



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

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

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 26.02.15 kl 14.00

Kandidatnr.: 1053

Antall ord: 8782

KOMPRESJONSBEHANDLING I HJEMMESYKEPLEIEN



Illustrasjonsfoto hentet fra:

<http://www.hudlegekontoret.no/kategorier/behandlinger/kompresjonsbandasjer>

Utdanning: Bachelor i sykepleie

Avdeling: Haugesund

Kull: 2013

Antall ord: 8782

Sammendrag

Tittel: Kompresjonsbehandling i hjemmesykepleien

Bakgrunn for valg: Jeg har erfart i min jobb i hjemmesykepleien at kompresjonsbehandlingen ikke er optimal, og at det er forbedringspotensial på dette området. Det er store utgifter for samfunnet for hver pasient som behandles for venøse leggsår, så mye som 110 000 svenske kroner per pasient årlig. Sårerne er et problem for pasienten, i og med at det fører til sosial isolering, depresjon, frustrasjon, redusert livskvalitet og negativt selvbilde.

Problemstilling: Hvordan oppnå sårheling av venøse leggsår hos pasienter i hjemmesykepleien ved hjelp av kompresjon?

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse problemstillingen, og svare på problemstillingen.

Metode: Benyttet metode er litteraturstudie. Det er blitt brukt forskningslitteratur, faglitteratur og teori for å belyse problemstillingen.

Funn: Sykepleiere har for lite kompetanse om venøse leggsår, og kompresjonsbehandling. Utilstrekkelig kompetanse blant sykepleierne kan true pasienten sin sikkerhet. Det fører til unødvendig lidelse, smerter og forsinket sårheling. Kompresjonsbehandling blir ikke alltid brukt og det er lite kontinuitet i behandlingen av venøse leggsår. Sykepleierne sier selv at kompetansen deres er utilstrekkelig. Det er behov for økt kompetanse i forhold til behandlingen. Det kommer også frem at det er dårlig organisering av behandlingen av venøse leggsår.

Konklusjon: For å oppnå sårheling av venøse leggsår ved hjelp av kompresjon er det flere faktorer som må være til stede. For det første må pasientene få kompresjon, og denne må bli lagt riktig. De som utfører kompresjonsbehandlingen må ha kompetanse, noe det er mangel på. Kompetanseheving er derfor nødvendig. Det må også være kontinuitet i behandlingen, slik at såret heler raskere og slik at pasienten blir selvstendig raskere. Organiseringen må føre til at kompresjonsbehandlingen blir faglig forsvarlig.

Summary

Title: Compression treatment in home nursing care

Background: My experience, in the home nursing care, is that compression treatment has potential for improvements. For every patient treated for venous leg ulcers the cost for the society is significant, as much as 110 000 swedish kroner (SEK) per patient per year. These ulcers are a problem for patients, causing social isolation, depression, frustration, reduced quality of life and negative self-image.

Thesis statement: How to achieve healing of venous leg ulcers for patients in the home nursing care by use of compression bandaging?

Purpose: The purpose of the study is to enlighten the thesis statement and answer it.

Method: The method used is a literature study. Research- and specialist literature has been used in order to enlighten the thesis statement.

Findings: Community nurses do not have sufficient knowledge about venous leg ulcers and the compression treatment. Insufficient knowledge among community nurses can be a threat toward patient safety and cause unnecessary suffering, pain and slow healing. Compression treatment is not always being used and there is also a lack of continuity. The nurses themselves speak of insufficient knowledge, and so increased knowledge is a necessity. Also, it is found that the organizing of treatment of venous leg ulcers is inadequate.

Conclusion: In order to achieve healing of venous leg ulcers, by use of compression, several factors needs to be present. For a starter, the patient needs to be treated by compression and this compression needs to be properly applied. For this reason, the person performing treatment by compression needs sufficient knowledge, which often comes to short, and therefore increasing the knowledge is necessary. Continuity in the treatment needs to be present so that the ulcer heals faster and the patient becomes more independent. The organizing shall ensure professional compression treatment to be achieved.

