om å holde seg oppdatert på nye behandlingsmetoder og hva forskningen sier. Sykepleierne må etterspørre fagdager og kurs hos ledelsen for å utvikle kunnskap og kompetansen innen sår. Argumentasjonen her vil være at dersom personalet hever kompetansen og gir riktig behandling vil utgiftene på sårbehandling gå ned. Dersom sykepleierne også hadde fått vite om de økonomiske godene og at sårene hadde raskere tilheling ved personkontinuitet, hadde kanskje sykepleierne prioritert sårprosedyrer i en hektisk hverdag. Samtidig er det viktig at sykepleiere ber om å få avklart ansvarsområder på arbeidsplassen slik at de kan prioritere sykepleieprosedyrer, samt nedprioritere morgenstell og tjenester som ikke krever en sykepleiers kompetanse. I tillegg er det viktig med gode rutiner med tanke på utstyr som brukes, ha få typer bandasjer som personalet vet hvordan man bruker og ha et system på hvordan man sørger for at riktig utstyr inkludert sårprosedyren, befinner

seg hos pasienten eller på avdelingen. For å sørge for konsekvent oppfølging av sårprosedyrer i kommunehelsetjenesten må sykepleiere forsikre seg organiseringskontinuitet for å så kunne skape informasjonskontinuitet, personkontinuitet og kontinuitet i behandling.

Referanser

- Adderley, U. J., & Thompson, D. (2015). Community nurses' judgement for the management of venous leg ulceration: A judgement analysis. *International Journal Of Nursing Studies*, 52(1), 345-354. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.09.004
- Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert*. Norge: TANO Forlag AS.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2014) *Sykepleie i hjemmet*. (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Chamanga, E. T. (2014). Community nurses' experiences of treating patients with leg ulcers. *Journal Of Community Nursing*, 28(6), 27-34.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, A. P. & Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3.utg.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Friman, A. (2017). *Samverkan och lärande kring sårbehandling – erfarenheter från olika professionsperspektiv i primärvård och utbildning*. (Doktoravhandling, Karolinska Institutet). Hentet fra: <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/45523>
- Friman, A., Klang, B., & Ebbeskog, B. (2010). Wound care in primary health care: district nurses' needs for co-operation and well-functioning organization. *Journal Of Interprofessional Care*, 24(1), 90-99. Doi:10.3109/13561820903078249
- Friman, A., Klang, B., & Ebbeskog, B. (2011). Wound care by district nurses at primary healthcare centres: a challenging task without authority or resources. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 25(3), 426-434. Doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00839.x

- Gjevjon, E. R. (2009). *Kontinuitet i hjemmetjenesten – en foreløpig rapport basert på intervjuer med tjenestemottaker, pårørende og ledere*. Rapport 2(09). Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik.
- Gjevjon, E. R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 1(1), 18-26. Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2359535/Kontinuitet.i.hjemmespl.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gjevjon, E. L. R., Eika, K. H., Romøren T. I., & Landmark, B. F. (2014). Measuring interpersonal continuity in high-frequency home health services. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 553-563. Doi: 10.1111/jan.12214
- Hauge, S. (2012) Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoffs *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s. 265-281). Oslo: Gyldendals akademisk.
- Helsedirektoratet (2006). *Saksbehandling og dokumentasjon for pleie og omsorgstjenesten*. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.
- Helse og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunal helse og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretiske perspektiver. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaugs (red.). *Grunnleggende sykepleie 1- sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2.utg., s. 207-279). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2014). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaugs (red.) *Grunnleggende sykepleie 1- sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2.utg., s. 15-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kunnskapssenteret (2017, 20.januar). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Hentet 20. Mars 2017 fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>
- Langøen, A. (2014) Sår og sårbehandling i hjemmet. I A. Birkeland & A. M. Floviks *Sykepleie i hjemmet*. (2.utg. s. 115-139). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Langøen, A. & Gürgen, M. (2012). Forebygging og behandling av sår. Etiologisk inndeling. I A. Langøens (red.) *Sårbehandling og hudpleie*. (4.utg. s. 251-311). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012) *Jobb kunnskapsbasert – en arbeidsbok*. (2.utg., s. 197). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseths (red.) *Klinisk sykepleie 1*. (4.utg., s. 17-32). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (u.å.). *Other organizations*. Hentet fra: <http://www.npuap.org/resources/other-organizations/>
- Pasient- og brukerrrettighetsloven (1999). Lov om pasient og brukerrrettigheter. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Smith-Strøm, H., & Thornes, I. (2008). Patient safety regarding leg ulcer treatment in primary health care. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 28(3), 29-33. Doi: 10.1177/010740830802800307
- Thidemann, I.-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.