



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	23-04-2018 12:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)	Studiepoeng:	12
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 307

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Sårbehandling i hjemmesykepleien: hvordan opprettholde faglig forsvarlig sårbehandling

Antall ord *: 8908

Tro- og loverklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Sårbehandling i hjemmesykepleien

Hvordan opprettholde faglig forsvarlig sårbehandling

Wound treatment in home care services

How to maintain medically justifiable wound treatment

Kandidatnummer: 307

Bachelor i Sykepleie, Stord

Fakultetet for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 23.04.2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

SÅRBEHANDLING I HJEMMESYKEPLEIEN

HVORDAN OPPRETTHOLDE FAGLIG FORSVARLIG SÅRBEHANDLING



Illustrasjonsfoto: Jim Varney / Science Photo Library / Universal Images

https://quest-eb-com.galanga.hvl.no/search/happy-patient/1/132_1276606/Dressing-a-wound/more

Bacheloroppgave i sjukepleie

Stord, Kull 2016

Innleveringsdato: 23.04.2019

Antall sider: 39

Antall ord: 8908

Sammendrag

Nøkkelord:

Kroniske sår Pasientsikkerhet
Faglig forsvarlighet Telemedisin
Ernæring

Tittel

Sårbehandling i hjemmesykepleien: hvordan opprettholde faglig forsvarlig sårbehandling

Bakgrunn for valg av tema

Kroniske sår har vist seg å være en stor plage for pasientene. Det er smertefullt og fører til både isolering og nedsatt funksjonsnivå. Vellykket sårtilheling krever grundig kartlegging og vurdering av pasientens helsetilstand, slik at riktig behandling kan iverksettes.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier sørge for faglig forsvarlig sårbehandling til pasienter med kroniske sår i hjemmesykepleien?»

Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvorvidt dagens sårbehandling til pasienter med kroniske sår i hjemmesykepleien kan sies å være basert på vitenskapelig kunnskap. I tillegg kommer oppgaven til å identifisere og drøfte ulike forbedringsområder i utøvelsen av sykepleie til denne pasientgruppen, for å sikre faglig forsvarlighet.

Metode

For å finne svar på problemstillingen ble det brukt litteraturstudie som metode. Databasene CINAHL og SveMed+ ble brukt til å finne frem til forskningsartikler som kunne bidra med relevant informasjon.

Resultat

Flere svakheter i sårbehandlingen kommer frem i forskningen. Blant annet var det ikke vanlig at pasientene fikk fastslått en underliggende årsak til sår dannelsen, noe som er avgjørende for å kunne sette i gang riktig behandling. Videre ble ikke ernæringspraksisen godt nok fulgt opp, som også står essensielt for optimal sårtilheling. Forskningen viser også til gode resultater ved bruken av bilder i sårbehandlingen, både for dokumentasjonen sin del og for konsultasjon gjort på avstand.

Konklusjon

For at sårbehandlingen skal kunne regnes som faglig forsvarlig, må sykepleieren sørge for at pasienten får god oppfølging og vurdering gjennom helle sykdomsforløpet knyttet til både ernæring, smerter og sårutvikling.

Summary

Keywords:

Chronic ulcers Patient safety
Medically justifiable Telemedicine
Nutrition

Title

Wound treatment in home care services: how to maintain medically justifiable wound treatment

Background

Chronic ulcers has shown to have a large impact on patients' life. It is painful and can lead to both social isolation and reduced functionality. Successful wound healing requires thoroughly mapping and assessment of the patient's health conditions. to ensure that the correct treatment is chosen.

Question

How can the nurse ensure medically justified wound treatment to patients with chronic ulcers in home care services.

Aim

The aim of this assignment is to investigate if to days wound treatment, of patients with chronic ulcers in home care services, is medically justified. The assignment will also identify and discuss various areas of improvement in the practice of nursing care in this patient group, to ensure professional accountability.

Method

A literature study was used to gather information. The two databases CINAHL and SveMed+ was used to find relevant articles.

Results

The articles found several weaknesses in the wound treatment executed by the home care nurses. The ulcers underlying cause was not always determined, which is essential for choosing the correct treatment. The patients' nutrition status was not followed up, which is important for optimal wound healing. Using pictures for both documentation and consultation has a positive impact on efficient wound care.

Conclusion

For the wound care to be considered medically justifiable, is it important that the nurses ensures that the patients receives follow-ups and assessments throughout the treatment, when it comes to nutrition, pain and ulcer development, and that the treatment is based on science.

Innholdsfortegnelse

1.0	Introduksjon.....	1
1.1	Valg av tema og problemstilling	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Avgrensing og presisering av valgt problemstilling	2
2.0	Teoretisk referanseramme	3
2.1	Sykepleieteori.....	3
2.2	Ikke-helende sår	4
2.2	Diagnostisering og behandling av sår.....	4
2.3	Ernæring	5
2.4	Telemedisin.....	5
2.5	Smerter.....	6
3.0	Metode	7
3.1	Litteraturstudie som metode	7
3.2	Fremgangsmåte	8
3.3	Metodekritikk.....	11
3.3.1	Vurdering av egen oppgave	11
3.3.2	Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur	11
3.3.3	Forskningsetikk.....	14
4.0	Funn	14
4.1	Presentasjon av forskningsartikler	14
5.0	Drøftingsdel.....	17
5.1	Opprettholde en god ernæringsstatus	17
5.2	Pasientsikkerhet.....	20
5.3	Telemedisin og dokumentasjon	23
6.0	Konklusjon	25
7.0	Litteraturliste	27
8.0	Vedlegg	30
8.1	Vedlegg 1	30
8.2	Vedlegg 2.....	31
8.3	Vedlegg 3.....	32
8.4	Vedlegg 4.....	34

1.0 Introduksjon

1.1 Valg av tema og problemstilling

Kroniske sår med vanskelig tilheling har vist seg å være en stor utfordring for både pasienter og helsevesenet i Norge. Ingebretsen, Storheim og Gundersen (2016) skriver at både sosial isolasjon, store smerter og nedsatt bevegelighet er noe av det som bidrar til å påvirke pasientenes hverdag, samtidig som frykten for alvorlige infeksjoner og amputasjon er stor (Ingebretsen et al., 2016, s. 382). I Norge anslår man at ca. 1-2 % av befolkningen til enhver tid har kroniske sår (Holsen & Ingebretsen, 2016, s. 517), og at utviklingen er vanligst hos pasienter over 65 år (Norsk Helseinstitutt, 2018). Vanligvis er såret en del av et sammensett sykdomsbilde, og for mange pasienter er derfor livskvaliteten allerede påvirket i negativ retning (Langøen & Gürgen, 2015, s. 301). At pasientene får tilgang til kunnskapsbasert sårbehandling er en forutsetning for at såret skal gro, men forskning vier imidlertid at sykepleiere i primærhelsetjenesten ikke alltid har tilstrekkelig kunnskap til å utføre dette (Smith-Strøm & Thornes, 2008, s. 30).

Birkeland og Flovik (2016) skriver at pasientgruppen som mottar hjelp i hjemmet har femdoblet seg i perioden etter 1992. Som en av årsakene peker de på at sengeplassene både ved sykehus og sykehjem har blitt redusert, samtidig som liggedagene på sykehuset blir færre. Pasientene blir dermed ofte sendt hjem med økt hjelpebehov som gir økt press på hjemmesykepleien, både med tanke på kompetanse og kapasitet (Birkeland & Flovik, 2016, s. 16). Å forholde seg til pasientene i deres eget hjem kan også være utfordrende på mange måter. Selv om en kommer inn som helsepersonell er en fortsatt på besøk i noen andre sitt hjem. Likevel vil den praktiske utøvelsen av sykepleien ha samme fokusområder når det kommer til ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov gjennom grundig kartlegging, behandling, forebygging og rehabilitering (Birkeland & Flovik, 2016, s. 16, 35). Når det kommer til sårbehandling av ikke-helende eller langsomt helende sår, understreker Langøen og Gürgen (2015) at helsepersonell oftest møter denne pasientgruppen i kommunehelsetjenesten. De understreker også at effektiv sårbehandling krever god kompetanse hos helsepersonellet, som kan være utfordrende på grunn av skolering av ansatte i hjemmetjenesten og at et sårstell ofte kan ta en hel time (Langøen & Gürgen, 2015, s. 309).

Hensikten med denne oppgaven er å identifisere og drøfte ulike prinsipper som er viktig for å opprettholde faglig forsvarlig sykepleie til pasienter med kroniske sår. I tillegg vil oppgaven også belyse og drøfte hva sykepleieren bør ta hensyn til i møte med pasienten for å sikre god og strukturert behandling.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av at viktigheten med kunnskapsbasert sårbehandling ble problemstillingen formulert:

«Hvordan kan sykepleier sørge for faglig forsvarlig sårbehandling til pasienter med kroniske sår i hjemmesykepleien?»

1.3 Avgrensning og presisering av valgt problemstilling

I denne oppgaven vil det bli fokusert på pasienter over 65 år som mottar hjelp til sårbehandling i hjemmesykepleien. Ingebretsen et al. (2016, s. 382) skriver at sår som har vært til stede i en periode over 6 uker eller lengre, blir regnet som kroniske. Slike sår har flere ulike årsaker, noe en må ta hensyn til dersom en ønsker å komme frem til en effektiv behandling (Langøen & Gürgen, 2015, s. 253).

Ettersom behandlingen må formes ut ifra den underliggende årsaken, vil denne oppgaven drøfte kroniske sår grunnet venøse forhold. Langøen og Gürgen (2015) skriver at venøse sår har sammenheng med venøs svikt, og at sårene som oftest befinner seg i områder på nedre del av leggen. Samtidig viser de til at det kan danne seg både gule nekroser og fibrinbelegg dersom såret utvikler seg (Langøen & Gürgen, 2015, s. 260-261).

På grunn av ordbegrensninger kommer oppgaven kun til å fokusere på områder i sårbehandling knyttet til ernæring og pasientsikkerhet, og samtidig belyse faktorer i dagens praksis som kan føre til at behandlingen ikke møter kravet om faglig forsvarlighet. Konkrete fremgangsmåter i forhold til diagnostisering og behandling vil ikke bli stort omtalt i drøftingen, men blir nevnt i teoridelen.

