

SYKHB008

Bacheloroppgave i sykepleie

Livskvalitet

Hvordan påvirker venøse leggsår livskvaliteten hos eldre?



Kull 2005

Kandidat nr.: 23, 61 og 92

Høgskolen Stord/Haugesund

Avdeling Haugesund

Våren 2008

Antall ord: 11748

*"Årsaker. Forfængelighet i ungdommen,
idet man har gaat med for trange skotøy,
dertil at man er tvungen til at staa meget.
En mineralfattig ernæring, særlig meget finbrød.
Behandling. Rummelig skotøy.
Snoreliv og trange linninger avlægges.
Lev meget paa frugt og grønsaker.
O. Olvik, 1924"*

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Presisering og avgrensinger av problemstilling	2
1.4 Formålet med oppgaven	2
2.0 Metode.....	4
2.1 Hva er metode?.....	4
2.2 Valgt metode	4
2.3 Datainnsamling.....	5
2.4 Bearbeiding av data.....	7
2.5 Etske aspekter ved arbeid med oppgaven	7
2.6 Kildekritikk	8
3.0. Teoridel	10
3.1 Sykepleieteoretisk referanseramme.....	10
3.2 Hva er sykepleieteori?	10
3.3 Valg av sykepleieteori	11
3.4 Valg av sykepleieteoretiker	11
4.0 Venøse leggsår	13
4.1 Hva er et venøst leggsår og årsaker.....	13
4.2 Faser i utviklingen av venøse leggsår	13
5.0 Livskvalitet.....	15
5.1 Hva er livskvalitet og helse?	15
5.2 Livskvalitet i sykepleiesammenheng	16
5.3 Faktorer som kan påvirke livskvaliteten	19
5.3.1 Fysisk	19
5.3.2 Psykisk	20
5.3.3 Sosialt.....	20
5.4 Trygghet	21
5.4.1 Kommunikasjon og trygghet.....	21
5.4.2 Dokumentasjon.....	24
5.4.3 Omsorg krever at man bryr seg.....	25
6.0 Drøfting	26
6.1 Faktorer som påvirker livskvaliteten.....	26
6.1.1 Smerter	26

6.1.2 Sosial isolasjon.....	26
6.1.3 Helse og omgivelser.....	28
6.1.4 Menneskesyn og sykepleie.....	30
6.2 Betydningen av trygghet og kommunikasjon.....	32
6.2.1 Trygghet.....	32
6.2.2 Kommunikasjon.....	33
6.3 Bruk av dokumentasjon.....	34
7.0 Konklusjon.....	35
8.0 Litteraturliste.....	36

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi ble tidlig enige om at vi ville skrive om noe vi ikke hadde mye kunnskaper eller erfaring om. På denne måten får vi god mulighet til å fordype oss i noe vi ellers hadde følt oss usikre i. Etter undervisning om sår og samtaler oss imellom, ble dette noe vi fant interessant og ville lære mer om. Vi har vært lite borti sår og behandling i praksis, og derfor ble dette et felles aktuelt tema. Ved å jobbe med dette i bacheloroppgaven, håper vi at vi alle sitter igjen med mer kunnskap og føler at vi kan bidra overfor pasienter med venøse leggsår.

Venøse leggsår er svært utbredt og Lindholm (2004) sier at om lag 50 % av alle vanskelig helende leggsår har ren venøs insuffisiens som årsak. Vi setter fokus på livskvaliteten for bedre å kunne sette oss inn i hvordan alt oppleves for pasientene og hvordan hverdagen arter seg.

Venøse leggsår er de mest vanlige og står for 70-80 % av alle leggsår. For å unngå sår må huden være hel og ubrutt. Et sår bryter kroppens barriere overfor omgivelsene. Smerter kommer ofte i tilknytning til sår, og den kan påvirke den sosiale situasjonen fordi såret ofte lukter vondt, siver og ser stygt ut (Lindholm, 2004).

Leggsår er, som nevnt, svært vanlig og særlig blant eldre. Pasienter i denne gruppen er lite prioritert og har ofte uttalte og kroniske plager. I de fleste tilfeller kan tilheling oppnås etter adekvat utredning og god behandling, først og fremst i form av kompresjon og elevasjon med oppfølging av trent personell. Behandlingen er betydelig kostbar og ikke refusjonsberettiget (Slagsvold og Stranden, 2005).

Oland (2001) sier at kompetansen som kreves for å behandle et sår er erfaringsbasert kunnskap. Sykepleiefaglig kompetanse er helt avgjørende for resultatet. Et godt samarbeid med pasienten er nødvendig for all sårbehandling.

Lindholm (2004) poengterer at i møtet med mennesker med vanskelig helende sår må en ta vare på hele mennesket. Livskvalitetsaspekter bør være en del av den totale vurderingen av pasienten og noe en tar hensyn til ved valg av behandling. Livskvalitetsaspekter bør også evalueres i forbindelse med kvalitetssikring av sårbehandling, og være en del av evalueringen av nye bandasjetyper. Ribbu (2007) viser til kvalitative studier som er gjort på dette området,

hvor det kommer klart frem at leggsår har en klar negativ effekt på alle områder i pasientens livskvalitet. Resultatene av de kvantitative studiene som er gjort på det samme området stemmer overens med svarene i de kvalitative studiene. Spesielt at pasienten ble fysisk hemmet av sine sår hadde innvirkning på livskvaliteten. Ribu mener likevel at flere undersøkelser er nødvendig for å kartlegge problematikken.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Ut i fra dette valgte vi denne problemstillingen:

”Hvordan påvirker venøse leggsår livskvaliteten hos eldre?”

1.3 Presisering og avgrensinger av problemstilling

Vi ville skrive om venøse leggsår først og fremst fordi det er svært utbredt, og vi er så og si garantert å komme borti dem i vår praksis som sykepleiere. Siden dette er et vanlig problem er det viktig at vi har nok kunnskaper slik at vi handler riktig og gir pasientene den behandling de behøver og har krav på. Dersom vi ikke har nok kunnskap og erfaring utsetter vi pasientene for unødvendige plager, som kan gå direkte utover livskvaliteten.

I oppgaven vil vi se mer på sammenhengen mellom sår og livskvalitet, og på denne måten lettere sette oss inn i hvordan pasientene opplever leggsåret. Kroniske leggsår blir regnet som en kronisk sykdom og medfører store smerter. Andre ting som sjenerende lukt, nedsatt funksjon og store, klumpete og flerlags- bandasjer kan også være med på å redusere livskvaliteten.

For å avgrense oppgaven ytterligere har vi valgt å fokusere mindre på selve behandlingen, de forskjellige typer bandasjer og lignende, da dette er et meget stort felt innenfor denne problematikken.

1.4 Formålet med oppgaven

Gjennom arbeid med oppgaven har vi oppøvd evne til selvstendig, systematisk tenking og saklig vurdering gjennom forskningsmetodiske prinsipper. Vi har lært oss å samarbeide ved planlegging og gjennomføring av utviklingsarbeid. Formålet har vært, som tidligere nevnt, å tilegne oss mer kunnskap om et tema som er utbredt og som veldig mange sykepleiere føler

seg usikre i. Gjennom arbeid med denne oppgaven har vi ønsket å skape trygghet for oss selv og i arbeid med fremtidige pasienter.

2.0 Metode

2.1 Hva er metode?

Dalland (2001) beskriver metode etter Tranøys definisjon som: en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Videre skriver Dalland (2001) at metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Det finnes allerede en god del forskning og litteratur på området vi har valgt. Vi mener at ved hjelp av den litteraturen som allerede finnes vil vi klare å belyse problemstillingen på en faglig og interessant måte. Ved å benytte litteratur fra ulike kilder, kan man klare å belyse problemstillingen fra flere sider (Dalland, 2001).

Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte. Innenfor samfunnsvitenskapen skiller en mellom kvantitativt og kvalitativt orienterte metoder.

Kvantitativ metode søker å beskrive et fenomen ved bruk av tall, og sier noe om hva som er representativt for en andel eller et gjennomsnitt (Dalland, 2001).

2.2 Valgt metode

Vi har valgt litteraturstudie som metode for oppgaven. Vi kunne også ha benyttet oss av kvalitativt intervju som metode. På den måten kunne vi fått data direkte fra primærkildene. Vi valgte vekk dette alternativet, da vi fant ut at det var en del god litteratur tilgjengelig. Samtidig hadde vi begrenset tid til rådighet, og dermed knapt med tid til å forberede og gjennomføre et godt intervju.

I litteraturstudien prøver man på en måte å stille med blanke ark i forhold til temaet. Forskeren forsøker å møte situasjonen som om den alltid har vært ny, og strebe etter en helhetsforståelse av spesifikke forhold. Dette for å få et så fullstendig bilde av situasjonen som mulig. Metoden går ut på å systematisere kunnskap om karakteristika. En søker altså etter å finne de kategorier, beskrivelser eller modeller som best beskriver et fenomen eller en sammenheng med omverdenen eller i individets livsverden (Olsson og Sörensen, 2003).

Metoden vi har valgt har den fordel at vi kan gå tilbake til litteraturen og foreta nye søk dersom noe er uklart. Dessuten har en mulighet til å foreta nye søk dersom det skulle dukke opp nye spørsmål underveis. Vi hadde god tilgang til litteratur, både i artikler, bøker og pensumlitteratur, på biblioteket. En litteraturstudie vil si at den bygger på litteratur som er skrevet i bøker, tidsskrift og artikler. Det som kan være "farlig" ved å benytte seg av litteraturstudium, er at informasjonen bygger på annenhånds informasjon. Med dette mener vi at funnene allerede er tolket og nedskrevet av andre, som igjen betyr at budskapet har gått gjennom flere ledd. Dette medfører en fare for at noe kan ha endret seg underveis. Metoden gir oss mulighet til å benytte kunnskap som andre har forsket frem. Utfordringen ligger i å plukke ut det som er mest relevant til vår oppgave blant all litteraturen som finnes på området (Dalland 2001).

2.3 Datainnsamling

Selv om det finnes nyttig og relevant forskning på norsk vil neppe alle spørsmålene man har, besvares kun ved hjelp av norske artikler og bøker (Nordtvedt m.fl., 2007).

For å finne riktig kilde til å besvare problemstillingen vi har valgt, er det viktig å vite hva som er kjernes spørsmålet i det vi ønsker svar på.

Når man leter etter kilder er det viktig å først velge kilder over oppsummert forskning.

1. Systemer.
2. Kunnskapsbaserte oppslagsverk og retningslinjer.
3. Kvalitetsvurderte systematiske oversikter.
4. Systematiske oversikter.
5. Kvalitetsvurderte primærstudier.
6. Primærstudier.

Pyramiden viser hvor man bør starte ved utvelging av kilder. Det er mest hensiktsmessig å starte øverst, da den forskningsbaserte kunnskapen er kvalitetsvurdert og satt i system (Nordtvedt m.fl., 2007).

Uansett hvor dataen er hentet fra, om det er fra egne undersøkelser eller erfaringer, data fra skriftlige kilder eller en kombinasjon, vil en alltid måtte forholde seg til litteraturen i faget.