2.0 Teoretisk referanseramme

I denne delen av oppgaven vil det bli gjort rede for valg av sykepleieteoretiker, etterfulgt av aktuell teori som bidrar til å belyse problemstillingen.

2.1 Sykepleieteori

I denne oppgaven er det aktuelt å bruke Dorothea Orem sin behovsteori som utgangspunkt, som i stor grad handler om å kompensere for svikt i egenomsorg. Hun beskriver sykepleie som spesialisert assistanse til personer der vanlig assistanse ikke er tilstrekkelig for å opprettholde egenomsorg. Ved hjelp, veiledning og tilrettelegging fra sykepleieren mener Orem (1995) at pasienten skal kunne nå målene for egenomsorg. Videre peker hun på tre fokusområder når hun forklarer sin sykepleieteori: «*The art of nursing is practised by 'doing for' the person with the disability, by 'helping him to do for himself' and/or by 'helping him to learn how to do for himself' »* (Orem, 1995, s. 7).

En person som har utviklet et behandlingstrengende sår vil mest sannsynlig mangle både ressurser og kunnskap til å løse problemet på egenhånd. Dette setter pasienten i en situasjon hvor han trenger tilpasset informasjon, veiledning og assistanse for å kunne håndtere konsekvensene såret fører til på en god måte. Ifølge Orem (1995, s. 6) er det sykepleierens ansvar å hjelpe pasienter i slike situasjoner til et punkt hvor egenomsorg igjen blir mulig. I denne sammenhengen kan det tenkes at såret vil være årsaken til flere faktorer som påvirker pasientens egenomsorg i negativ retning.

Ettersom hjemmesykepleie er kommt mer i fokus de siste årene er Orem sin sykepleieteori noe en kan dra flere paralleller til når det kommer til sårbehandling i hjemmet. Sårbehandling handler ikke bare om selve sårstellet, men også om andre faktorer som krever god kunnskap, kompetanse og oppfølging fra helsevesenet. I denne oppgaven blir derfor Orems behovsteori brukt som utgangspunkt, både når det kommer til å hjelpe pasienten med det han ikke klarer å gjennomføre selv, og til å veilede han til et punkt hvor egenomsorgen på nytt når et ønskelig punkt. Ettersom faglig forsvarlighet er knyttet til utøvelsen av sykepleie, vil også Orems synspunkt på sykepleierens roller være med på å belyse hva som bidrar til økt forsvarlighet.

2.2 Ikke-helende sår

Når det kommer til kroniske sår er dette en tilstand som oftest skyldes venøs insuffisiens, men det kan også oppstå på grunn av utilstrekkelig arteriell sirkulasjon eller en kombinasjon av disse to (Lindholm, 2012). Dårligere veneklaffer i beina kan føre til trykkforskjell i den venøse og arterielle sirkulasjonen og tilbakestrømming av venøst blod gjennom klaffene. Det kan gi opphopning av væske i vevet og forhold som gir opphav til sår som ikke gror. Slike sår er vanligst hos eldre personer, men kan også være tilstede hos yngre personer med underliggende karsykdom (Lindholm, 2012, s. 80-81, 88). Langøen og Gürgen (2015) skriver at det kan være to årsaker til at et sår ikke heler, og at denne prosessen sporer av allerede i inflammasjonsfasen. Den første årsaken handler om lokale forhold i såret, for eksempel nekrotisk vev, bakteriell ubalanse eller dårlig oksygenering. Den andre årsaken dreier seg om pasientens generelle helsetilstand (Langøen & Gürgen, 2015, s. 177).

2.2 Diagnostisering og behandling av sår

Ifølge Langøen og Gürgen (2015) skal alle sår både ha en etiologisk og morfologisk diagnose, noe som de påpeker krever godt tverrfaglig samarbeid. Den etiologiske diagnosen sier noe om den underliggende årsaken til at sår oppstår, mens den morfologiske diagnosen sier noe om forhold lokalt i såret. Se [vedlegg 1](#) for en oversikt over ulike sår diagnoser. Videre skriver de at en grundig anamnese med informasjon om blant annet varighet og smerter er av betydning. Det samme gjelder grundig vurdering av såret og hudforhold, samt vurdering av bevegelighet i leddene. Til slutt understreker de behovet for blodprøver, ankel-arm-indeks og videre undersøkelser med blant annet ultralyd (Langøen & Gürgen, 2015, s. 191, 252-253).

Når det kommer til behandlingen av venøse leggsår skriver Langøen og Gürgen (2015, s. 264) at kompresjon er den aller viktigste behandlingsformen, da dette reduserer ødemer i vevet. Ødemer er ifølge Lindholm (2012, s. 102) en faktor som setter tilhelingsprosessen kraftig tilbake. En forutsetning for at kompresjonen skal fungere er at den blir lagt på med rett teknikk; man starter å legge på bandasjen nederst ved tærne og stopper ved kneet. På den måten får man en naturlig trykkfordeling (Langøen, 2016). Videre må såret rengjøres og sårkantene må beskyttes mot fuktighet. I tillegg skal sårets utvikling følges ved målinger av sårets areal. Bandasjevalg velges ut ifra lokale sårforhold (Langøen, 2016, s. 122, 134, 136).

2.3 Ernæring

Pasienter rammet av ulike typer sår er avhengig av tilstrekkelig næringsinntak for at såret skal kunne ha en mulighet for tilheling. Ettersom sårtilheling krever nydannelse av celler og vev understreker Sortland (2015, s. 238) viktigheten av å ha tilfredsstillende nivåer av blant annet proteiner, karbohydrater, fett, vann, vitaminer, sink, fosfor og jern. Dette støttes opp av Lindholm (2012, s. 300) som i tillegg understreker at kaloribehovet øker med opptil 1,5 ganger grunnbehovet ved tilstedeværelse av sår. [Vedlegg 2](#) viser en oversikt over viktige næringsstoffer og hvilke konsekvenser mangel av dem har for sårtilhelingen.

Birkeland og Flovik (2016) understreker at det kan være utfordrende å ha oversikt over pasientens mat- og væskeinntak i hjemmet, noe som krever spesiell oppfølging fra hjemmesykepleien. Denne oppfølgingen omhandler blant annet utregning av BMI, kartlegging av vekttap og eventuelle problemer med tenner, munn og svelg. I tillegg må en kartlegge eventuelle plager fra mage- tarmsystemet eller om pasienten har andre problemer knyttet til selve spisingen. Dersom hjemmesykepleien observerer lavt matinntak eller vurderer pasienten som underernært, følger også ansvaret med å sette i gang tiltak som sikrer pasienten tilstrekkelig inntak av næring (Birkeland & Flovik, 2016, s. 63, 66-67).

2.4 Telemedisin

Aavitsland (2000) skriver at telemedisin er et samlebegrep for flere helsetjenester og verktøy en bruker når lege og pasient ikke er på samme sted. Eksempler på dette kan være overføringer av røntgenbilder som blir vurdert ved en senere anledning eller konsultasjoner gitt over videomøter. (Aavitsland, 2000, s. 1). Denne utviklingen har gitt pasienter mulighet til å motta konsultasjon og vurderinger fra spesialisthelsetjenesten uten å måtte bruke krefter og midler på å reise over lange distanser. Under rette forhold mener Gray, Armfield og Smith (2010, s. 162) at telemedisinen gir flere fordeler i sårbehandling, for eksempel kan helsepersonell etterspør vurderinger fra spesialisthelsetjenesten ved å legge ved bilder av sårene.

O'Connel-Gifford (2010) peker også på mange fordeler ved bruken av bilder i sårpleien, men understreker samtidig flere krav og retningslinjer ved bruken av dem.

En skal alltid ha tillatelse fra pasienten, ta hensyn til personvern og bruke god tid for å sikre kvalitet. Man bør også ta ukentlige bilder og forsøke å bruke naturlig lys fremfor blits dersom det er mulig, og samtidig unngå skygge over såret. Til slutt bør en unngå bakgrunner som reflekterer lyset dersom en bruker blits. Når det gjelder bildene skal det i tillegg legges en linjal ved siden av såret for å kunne vurdere rett størrelse, og en bør ta tre forskjellige bilder fra ulike distanser. Bilder før og etter sårstellet, i tillegg til bilder av de brukte bandasjene, kan også være av interesse (O'Connel-Gifford, 2010, s. 29).

2.5 Smerter

Smerter spiller en stor rolle for hvordan man opplever ulike situasjoner og påvirker på samme måte en persons psykososiale behov (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016). Videre påpeker Danielsen et al. (2016) at kartlegging og vurdering av smerter er en av de viktigste sykepleieoppgavene, men at effektiv smertelindring er avhengig av gjensidig tillit mellom pasienten og helsepersonell (Danielsen et al., 2016, s. 288, 384).

Ifølge Lindholm (2012) var det normalt å tenke at pasienter med leggsår ikke var spesielt smertepåvirket, men sårmerter har derimot vist seg å være sterkt undervurdert. Hun anbefaler derfor på det sterkeste at det gjennomføres en grundig smertevurdering av alle pasienter med leggsår, og at det blir satt i gang effektive tiltak for smertelindring. Videre påpeker hun at sår gror langsommere dersom pasientene er smertepåvirket, både på grunn av lokale forhold i såret grunnet stress, og at smertene ofte fører til at pasienten beveger seg mindre og spiser dårligere. Det skal derfor alltid gis smertelindring i forkant av sårstellet dersom det oppleves smertefullt for pasienten, samtidig som en bør bruke kroppstemperert væske ved rengjøring (Lindholm, 2012, s. 313, 317). Smerter var fra starten av et tema tenkt til drøftingen i denne oppgaven, men på grunn av ordbegrensninger ble dette ekskludert. Tilstrekkelig smertelindring er uansett av stor viktighet for at pasienten skal kunne fungere i hverdagen. Lindholm (2012) skriver at det ved legg- og fotsår bør brukes lokalbedøvende salve, spesielt i forbindelse med debridering, altså opprensing av sårbunnen. I tillegg kan det være aktuelt med medikamentell smertelindring dersom pasienten er plaget med mild eller moderate smerter. Videre skriver Lindholm (2012) at et smerteteam alltid bør konsulteres dersom sårsmertene ikke lar seg lindre, og at en bør bruke sårstellet til å observere om pasienten fremstår smertepåvirket (Lindholm, 2012, s. 320-322).