Her kommer biblioteket inn. Her finnes litteratur utover pensumlitteraturen, andre bøker om faget samt artikler og tidsskrifter, både i skriftlig form og på internett (Dalland, 2001).

Dalland (2001) skriver at litteratur er et viktig grunnlag for nær sagt alle studentoppgaver. Det er den kunnskapen oppgaven tar sitt utgangspunkt i, og som problemstillingen skal drøftes opp imot. Det bør derfor være klart hvorfor litteraturen er valgt ut, og hvordan utvalget er gjort. Oppgavens troverdighet og faglighet er avhengig av at kildegrunnet er grundig beskrevet.

Vi søkte både i norske og engelske databaser. Vi forsøkte *Helsebiblioteket*, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, *Ovid Medline* og *Ovid Nursing*, *Proquest*, *Norart* og *Svemed+*.

I Ovid og Ovid Nursing søkte vi med ordene:

- *Leg ulcer*.
- *Quality of life*.
- og *aged 65 and older*
- *Leg ulcer + quality of life*
- *Leg ulcer + quality of life, limited all aged (65 and over)*

I Ovid Medline:

Leg ulcer: 2299 treff

Quality of life: 23746 treff

Kombinasjon av leg ulcer OG quality of life: 98 treff

Vi avgrenset kombinasjonen av leg ulcer og quality of life til all aged (65 and over): 58 treff

I Ovid Nursing:

Leg ulcer: 3845 treff

Quality of life: 29500 treff

Kombinasjon av leg ulcer OG quality of life: 169 treff

Avgrenset til all aged (65 and over): 97 treff

Ved å fjerne de artiklene som var like i de to databasene endte vi opp med 73 treff.

Her ligger hovedtyngden av de artiklene vi har brukt i oppgaven.

I NorArt:

Leggsår: 28 treff

Livskvalitet: 457 treff

I Tidsskrift for Den norske legeförening:

Leggsår: 17 treff

Venøse leggsår: 4 treff

Vi fant kun en norsk artikkel som var aktuell for oss, i Tidsskrift for Den norske legeförening.

Alle artiklene vi har brukt er skrevet på engelsk og kommer fra ulike steder fra hele verden. Dette har vi sett som en fordel, vi føler at det ville bli alt for snevert å kun bruke nordiske artikler.

2.4 Bearbeiding av data

Man skal redegjøre for de data man velger for oppgaven. Denne redegjørelsen skal vise så godt som mulig til leseren at utvalget ikke er gjort for å oppnå et bestemt resultat.

Data skal være systematisk utvalgt for å være troverdig i undersøkelsen. Den skal stemme overens med virkeligheten og resultatene skal være *kontrollerbare*. Data som blir brukt i oppgaven skal brukes nøyaktig.

Kravene om systematisk utvelgning av data er helt sentralt, og tar sikte på å hindre at data blir valgt på en slik måte at det påvirker resultatet av undersøkelsen (Dalland, 2001).

Vi fordelte artiklene mellom oss, og leste gjennom dem. Med utgangspunkt i problemstillingen valgte vi de artiklene med størst relevans.

2.5 Ethiske aspekter ved arbeid med oppgaven

Etikk handler om normer til riktig og god livsførsel, og skal være en veiledende hjelp, og et grunnlag for vurderinger før en utfører en handling. Ethiske prinsipper som gjelder i dagliglivet, er også gjeldende i forskningsetikk og yrkesetikk. I en kvalitativ litteraturstudie kan det være fare for å tolke teori ut i fra eget ståsted, og forfatterens intensjon vil da ikke komme tydelig nok fram. Det er også lett å plukke ting ut av en sammenheng. Det er uetisk å referere til feil person, og dermed påstå at han har sagt noe som han ikke har gjort (Dalland, 2001).

Ved forskning søker en etter sannhet og ny kunnskap, og om mulig å skape en positive forandringer med den nye kunnskapen en erverver seg (Dalland, 2001). Med denne studien ønsker vi å formidle den kunnskapen vi har tilegnet oss i vårt tema som er; livskvalitet hos mennesker med venøse leggsår. Forskningsetiske normer setter krav som må ivaretas i en forskningsstudie. Disse etiske sidene må bli ivaretatt ved all forskning: personvern, taushetsplikt, informert-frivillig samtykke og anonymitet (Dalland, 2001). Når man foretar en litteraturstudie er man nødt til å være kritisk til valg av litteratur, og man må gå ut i fra at den litteraturen man bruker overholder forskningsetiske normer.

Slettebø (2005) sier at som sykepleier er det viktig å kjenne til de viktigste forskningsetiske prinsippene og hvordan vi eventuelt kan veilede pasienter, eller hvordan vi selv skal opptre om vi blir bedt om å delta i forskning. På den måten er vi bedre rustet til å se hva som er viktig å vurdere videre i prosjektet. Videre forklarer Slettebø (2005) de viktige forskningsetiske normene:

- hensynet til forsøkspersonen
- informert og frivillig samtykke
- konfidensialet ved forsknings- og studentprosjekter.

Da dette ikke er relevant i vårt arbeid med oppgaven, velger vi å ikke gå nærmere inn på dette. Vi skriver, som tidligere nevnt, en litteraturstudie, og skal ikke bruke intervju som fremgangsmåte.

2.6 Kildekritikk

Dalland (2001) skriver at kildekritikk er å vurdere og å karakterisere den litteraturen som blir brukt i en oppgave. Dette gjelder også andre kilder man anvender i oppgaven. Det er viktig at den litteraturen vi bruker er av god kvalitet. Samtidig skal den være av god relevans og gyldighet i forhold til problemstillingen vi vil ha svar på. Dalland (2001) skriver videre at kildekritikk ikke vil si at vi skal gjøre oss selv til dommere over forskningsarbeidet som ligger til grunn for en rapport eller over kvaliteten på det faglige innholdet i en bok. Man skal hele tiden huske at kritikken skal ses i lys av det kilden skal belyse.

Kildekritikken skal vise at vi er i stand til å forholde oss kritisk til det kildematerialet vi bruker i oppgaven. Målet er å få frem til leseren hvilken litteratur vi har til rådighet, og hvilke kriterier vi har benyttet under utvelgelsen av kilder. Det gjør man ved å begrunne valget av en kilde fremfor en annen (Dalland, 2001)

På grunn av faglig relevans har vi valgt å bruke fagbøker og fagartikler som ikke er eldre enn ca 10 år.

Vi leste grundig gjennom det stoffet vi fant, og oppdaget at mye var ubrukelig for oss, da det kom frem av teksten at noen av artiklene var skrevet med den hensikt å selge et produkt. Disse ville ha påvirket resultatet vårt i en bestemt retning.

3.0. Teoridel

3.1 Sykepleieteoretisk referanseramme

Ved å bruke konkrete teorier får vi bedre oversikt og perspektiv innenfor fagområdet. Sykepleierens særegne funksjonsområder blir tydeliggjort når teoriene identifiserer og beskriver sentrale sykepleiefenomener (Kristoffersen, 2005).

3.2 Hva er sykepleieteori?

Det finnes mange teoretiske modeller for sykepleiefaget. Modellene har til hensikt å bidra til en felles forståelse av hva som kjenner sykepleie. Dette gjør de ved å klargjøre hva sykepleiere spesifikt skal befatte seg med. Kristoffersen (2002) skriver at de fungerer som ”mentale kart”, og tydeliggjør hva sykepleieren skal rette blikket mot.

Det de teoretiske modellene derimot ikke egner seg til, er å styre sykepleierens handlinger i konkrete situasjoner. Til dette ligger de sykepleie teoretiske modellene på et alt for høyt abstraksjons nivå. Slik teori beskriver også ofte sykepleien slik den *bør* være, og ikke slik den faktisk *er*.

Sykepleiemodellene klargjør hva som er fokus, den stimulerer sykepleiefaglig tenkning, letter kommunikasjonen mellom sykepleiere. De fungerer også som en veileder for sykepleiepraksis på områdene datasamling, samhandling og problemløsning. Sykepleiemodeller gir retning for sykepleieforskning og teoriutvikling, og fungerer som grunnlag for organisering av utdanningsprogrammer i sykepleien (Kristoffersen, 2002).

Det finnes ulike kategorier av sykepleiemodeller. Modellens teoretiske grunnlag, avgjør hvilken kategori den faller under. De forskjellige modellene er:

- Utviklingsmodeller
- Interaksjonsmodeller
- Systemmodeller
- Behovsmodeller
- Omsorgsmodeller

Enkelte av sykepleie modellene faller under flere av disse kategoriene.

I sykepleieteorien blir det lagt vekt på hva som kjennetegner menneskets situasjon når det er mottaker av sykepleie. Slike kjennetegn er for eksempel:

- *Behov*, av fysiologisk, psykisk, sosial eller åndelig karakter.
- *Problemer* i forbindelse med helsesvikt, utvikling og alder.
- *Opplevelser* i forbindelse med helsesvikt, sykdom, livskriser.
- *Nedsatt eller manglende funksjon* knyttet til dagliglivets gjøremål.

Manglende ressurser eller utnyttelse av eksisterende ressurser, knyttet til faktorer som energi, kunnskap, krefter, sosialt nettverk og selvbilde (Kristoffersen, 2002).

3.3 Valg av sykepleieteori

På bakgrunn av vårt tema og problemstilling, og med utgangspunkt i den vinklingen vi har valgt er det mest nærliggende for oss å bruke *interaksjonsmodellen* ved valg av sykepleieteori.

Interaksjonsmodeller tar for seg relasjonen mellom sykepleier og pasient, og ser på dette forholdet som grunnleggende i sykepleien. I interaksjonsmodellen er det en sentral oppfatning at mennesker tillegger hendinger og situasjoner mening, og menneskets oppfatninger danner derfor utgangspunkt for dets reaksjoner og atferd (Kristoffersen, 2002).

Det sentrale for sykepleieren, er å avdekke pasientens opplevelse av sin situasjon.

Kommunikasjon er også et sentralt begrep her, da det er gjennom kommunikasjon man deler sine meninger og opplevelser med andre. Andre viktige begreper innen denne sykepleie modellen er *selvbilde* og *rolle*, hvor menneskets evne og mulighet til å fylle sine roller i samsvar med etiske og sosiale normer vektlegges (Kristoffersen, 2002).

Dette er en av de tingene mennesker med kroniske venøse leggsår kan slite med. Det kan være vanskelig å fylle sin sosiale rolle etter samfunnets, og egne, forventninger. Dette går igjen utover selvbildet, og man risikerer å ende i en type ”ond sirkel”.

3.4 Valg av sykepleieteoretiker

Vi har valgt å bruke Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker. Grunnen til dette valget er at hennes teorier bygger på interaksjonsmodellen.

Joyce Travelbee ble født i New Orleans i USA i 1926. Hun har arbeidet som psykiatrisk sykepleier og retter sin sykepleietenkning og teori spesielt mot de mellommenneskelige

aspektene ved sykepleien. Slik beskriver Kristoffersen (2002) Travelbees sykepleietenkning med utgangspunkt i andre utgave av boka *Interpersonal Aspects of Nursing* (1979). Første utgave av denne boka kom ut i 1966.