3.0 Metode

Dalland (2012) skriver at metode er et verktøy som hjelper oss med å finne frem til ny kunnskap, og forklarer at en bør velge den metoden som gir gode data og belyser problemstillingen på best mulig måte. Til tross for hvilken metode en bruker stilles det likevel krav en må ta hensyn til før en tar i bruk informasjonen en finner i en undersøkelse. For det første må resultatene som fremkommer stemme med virkeligheten, samtidig som innsamlet data skal være systematisk utvalgt. Videre er det også en forutsetning at forskernes ståsted og førforståelse er gjort rede for og at resultatene som kommer frem i undersøkelsen er kontrollerbare (Dalland, 2012, s.111-115).

3.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven bruker litteraturstudie som metode for å komme frem til god og relevant litteratur som kan belyse problemstillingen. Thidemann (2019) beskriver litteraturstudie som en systematisk tilnærming for å samle inn litteratur, hvor en med et kritisk blikk sammenfatter det hele. Dette fører til at leseren får oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det område som problemstillingen etterspør, og samtidig forståelse av hvordan en har kommet frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 79-80).

Denne oppgaven har som formål å belyse hva som fører til god og faglig forsvarlig sykepleie til sårpasienter. Langøen og Gürgen (2015, s. 165) skriver at sårbehandling som fag har endret seg til å bygge på kunnskapsbasert erfaring fremfor gamle tradisjoner. På grunn av den raske utviklingen er det spesielt viktig å holde seg kontinuerlig oppdatert på den nye kunnskapen som blir tilgjengelig. Litteraturstudie som metode er derfor et viktig hjelpemiddel for å finne fram til ny kunnskap som kan opprettholde faglig forsvarlighet.

3.2 Fremgangsmåte

Manuelt søk er også en form for metode som ble brukt i denne oppgaven. Dette kan gjøres på flere ulike måter med et felles mål om å finne frem til relevant kunnskap som kan bidra til å belyse problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 83). Ved å bruke manuelt søk kan en også identifisere andre relevante søkeord i det systematiske litteratursøket. Å lese gjennom ulike referanselister førte blant annet til funn av primærkilder som bidro med mer informasjon om aktuelle tema. Læreboken «Sår» (Lindholm, 2012) ble for eksempel funnet ved å lese gjennom referanselisten til Langøen og Gürgen (2015, s. 247).

For å komme frem til relevant kunnskap som kan bidra til å belyse temaet problemstillingen viser til, er en god søkestrategi avgjørende. Problemstillingen i denne oppgaven etterspør kunnskap om hvordan sykepleiere kan opprettholde faglig forsvarlighet i behandlingen av kroniske sår, der behandlingen foregår i primærhelsetjenesten. På bakgrunn av dette vil søkeordene «kroniske sår» og «primærhelsetjenesten» være aktuelle å starte med når en skal søke i databaser, som oversettes til «chronic wounds eller chronic ulcers» og «primary health care» på engelsk. Ved å først lese overskrifter og sammendrag, ble relevante artikler vurdert for oppgaven. En grundig gjennomlesing og kritisk vurdering viser deretter om artiklene kan tas med for å belyse valgt tema.

Etter å ha brukt en del tid på søk i CINAHL førte enkelte funn til flere relevante tema som kunne være aktuelle for å belyse problemstillingen om faglig forsvarlighet.

En god ernæringsstatus er noe av det mest sentral i behandlingen av kroniske sår (Sortland, 2015, s. 238), derfor ble søkeordet «ernæring» brukt for å finne frem til relevante artikler; «nutrition» på engelsk. Søk nummer syv førte dermed til artikkelen «*The nutritional status of older adults with and without venous ulcers: a comparative, descriptive study*» (Szewczyk et al., 2008). Etersom faglig forsvarlighet står sentralt i denne oppgaven, ble søkeordet «pasientsikkerhet» eller «patient safety» tatt i bruk, som førte til funn av artikkelen «*Patient safety regarding leg ulcer treatment in primary health care*» (Smith-Strøm og Thornes, 2008) i søk nummer ni. Viktigheten av å følge utviklingen av såret gjennom pasientforløpet gjorde at søkeordene «sårvurdering», «bilde» og «sykepleier» også ble inkludert i søkestrategien (oversettes til «wound assessment», «photograph» og «nurse»). Søk nummer 13 resulterte dermed i funn av artikkelen «*Reducing the risks of wound consultation: adding digital images to verbal reports*» (Buckley, Adelson & Agazio, 2009).

Søk gjennomført i databasen CINAHL 2.-4. mars 2019						
Søk nummer	Søkeord	Avgrensninger	Antall artikler	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
1	Chronic wounds or Chronic ulcers or Non-healing wounds		9966			
2	Treatment		882 941			
3	Primary health care		87 914			
4	S1 + S2 + S3		157			
5	S4	Norsk/engelsk Alder: 65 +	48	3		
6	Nutrition		97 852			
7	S1 + S6	Norsk/engelsk Alder: 65 +	202	6	2	1
8	Patient safety		121 496			
9	S1 + S3 + S8		12	1	1	1
10	Wound assessment		13 044			
11	Photograph		10 211			
12	Nurse		423 496			
13	S10 + S11 + S12	Alder: 65 +	11	2	1	1
14	Patients' experience		118 511			
15	S1 + S14	Norsk/engelsk Alder: 65+	181	9	2	

Ettersom denne søkestrategien kun ble brukt i databasen CINAHL, var det hensiktsmessig å prøve ut den samme fremgangsmåten i andre databaser. For å finne ut om det var gjennomført relevante studier i Norge eller i ett av de andre nabolandene våre, ble noen av de samme søkeordene prøvd ut i SveMed+. «Kroniske sår» kombinert med «leggsår» resulterte i 436 artikler. For å redusere antall treff ble det forsøkt å inkludere søkeordene «primærhelsetjenesten» og «hjemmesykepleie» i to nye søk, men bruken av disse resulterte ikke i noen artikler. Videre ble «hjemmesykepleie» kombinert med «ernæring» prøvd ut i et nytt søk, som resulterte i to artikler. Den ene av dem ble fort sett på som aktuell; «*Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien*» (Meyer, Velken & Rannveig, 2017). Artikkelen ble dermed inkludert i oppgaven, på bakgrunn av viktigheten med en grundig kartlegging av ernæringsstatus hos pasientene.

Søk gjennomført i databasen SveMed+ 26. mars 2019						
Søk nummer	Søkeord	Avgrensninger	Antall artikler	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
1	Kroniske sår or Leggsår		436			
2	Primærhelsetjenesten		69			
3	S1 + S2		0			
4	Hjemmesykepleie		57			
5	S1 + S4		0			
6	Smerte		4640			
7	S1 + S6		52	5	1	
8	Ernæring		4597			
9	S4 + S8		2	1	1	1

3.3 Metodekritikk

I denne delen av oppgaven blir bakgrunnen for valg av kilder presentert, samtidig som det blir gitt en begrunnelse på hvorfor kildene ble sett på som relevante. Sammendrag av artiklene blir gitt senere i oppgaven.

3.3.1 Vurdering av egen oppgave

Planen for denne oppgaven var fra starten av å undersøke hvordan sykepleiere kunne bidra til å fremme sårtilheling hos pasienter med kroniske sår. Etter å ha prøvd ut den første søkestrategien ble det imidlertid klart at det kunne være hensiktsmessig å omformulere problemstillingen, da de fleste resultatene fra dette søket kun tok for seg nye produkter en kunne bruke i sårbehandlingen. Et av søkene resulterte imidlertid i funn av en artikkel som tok for seg pasientsikkerhet og kunnskapsnivå i behandlingsforløpet, noe som førte til at problemstillingen ble endret til å fokusere på faglig forsvarlighet. En ny søkestrategi resulterte dermed til flere artikler som ble sett på som aktuelle for den nye problemstillingen. Faglig forsvarlighet og annen informasjon artiklene bidro med ble derfor grunnlaget for videre søk etter annen relevant litteratur. Det kan også nevnes at metodekapittelet utgjør en stor del av denne oppgaven, men ettersom metoden blir sett på som både viktig og krevende ble det prioritert på denne måten.

3.3.2 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur

Dalland (2012, s. 63) skriver at en kilde omfatter all informasjon som kan bidra til å belyse en oppgave, og peker samtidig på at det stilles krav til bruken av dem. Ikke all kunnskap er like holdbart, som i praksis betyr at de må gjennom en prosess for å sjekke om informasjonen stemmer. Dette gjøres ved å vurdere kilden både i forhold til kvalitet og hvorvidt den er relevant for arbeidet. Kildekritikk handler altså om å fastslå om informasjonen som fremkommer i en kilde er sann, og gjøres ved hjelp av ulike metoder som skiller spekulasjoner fra fakta (Leth & Thurén, 2000, s. 22). Til denne vurderingen brukes det sjekklister.

De ulike sjekklister bidrar til å lette arbeidet med vurderingen og inneholder konkrete kontrollspørsmål om resultatene (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 69-70).

Til den kritiske vurderingen av artiklene som er inkludert i denne oppgaven, ble det nedenfor brukt sjekklister for kvalitativ forskningsmetode til alle de fire artiklene. Grunnen til dette er at alle artiklene undersøker erfaringer og opplevelser. Ifølge Thidemann (2019, s. 78) er dette typisk for den kvalitative metoden, i tillegg til at det oftest blir brukt intervju og observasjoner i slike studier. Sjekklisten deles inn i tre deler hvor den første delen består av en innledende vurdering. Videre bidrar de to siste delene til å vurdere resultatene og om disse kan overføres til praksis gjennom å stille brukeren spørsmål om innholdet i artiklene. Eksempel på slike spørsmål er om formålet med studien er godt formulert, om det kommer frem hvordan analysen er gjennomført og om funnene blir klart presentert. Sjekklister ble hentet fra Helsebiblioteket (2016).

Studien gjennomført av Szewczyk et al. (2008) undersøker om det er forskjell i ernæringsstatus mellom eldre personer med og uten venøse leggsår. Formålet med forskningen kommer klart frem i teksten og kvalitativ metode er et egnet valg for å belyse problemstillingen forskerne viser til. Eksklusjonskriterier kommer også tydelig frem og studien gir samtidig et godt overblikk på utvalget av de 77 pasientene som deltok. Det kommer derimot ikke frem om aktuelle bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data, men både etiske forhold og analyse av samlet data er imidlertid punkter som kommer klart frem for leseren. Studien konkluderer med at pasienter med venøse leggsår bør få kartlagt ernæringsstatus tidlig i behandlingsforløpet. På bakgrunn av dette ble studien inkludert i denne oppgaven.

I en studie som omhandler ernæring, ønsker Meyer et al. (2017) å undersøke hvordan sykepleiere i hjemmetjenesten tolker og ivaretar faglig forsvarlig ernæringspraksis i henhold til Nasjonale retningslinjer. Kvalitativ forskningsmetode er dermed et godt valg for å undersøke de ulike erfaringene som er gjort. Det blir også gjort rede for hvordan deltakere ble inkludert i studien og hvordan data ble samlet inn. Forfatterne viser også til både styrker og svakheter med studien, hvor det for eksempel ble tatt til betraktning at personer kunne si seg enig i det noen andre sa, selv om de selv hadde en annen mening. De etiske kravene er gjort rede for, samtidig som resultatene kommer klart frem.

Studien viser blant annet til utfordringer med vurdering av ernæringsstatus i hjemmet, og ble inkludert i denne oppgaven på bakgrunn av at de ulike erfaringene kan støtte opp mot problemstillingen om faglig forsvarlighet.

Smith-Strøm og Thornes (2008) undersøker blant annet kunnskapsnivået om sårbehandling hos sykepleiere i primærhelsetjenesten og hvor godt samarbeidet er med spesialister i behandlingen av denne pasientgruppen. Kvalitativ forskningsmetode virker til å være godt valg for å belyse problemstillingen. 158 sykepleiere ble spurt om å delta, men ingen eksklusjonskriterier ble imidlertid vurdert under utvalget. 99 av sykepleierne deltok. Det blir gjort godt rede for hvordan data ble samlet inn og hvordan dette ble vurdert, samtidig som studien peker på svakheter knyttet til at kun én forsker analyserte resultatene. Til tross for dette kommer resultatene tydelig frem og det kan være lett å dra paralleller til praksis. De etiske forskningskravene ble også møtt. Funnene om lavt kunnskapsnivå førte til at artikkelen ble inkludert i denne oppgaven, da dette er veldig relevant i forhold til faglig forsvarlighet.

Studien gjennomført av Buckley, Adelson og Agazio (2009) ser på bruken av bilder i dokumentasjon og rapportering av sårstatus. Problemstillingen kommer tydelig frem i bakgrunnsavsnittet og målet med å undersøke denne erfaringen gjør kvalitativ metode til et egnet valg. De etiske forskningskravene ble møtt før studien startet. Utvalget av de 43 pasienten som deltok i studien er godt gjort rede for, samtidig som resultatene er tydelig representert. Studien peker imidlertid på svakheter knyttet til at kun én sårsykepleier analyserte funnene, men forskerne tok som følger av dette selv initiativet til å inkludere to uavhengige spesialister for å bekrefte eller avkrefte vurderingene som ble gjort for å styrke troverdigheten. Studiens konklusjon er relevant, samtidig som resultatene kan være hensiktsmessig å ta i bruk i praksis.

De fire artiklene ble sett på som relevante for denne oppgaven, da både ernæringsstatus, kunnskapsnivå og presis dokumentasjon er faktorer som bidrar til at sykepleien blir utøvd på en faglig forsvarlig måte.

3.3.3 Forskningsetikk

Dalland (2012) skriver at forskningsetikk er et område i etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskningen å gjøre. Lesere skal ikke på noen som helst måte kunne identifisere deltakere som fremkommer i materiale, verken gjennom navn, personnummer, eller indirekte gjennom bakgrunnsopplysninger. At deltakere som involveres i en undersøkelse er sikret anonymitet er derfor en stor forutsetning for at forskningen skal nå de etiske kravene (Dalland, 2012, s. 96-103). Videre sier Helsepersonelloven §21 (2008) at *«helsepersonell skal hindre at andre får tilgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold»*. At artiklene ovenfor fulgte kravene for forskningsetikken var en viktig forutsetning til at de ble inkludert i denne oppgaven. Ifølge Dalland (2012, s. 77) er det også en fordel om en anstrenger seg for å finne frem til primærkilder der det er mulig, spesielt dersom oppgaven bygger på teorien til en bestemt forfatter. For å undersøke om primærkilder var tilgjengelig for oppgaven ble det søkt etter bøker og artikler på Oria.

4.0 Funn

4.1 Presentasjon av forskningsartikler

Presentasjon av forskningsartiklene blir også presentert i litteraturmatriser. Se [vedlegg 3](#).

Den første artikkelen ble gjennomført med mål om å sammenligne ernæringsstatusen mellom eldre pasienter med og uten kroniske sår. God sårtilheling er avhengig av at pasienten har tilstrekkelig inntak av næringsstoffer, og Szewczyk et al. (2008, s. 35) skriver at alle trinnene i sårtilhelingsprosessen er avhengig av god distribuering av disse. Studien ble gjennomført med to ulike grupper. Den ene gruppen besto av pasienter med venøse sår, mens den andre gruppen besto av en kontrollgruppe med personer uten sår. Mini Nutritional Assessment ([Vedlegg 4](#)) ble tatt i bruk for å samle inn data. I pasientgruppen hadde 13 personer god ernæringsstatus, 17 personer sto i risiko for å utvikle dårlig ernæringsstatus og 7 personer hadde dårlig ernæringsstatus. I kontrollgruppen hadde 27 personer god ernæringsstatus, 13 personer sto i risiko for å utvikle dårlig ernæringsstatus og ingen hadde dårlig ernæringsstatus. Studien konkluderte med at dårlig ernæringsstatus og risiko for å utvikle

dårlig ernæringsstatus var vanlig blant eldre pasienter med venøse sår. Sammenlignet med kontrollgruppen hadde pasientgruppen dårligere ernæringsstatus, lavere BMI og mindre omkrets på arm og bein. Videre peker studien på behovet for kartlegging av ernæringsstatus hos alle pasienter med venøse sår. (Szewczyk et al., 2008, s. 42).

Den andre artikkelen tok sikte på å undersøke hvordan sykepleier i hjemmetjenesten gikk frem for å ivareta pasientens grunnleggende behov knyttet til ernæring. I den forbindelse viser Meyer et al. (2017, s. 2) til flere studier som konkluderer med underernæring i hjemmet, samt manglende rutiner i hjemmet for oppfølging av denne pasientgruppen. 19 sykepleiere fra to kommuner ble delt inn i tre ulike grupper, hvor målet var å reflektere rundt egen ernæringspraksis. Data ble samlet inn i form av sammenfattede notat og lydopptak fra totalt fire gruppemøter. Ut ifra funnene ble innsamlet data kategorisert inn i fire hovedtemaer: 'forankring', 'kunnskap til pasienten og ernæringsbehovet', 'selvbestemmelse og kravene til systematisk ernæringsvurdering' og 'praktiske utfordringer i ernæringsarbeidet'.

Studien konkluderer med at ernæringsarbeidet i hjemmesykepleien blir styrt av personsentrerte og praktiske tilnærminger sykepleierne har sett på som passende for den hjemlige arena, selv om arbeidet ikke møter de Nasjonale retningslinjene som er utarbeidet. Forskerne peker derfor på viktigheten med et godt samarbeid mellom både pasienten, de pårørende, ledelsen og personalet for å kunne gjennomføre en god systematisk vurdering innenfor de eksisterende ressursene tilgjengelig i hjemmesykepleien.

Artikkel nummer tre har som formål å undersøke hvordan sykepleiere i primærhelsetjenesten samarbeider med spesialister under pågående behandling til pasienter med leggsår, og samtidig kartlegge kunnskapsnivået hos de involverte sykepleierne. Smith-Strøm og Thornes (2008, s. 29) skriver at valg av effektive behandlingsmetoder er avgjørende i behandling av venøse leggsår, og viser samtidig til flere studier som konkluderer med lavt kunnskapsnivå hos sykepleiere når det kommer til kunnskapsbasert sårbehandling. For å finne svar på problemstillingen ble det tatt i bruk personlige intervju. 99 sykepleiere fra hjemmetjenesten deltok på studien. Spørsmålene som ble stilt handlet blant annet om hvordan sårbehandlingen foregikk i de ulike distriktene, hvordan samarbeidet fungerte med spesialister og andre generelle spørsmål om kunnskapsnivået til sykepleierne. Resultatene viste flere svakheter i pasientsikkerheten. For det første var det ikke standard prosedyre at pasientene fikk diagnostisert en underliggende årsak før behandlingen startet, i tillegg til at sykepleierne ofte endret behandlingen uten å forhøre seg med sårsykepleier. Ofte gikk det også mer enn én måned etter at såret oppsto før pasienter ble henvist videre for vurdering.

Videre var både kompresjonsbehandling og smertelindring elementer som flere sykepleiere ikke hadde tatt hensyn til i pasientforløpet. Forskerne fant også at mange av sykepleierne ikke var fornøyd med egen kunnskap, og at den største kilden til denne kunnskapen kom fra egen eller en kollegas erfaring, noe som førte til at behandlingen ikke var kunnskapsbasert. Studien konkluderer derfor med at behandlingen ikke møtte internasjonale retningslinjer for sårbehandling, og peker samtidig på behovet for økt tilgang til spesialister, og at manglende kunnskap må tas på alvor. (Smith-Strøm og Thornes, 2008, s. 29-33).