Kristoffersen (2002) skriver videre at Travelbees filosofi og sykepleietenkning har hatt, og har fortsatt, stor innflytelse innen norsk sykepleieutdanning. For eksempel har det kjente uttrykket ”terapeutisk bruk av seg selv”, en sentral plass i Travelbees sykepleietenkning.

Travelbee baserer seg på J. Orlandos sykepleiemodell. I tillegg har hun latt seg inspirere av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi, representert ved psykoterapeutene Victor Frankl og Rollo May. Travelbees menneskesyn forholder seg til hvert enkelt menneske som et unikt individ. Hvert enkelt menneske er enestående og uerstattelig, forskjellig fra alle andre mennesker som har levd og som kommer til å leve. Travelbee understreker at mennesket har en tilbøyelighet og evne til å søke etter mening i møte med lidelse, smerte og sykdom. En slik mening vil også være individuell, og hun mener at på denne måten gir sykdom og lidelse mennesket en spesiell mulighet til personlig vekst og utvikling (Kristoffersen, 2002).

4.0 Venøse leggsår

4.1 Hva er et venøst leggsår og årsaker

Mange pasienter med leggsår har aldri fått undersøkt sårene av lege og har dermed heller ingen sårdiagnose. Den generelle diagnosen "kroniske leggsår" er blitt anvendt uten at underliggende årsaker er avklart. Her ligger noe av årsaken til at mange pasienter med leggsår har hatt sårene i mange år, og perioder med sårtilheling har vekslet med residiv og utvikling av nye sår (Steen m. fl, 2005).

Videre sier Steen m. fl. (2005) at venøse leggsår skyldes en venøs klaffesvikt på grunn av tidligere dyp venetrombose eller annen sykdom eller skade som har ført til at veneklaffene ikke lenger fungerer. Tyngdekraften er grunnen til at det oppstår slik svikt først og fremst i venene i beina.

Ifølge Lindholm (2004) har om lag 50 % av alle vanskelig helende leggsår ren venøs insuffisiens som årsak. Av sårene overfor malleolene er 70 % venøse. Steen m. fl. (2005) sier at venøse leggsår utgjør ca. 70 % av alle forekommende sår og rammer først og fremst eldre under 75 år.

4.2 Faser i utviklingen av venøse leggsår

Svikten fører til at den venøse delen av sirkulasjonssystemet blir overbelastet, og det høye hydrostatiske trykket fører til at noe væske presses ut fra venene ut i vevet, slik at det utvikles et ødem. Ødemet medfører redusert ernæringstilstand i vevet og huden, som fører til liten motstandskraft mot traumer og infeksjoner. Før det dannes sår på det ødematøse beinet, er gjerne huden rød, atrofisk og flassende. Denne tilstanden kalles hypostatisk eksem og tilstanden kan gå tilbake dersom eksemen behandles med glukokortikoidkrem og kompresjonsbehandling (Steen m.fl, 2005).

Lindholm (2004) sier videre at hevelse i fot/legg ytrer seg ofte som en tyngdefølelse i beina som lindres når beina legges høyt. Ødem i underekstremitetene er som regel det første tegnet på venøs innsuffisiens. I begynnelsen går hevelsen ned om natten, men i senere stadier blir huden etter hvert hardere, og området omkring ankelen forblir hovent også om dagen. Ødemet forsinker sårhelingen fordi avstanden øker mellom kapillærene i huden og det vevet de

forsyner. Dette forverrer nærings- og oksygenutvekslingen mellom kapillærblod og vev, og medfører risiko for opphopning av avfallsprodukter.

Dersom ødemet ikke behandles, vil det etter hvert utvikle seg sår. Om det ikke behandles med kompresjon vil det etter hvert utvikle seg til et sirkulært sår. Sårbunnen i et venøst leggsår er ofte dekket av fibrin, et gult, løstsittende belegg som utvikles fra fibrinogen i blodårene. Sårkantene er enten atrofiske eller fortykkete, alt etter hvor lenge pasienten har hatt såret. Huden generelt på foten og leggen er tørr og ofte hårløs på grunn av ernæringssvikten i vevet. Pasienten har i mange tilfeller synlig varicer i beinet (Steen m. fl., 2005). Lindholm (2004) forklarer videre at man også kan se rødt granulasjonsvev enkelte steder. Svarte nekroser er uvanlig. Pasienten har ofte sterke sårmerter som i mange tilfeller ødelegger nattesøvnen. Sårene kan lukte vondt og sekresjonen kan være kraftig, spesielt i opprenskingsfasen. Noen ganger blir sårkantene oppbløtte på grunn av sekresjonen.

5.0 Livskvalitet

5.1 Hva er livskvalitet og helse?

Det sies at helse er godt å ha, men vanskelig å definere (Kristoffersen, 2005).

Hvordan vi lever våre liv er påvirket av hvordan helsa vår er. Det er helsa som representerer *muligheter og begrensninger* når det gjelder å leve slik vi ønsker (Kristoffersen, 2005). Per Fugelli og Benedicte Ingstad gjorde en studie for å klargjøre et folkelig helsebegrep. I denne studien viste det seg at *trivsel* var et nøkkelbegrep i folks bevissthet om hva det vil si å ha god helse. En viktig side ved helse er å ha *et godt humør*, og det ses som en ressurs i situasjoner med sykdom. *Et lyst sinn og en positiv innstilling* er personlige egenskaper som knyttes nært til helse (Kristoffersen, 2005, s. 32).

Ifølge Kristoffersen (2004) gis det ulike definisjoner av begrepet livskvalitet av forskere som arbeider med livskvalitetsforskning. Enkelte av definisjonene er snevre, mens andre er vide. Et sentralt trekk ved alle definisjonene er imidlertid at livskvalitet gjøres til et overveiende subjektivt begrep. Livskvalitet knyttes til menneskets subjektive opplevelse av ulike situasjoner ved sin livssituasjon.

Menneskers livskvalitet påvirkes av å leve med kronisk sykdom.

Trivsel, livskvalitet og helse henger nært sammen i folks bevissthet om ”det gode liv”. Helse dreier seg om å ha det så bra som mulig, forholdene tatt i betraktning.

Når vi møter en pasient er det viktig å ha kunnskap til både sykdommen og kjennskap til det enkelte menneskets sykdomsopplevelse. Når vi skal hjelpe og tilrettelegge er det av betydning å individualisere. Det er viktig å huske på at det som passer for én person, ikke nødvendigvis passer for en annen. Kriteriene og mulighetene for det gode liv er høyst personlige og individuelle (Kristoffersen, 2005).

Å være kronisk syk er det mest alvorlige helseproblemet i vår tid, og det rammer stadig flere. Å være kronisk syke innebærer å ha en sykdom som varer livet ut, og kan være preget av akutte forverringer. Noen av konsekvensene av kronisk sykdom er stress og belastninger innenfor familien, sosial isolasjon, frustrasjon knyttet til å bli avhengig, negativ innvirkning

på selvbildet og økonomiske problemer. Dette oppleves ofte som mer belastende enn selve sykdommen (Kristoffersen, 2005).

En definisjon på kronisk sykdom kan være ”en irreversibel konstant, tiltagende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt” (Sitert fra Gjengedal og Hanestad, 2001 s.12).

Å leve med kronisk sykdom gjør at hverdagen kan oppleves som berg- og dalbane. Lidelsen kan være en langsom progresjon mot en dårligere tilstand, men en kan også ha bedre perioder. Dette fordi sykdommen kan inndeles i stabile, ustabile og akutte faser.

5.2 Livskvalitet i sykepleiesammenheng

Rustøen framhever ulike faktorer som er sentrale knyttet til menneskets opplevelse av livskvalitet i Kristoffersen (2004). Hun sier at dersom sykepleieren skal kunne hjelpe en person til å få bedre livskvalitet, er det avgjørende å vite hvilke områder som er sentrale for hans opplevelse av tilværelsen.

Rustøen i Kristoffersen (2004) peker på vesentlige forhold innenfor hver av de fire områdene; mening, håp, identitet og fellesskap. På denne måten bidrar hun til å styrke sykepleierens beredskap når det gjelder å hjelpe pasienter til å få en økt opplevelse av håp, mening, identitet og fellesskap. Uansett livssituasjonens karakter har sykepleieren muligheter for å fremme pasientens opplevelse av livskvalitet ved å arbeide innenfor disse dimensjonene.

Håpet er noe vi har inne i oss, og det kan derfor betegnes som en følelse eller sinnstilstand. Erfaringer en har gjort seg i livet avhenger av hvor sterkt og framtreddende håpet er hos den enkelte. Håpet fungerer som en grunnleggende indre trygghet eller ro, og er et resultat av den grunnleggende tillit en har utviklet til omverdenen. I håpet finnes en tiltro til at en vil motta hjelp fra andre når en trenger det. Vår opplevelse av livet farger våre forventninger om fremtiden, derfor er opplevelsen av håp et viktig utgangspunkt for hvordan vi opplever og mestrer vanskelige livssituasjoner. Travelbee beskriver håp som et mentalt stadium, noe vi har inne i oss, og hun hevder at håp er følelsen av det mulige (Rustøen, 2004).

Kristoffersen (2004 s. 53) viser til Rustøen som sier at ”det ligger både styrke og aktivitet i håpet. Den som håper, tar selv del i sitt eget liv og har ingen passiv innstilling til livet. Håp gir styrke til å løse problemer.”

Det er også påvist at håpet kan virke sterkt inn på hvordan mennesket bevisst håndterer situasjonen. Håpet gir energi og krefter, og er utgangspunkt og en forutsetning for aktivitet og initiativ. Håp er av sentral betydning å oppleve at livet fremdeles har mening (Kristoffersen, 2004).

Videre sier Kristoffersen (2004, s. 60) ”menneskets iboende håp kan svekkes eller gå tapt som følge av erfaringer med ekstreme og langvarige lidelser av fysisk, psykisk, sosial eller åndelig karakter.” For å ha håp er det av sentral betydning å oppleve at livet fortsatt har mening. Det at livet blir uten mening, er et stort og alvorlig problem for mange mennesker. Hvis det oppstår misforhold mellom personens forventninger til livet og det han opplever at livet har å tilby, kan det resultere i skuffelse og frustrasjon, og meningsløshet og håpløshet. En opplevelse av meningsløshet virker inn på personen både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig. Opplevelsen av mening påvirker derimot helsen i positiv mening. Dersom pasienten klarer å finne en mening med det som skjer, vil det være mulig for han å gjøre sykdom og lidelse til en livserfaring. Dette vil være avgjørende for hvordan resten av hans liv skal komme til å utvikle seg (Kristoffersen, 2004).

Kristoffersen (2004) sier at sykepleieren ikke kan gi håp og mening til andre, men kan gi den andre hjelp til å lete fram håpet i seg, og til å finne en mening i tilværelsen. Sykepleieren kan for eksempel:

- ”bidra til å øke menneskets tiltro til egne ressurser
- Gi åpent uttrykk for at livet har en mening, og at det er verdt å håpe på en positiv forandring
- Gi uttrykk for, gjennom ord og handling, at personen selv og livet fortsatt har verdi
- Gi mennesket ro og tid til selv å finne mening og håp
- Tilrettelegge situasjoner for ulike opplevelser som kan fremme opplevelser av mening og håp” (Kristoffersen, 2004 s. 61).