Artikkel nummer fire ble gjennomført med mål om å undersøke effekten av å legge ved digitale sårbilder til rapportene. Buckley et al. (2009, s. 163) skriver at faktorer som kan spille inn på økte kostnader i sårbehandlingen er varierende vurderinger av sårets status og liten bruk av teknologien som er tilgjengelig for oss i dag. Samtidig kan det ofte være utfordrende for sårsykepleiere og besøke pasientene for konsultasjon, spesielt dersom det er snakk om lange distanser. Under hjemmebesøk hos pasientene vurderte og dokumenterte sykepleierne sårenes status, og tok samtidig 3 bilder av hvert sår. Bildene ble deretter lastet opp til sårsykepleieren på en sikker måte, samtidig som det ble gitt en verbal rapport som omfattet sårlokalisasjon, størrelse og dybde, beskrivelse av sårets grobunn, mengde og type sårveske og tilstedeværelse av fistler. Ved å først høre på de verbale rapportene noterte sårsykepleieren ned foreløpige anbefalinger og vurderinger, før hun så på de ulike sårbildene hun hadde fått tilsendt og skrev ned nye anbefalinger og vurderinger. Vurderingene ble videre sammenlignet for å se om bildene førte til endringer i sårsykepleieren sine anbefalinger. Studien omhandlet 43 voksne pasienter med til sammen 89 ulike sår. Anbefalingene var i hovedsak de samme etter sårsykepleieren hadde vurdert de ulike bildene, men på de områdene hvor anbefalingene hadde endret seg hadde det stor innvirkning med risiko for både under- og overbehandling av sårene. Den totale enigheten mellom vurderingene før og etter bildene var kun 29,2 %, mens den totale kliniske uenigheten lå på 58,4 %. I de gjenværende 12,4 % var vurderingene noenlunde de samme, med kun små justeringer i behandlingen. I fem tilfeller fant for eksempel sårsykepleieren faktorer som kunne pådra pasientene sepsis, som ikke ville blitt oppdaget uten bruken av digitale bilder. Disse funnene tyder på at verbale rapporter gitt til sårsykepleiere kan føre til feilvurdering, som for noen pasienter kan gi alvorlige følger. Studien konkluderer derfor med at digitale bilder gir en sikker og kostnadseffektiv trygghet i vurderingen av sårstatus, samtidig som det blir lettere å følge med på sårets utvikling gjennom pasientforløpet. (Buckley et al., 2009).

5.0 Drøftingsdel

Problemstillingen i denne oppgaven handler om *hvordan sykepleier kan sørge for faglig forsvarlig sårbehandling til pasienter med kroniske sår i hjemmesykepleien*.

I denne delen av oppgaven vil funnene som fremkommer i forskningsartiklene bli drøftet opp mot teori, og hvor vidt dagens praksis møter kravene om faglig forsvarlighet.

Ifølge Molven (2017) bygger begrepet faglig forsvarlighet på det etiske prinsippet om å gjøre det som ganger pasienten og ikke det som skader. For at helsehjelpen skal nå kravet om faglig forsvarlighet skal det utøves med bakgrunn i vitenskapelige kunnskaper, altså det skal være kunnskapsbasert. Videre gjelder kravet om faglig forsvarlighet også forebygging, utredning, behandling, rehabilitering og pleie og omsorg (Molven, 2017, s. 130-131).

5.1 Opprettholde en god ernæringsstatus

I takt med at mennesker blir eldre har velferdsteknologien gjort det mulig for oss å bo hjemme lenger enn tidligere, fremfor å måtte flytte inn på sykehjem før en egentlig ønsker og er klar for det (Birkeland & Flovik, 2016, s. 178). I den forbindelse kan det tenkes at hjemmesykepleie vil bli mer og mer aktuelt i årene som kommer. Hjelpet behovet til de ulike pasientene varierer i stor grad uavhengig av alderen, noe som understreker behovet for grundig kartlegging av hver enkelt pasient.

Når det kommer til effektiv sårbehandling er det viktig å sørge for at pasienten har tilstrekkelig inntak av næringsstoffer. Lindholm (2012) skriver at underernærte personer har dårligere forutsetninger for å oppnå god sårtilheling enn personer med god ernæringsstatus (Lindholm, 2012, s. 300). Erfaringsmessig kan også arbeidsdagene i hjemmesykepleien være preget av travle vakter, hvor en skal gjennom flere arbeidsoppgaver på kort tid. Dersom hjelp til sårstell er det eneste pasienten har vedtak på, kan det sannsynligvis fort føre til at sykepleieren gjennomfører sårstellet kjapt og enkelt før han ser på klokken og skynder seg videre til neste pasient. Sårstellet kan ha vært gjennomført på en god måte, men kan en da si seg ferdig og fornøyd?

Szewczyk et al. (2008, s. 40) fant i sin studie at ca. halvparten av deltakerne med venøse leggsår sto i risiko for å utvikle en dårlig ernæringsstatus, eller hadde allerede nådd et punkt hvor underernæring var tilfellet. Dette er en stor gruppe mennesker som alle har behov for økt inntak av næringsstoffer for at det kroniske såret skal ha mulighet for å gro. Dersom pasientene har relativt lite hjelpebehov og et vedtak med få punkter, kan det fort tenkes at vedkommende er selvstendig og har evnen til å ta vare på egen ernæringsstatus.

Som det kommer frem i studien til Meyer et al. (2017, s. 4) forteller en sykepleier «*Hvis oppdraget er dusj x1, spør vi ikke om mat før vi ser at det er et problem*». Disse holdningene kan på en side ses på som resultat av for eksempel dårlig kapasitet og tidspress i hjemmesykepleien, men på en annen side kan det også tenkes å være naturlig i arbeidet en gjør. I en hektisk arbeidsdag setter en altså ikke i gang behandlende tiltak før en observerer et problem. Når det kommer til faglig forsvarlighet er likevel forebygging en stor del av arbeidsoppgavene til sykepleieren (Molven, 2017, s. 136). Videre vil god og effektiv forebygging av skader og helseplager være avhengig av grundig kartlegging. I studien til Meyer et al. (2017) kommer det også frem at sykepleiere i noen tilfeller vegrer seg for å ta opp matsituasjonen med de eldre, med bakgrunn i at de er redde for å krenke pasientens verdighet og selvbestemmelse; «*Du forteller ikke en gammel husmor at hun ikke kan ivareta sitt matinntak*», sier en av sykepleierne som deltok i studien (Meyer et al., 2017, s. 6). Å ha respekt for pasientens verdighet og selvbestemmelse er på en side to viktige aspekter, men på en annen side kan dette i dette tilfellet føre både til underernæring og mangeltilstander.

Å forebygge underernæring er som nevnt tidligere i oppgaven viktig for pasientens generelle helse, men også viktig for at sårtilhelingen skal skje normalt. Brodtkorb (2016, s. 304) skriver at en av sykepleierens sentrale oppgaver er å kartlegge pasientens ernæringsstatus og sette i gang tiltak ved forbedringspotensial. I hjemmesykepleien er det også utarbeidet retningslinjer for å sikre at pasientens ernæringsstatus blir ivaretatt (Meyer et al., 2017, s. 1). Om pasienten gir klart uttrykk for metthet og liten matlyst selv om matinntaket er tydelig redusert, kan det på mange måter være utfordrende for helsepersonellet å sørge for at næringsinntaket er tilstrekkelig. En ting er likevel å være klar over at pasienten står i risiko for å utvikle underernæring og sette i gang tiltak, men en annen ting er å ikke tenke på behovet for å vurdere ernæringsstatusen i det hele tatt. Ifølge Helsetilsynet (2011) ble det etter et planlagt tilsyn konkludert med avvik i hele 14 av 21 kommuner som ble undersøkt med tanke på ernæringsarbeid.

Ett eksempel på større avvik som ble funnet var nettopp at det ikke ble foretatt noen systematisk kartlegging av ernæringsstatus til pasientene, og dermed ikke iverksatt noen tiltak (Helsetilsynet, 2011, s. 19).

Molven (2017, s. 136) understreker at kjerneoppgavene ved pleie og omsorg er å ivareta pasientens grunnleggende behov når man snakker om faglig forsvarlighet. I den forbindelse viser han også til Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene §1-2 (2003) som sier at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som sikrer at pasienten får dekket alle sine grunnleggende behov, uansett hvor i kommunen tjenestene utføres.

Når det kommer til faglig forsvarlig sårbehandling er det dermed klart at en må følge med på pasientens ernæringsstatus. Her har institusjonene en stor fordel, da de kan følge pasientene gjennom hele dagen og utføre kartlegging fortløpende. I tillegg gir det pasienten mulighet for å spise sammen med andre mennesker, som kan ha stor betydning for matopplevelsen.

I hjemmesykepleien ser en derimot bare pasienten en liten stund noen få ganger om dagen. Det kan dermed tenkes at mat- og væskeinntak kan være vanskelig å følge med på, med mindre pasienten er i stand til å fortelle om dette selv. Uavhengig av dette bør hjemmesykepleien uansett prioritere forebygging og kartlegging av underernæring dersom pasienter med kroniske leggsår skal ha en bedre mulighet for tilheling.

Dersom en skal komme i mål med å opprettholde en god ernæringsstatus, kan det være avgjørende med et godt og gjensidig samarbeid. Orem (1995, s. 7) peker i sin behovsteori på at sykepleieren skal veilede pasienten til å kunne klare ting selv, og på den måte styrke opp vedkommendes egenomsorg. Her spiller sykepleierens pedagogiske funksjon en stor rolle. Når det gjelder sårbehandlingen kan det på en side være en fordel om pasienten forstår viktigheten av god ernæring og at han får god informasjon om hvilken type mat som kan være lurt spise. På en annen side kan det tenkes at all informasjonen en kommer med kan bidra til å forvirre pasienten ytterligere, da prosessen for sårtilheling er nokså komplisert. Dersom man skal informere pasienten om viktigheten av god ernæring, må en sannsynligvis sørge for at informasjonen som blir gitt er tilpasset personen, samtidig som en forsikrer seg om at det en sier blir forstått. God informasjon sammen med god tilrettelegging kan dermed gjøre det lettere for pasienten å ta hånd om egen ernæring, samtidig som han lærer å ta hensyn til kroppens behov. Å sikre at pasienten har tilstrekkelig inntak av næringsstoffer blir dermed en viktig faktor for at sårtilhelingen skal gå som normalt, samtidig som en da møter kravet om faglig forsvarlighet knyttet til å ivareta pasientens ernæringsbehov.