Videre sier Kristoffersen (2004) at sykepleieren med andre ord kan oppmuntre pasienten til å gjøre aktiv bruk av sine ressurser. En må rette oppmerksomheten for eksempel mot ressurser

som pasienten kan ta i bruk og ferdigheter som kan trenes opp, slik at pasienten kan øke sin evne til å ta vare på seg selv. Sykepleieren må også formidle tiltro til at pasienten ved egen hjelp kan oppnå ønskede resultater. Opplevelsen av å mestre noe selv, kan ofte øke opplevelsen av å ha verdi.

Ved at sykepleieren gir uttrykk for at livet har mening, og at det alltid er verdt å håpe på en positiv forandring, kan pasientens eget håp understøttes. Sykepleieren er ofte en viktig del av pasientens og de pårørendes miljø, og sykepleierens holdninger og væremåte kan være avgjørende for deres opplevelse av situasjonen. Ved sin væremåte kan sykepleieren utstråle, og formidle videre følelsen av håp.

For at det skal være noe vits i å håpe, er det avgjørende at personen opplever seg selv som verdifull, og her har sykepleieren en viktig rolle der en stilles overfor store utfordringer i møtet med mennesket som lider. All lidelse vil i utgangspunktet krenke menneskets verdighet, og sykepleieren stilles ofte overfor utfordringen om å forstå og dele et menneskes lidelse, uten å bruke ord. Et menneske som lider trenger medspillere og en bekreftelse på selve lidelsen (Kristoffersen, 2004).

Kristoffersen (2004 s. 62): "Opplevelse av fellesskap og identitet er sentrale dimensjoner ved livskvalitetsbegrepet." Forskning viser at det sosiale fellesskapet også har stor betydning for å unngå sykdommer og kriser. Det sosiale fellesskapet i familien, vennekretsen og arbeidslivet er avgjørende når det gjelder å bevare og styrke sin identitet når en blir utsatt for sykdom. Opplevelsen av en personlig identitet er helt nødvendig for menneskets overlevelsessevne. Identiteten er personlighetens organiserende prinsipp og gir oss bevissthet om hvem vi er, hva vi står for og hva vi er verdt som mennesker. Sykdom og lidelse vil kunne true et menneskes opplevelse av identitet. Ulike former for tap og forandring av livssituasjonen står helt sentralt i den sammenheng. Et eksempel på en slik sammenheng er kronisk sykdom. Ikke minst sliter kronisk syke mennesker med å mestre at livssituasjonen er endret, og å leve med et endret selvbilde. Mange opplever at de mister mye av sin verdighet gjennom de begrensninger og funksjonstapene som sykdommen medfører. Som pasienter gir de uttrykk for at de ofte opplever seg som en diagnose i stedet for som hele mennesker. Sykepleieren må legge forholdene til rette for at menneskets skal ha mulighet til å bevare og gi uttrykk for sin særegne identitet og egenart også når helsen svikter. Gjennom å bli møtt med omsorg, respekt, ansvar og forståelse blir menneskets opplevelse av identitet styrket (Kristoffersen, 2004).

5.3 Faktorer som kan påvirke livskvaliteten

Livskvaliteten blir betraktelig redusert for pasienter med kroniske sår. Sårene påvirker pasientene ved at de stadig er plaget med smerter og har nedsatt fysisk funksjon. Søvn, sosial omgang og følelser endrer seg. De kroniske sårene gir smerter og reduserer bevegelseevnen, dermed får pasientene en redusert livsutfoldelse. Det viktigste vi kan gjøre er å gi tilfredsstillende behandling. Vi kan hjelpe dem med å få en bedre hverdag, men likevel er det klart at et kronisk sår vil endre pasientens liv i svært stor grad. Mennesker i denne situasjonen blir ofte sosialt isolerte, selvopptatte og mister kontakten med sine nærmeste. Behandlingen vil styre pasientens hverdag, og kompresjonsbandansjer gjør det enda mer ubehagelig og vil forsterke følelsen av at sykdommen styrer livet både til pasienten og til de pårørende (Langøen og Gottrup, 2000).

5.3.1 Fysisk

Smerter kan defineres som: en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med vevsødeleggelse eller mulig vevsødeleggelse, eller beskrevet som en lignende ødeleggelse (Ilkjær, 2004).

Smerte er en personlig opplevelse, som kan tappe en for energi og undergrave personligheten. Smerter kan ødelegge og nedsette følelsen av å være en person i omgivelsene. Dvs. at pasienten kan isolere seg fra omverden. Smerte oppleves forskjellig fra person til person, og det er vanskelig for andre å sette seg inn i (Karoliussen, 2006).

Travelbee har beskrevet lidelse i en sykepleiesammenheng. Hun sier at lidelse kan variere i intensitet, varighet og dybde, men understreker at all lidelse kan karakteriseres som en følelse av ubehag og smerte. Den kan spenne fra forbigående mentale, fysiske eller åndelige plager til ekstrem smerte, og til den lidelse som ligger hinsides smerten (Kristoffersen, 2004).

Douglas (2001) refererer til en kvalitativ studie, som klart viste at leggsår hadde en negativ effekt på de fysiske, psykiske og sosiale aspektene hos pasientene som led av dette. Smerte var en faktor som satte store restriksjoner i livsutfoldelsen hos pasienter med leggsår.

Budgen (2004) skriver i sin artikkel at en undersøkelse viste at ca 65 % av pasientene som ble intervjuet rapporterte alvorlige smerter. Hun skriver videre at de faktorene som har størst innvirkning på pasientenes liv og livskvalitet, er direkte forårsaket av smertene som følger

slike sår. Blant annet gjelder dette mangelen på søvn, og dårlig søvnkvalitet - samt det at smertene immobiliserte pasientene.

5.3.2 Psykisk

Douglas (2001) skriver at det er gjort lite forskning på de psykososiale aspektene ved leggsår. En studie hvor man sammenlignet helse og psykisk velvære hos pasienter med leggsår, med en kontrollgruppe, viste at pasientene med leggsår hadde lavere selvtillit og var mer engstelige enn kontrollgruppen var.

Douglas (2001) sier at de psykososiale aspektene ved det å leve med kroniske leggsår er lite studert. Hvis man kan få en større forståelse for effektene av kroniske leggsår, og se det hele fra pasientens side, kan dette være med på å styrke det terapeutiske forholdet mellom sykepleier og pasient.

Å være under behandling eller å ha kronisk sykdom blir beskrevet med negative følelser. De mest vanlige reaksjonene er angst og depresjon. Mange pasienter får disse negative følelsene når de er kommet ut av sykehuset, og er overlatt til seg selv (Rustøen, 2004).

5.3.3 Sosialt

Brown (2005), har skrevet en artikkel om hvordan kroniske leggsår virker inn på pasientens livskvalitet. Hun skriver at noen praktikere mener at noen pasienter, hvor leggsåret ikke heles, selv saboterer behandlingen. Grunnen skal være at pasienten er ensom og ved å sabotere behandlingen, opprettholder de kontakten med sykepleieren. Dette blir kalt for "Knitting needle syndrome".

Brown (2005) viser til at Bowling kvantifiserer sosial isolasjon som et sosialt nettverk med mellom fem og syv kontakter per måned. Ensomhet blir deretter definert som at en person er misfornøyd med antallet eller kvaliteten av sine sosiale interaksjoner. Ensomhet blir videre definert i Brown (2005) sin artikkel som et konsept relatert til mangelen på sosial støtte, spesielt da det nære tillitsforholdet til et annet menneske.

Begrepene sosial isolasjon, ensomhet, og det å leve alene, blir ofte brukt om en annen. Men Brown (2005) skriver at det er viktig å skille mellom disse begrepene fordi, selv om de er beslektet, har et veldig forskjellig innhold.

Franks mfl. (2006) har skrevet en artikkel som omhandler langvarige forandringer i livskvaliteten hos pasienter med kroniske leggsår. Her påpeker han at studier har vist at pasienter som lider av kroniske leggsår av og til selv velger å isolere seg, dette på grunn av smerter, frykt for ytterligere traume og flere og større sår. Samt den stigmatiseringen som assosieres med lukt og væskeutsondring.

Wilson (2004) skriver også at leggsår er en tilstand som kan ha betydelig innvirkning på livskvaliteten. Det hevdes også at traumer, stress og tap av respekt ofte er undervurdert blant pasienter med kroniske leggsår. Det er forsket på helsepersonell og deres holdninger til disse pasientene. Studien viste at helsepersonell ofte ikke hører på, eller forstår pasientenes problemer, men tror at dette ikke er så smertefullt som pasientene selv sier.

Det er funnet ut at pasienter med leggsår opplever mer smerte, mindre livskraft/ energi og mer begrensning i deres psykiske og sosiale livsfunksjoner, basert på en studie gjort blant briter i alderen 70-74 år.

I en undersøkelse gjort av Hamer og Roe i 1994, kom det fram at det verste med leggsår var smertene og den begrensning av aktivitet dette medførte (Wilson 2004).

5.4 Trygghet

Behovet for trygghet er knyttet til behovet for struktur, orden, forutsigbarhet og beskyttelse i ens livssituasjon. Struktur og orden gir oversikt og forutsigbarhet. Uten disse faktorer oppstår frykt. Det er en ubehagelig følelse, den mobiliserer organismens ressurser i farlige situasjoner, og kan være med på å forebygge slike situasjoner. Når det skjer store og brå forandringer, blir forutsigbarheten svekket. Situasjonen kan virke truende fordi den er ukjent. En vet ikke om situasjonen er farlig, og om en vil møte hindringer og problemer som en ikke kan mestre. Slike situasjoner oppstår når en plutselig mister noen av egenomsorgsforutsetningene, for eksempel ved sykdom eller skade. Å vite at en har en solidarisk, våken og kompetent hjelper, kan redusere utryggheten (Kristoffersen, 2004).

5.4.1 Kommunikasjon og trygghet

Trygghet og tillit er en forutsetning for at dypere mellommenneskelig samhandling skal kunne utvikles, og er derfor et viktig brobyggende element i samhandlingen mellom pasient og sykepleier. Hanssen (2002) skriver at pasienten ofte har et stort behov for kommunikasjon, som ikke alltid blir dekket like godt som man skulle ønske. Selv om sosial samhandling kan

foregå på et overflatisk nivå, kan verken drøfting av følelser eller undervisning foregå uten at det eksisterer et dypere forhold mellom pasient og sykepleier (Hanssen, 2002).

Hanssen (2002) viser til Pedersen, som sier at begrepet terapeutisk kommunikasjon bygger på at man betrakter mennesket som et selvstendig, aktivt og handlende vesen og forsøker å forstå og fortolke pasientens situasjon, sammen med han. På denne måten oppnår man et subjekt–subjekt forhold til pasienten. Hvis man klarer å formidle ekte omsorg til pasienten kan dette være med få pasienten til å åpne seg, da han føler at omsorgen for ham er ekte og at sykepleieren ser hans behov og bekymringer. Trygghet er grunnleggende for enhver terapeutisk kommunikasjon (Hanssen, 2002).

Det å bli gammel er en naturlig del av livet. På grunn av sykdom og død kan mange eldre oppleve at deres sosiale nettverk gradvis forsvinner. I likhet med yngre mennesker har eldre behov for ulike typer kontaktforhold for å få dekket sine kommunikasjonsbehov. Det å kunne dele sine tanker, følelser og bekymringer med andre mennesker er kjennetegnet på psykisk og sosial helse. Undersøkelser blant hjemmeboende over 65 år har vist at de som både har kontakt med sine barn og med venner, opplever høyere livskvalitet enn de som bare har kontakt med sine barn, og ikke venner (Hanssen, 2002).

Grensen mellom verbal og nonverbal kommunikasjon er ofte flytende. Den nonverbale kommunikasjonen er med å forsterke den verbale kommunikasjonen. Men for at de skal kunne utfylle hverandre er det viktig at det er samsvar mellom dem. Denne typen inkongruent kommunikasjon er svært forvirrende. Både kongruens og ektehet er basert på at en person er det han gir seg ut for å være, og at han opptrer ekte og uten noen maske eller rolle. I sykepleiesammenheng er kongruens og ektehet helt avgjørende for å kunne utvikle et forhold der pasienten er trygg og åpen for å motta hjelp (Hanssen, 2002).

Hanssen (2002) sier at kommunikasjonen og den mellommenneskelige samhandlingen mellom pasient og sykepleier kan bli svekket hvis sykepleieren opptrer med en rutinemessig og fastlåst atferd. Sykepleieren kan bruke en tilstivnet atferd som rustning mot den angsten som ligger latent i møtet med lidende mennesker og vanskelige situasjoner. Denne væremåten hjelper sykepleieren til å utføre sine plikter uten å bli forstyrret av urovekkende følelser som medlidenhet, sinne, utilstrekkelighet eller usikkerhet. Noen mennesker holder ikke ut å se andre gråte, eller takler ikke andre menneskers sinne, seksualitet eller følelsesutbrudd.

Ubevisst opptrer de slik, at pasienten finner det vanskelig å uttrykke disse følelsene. Man må derfor gå utifra at sykesengmanerene har den skjulte funksjon å minske sannsynligheten for at pasienten vil oppføre seg slik at det oppleves som en trussel for sykepleieren.

Slike sykesengmanerer gjør at man holder pasientens egentlige jeg på avstand. Sykepleieren går glipp av pasientens egne utsagn om hva han tenker og føler (Hanssen, 2002).

Hanssen (2002) viser til den svenske sykepleieren Kerstin Andersson som har gjort en analyse av trygghetsbegrepet. Hun intervjuet 20 pasienter som var innlagt på somatisk korttidsavdeling, og spurte dem om hva som skjer med trygghetsopplevelsen under et sykehusopphold, hva de gjorde for å håndtere utrygghet ved sykdom og sykehusopphold og hva pleiepersonalet kunne gjøre for å øke pasientens opplevelse av trygghet. Pasientene beskrev trygghetsfølelsen som ro, balanse, varme, glede, lykke, fred, harmoni, sjelefred, fotfeste, tillit og energifrigjøring.

Andersson knytter trygghetsbegrepet til følgende to dimensjoner: *indre trygghet* og *ytre trygghet*. Indre trygghet har sammenheng med en positiv og trygghetsskapende oppvekst og en fast forankring i et livssyn. Trygghet til omverdenen er den dimensjonen som representerer den *ytre tryggheten*, og er viktig i forbindelse med kommunikasjon.

I forhold til den ytre tryggheten skriver Hanssen (2002) at om man opplever miljøet som trygt eller ikke, er avhengig av om pasienten har tilstrekkelig kunnskap og opplever kontroll. Det er viktig at han opplever det som Andersson kaller relasjonstrygghet, som innebærer opplevelsen av mellommenneskelig varme, akseptasjon og forståelse og stole-på-andre-trygghet, som vil si følelsen av fysisk trygghet og det å være i trygge hender.

Indre trygghet har en sterk sammenheng med barndom og oppvekstmiljø. Opplevelsen av fellesskap tilhørighet og frihet, koblet sammen med ansvar, normer og idealer, gir gode vilkår for å utvikle indre trygghet. Indre trygghet kan utvikles og modnes i voksne år gjennom erfaring, positive opplevelser, forankring i religiøs tro og bevisst bearbeidelse av utrygghet og kriser. Indre trygghet er uvurderlig ballast å ha med seg når man blir syk. Det er viktig for sykepleiere å huske at den indre tryggheten kan utvikles. En kan da bidra til å gjøre pasientens opplevelser og erfaringer så positive som mulig, og forsøke å gi han den åndelige omsorgen han trenger (Hanssen, 2002).

5.4.2 Dokumentasjon

Pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og forskrift om pasientjournal sier at ”kravene til dokumentasjon av pleie og behandling har de siste årene økt i takt med pasientenes rettigheter til medbestemmelse og innsyn i dokumenter som angår eget liv og helse” Kristin Heggdal (2006 s. 11).

Heggdal (2006) forteller videre hvorfor sykepleiedokumentasjon er nødvendig og viktig både for helsepersonellet og pasienten.

Alle leddene i behandlingsskjeden og mengden av informasjon gjør at oppdatert, skriftlig informasjon er avgjørende for pasientens sikkerhet. Pasientens tilgang på opplysninger skal sikres: om hvorfor pleie og behandlingstiltak enten ble eller ikke ble satt i gang, hvem som tok avgjørelser, hvem som gjennomførte tiltakene og hva som ble følgene. Målet er at pasientens interesser og rettigheter ivaretas, og all relevant informasjon skal være tilgjengelig for dem som tar avgjørelser om pleie og behandlingstiltak (Heggdal, 2006).

Heggdal (2006) forklarer at målet med sykepleie er at pasienten beveger seg fra en tilstand eller opplevelse av uhelse og lidelse i retning av helse og velvære. Sykepleiedokumentasjonen skal beskrive hvilke vurderinger og tiltak vi iverksetter for å fremme dette. Dokumentasjon blir dermed et redskap til å bedømme virkning og kvalitet av pleie og behandling. Siden ledere av sykepleietjenesten og andre yrkesutøvere kan studere og vurdere sykepleien, blir dokumentasjonen et middel for kvalitetssikring samtidig som at konsekvensen av helsehjelpen kan bedømmes opp mot faglige standarder. Når dokumentasjonen er strukturert og samlet, kan dette arbeidsredskapet gi oversikt og nøyaktighet i hverdagen. Sykepleiedokumentasjonen inneholder informasjon om individuelle behov, problem, ressurser, mål og tiltak som er tilpasset pasienten. Siden vi kan stille konkrete spørsmål om våre vurderinger, mål og tiltak er/har vært relevante i møtet med den aktuelle pasienten og hans pårørende, kan dokumentasjonen også fungere som et grunnlag for etiske vurderinger.

”I juridisk sammenheng settes det likhetstegn mellom den pleien som er dokumentert, og den pleien pasienten har mottatt” sier Heggdal (2006, s. 20). Videre forklarer hun at vi som sykepleiere har et selvstendig ansvar for våre yrkesmessige funksjoner, og ved svikt i utøvelsen har vi både strafferettslig og erstatningsrettslig ansvar. Lov om helsepersonell gir sykepleiere dokumentasjonsplikt på lik linje med andre grupper helsepersonell.

Dokumentasjon av virksomheten er derfor en del av det ansvaret som følger med utøvelsen av

sykepleierfunksjonen. Gjennom sykepleiedokumentasjon synliggjør vi våre faglige vurderinger.

Heggdal (2006) sier at sykepleiedokumentasjon er et internt kommunikasjonsredskap, og kan tjene som et bindeledd mellom dem som skal hjelpe, ved at det letter kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient/pårørende.

Heggdal (2006) sier at sykepleiedokumentasjon er et undervisningsmiddel.

Erfaringskunnskapen blir tydeliggjort og tilgjengelig for andre sykepleiere og grupper av helsepersonell. Sykepleiedokumentasjon gir grunnlag for ledelse og ressursstyring ved at sykepleieren tydeliggjør hva hun mener det bør fokuseres på i pleien, og hva som bør oppfølges. Dokumentasjonen vil klargjøre hvilke ressurser som trengs, og kan hjelpe ledere når det gjelder å styre personalressursene ut fra arbeidet med hver pasient.

5.4.3 Omsorg krever at man bryr seg

Ifølge Kongsmo (1998) er omsorg en grunnleggende og nødvendig del av sykepleien.

Dersom vi som sykepleiere ikke har omsorg for pasienter og pårørende, kan våre kunnskaper og makt virke skremmende og undertrykkende. En viktig forutsetning for at vi skal kunne gi omsorg, er at vi bryr oss og involverer oss i forhold til pasienten og hans situasjon. På den måten kan vi få tak i de ressursene og mulighetene som ligger i situasjonen, både for pasienten, pårørende og oss selv. Når vi bryr oss om pasientene, setter dette oss i stand til å se hva som er viktig for dem i deres situasjon.

Med Travelbees sykepleiefilosofi som utgangspunkt er sykepleieren innstilt på å forsøke å bli kjent med pasienten som person, for i neste omgang kunne hjelpe han å akseptere sin livssituasjon og mestre tilværelsen med de begrensningene som har oppstått. Hun er klar over at dette er et langsiktig mål (Kristoffersen, 2004).

Travelbee framholder at sykepleierens oppgave består i å hjelpe mennesker til å mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om mulig finne mening i disse situasjonene. Hver pasient og sykepleier spesiell, og sykepleieren må hjelpe hver enkelt pasient på en individuell måte, ut fra kjennskap til vedkommende.

”... det er en utfordring for sykepleieren å finne ut hvem han er som person, og hva som er av betydning i hans liv.” (Kristoffersen, 2004 s. 327).

6.0 Drøfting

I denne delen vil vi drøfte funn i artiklene og bakgrunnsteorien og belyse den oppmot problemstillingen vi har valgt. Vi har valgt å knytte Travelbees teori inn, og fokusere på hva sykepleier kan bidra med når det gjelder livskvalitet.

6.1 Faktorer som påvirker livskvaliteten

6.1.1 Smerter

Smertene som følger med venøse leggsår er selvsagt en stor faktor i livene til de som er rammet. Smertene fører igjen til dårlig søvnkvalitet, hvorpå igjen lite energi og tiltaksløst. I tillegg kan en føle at utenforstående ikke kan identifisere seg, med de følelsene du opplever selv.

Karoliussen (2006) sier, (se pkt 5.3.1) det er viktig at vi som sykepleiere ikke oppfatter ulike tegn på smerte som aldringssymptomer, men at de blir utredet slik at patologiske tilstander enten kan utelukkes eller behandles. Derimot har vi sett og erfart at eldre *har* generelle smerter i forbindelse med aldringsprosessen, spesielt i muskler og ledd, og det kan derfor være lett for sykepleieren å overse viktige tegn som kunne vært med på å forbygge selve utviklingen av et leggsår og de problemer det bringer med seg.