5.2 Pasientsikkerhet

Å leve med leggsår virker på mange måter svært krevende. Ikke vet man hvor lang tid det tar før det gror, og ikke vet man hvordan det kommer til å utvikle seg. Kommer det til å bli enda verre? Kommer det til å ende med amputasjon? Bekymringene er mange og er kilden til en stor psykisk belastning (Ingebretsen et al., 2016, s. 382). Man er i en posisjon hvor man verken har kontroll eller makt over situasjonen, og er avhengig av hjelp for å komme ut av den. Å kjenne på at helsevesenet er der for å hjelpe vil for mange sannsynligvis føles betryggende, men det kommer også forventinger om at den som kommer for å hjelpe har kunnskap om det han holder på med. Dette har imidlertid vist seg å ikke alltid være tilfellet, noe som fører til at pasientsikkerheten ikke blir opprettholdt (Smith-Strøm og Thornes, 2008, s. 29).

Smith-Strøm og Thornes (2008) undersøker i sin studie hvordan sykepleiere i hjemmetjenesten samarbeider med spesialistheltjenesten i behandling av venøse leggsår, i tillegg til det generelle kunnskapsnivået sykepleierne har om sårbehandling. Dette er begge viktige faktorer dersom en ønsker å komme i mål med sårbehandlingen uten å bruke unødvendige ressurser på utstyr og bandasjer som ikke har noe for seg. Langøen og Gürgen (2015, s. 309) understreker også at effektiv sårbehandling er avhengig av at sykepleierne har god nok kunnskap om de aktuelle prosedyrene. For mange av pasientene vil det sannsynligvis være naturlig å tenke at sykepleieren har nok ferdigheter og kunnskap til å gjennomføre gode vurderinger i løpet av pasientforløpet, både når det kommer til det teoretiske og til det praktiske. Disse tankene og forventningene kan på en side tenkes å være en stor ressurs for pasientene når det kommer til håp om at såret en dag skal forsvinne. På en annen side vil også tilliten pasienten har til sykepleieren bidra til økte forventinger om faglig forsvarlighet.

Funnene som ble gjort i studien til Smith-Strøm og Thornes (2008, s. 30) viser derimot flere avvik fra dagens kunnskap om sårbehandling. Det var det ikke en selvfølge at pasientene fikk diagnostisert underliggende årsaker til at såret oppsto før behandlingen ble iverksatt, noe som ifølge Langøen og Gürgen (2015, s. 191) er avgjørende dersom en skal kunne gi optimal behandling som fremmer sårtilhelingen istedenfor å hindre den.

Vanligvis er det legen sitt ansvar å stille en sårdiagnose, men denne praksisen har vist seg å være veldig varierende. Noen leger distanserer seg fra hele sårforløpet og setter ansvaret over til hjemmesykepleien, mens andre ønsker kontinuerlige oppdateringer underveis (Langøen, 2016, s. 127). At legen distanserer seg fra sårbehandlingen er på mange måter svært uheldig og frustrerende, da dette fører til at en ikke har nok informasjon til å kunne sette i gang den mest effektive sårbehandlingen. På en side har man legen som ikke bidrar med å stille en sårdiagnose, og på den andre siden har man fortsatt et behandlingstrengende sår å ta stilling til. Som beskrevet av Molven (2015, s. 140) skal helsepersonell henvise pasientene videre der det er mulig og nødvendig, samtidig som at sykepleieren skal sørge for at den som behandler pasienten har tilstrekkelig kompetanse. I situasjoner der legen ikke ønsker å stille en sårdiagnose, vil det dermed være nødvendig å henvise pasienten videre til noen som kan ta ansvar for situasjonen.

Smith-Strøm og Thornes (2008, s. 30) fant imidlertid i sin studie at pasientene heller ikke fikk en førstegangsvurdering hos spesialister før en periode på mellom én og to måneder, oftest forårsaket av lang ventetid. Dette fører igjen til at pasientene går lenge uten en diagnose, kanskje også med feil behandling som forhindrer sårtilheling. Som et eksempel på feil behandling kan kompresjon trekkes frem. På en side er kompresjon helt avgjørende ved behandling av venøse leggsår, men på en annen side kan det gjøre store skader om det brukes i andre sammenhenger (Langøen & Gürgen, 2015). Ved sår forårsaket av svikt i den arterielle sirkulasjonen kan kompresjonsbehandling føre til ytterligere redusert sirkulasjon. I slike tilfeller vil den lave sirkulasjonen føre til at pasienten kan utvikle gangren i tærne (Langøen & Gürgen, 2015, s. 229). Bertelsen (2016, s. 38) beskriver gangren som celledød forårsaket av nedsatt blodsirkulasjon. Dersom en kompresjon hadde blitt lagt på som en midlertidig løsning hos en pasient med arterielt leggsår kunne en altså endt opp med å påføre pasienten ytterligere skade, selv om kompresjonen var ment godt. Som det kommer frem i studien til Smith-Strøm og Thornes (2008, s. 30) fører den lange ventetiden for å komme til hos spesialisthelsetjenesten til at sykepleierne ofte endret sårbehandling uten å forhøre seg med en spesialist på forhånd. I den forbindelse har en dermed enda en faktor som spiller inn på at pasienten kan få feilaktig behandling.

En annen ting som må nevnes med studien til Smith-Strøm og Thornes (2008) er at sykepleierne i hjemmesykepleien ofte var usikker på kvaliteten på egen kunnskap når det kom til sårbehandling. Ettersom det er normalt å ikke huske kunnskap en sjelden bruker, er det på en side forståelig at sykepleierne ikke var helt sikker på sårbehandlingen,

spesielt dersom leggsår er noe en ikke behandler veldig ofte. På en annen side er det dermed spesielt viktig å innhente den nødvendige kunnskapen når man er i en situasjon hvor kunnskapen ikke strekker til. Dette understreke også Molven (2015, s. 131) som skriver at hjelpen som blir gitt må ha bakgrunn i vitenskap og erfaring. Å jobbe kunnskapsbasert er for øvrig også noe som gjelder all utøving av sykepleie. Studien viste videre at den største kilden til kunnskap hos sykepleiere enten var egen eller en kollegas erfaring (Smith-Strøm, 2008, s. 30). På en side er erfaringer en god ressurs og ha med seg, men når erfaringen er den eneste kilden til kunnskap, kan det på en annen side føre til at arbeidet en utfører ikke er kunnskapsbasert.

Langøen (2016) skriver at hvem som helst kan legge på en bandasje, men at moderne sårbehandling krever mer enn bare det. Han understreker derfor behovet for at ledelsen i de ulike distriktene utarbeider en form for sertifisering, for å sikre at personalet har nok kunnskap til å utføre prosedyrene på rett måte (Langøen, 2016, s. 127). Dette kan virke som en god måte for å sikre at arbeidet som blir gjennomført møter kravet om faglig forsvarlighet. Like viktig er det at sykepleierne tar ansvar for egen læring og jobber kunnskapsbasert, og dermed sørger for at den sårbehandlingen de gir møter dagens retningslinjer. Å øke tilgangen til spesialisthelsetjenesten er trolig noe som kan bidra til bedre sårbehandling; dette blir belyst videre i punkt 5.3 om telemedisin og dokumentasjon.

Ved å sørge for at pasienten får korrekt behandling vil man forhåpentligvis fremme sjansene for sårtilheling. Dette vil på en side føre til et kortere pasientforløp og dermed mindre ubehag for pasienten, samtidig som en kan forhindre at det utvikles videre plager som følger av feil behandling. Selv om problemstillingene ovenfor i stor grad handler om helsepersonellet, vil det være avgjørende at alle disse faktorene er på plass dersom en ønsker å hjelpe pasienten til å kunne nå kravene for egenomsorg. Som Orem (1995, s. 103) understreker, handler egenomsorgen om å kunne utføre de praktiske gjøremålene i hverdagen knyttet til seg selv og om å kunne opprettholde sin egen helse og velvære. Gjennom å jobbe kunnskapsbasert og sikkert, vil veien til sårtilhelingen trolig bli kortere, samtidig som en møter kravet om faglig forsvarlighet. Det kan også tenkes at disse faktorene bidrar til å sende pasientens funksjonsnivå i rett retning. Når det kommer til Orem's syn på sykepleie understreker hun at pleieren må ha tilstrekkelig kunnskap for å kunne ta hånd om pasienten. I den sammenheng peker hun også på at sykepleieren må vurdere om egen kunnskap er tilstrekkelig i forhold til pasientens behov for forsvarlig pleie (Orem, 1995, s. 22, 58).

5.3 Telemedisin og dokumentasjon

Som nevnt ovenfor har det vist seg at sykepleiere i hjemmetjenesten ikke er trygg på egen kunnskap når gjelder sårbehandling (Smith-Strøm & Thornes, 2008, s. 30). For å kunne behandle pasientene på en effektiv og forsvarlig måte, vil sykepleierne i slike situasjoner forhåpentligvis oppsøke hjelp og informasjon andre steder. For eksempel kan en henvise pasienten videre til andre instanser, eller en kan be om råd fra spesialister gjennom en telefonsamtale. Molven (2015, s. 140) peker i den forbindelse på sykepleierens plikt til å innhente assistanse hvor det er mulig og nødvendig, slik at pasienten blir behandlet av noen med tilfredsstillende kompetanse. Med tanke på å kunne få en så god vurdering som mulig, kan det virke mest hensiktsmessig å henvise pasienten videre. Dette gir på en side gode muligheter for å kunne studere såret grundig, men på en annen side vil pasienten trolig måtte reise over lange distanser. I en allerede tøff hverdag kan slike reiser fungere som en ekstra belastning (Gray, Armfield & Smith, 2010, s. 158). Samtidig vil sannsynligvis pasienter med langsomt helende sår ha behov for flere vurderinger gjennom sykdomsforløpet.

For å unngå at pasienten skal måtte reise langt, og kanskje til og med bli innlagt, kan en i stedet prøve å oppsøke hjelp gjennom en telefonsamtale. I forbindelse med manglende kompetanse i hjemmetjenesten, kan det imidlertid tenkes at det kan oppstå utfordringer og misforståelser underveis. For det første må sykepleieren ha tilstrekkelig kunnskap til å kunne forklare observasjonene en gjør. For det andre må sykepleieren vite hva som er viktig å inkludere i rapporten. Dette er for øvrig også en stor forutsetning for å oppnå god dokumentasjon gjennom pasientforløpet. Birkeland og Flovik (2016, s. 179) peker på telemedisin og e-helse som et viktig alternativ for aktiv behandling og rehabilitering i hjemmet. I den forbindelse vil det være relevant å dra frem bruken av bilder i dagens sårbehandling.