Når det gjelder smerter i forbindelse med leggsår er det viktige tegn som alltid skal utredes, særlig hvis det er snakk om smerter ved aktivitet og hvile. Wissing m.fl (2002) sier at den store mengden pasienter som ikke har fått utskrevet smertestillende er en indikasjon på at vurdering av smerte ofte blir neglisjert i sykepleie til pasienter med leggsår. Smertevurdering bør prioriteres. Tilstrekkelig smertestilling kan redusere begrensningene smertene medfører, og gjøre livet enklere – øke livskvaliteten. I Bird (2005) sin artikkel hevdes det at det er sykepleieren sitt ansvar å gi korrekt behandling i forbindelse med smerter. Videre sier hun at smerter i forbindelse med kroniske tilstander hos eldre ofte blir undervurdert på grunn av myten om at smerter er en del av det å bli gammel.

6.1.2 Sosial isolasjon

Nest viktigst etter smerter er sosial isolasjon. En 80 år gammel mann sa i et intervju at han hadde masse venner før, og var på talefot med alle naboene. Mange vinket når de passerte huset, men nå kommer de aldri innom og hilser på lenger.

Når pasientene ble spurt hvorfor de ikke lenger er sosiale, svarte samtlige at immobilitet pga store og klumpete bandasjer, samt kroniske smerter hemmet dem. En pasient la all skyld på

bandasjen, og sa at hun følte seg som en fange i sitt eget hjem pga den. Det kom også fram i intervjuet at pasientene løsnet eller fjernet kompresjonen fordi den var ubehagelig, selv om de var klar over at dette påvirket helingen av såret (Brown, 2005).

Pasienter med venøse leggsår har ofte hatt sår over lang tid. Som regel heles såret for så å komme tilbake. Ødemer i benet, ofte som følge av DVP tidligere i livet, medfører redusert ernæringsstilstand i vevet og huden. 25 % av deltakerne i en Australsk studie, rapporterte at de hadde hatt DVP tidligere i livet (Edwards m.fl. 2005). Dette fører til liten motstandskraft mot traumer og infeksjoner (se pkt. 4.2.). Douglas (2005) skriver at mange pasienter ofte skylder på sårets opprinnelse fra fall mens de var ute på handletur. Dette kan føre til at noen ikke lenger tør å gå ut, av frykt for at ytterligere traumer skal gi dem flere eller større sår. Dette kan føre til sosial isolasjon. Om dette er isolasjon av egen vilje, kan derimot diskuteres. Ofte fører også leggsår med seg flere symptomer, som sterke smerter, væsning og lukt. Franks m.fl. (2006) viser til at alle disse faktorene kan være med på å få pasientene til å isolere seg. Men det kan diskuteres om dette egentlig er av fri vilje, eller om pasienten er så redd for stigmatisering (Franks m.fl., 2006) at han eller hun velger å holde seg borte fra offentlige sammenkomster. Kvalitative studier viser nemlig at personer med venøse leggsår isolerer seg, og dette har en klar negativ innvirkning på livskvaliteten. Når såret ikke gror som forventet, blir sykepleierne frustrert og mener at pasienten ikke samarbeider i prosessen for å opprettholde den nære kontakten med sykepleierne lengst mulig. Funnene i studiene viser at det er forsket for lite innen dette området, og at det er høyst nødvendig å utføre flere undersøkelser (Brown, 2005).

Edwards m.fl. (2005) skriver om såkalte "Leg Clubs". Dette er en ordning hvor man samler pasienter fra samme omegn og med venøse leggsår i et ikke-medisinsk miljø, i samarbeid med pasientene og kommunehelsetjenesten. Her ble pasientene behandlet kollektivt, de fikk tilbud om sosialt samvær både før og etter behandling.

Hypotesen var at de pasientene som fikk behandling i Leg Club fremfor i hjemmet, ville ha bedre tilheling enn de som kun fikk behandling i hjemmet.

Det ligger logikk bak denne hypotesen, da man kan tenke seg at det å treffe andre som befinner seg i samme situasjon som en selv kan være terapeutisk i seg selv. Samtidig får pasientene sosialt samvær med andre mennesker.

6.1.3 Helse og omgivelser

Travelbee har ikke gitt noen klar definisjon av helsebegrepet, hun mener derimot at begrepet har behov for en ytterligere klargjøring i sykepleiesammenheng. Hun mener at et menneske kan oppleve å ha helse til tross for diagnostisert sykdom (Kristoffersen, 2002). Slik vi forstår det vil mennesket være så sykt eller friskt som det føler seg. Videre sier Travelbee at mange vil oppleve helse knyttet til det å kunne utføre dagligdagse aktiviteter, mens andre mener helse er ensbetydende med det å være i stand til å arbeide (Kristoffersen, 2002).

Vi mener at livet blir påvirket av helsa vår. Den er med på å sette begrensninger i hverdagen. Vi har fått forståelse av, gjennom ulik litteratur, at for å ha tilstrekkelig livskvalitet må samtlige faktorer være tilstede. Dette stiller vi oss litt spørrende til, da vi mener Travelbee har en bedre tolkning, når hun sier at et menneske kan oppleve helse til tross for sykdom.

Når hun skriver at mennesket er så sykt eller friskt som det føler seg, er det logisk for oss å trekke inn håp, mening og mestring, da vi mener dette er faktorer som spiller inn for hvordan den enkelte pasient mestrer det å leve med kroniske leggsår. Samtidig har sykepleieren en jobb å gjøre i sammen med pasienten, nemlig å gi ham håp, som nevnt nedenfor.

Ser vi på Kristoffersens (2004) punkter om håp og mening (se pkt 5.2) er dette gode eksempler på hvordan man kan styrke menneskets opplevelse av håp og mestring. Først vil vi trekke fram punktet der hun sier at vi skal *bidra til å øke menneskets tiltro til egne ressurser*. Det kan være vanskelig å gjennomføre dette, pga manglende kontinuitet og oppfølging i helsevesenet, slik vi var inne på i forrige avsnitt. En forutsetning for at vi skal *gi åpent uttrykk for at livet har en mening, og det er verdt å håpe på en positiv forandring*, er at vi som sykepleiere også har en positiv holdning. Slik vi har erfart kan det være en del negativ holdning, pga ulike forhold i arbeidssituasjonen, og dette tar noen med seg i samhandling med pasientene. På en annen side skal man ikke glemme å trekke fram alle pleierne som bidrar til å øke trivselen blant pasientene. Da tenker vi på dem som er positive, har en god kommunikasjon med pasienten og viser at han/hun er tilstede for pasienten og viser empati og forståelse. Personnellets positive innstilling smitter ofte over på pasienten. Dersom pleieren uttrykker at såret ser bra ut, kan denne holdningen smitte over på pasienten. Samtidig er det viktig at *sannheten* kommer fram, at vi er *ærlige*. Som sykepleiere skal vi ha en del kunnskap om sår og sårtilheling, og det er av betydning at vi stiller oss kritiske og ikke gir falske forhåpninger.

Denne teorien blir forsterket når vi leser Travelbees tanker om etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Der sier hun at; etter hvert som sykepleieren blir kjent med pasienten,

lærer vi å sette pris på han som person. Evnen til å sette seg inn i og forstå et annet menneskes reaksjon, betegner Travelbee som empati. Empatisk forståelse vokser fram av et ønske om å forstå. Travelbee betegner dette som en bevisst intellektuell prosess som ikke er avhengig av at en liker eller misliker personen. Evnen til empati vokser fram ved at en blir kjent med den andre som person, og ved at en forsøker å knytte pasientens situasjon til sitt eget erfaringsgrunnlag. Når sykepleieren tenker over hvordan hun selv ville reagert i samme situasjon, forstår hun bedre personens fortvilelse. Sympati er et resultat av den empatiske prosessen, og omfatter et ønske om å gjøre noe aktivt for å hjelpe personen. I denne sammenhengen har sykepleieren en merkunnskap og erfaring med liknende situasjoner som pasienten ikke har. Ut fra sin kunnskap vet hun at situasjonen ikke trenger være så håpløs, og ønsker å gjøre det hun kan for å få han selv til å tro på at det er mulig å forandre livssituasjonen. Sykepleieren kan gjøre bruk av sin egen personlighet og væremåte på en måte som fører til positive resultater og utvikling for pasienten (terapeutisk bruk av selvet). Kommunikasjon og samhandling står sentralt (Kristoffersen, 2004).

Videre sier Travelbee at håpet er knyttet til en positiv forventning om at det faktisk er mulig å oppnå en forbedret situasjon i framtiden. Ifølge Travelbee er håpet knyttet til avhengighet av andre, det er framtidorientert, knyttet til valg av ønske, tillit, utholdenhet og mot. En kan bruke samtalen til å rette oppmerksomheten mot pasientens eget valg. Pasienten må ha ønske om bedring, og må selv velge å anstrenge seg for å nå et mål i framtiden. For at situasjonen ikke skal oppleves overveldende og for at pasienten ikke skal føle seg overlatt til seg selv, er det viktig at han opplever at vi som sykepleiere er hans hjelpere, og at han kan forvente hjelp når han trenger det. "Et menneske som håper, har sin oppmerksomhet rettet mot framtiden, og ut av håpet vokser også utholdenhet, tillit og mot" framholder Travelbee i Kristoffersen (2004 s. 330).

Hun sier lite om omgivelser og det syke menneskets miljø i sin sykepleieteori. Hun peker derimot på at kulturen den syke lever i spiller inn i vedkommendes oppfatning av sykdom og lidelse. Mange eldre rapporterer sin egen helse som bra på tross av leggsår, på grunnlag av at de fremdeles kan bo hjemme og fortsatt leve i sine vante omgivelser. I den norske kulturen er det ofte slik at når man blir "gammel og syk", havner man på sykehjem. Man får hele sin tilværelse snudd opp-ned. Å fortsatt kunne bo hjemme på tross av sykdom og skade er verdifullt for eldre i det norske samfunn. En studie gjort av Wissing (2002) bekrefter at dette kan være tilfellet for noen eldre. Og at de eldre som var med i denne studien, oppfattet leggsår og smerter som en del av den naturlige aldringsprosessen.

Teoretikeren peker også på familien som betydningsfull for den syke, i enkelte sammenhenger. Familien og pårørende til den syke kan føle at de lever med en viss mengde ansvar overfor den som er rammet. En del pasienter med leggsår lever sammen med en partner som fungerer som støtte og pleier i hverdagen. Dette kan føles som en frustrerende situasjon for den pårørende, spesielt hvis han eller hun ikke føler at de har nok kunnskaper om sårene til å være tilstrekkelig støtte. I Douglas (2001) sin tekst sier partneren til pasienten at de ikke ønsket å oppgi den rollen de hadde i forhold til den syke, men at de ønsket mer støtte og anerkjennelse fra sykepleierne. Han har satt opp tre punkter som gikk igjen hos de pårørende som de følte var viktige, og som de kanskje ikke fikk nok respons på. Disse punktene var – støtte, anerkjennelse og informasjon.

På den andre siden skal ikke hjemmesykepleien lene seg på -, og regne med pårørende som en pleier. Da kan man skape en situasjon for pasient og pårørende som kan være uheldig dem imellom.

Andre har kanskje familie rundt seg, som barn eller søsken som tar del i behandlingen av leggsåret. Besøk fra disse kan ikke alltid regnes som sosial kontakt, da besøk som dreier seg om sårene – for eksempel besøk fra hjemmesykepleien, ikke alltid innebærer sosialt samvær.

6.1.4 Menneskesyn og sykepleie

Hver pasient har sin egen opplevelse av sykdommen. Som nevnt i pkt 5.1 er det viktig å ha kunnskap til den enkelte pasienten og sykdomsopplevelsen. Dette er viktig for at pasienten skal kunne opprettholde sine individuelle grunnleggende behov. Dersom vi tenker at pasienten er i en institusjon eller er bruker av hjemmetjenesten, vil dette føre til at det vil være mange forskjellige pleiere, som hver har sin egen måte å opptre på, når det gjelder sårbehandling. Problemet slik vi ser det, er at det er liten dokumentasjon, mangelfull kunnskap, ufaglært personell og tidspress som alt virker inn på behandlingen. Dette fører igjen til at pasienten kan distansere seg, og føle at han får for lite informasjon om sin tilstand.

Dette bekreftes i Douglas (2001) sin artikkel om ”Living with a chronic leg ulcer..” hvor det er gjort intervjuer fra hjemmetjenesten. Der sier pasienten at han ikke vet hvilket sår han har, og at han har gitt opp å spørre mer. Sykepleierne som kommer pleier bare å legge på bandasje og gå igjen, for de kan ikke svare på pasientens spørsmål, da de ikke har nok kjennskap til verken pasienten eller såret. Dette er noe vi alle har erfaringer med fra hjemmetjenesten. Selv om vi ser at brukerne har behov og trenger mer tid enn det som er satt av til prosedyren, er vi

nødt å gjøre oss ferdige med den tida vi har til rådighet. Dersom vi gir fem minutter ekstra til en, mister den neste på lista fem minutter av sin tid. Derfor blir utfordringen å utnytte tida maksimalt.

Videre poengterer Kristoffersen (2005) at helsearbeidere bør gi den syke og familien hjelp til å foreta nødvendig forandringer, men det er også viktig å gjøre disse forandringene så små som mulig, slik at livet blir så normalt som mulig. Å gi hjelp til mestring av kronisk sykdom krever store individuelle tilpasninger.

Dette bekrefter Travelbee som framholder at sykepleierens oppgave består i å hjelpe mennesker til å mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om mulig finne mening i disse situasjonene. Ut fra Travelbees tenkning er hver pasient og sykepleier spesiell, og hun framholder at sykepleieren må hjelpe hver enkelt pasient på en individuell måte, ut fra kjennskap til vedkommende. Sentralt i sykepleiesammenheng er opplevelsen av lidelse og tap, som er en fellesmenneskelig erfaring som uunngåelig følger av den menneskelige eksistens.

Teoretikeren understreker at mennesket har en tendens og en evne til å søke etter mening i møtet med lidelse, sykdom og smerte (Kristoffersen, 2002). Vår opplevelse er at det i flere tilfeller kan være til hjelp for pasienten å sette fokus på annet enn selve smerten og lidelsen gjennom samtale. Når vi flytter oppmerksomheten over på andre tema, kan pasienten glemme problemene i øyeblikket og samtidig samle nye krefter.

Som vi har nevnt tidligere opplever alle situasjonene ulikt, og vår holdning og mening smitter lett over på pasienten. I møtet med sykdom og smerte er pasienten sårbar, og legger mye av seg selv i våre hender. Det er logisk å dra inn håpet her også, da mye av jobben vår ligger i det å fremme håpet hos pasientene. Vi kommer nærmere inn på håpet og dets betydning under punkt 6.1.2.

Travelbees sykepleiedefinisjon bygger på et eksistensialistisk menneskesyn, og på det faktum at lidelse og smerte er et uunngåelig del av menneskelivet. Ut fra dette består sykepleie i det å hjelpe den syke og lidende til å finne en mening i den situasjonen han gjennomlever, og at vi som sykepleiere bruker oss selv terapeutisk i samhandlingen med pasienten. Dette skjer gjennom etableringen av et menneske- til- menneske- forhold, som er sentralt i Travelbees sykepleietenkning. Hun sier at ”sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge

eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene” (Kristoffersen, 2002 s. 406).

Kristoffersen (2004) sier at på grunn av Travelbees filosofiske og abstrakte karakter kan ikke hennes sykepleietenkning anvendes til å strukturere sykepleierens datainnsamling eller påvise behovet for sykepleie, slik som Orems modell.

6.2 Betydningen av trygghet og kommunikasjon

6.2.1 Trygghet

Vi mener at det Kristoffersen (2004) sier om trygghet kan være vanskelig å utføre i praksis. Hun påstår at trygghet er knyttet til behovet for struktur, orden, forutsigbarhet og beskyttelse i ens livssituasjon. Det kan diskuteres om det er forutsigbart for en pasient å måtte ta i mot hjelp på helsetjenestenes premisser. Med dette mener vi at det er vanskelig å gi pasienten trygghet. På en annen side ser vi at det vil ha en positiv virkning med orden og struktur. Likevel har vi en forståelse av at flere pasienter med leggsår opplever frykt, ut i fra de ulike artiklene vi har lest. Videre sier Kristoffersen (2004) at det å ha en solidarisk, våken og kompetent hjelper, kan redusere utryggheten. Dette er en fin tanke og mening. Derimot kan man sette dette opp i mot det praktiske, da vil man se at dette kan være vanskelig å få utført slik man ønsker. En sykepleier kan føle seg ”dratt” i ulike retninger. Der en på den ene siden har tidspresset å tenke på, samtidig som en ønsker å utføre best mulig pleie og omsorg for pasienten. Det er en utfordring for sykepleieren å kunne takle disse motstridene kravene, slik at pasienten føler trygghet.

Trygghet og tillit er forutsettende for at dypere mellommenneskelig samhandling skal kunne utvikles. Men Hanssen (2002) sier at behovet for kommunikasjon ikke alltid blir like godt dekket som man skulle ønske. Det må et dypere forhold til mellom pasient og sykepleier for at drøfting av følelser eller undervisning kan foregå. Her spiller det også en rolle for hvilken kjemi pasient og pleier har. F.eks ved en sykehusinnleggelse kan denne være av kort varighet, slik at det ikke blir utviklet et nært nok forhold til å skape trygghet og tillit. Ved bruk av hjemmetjeneste som har primærkontakt, kan pasienten være heldig og utvikle et godt trygghet- og tillitsforhold til pleierne. Dette forutsetter at det er kontinuitet i pleien.

6.2.2 Kommunikasjon

Travelbees tenkning fokuserer på betydningen av kommunikasjon og samhandling i sykepleiesituasjoner, og dens betydning vil i stor grad bestå i å øke sykepleierens bevissthet omkring denne siden ved pasientomsorgen (Kristoffersen, 2004).

Brown (2005) skriver at sykepleiere ofte betviler pasienten sin samarbeidsvilje, og at noen mener at pasientene bevisst saboterer behandlingen for å opprettholde kontakten med sykepleierne på grunn av ensomhet. Selv om det ikke finnes faste holdepunkt for at denne type oppførsel virkelig finnes, kan man kanskje si at dette er å gå for langt i forhold til å mistro de pasientene man behandler.

Det at pasienten samarbeider med pleieren vil være essensielt for hvordan sårene heles. Men samarbeid fra pasientens side, avhenger av hvordan kommunikasjon med pleieren fungerer. Douglas (2001) sier at hvis pleieren ikke klarer å vise seg empatisk overfor pasienten, kan det resultere i dårlig kommunikasjon dem imellom. Mange av pleierne som ble intervjuet oppga mangel på tid som grunn for at dårlig kommunikasjon oppsto mellom pleier og pasient. I den samme studien fortalte deltakerne at hjemmesykepleien hadde det travelt. Men på tross av det forsøkte mange av pasientene å beskytte pleierne i forhold til dette, og uttrykte til og med bekymring over at pleierne hadde så mye å gjøre.

I hjemmesykepleien er det et problem å få tiden til å strekke til i forhold til hvor mange pasienter man har på lista. Men mange av pasientene skulle kanskje ønske at de var den eneste, og at man hadde tid til å være hos dem hele dagen. Hvis pasientene er irriterte og sure på pleierne, kan det være vanskelig for pleier å være empatisk. På den andre siden har man de pasientene som er motsatt av disse. De pasientene som avviser pleierens forsøk på å komme inn på en litt dypere samtale, fordi de ikke vil føle at de er til bry. De bekymrer seg på sykepleieren sine vegne over at vi har det så travelt, slik som Douglas (2001) skriver. I disse situasjonene er det viktig å være oppmerksom på den nonverbale kommunikasjonen. Det er viktig at det er samsvar mellom den verbale og den nonverbale kommunikasjonen. Hvis en person som møter en annen for eksempel ser avvisende ut samtidig som han sier at det var hyggelig å treffe vedkommende, sender han ut motstridende budskap (Hanssen, 2002). I interaksjonsmodellen i sykepleieteorien, er kommunikasjonen et sentralt begrep. Det er gjennom kommunikasjonen man deler sine meninger og opplevelser med andre.

6.3 Bruk av dokumentasjon

I punkt 5.4.2 skriver Heggdal (2006) at dokumentasjon er nødvendig og nyttig. Dette skal kunne brukes av både helsepersonellet og pasienten. Dette er et flott tiltak for å kunne skape trygghet, og vi ser hensikten og nyttigheten av dette. Men det vi spør oss om, er om dette virkelig fungerer i praksis. Er mengden dokumentasjon tilstrekkelig nok til å skape trygghet hos pasienten?

Det er kommet fram at flere pasienter føler seg utrygge, da ulike pleiere kan uttrykke lite kjennskap til såret. Det som slår oss, og spørsmålene vi stiller oss er; er det gjennomført dokumentasjon på såret? Eller, har pleieren lest dagens rapport som sier noe om såret? Det vi har erfart fra tidligere praksis er at det er mangelfull dokumentasjon i rapportene. Et eksempel på hvordan det dokumenteres i rapporten er: ”sårstell utført etter prosedyre”. Dersom en går inn og ser i prosedyren kan denne være av gammel dato, og ikke oppdatert.

Dette kan igjen føre til det Douglas (2001) skrev i sin artikkel at pasienten godtar at pleieren ikke har nok kunnskap om sårets heling, og slutter og spør. Heggdal (2006) sier at dokumentasjonen er avgjørende for pasientens sikkerhet. Med tanke på dette er det bekymringsverdig hvis det slurves med dokumentasjonen. Man bør som sykepleier vite hva man går til når man skal ut i et stell, og en utdatert prosedyre og en kort kommentar i rapporten om at sårstedet er utført, er ikke godt nok. Det er naturlig at pasientene blir utrygge og bekymret når sykepleier gir uttrykk for at de ikke vet helt hva de snakker om når det gjelder tilstanden til den enkelte pasient.