Med tanke på de nevnte problemstillingene gjennomførte Buckley et al. (2009) en studie med formål om å undersøke hvilken innvirkning sårbilder hadde når de var lagt ved rapporter. I første omgang mottok en sårsykepleier skriftlige rapporter om sårenes status, og skrev fortløpende ned ulike vurderinger og anbefalinger rundt aktuell behandling. Etter å ha gjennomgått de verbale rapportene, fikk hun tilgang til bildene for å se om anbefalingene hun gjorde endret seg noe de gjorde i flere av tilfellene. Det viste seg at flere viktige faktorer ble oversett når sykepleierne undersøkte pasientene og rapporterte videre om sårstatus.

Blant annet oppdaget sårsykepleieren faktorer som kunne føre til sepsis hos flere av pasientene når hun undersøkte bildene, samtidig som flere nye observasjoner førte til viktige endringer i sårbehandlingen (Buckley et al., 2009, s. 166). Dette kan trolig ses på som en konsekvens av at sykepleiere i hjemmetjenesten ikke har tilstrekkelig kunnskap når det gjelder sårbehandling. På en side snakker Molven (2017, s. 139) om plikten til å innhente seg etter sine kvalifikasjoner og om at alle skal jobbe kunnskapsbasert, men på en annen side kan det imidlertid tenkes at sykepleierne er selvsikre på egen kunnskap og at de dermed ikke er klar over hullene i behandlingen. Å ta i bruk bilder i sårbehandlingen kan på mange måter derfor ha en positiv innvirkning på pasientforløpet. Pasienten slipper å reise bort for å kunne få en vurdering av såret, det vil bli lettere for helsepersonellet å be om råd, samtidig som pasientsikkerheten øker når noen med mer kompetanse undersøker bildene.

Buckley et al. (2009, s. 168) peker også på at bruken av bilder kan ha mye å si for dokumentasjonen gjennom hele pasientforløpet. Når en skal sette seg ned for å dokumentere, kan det være vanskelig å huske alle observasjonene som ble gjort i løpet av sårstellet.

Erfaringsmessig kan en dermed lese formuleringer som: «Stelt sår på venstre legg i dag etter sårprosedyre. Har væsket litt i bandasjen.» eller «Sår stelt etter prosedyre i dag. Ser bra ut»; men hva sier egentlig dette? Dersom en tar i bruk bilder vil dokumentasjonen dermed bli mer nøyaktig. For det første vil man ha et bilde å gå ut ifra når en skal beskrive sårstellet og sårets status, noe som gjør det lettere å huske hva det var man observerte, og for det andre vil bildet bidra til at andre lettere klarer å visualisere problematikken rundt såret.

Kombinert med at pasientsikkerheten blir lettere ivaretatt ved bruken av bilder og at pasienten slipper gjentakende reiser for vurderinger i spesialisthelsetjenesten, kan det tenkes at helheten i sårbehandlingen blir mer overkommelig for pasienten. Det blir mindre stressende faktorer, samtidig som sårbehandling baseres på oppdatert kunnskap. Dette kan bidra til både mindre plager for pasienten og til bedre oppfølging. I forhold til Orem og egenomsorgen kan det videre tenkes at telemedisinen i kombinasjon med velferdsteknologien generelt, kan bidra til å øke pasientenes selvstendighet, enten om det er i form av bilder eller andre hjelpemidler i hjemmet.

6.0 Konklusjon

Kroniske sår har vist seg å være problematisk for både pasienter og for helsepersonell. For pasientene bringer såret med seg store smerter, bekymringer og nedsatt funksjonsnivå (Ingebretsen et al., 2016, s. 382), mens det for helsepersonell gir store utfordringer for å oppnå vellykket tilheling. Til tross for klare retningslinjer i sårbehandlingen, viser forskning at pasientsikkerheten ikke blir ivaretatt for pasienter med kroniske sår i primærhelsetjenesten. Ernæringsstatusen blir ikke vurdert og fulgt opp (Meyer et al., 2017, s. 5), pasientene blir ikke henvist videre for vurdering før såret har utviklet seg stort, kompresjon blir ikke lagt på og smerter blir ikke vurdert (Smith-Strøm & Thornes, 2008, s. 30). Dette fører til at kravene om faglig forsvarlighet ikke blir møtt, da utøvingen av helsehjelpen ikke baseres på vitenskapelig kunnskap.

I forhold til faglig forsvarlig sårbehandling til pasienter med kroniske sår, er det viktig at sykepleieren tar ansvar og sørger for at pasienten får en skikkelig førstegangsvurdering hos spesialist for bestemmelse av både etiologisk og morfologisk diagnose, slik at behandlingen kan skreddersys til hver enkelt pasient. En grundig ernæringskartlegging skal også gjennomføres, samtidig som vekten følges opp jevnlig (Lindholm, 2012). Det er også viktig at smerter vurderes og følges opp, slik at det ikke oppstår unødvendige plager og lidelser for pasienten. Et problem har vært at mange sykepleiere har behandlet få sår, noe som kan bidra til usikkerhet; i slike tilfeller vil det være viktig å oppsøke kunnskap en har behov for (Lindholm, 2012, s. 82, 318). Som nevnt ovenfor anbefaler også Langøen (2016, s. 127) avdelingsledere å sette i stand en form for intern sertifisering, som sikrer at helsepersonellet involvert i sårbehandlingen har tilstrekkelig kunnskap om de aktuelle prosedyrene. Like viktig er det med oppfølging fra spesialisthelsetjenesten ved endringer i sårstatus, hvor telemedisin kan være til stor nytte. Samtidig kan også telemedisin være et viktig verktøy til dokumentasjon og til å følge sårets utvikling gjennom pasientforløpet.

På bakgrunn av at sårbehandling er et stort og komplisert felt, er det mye som kunne blitt drøftet videre i denne oppgaven som er like viktig. Persoon et al. (2004, s. 352) anbefaler på det sterkeste at sårbehandlingen ikke bare tar sikte på sårstell og kompresjon, men også på alle problemene som følger med slik at pasienten oppnår bedre livskvalitet. På denne måten gir sårbehandlingen også bedre tilhelingspotensial, samtidig som den lindrende sykepleien gjør pasient mer selvstendig. Dersom en tar disse funne til betraktning i utøvelsen av sykepleie, vil pasientene i større grad ha mulighet til å nå målene for egenomsorg, som er fokuset for Orems behovsteori (Orem, 1995, s. 6).

7.0 Litteraturliste

- Aavitsland, P. (2000). Telemedisin – medisin på avstand. Tidsskriftet Den Norske Legeforening. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2000/08/redaksjonelt/telemedisin-medisin-pa-avstand>
- Bertelsen, B. (2016). Grunnleggende sykdomslære. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.). *Sykdom og behandling* (2. Utg., s. 35-49). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2016). Sykepleie i hjemmet. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Brodtkorb, K. (2014). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg, s. 301-315). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Buckley, K. M., Adelson, L. K. & Agazio, J. G. (2009). Reducing the risks of wound consultation: adding digital images to verbal reports. *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*. 36(2):163-170. DOI: <http://dx.doi.org/galanga.hvl.no/10.1097/01.WON.0000347657.02594.36>
- Dalland, O. (2012). Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås. *Klinisk Sykepleie: Bind 1* (5. Utg., s. 381-427). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Gray, LC., Armfield, NR. & Smith, AC. (2010). Telemedicine for wound care: Current practise and future potential. *Wound Practise an Research*. Hentet fra: https://www.carepics.com/assets/pdfs/Telemedicine_for_Wound_Care_2010.pdf
- Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistor. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsepersonelloven. (2008). Lov om helsepersonell. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Helsetilsynet. (2011). Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre: Krevende oppgaver med svak styring. Hentet fra: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2011/helsetilsynetrapport5_2011.pdf
- Holsen, I. & Ingebretsen, H. (2016). Sykdommer i huden. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.). *Sykdom og behandling* (2. Utg., s. 506-525). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ingebretsen, I., Storheim, E. & Gundersen, S. C. (2016). Sykepleie ved sykdommer og skader i huden. I D-G Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Klinisk Sykepleie: Bind 2* (5. Utg., s. 361-396). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Langøen, A. & Gürgen, M. (2015). Forebygging og behandling av sår. Etiologisk inndeling. I A. Langøen (Red.). *Sårbehandling og hudpleie* (4 Utg., s. 251-314). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Langøen, A. (2016). Sår og sårbehandling. I A. Birkeland & A. M. Flovik *Sykepleie i hjemmet* (2. Utg., s. 115-139). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Leth, G. & Thurén, T. (2000). Källkritik för internet. Stockholm: Styrelsen för psykologiskt försvar
- Lindholm, C. (2012). Sår. Oslo: Akribe.
- Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. Sykepleien. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2017.61797
- Molven, O. (2016). Sykepleie og jus. Oslo: Gyldendal Juridisk
- Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). Jobb Kunnskapsbasert – en arbeidsbok. Oslo: Akribe
- Norsk Helseinstitutt. (2018). Kronisk leggsår. Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/hud/sar-hudskader-bitt/leggsar-venose/?page=all>

- O'Connel-Gifford, E. (2010). A picture can be worth a thousand words:
The use of photo documentation in wound care. *Healthy skin*. 8(2):24-29. Hentet fra:
<https://www.scribd.com/document/31886132/Healthy-Skin-Magazine-Volume-8-Issue-2>
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of Practise*. USA: Mosby
- Persoon, A., Heinen, M. M, van der Vleuten, C. J, M., de Rooij, M. J.,
van de Kerkhof, P. C. M. & van Achterberg, T. (2003). Leg ulcers: a review of their
impact on daily life. *Journal of Clinical Nursing*. 13(3): 341-354. DOI:
<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1046/j.1365-2702.2003.00859.x>
- Smith-Strøm, H. & Thornes, I. (2008). Patient safety regarding leg ulcer treatment in primary
health care. *Vård i Norden*, 28(3): 29-33. Hentet fra:
<https://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases/cinahl-complete>
- Sortland, K. (2015). *Ernæring – mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget
- Szewczyk, M. T, Jawien, A., K-Kornatowska, K., Moscicka, P., Cwajda, J.,
Cierzniakowska, K. & Brazis, P. (2008). The Nutritional Status of Older Adults with
and without Venous Ulcers: A Comperative, Descriptive Study.
Ostomy Wound Management, 54(9): 34-42. Hentet fra:
https://www.o-wm.com/files/owm/pdfs/OWM_September2008_Szewczyk_1.pdf
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille
motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1