Man uttrykker overfor pasienten, at man ikke har troen på at han kan bli kvitt sårene sine når vi ikke vet hva vi snakker om, og aldri kan svare pasienten på om sårene har blitt bedre eller mindre. Dette kan være med på å ta håpet fra pasienten.

Dokumentasjon på om bandasjer og behandling virker, er også viktig. Både for å finne om behandlingen virker, og for at pasienten skal føle at vi vet hva vi driver med. I tråd med Travelbees tenkning skal hver pasient behandles som likeverdige og individuelle. Hver pasient bør kunne føle seg trygg på at de får den best mulige behandlingen, som er individuelt tilpasset deres særegne behov.

7.0 Konklusjon

Målet med denne oppgaven var å finne ut hvordan venøse leggsår påvirker livskvaliteten. Vi har tatt utgangspunkt i eldre mennesker, da det er i denne gruppen sårene hyppigst oppstår. Vi har hatt fokus på pasienter som har vært innlagt i institusjon eller har vært bruker av hjemmebaserte tjenester.

Resultatene viser at det er gjort lite forskning på området som har med livskvalitet hos pasienter med venøse leggsår. Det er mangelfull forskning på det psykososiale aspektet ved leggsår. Smerter kommer fram som det *mest* framtrede problemet hos pasientene. Dette fører til dårlig nattesøvn, lite energi, nedstemthet og immobilitet, som igjen bringer med seg sosial isolasjon som det *nest* framtrede problemet. Sosial isolasjon forsterkes av klumpete flerlagsbandasjer, som hemmer mobiliteten og selvfølelsen i forhold til utseende. Problemet med lukt og væsking fra sårene kommer også innunder her.

Resultatene viser at det å få en kronisk diagnose, påvirker pasientens håp og mestring. Dvs at han kan miste troen på at normal funksjon kan gjenvinnes, samtidig som han føler seg som en byrde for samfunnet. Et fellestrekk er at mange av pasientene ikke føler seg forstått, og dermed kjenner på ytterligere ensomhet i forhold til det å leve med et kronisk sår.

Sykepleieren må etablere gjensidig forståelse og kontakt med pasienten. Ved å etablere trygghet hos pasienten kan en hjelpe ham å opprettholde håpet og mestre sin situasjon som kronisk syk. Dette kan man gjøre ved å være ærlig ovenfor pasienten når det gjelder såret og hvordan det heles, samtidig som man er optimistisk og ikke minst realistisk.

Dokumentasjonen er særs viktig i pasientomsorgen. Ved å sette oss inn i pasienten sin særegne situasjon, personlighet og status gir vi inntrykk av å bry oss, og være målbevisste i forhold til situasjonen. Det er viktig at sårprosedyrene blir løpende oppdatert til beste for pasienten. Hvis noe endres i forhold til behandlingen, bør pasienten involveres og informeres slik at man får et gjensidig samarbeid.

8.0 Litteraturliste

Almås, Hallbjørg (2007)

Sykepleie til pasienter med skader og sykdommer i huden. I: *Klinisk sykepleie 2* s. 958- 991.

Gyldendal Norsk Forlag AS

Bertelsen, Bjørn Inge (2000)

Hudsykdommer. I: *Patologi* s. 127- 131.

Gyldendal Akademisk

Bird, Joanne (2005)

Assessing pain in older people

In: *Nursing Standard 19*, s. 45-52

Breivik H. og G. Kvarstein (2005)

Smerte som helseproblem. I: *Tidsskrift for Den norske legeförening*. Tilgjengelig fra:

http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1274729

Brown, Annemarie (2005)

Chronic leg ulcers, part 1: do they affect a patient's social life?

In: *British Journal of Nursing, No 17* s. 894-896

Brown, Annemarie (2005)

Chronic leg ulcers, part 2: do they affect a patient's social life?

In: *British Journal of Nursing, No 18* s. 986-989

Budgen, V. (2004)

Evaluating the impact on patients of living with a leg ulcer.

I: *Nursing times*. No. 7, s. 30 – 31.

Dalland, Olav (2001)

Ethiske overveielser: Kap.9: s. 215-232

I: *Metode og oppgaveskriving for studenter.*

Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, Olav (2001)

Hva karakteriserer en metode? Kap. 4 s.70-87

I: *Metode og oppgaveskriving for studenter.*

Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, Olav (2001)

Hvordan blir kunnskap til? Kap.3: s. 47 – 69.

I: *Metode og oppgaveskriving for studenter.*

Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, Olav (2001)

Metode og oppgaveskriving for studenter, s. 31- 116 og 232-267.

Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, Olav (2007)

Metode og oppgaveskriving for studenter

Gyldendal Norsk Forlag

Douglas, V. (2001)

Living with a chronic leg ulcer: an insight into patients experiences and feelings. I:

Journal of wound care. No. 9, s. 355 – 360.

Edwards, H., Courtney, M., Finlayson, K., Lewis, C., Lindsay, E., Dumble, J.(2005).

Improved healing rates for chronic venous leg ulcers: Pilot study results from a randomized controlled trial of a community nursing intervention.

I: *International Journal of Nursing Practice.* No.11. s. 169 – 176.

Eide, Tom og Hilde Eide (2004)

Hva er god kommunikasjon

I: *Kommunikasjon i praksis* s. 15- 32

Gyldendal Norsk Forlag AS

Franks, P.J, Moffat, C., Doherty, D.C., Smithdale, R., Martin, R. (2006)

Longer-term changes in quality of life in chronic leg ulceration.

I: *Wound Repair and Regeneration*. No. 14. s. 536 – 541.

Fyrand, Ole (2007)

Hudsykdommer

Gyldendal Norsk Forlag AS

Gjengedal, Eva og Berit R. Hanestad (2001)

Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring

Cappelens Akademiske Forlag

Gjengedal, Eva og Berit R. Hanestad (2003)

Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring

Cappelens Akademiske Forlag

Gjersvik, Petter (2005)

Å lege kroniske leggsår. I: *Tidsskriftet for Den norske legeforening* s. 125.

Tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=116877

Gottrup, Finn m.fl(2002)

Kompressionsbehandling, Sår relatert til karforandringer – venøse sår I: *Sår – baggrund, diagnose og behandling* s. 66- 71, 117-128.

Special- Trykkeriet Vibord AS (København)

Hanssen, Ingrid (2002)

Kommunikasjon I: *Generell sykepleie 2. Pasient og sykepleier- samhandling, opplevelse og identitet.*

N. Jahren Kristoffersen (red.)

Gyldendal Norsk Forlag AS

Hanssen, Ingrid (2002)

Å være syk og hjelpetrengende I: *Generell sykepleie 2. Pasient og sykepleier- samhandling, opplevelse og identitet.*

N. Jahren Kristoffersen (red.)

Gyldendal Norsk Forlag AS

Heggdal, Kristin (2006)

Sykepleiedokumentasjon

Gyldendal Norsk Forlag AS

Ilkjær, Ingeborg (2004)

Sykepleie til den døende pasient. I: *Sykepleieboken 1.* T.E. Mekkin og S. Pedersen (red).

Akribe Forlag AS

Jacobsen, Dag m.fl (2003)

Karsykdommer. I: *Sykdomslære* s. 90- 125.

Gyldendal Norsk Forlag AS

Karoliussen, Mette og Kari L. Smebye (2004)

Aldring og mestring I: *Eldre, aldring og sykepleie*

Gyldendal Norsk Forlag AS

Konsmo, Trulte (1998)

En hatt med slør... Om omsorgens betydning for sykepleie

Trulte Konsmo og TANO AS

Kringeland, Tone (2008)

Forelesning i Vitenskapsteori og forskningsmetode

Høgskolen Stod/Haugesund, avd. Haugesund

Kristoffersen, Nina Jahren (red.) (2004)

Ulike syn og perspektiver på helse og sykdom. I: *Generell sykepleie 1*, s. 19-79.

Gyldendal Norsk Forlag AS (Oslo)

Kristoffersen, Nina Jahren (red.) (2002)

Teoretiske modeller i sykepleie I: *Generell sykepleie 1. Fag og yrke – utvikling, verdier og kunnskap.*

Gyldendal Norsk Forlag AS 2002. 5. opplag 2002

Kristoffersen, Nina Jahren (red.) (2004)

Generell sykepleie 1

Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, Nina Jahren (red.) (2005)

Grunnleggende sykepleie 1

Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, Nina Jahren (red.) (2005)

Grunnleggende sykepleie 4

Gyldendal Norsk Forlag AS

Langøen, Arne og Finn Gottrup (2000)

Sårbehandling. I: *Huden*, s. 160-228

Gyldendal Norsk Forlag AS

Lindholm, Christina (2004)

Leggsår, Sårsmerte, Sykepleie I: *Sår* s. 27- 81, 185- 195, 233- 249.

Akribe Forlag AS

Nordtvedt, Monica W. m.fl, (2007)

Å søke etter forskningsbasert kunnskap. I: *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere* s. 39 -66.

Norsk sykepleieforbund

Oland, Ingunn (2001)

Sår og sykepleie

Universitetsforlaget, Oslo

Olsson, Henny og Stefan Sörensen (2003)

Kvalitativ respektive kvantitativ forskningsstrategi I: *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. S. 66 – 79.

Gyldendal Norsk Forlag AS

Ribu, Lis (2007)

Health-related quality of life

in patients with diabetes and foot ulcers. In: *Dissertation for the degree of philosophiae doctor (PhD)* s. 7-70.

University of Bergen (Norway)

Rustøen, Tone (2004)

Begrepet håp I: *Håp og livskvalitet*

Gyldendal Norsk Forlag AS

Rustøen, Tone (2004)

Hvordan livskvalitet kan styrkes I: *Håp og livskvalitet*

Gyldendal Norsk Forlag AS

Slagsvold, Carl-Erik og Einar Stranden (2008)

Venøse leggsår. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening* s. 891-894.

Tilgjengelig fra:

<http://www.tidsskriftet.no/index.php?a=sokFritekst%v=Medisin%20&%vitenskap&s=14m=2&tittel=leggsår>

Slettebø, Åshild (2005)

Forskningsetikk I: *Etikk i sykepleien*. Brinchmann, Berit Støre (red). S. 170-184

Gyldendal Norsk Forlag AS

Smebye, Kari L. og Ådel Bergland (2006)

Sosial kontakt I: *Eldre, aldring og sykepleie*. Karoliussen, M. & Lislrud Smebye, K. (red.)

Gyldendal Norsk Forlag AS

Steen, Lillianna Lindeman m.fl. (2004)

Klinisk sykepleie 2

Hallbjørg Almås (red.)

Gyldendal Norsk Forlag AS

Wilson Anne Ballard (2004)

Quality of life and leg ulceration from the patient's perspective In: *Tissue Viability Supplement*, No 11, s. 17-20

Wissing, Ulla, A.C Ek and M. Unosson (2002)

Life situation and function in elderly people with and without leg ulcers