Etiologisk diagnose	Morfologisk diagnose
Sår relatert til karforandringer <ul style="list-style-type: none">• Arterielle sår• Venøse sår• Lymfatiske sår	<ul style="list-style-type: none">• Rene granulerende sår• Sår med nekrotisk vev• Sår med stor bakteriell byrde (biofilm)• Sår med sterk sekresjon• Sår med lokal vevshypoksi• Sår med dårlig granulasjonsvev
Sår relatert til nevropati og neuroiskemi <ul style="list-style-type: none">• Diabetessår	
Sår relatert til trykk, drag og friksjon <ul style="list-style-type: none">• Decubitus / trykksår	
Sår relatert til immunologiske forhold <ul style="list-style-type: none">• Vaskulittsår	
Pyoderma gangrenosum	
Sår relatert til kreftsykdom	

Inndeling av sår etter årsak og tilstand
(Langøen, 2016, s. 128)

8.2 Vedlegg 2

Næringsstoff	Nødvendig for	Mangel
Vann	All transport og de fleste metabolske prosesser i celler og vev.	Nedsatt sårtilheling og økt katabolisme.
Protein	Reisverket i muskler, bindevev, sener, leddbånd, hud og hår. Dannelse av granulasjonsvev, kollagendannelse, nydannelse av blodkar, immunsystemet.	Hypoalbuminemi, nedsatt vevsperfusjon, ødemer. Nedsatt sårtilheling.
Karbohydrater	Energikilde, at protein brukes i proteinsyntesen.	Protein brukes som energikilde.
Fett	Energikilde, at protein brukes i proteinsyntesen.	Protein brukes som energikilde.
Linolsyre	Cellemembranens funksjon.	Nedsatt sårtilheling.
Vitamin A	Kollagendannelse, granulasjonsvev og epitelialisering, immunsystemet.	Nedsatt sårtilheling.
Vitamin B	Energiomsetning, homocysteinmetabolismen, kollagendannelse og modning av granulasjonsvev	Nedsatt sårtilheling.
Vitamin C	Hydroksyleringsreaksjoner i kroppen, dannelse av immunceller. Kollagendannelse, brusk og muskelvev. For styrking av kapillærer, for dannelse av aminosyren prolin. Immunsystemet.	Nedsatt sårtilheling, skjørhet i små kapillærer, hudblødninger.
Vitamin E	Lipidoksidasjoner. Antioksidant.	
Sink	Energiomsetning, proteinsyntese, proteinoppbygging, At kroppens enzymer inngår i stoffskiftet. Homocysteinmetabolismen og dermed kollagendannelsen. Cellemembran, vekst og syntese av nytt vev. Immunsystemet.	Nedsatt dannelse av nytt vev, nedsatt sårtilheling og større infeksjonsfare.
Jern	Homocysteinmetabolismen, kollagendannelse, transport av oksygen til celler og vev.	Nedsatt transport av oksygen til celler og vev.

Nærings- og sporstoffers betydning for normal sårtilheling.

(Sortland, 2015, s. 239).

8.3 Vedlegg 3

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
<p>Szewczyk, M. T., Jawien, A. K., Kornatowska, K., Moscicka, P., Cwajda, J., Cierzniakowska, K. & Brazis, P. (2008). «The nutritional status of older adults with and without venous ulcers: a comparative, descriptive study». Ostomy Wound Management.</p>	<p>Artikkelens hensikt er å sammenligne ernæringsstatusen mellom eldre pasienter med og uten venøse leggsår, for å finne ut om pasienter med venøse leggsår oftere er underernært.</p>	<p>Studien er av kvalitativ metode. MNA ble brukt til å samle inn data. (Vedlegg 4)</p>	<p>Deltakerne ble delt inn i to grupper. Den ene gruppen besto av pasienter med venøse leggsår, mens den andre gruppen besto av personer uten sår.</p>	<p>Resultatene fra studien viser at det er vanlig for pasienter med venøse leggsår å være underernært. I forhold til kontrollgruppen sto også pasientene med venøse leggsår i større risiko for å utvikle underernæring. Dette understreker behovet for god ernæringsvurdering og oppfølging.</p>
<p>Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017). «Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien» Sykepleien.</p>	<p>Å utforske hvordan hjemmesykepleien følger opp pasientens ernæring i henhold til nasjonale retningslinjer</p>	<p>Studien er av kvalitativ metode. Data ble samlet inn gjennom flere diskusjonsmøter, hvor det ble tatt notater og lydopptak.</p>	<p>19 sykepleiere i hjemmetjenesten ble delt inn i 3 grupper, som møttes 4 ganger i løpet av et halvt år</p>	<p>Ernæringspraksisen har vist seg å være utfordrende å følge opp i hjemmetjenesten, og møter ikke alltid nasjonale retningslinjer.</p>

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
Smith-Strøm, H. & Thornes, I. (2008). « Patient safety regarding leg ulcer treatment in primary health care ». Vård i Norden.	Å kartlegge hvordan samarbeidet mellom kommunehelse-tjenesten og spesialisthelse-tjenesten fungerte i behandlingen av pasienter med leggsår, samt det generelle kunnskapsnivået om sårbehandling hos sykepleiere i primærhelsetjenesten	Til å svare på problemstillingen ble det brukt kvalitativ metode. Personlige intervju ble brukt til å samle inn data.	99 sykepleiere ble intervjuet, med spørsmål som blant annet omhandlet samarbeid, sårbehandling, kunnskap, og kilder til egen kunnskap.	Resultatene viste flere svakheter i pasientsikkerheten. Kompresjon og smertelindring var ikke standard prosedyre, heller ikke fastslåing av sårdiagnose. Den største kilden til kunnskap var egen eller en kollegas erfaring, noe som førte til at sårbehandling ikke ble kunnskapsbasert.
Buckley, K. M., Adelson, L., K. & Agazio, J. G. (2009). « Reducing the risks of wound consultation: adding digital images to verbal reports ». Wound, Ostomy and Continence Nurses Society.	Undersøke hvilken innvirkning sårbilder hadde når de var lagt ved rapporter.	I første omgang mottok en sårsykepleier rapport fra sykepleiere om sårenes status. Hun skrev dermed ned anbefalinger ut ifra rapportene. I neste omgang mottok hun bildene, og skrev ned nye anbefalinger. Disse ble så sammenlignet.	43 eldre pasienter deltok i studien, som utgjorde 89 bilder.	Resultatene viste at flere viktige faktorer ble oversett av sykepleierne, som ikke ble oppdaget før sårsykepleieren så bildene. Den totale enigheten i anbefalingene gjort før og etter å ha sett bildene var kun 29/89.

8.4 Vedlegg 4

Mini Nutritional Assessment MNA®

Etternavn:	Fornavn:	Kjønn:	Dato:
Alder:	Vekt, kg:	Høyde, cm:	ID-nummer:

Besvar undersøkelsen ved å fylle inn de riktige poengsifferene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre på vurdering del I, fortsett med vurderingen del II for å komme fram til en gradering av ernæringsstilstanden.

Vurdering, del I	
A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge? 0 = alvorlig nedsatt appetitt 1 = moderat nedsatt appetitt 2 = ikke nedsatt appetitt	<input type="checkbox"/>
B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene 0 = vekttap over 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = ikke vekttap	<input type="checkbox"/>
C Mobilitet 0 = sengeliggende/sitter i stol 1 = i stand til å gå ut av seng/stol, men går ikke ute 2 = går ute	<input type="checkbox"/>
D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene 0 = ja 2 = nei	<input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiske lidelser 0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser	<input type="checkbox"/>
F Kroppsmasseindeks (KMI) (vekt kg) / (høyde x høyde) 0 = KMI mindre enn 19 1 = KMI 19 til mindre enn 21 2 = KMI 21 til mindre enn 23 3 = KMI 23 eller større	<input type="checkbox"/>
Undersøkelsspoengsum vurdering, del I (sumtotal maks. 14 poeng) <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	
12 poeng eller mer: Normal - ikke i faresonen - ikke nødvendig å gjennomføre vurderingen, del II	
11 poeng eller mindre: mulig underernæring - fullfør vurderingen, del II	
Vurdering, del II	
G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus) 1 = ja 0 = nei	<input type="checkbox"/>
H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag 0 = ja 1 = nei	<input type="checkbox"/>
I Trykksår eller hudsår 0 = ja 1 = nei	<input type="checkbox"/>
J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag? 0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider	<input type="checkbox"/>
K Utvalgte markører for proteininntak • Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> • To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> • Kjøtt, fisk eller kylling/kalkun hver dag ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> 0.0 = hvis 0 eller 1 ja 0.5 = hvis 2 ja 1.0 = hvis 3 ja	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag? 1 = ja 0 = nei	<input type="checkbox"/>
M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag? 0.0 = mindre enn 3 kopper 0.5 = 3 til 5 kopper 1.0 = mer enn 5 kopper	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
N Matinntak 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter 2 = spiser selv uten vanskeligheter	<input type="checkbox"/>
O Eget syn på ernæringsmessig status 0 = ser på seg selv som underernært 1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand 2 = ser ikke på seg selv som underernært	<input type="checkbox"/>
P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder? 0.0 = ikke like bra 0.5 = vet ikke 1.0 = like bra 2.0 = bedre	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Q Overarmens omkrets (OO) i cm 0.0 = OO mindre enn 21 cm 0.5 = OO 21 til 22 cm 1.0 = OO mer enn 22 cm	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
R Leggomkrets (LO) i cm 0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31cm eller større	<input type="checkbox"/>
Vurdering, del II (maks. 16 poeng) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	
Undersøkelsspoengsum, vurdering, del I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	
Totalvurdering, del I + del II (maks. 30 poeng) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	
Gradering av underernæringsstilstand	
17 til 23.5 poeng <input type="checkbox"/>	i fare for underernæring
Mindre enn 17 poeng <input type="checkbox"/>	underernært

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
 For more information : www.mna-elderly.com

MNA: Mini Nutritional Assessment (Norsk Selskap for Klinisk Ernæring). Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/ernaering/verktoy/mna-mini-nutritional-assessment>