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	1
1.3 AVGRENSNING OG PRESISERING	1
2.0 TEORI	2
2.1 SYKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV	2
2.2 VENØSE LEGGSÅR	3
2.2.1 VENØSE LEGGSÅR	3
2.2.2 SÅRETS UTSEENDE	3
2.2.3 ØDEM	3
2.2.4 BEHANDLING	4
2.3 HJEMMESYKEPLEIE	4
2.4 KOMPRESJON	5
2.5 KOMPETANSE	6
2.6 ORGANISERING OG KONTINUITET	8
2.7 FAGLIG FORSVARLIGHET	9
3.0 METODE	10
3.1 HVA ER METODE?	10
3.2 VALG AV METODE TIL OPPGAVEN	11
3.3 ETIKK	12
3.4 LITTERATURSØK OG VALGT LITTERATUR	12
3.5 KILDEKRITIKK	13
3.6 METODEKRITIKK	14
4.0 RESULTAT	15
4.1 "NURSES' KNOWLEDGE ABOUT VENOUS LEG ULCER CARE: A LITERATURE REVIEW"	15
4.2 "PATIENT SAFETY REGARDING LEG ULCER TREATMENT IN PRIMARY HEALTH CARE"	15
4.3 "COMPRESSION BANDAGING FOR VENOUS LEG ULCERS: THE ESSENTIALNESS OF A WILLING PATIENT"	15
4.4 "WOUND CARE BY DISTRICT NURSES AT PRIMARY HEALTHCARE CENTERS: A CHALLENGING TASK WITHOUT AUTHORITY OR RESOURCES"	16
4.5 "CONTINUITY OF CARE IN HOME HEALTH-CARE PRACTICE: TWO MANAGEMENT PARADOXES"	16
4.6 OPPSUMMERING AV HOVEDFUNNENE	17
5.0 DRØFTING	18
5.1 KOMPRESJON	18
5.2 KOMPETANSE	20
5.3 KOMPETANSEHEVING	22
5.4 KONTINUITET	23
5.5 ORGANISERING	24
6.0 KONKLUSJON	27
REFERANSELISTE	28

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Behandlingen av venøse leggsår er ressurskrevende, og er dermed en stor belastning for helsebudsjettet. I Sveige brukes det årlig rundt 110 000 svenske kroner pr pasient, dette utgjør omtrent 1,5 % av nasjonalt helsebudsjett. I følge Slagsvold og Stranden (2005) er det liten eller ingen grunn til å tro at det er annerledes i Norge.

Av alle leggsår har 70 % en venøs årsak. Disse sårene utgjør et problem for pasientene i form av redusert livskvalitet, sosial isolering, depresjon, frustrasjon, negativt selvbilde og selve symptomene som er relatert til såret (Slagsvold & Stranden, 2005).

Sannsynligheten for å få venøse leggsår dersom pasienten har hatt dyp venetrombose kan være opp til 37 %, og 30-50 % av alle venøse leggsår antas å ha en posttrombotisk årsak. Andre risikofaktorer for utvikling av venøs insuffisiens og leggsår er stillesittende arbeid, fedme, høy alder, multiple svangerskap og familiær predisposisjon (Slagsvold & Stranden, 2005).

I min jobb som pleiemedhjelper i hjemmesykepleien har jeg sett at leggsår byr på problemer for både pasient og personal. På bakgrunn av dette ønsker jeg å øke egen kompetanse innen dette området, og se på mulige løsninger på problemet.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan oppnå sårheling av venøse leggsår hos pasienter i hjemmesykepleien ved hjelp av kompresjon?

1.3 Avgrensning og presisering

Oppgaven begrenser seg til behandlingen av venøse leggsår med kompresjon, og hvordan kompetanse, kontinuitet og organisering påvirker effekten av kompresjon.

Det at kun venøse leggsår vektlegges skyldes den overrepresenterte andelen av leggsår med venøs årsak. Hjemmesykepleien ble valgt ettersom behandlingen av venøse leggsår er en stor oppgave i hjemmesykepleien.

2.0 Teori

Teorikapittelets oppbygning:

- Sykepleieteoretisk perspektiv
- Venøse leggsår
- Hjemmesykepleie
- Kompresjon
- Kompetanse
- Organisering/kontinuitet
- Faglig forsvarlighet

2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

Virginia Henderson sin sykepleieteori kom som et svar på spørsmålet om hva som er sykepleiernes funksjons- og ansvarsområde. Hun definerer sykepleie som primært en tjeneste, og at sykepleieren hjelper pasienten med å utføre gjøremål, som er av betydning for vedkommende sin helse. Henderson legger også vekt på selvstendighet, da dette er nært knyttet til mål som helbredelse og god helse (Kristoffersen, 2012, s. 223-224). Hun definerer sykepleiens funksjon som (Mathisen, 2011, s. 154):

Sykepleiens enestående funksjon består i å hjelpe mennesker, enten det er sykt eller friskt, til å utføre handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse, som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig.

Sykepleiefunksjonen vil være forskjellig fra om den er i et stort akuttsykehus eller om det er i hjemmesykepleie (Kristoffersen, 2012, s. 223-224). Henderson sier også at en profesjonell sykepleier skal hjelpe pasienten med å gjennomføre den behandlingen legen rekvirerer (Mathisen, 2011, s. 155).

I dag brukes begrepene pasient og bruker om hverandre (Birkeland & Flovik, 2014, s. 20), men Henderson favner alle som ikke mestrer helsemessige utfordringer på egenhånd, som en pasient (Mathisen, 2011, s. 155-165).

2.2 Venøse leggsår

2.2.1 Venøse leggsår

De venøse leggsårene har en sammenheng med venøs svikt. Denne svikten kan være i de dype venene, i de overfladiske, i perforantene eller en kombinasjon. Hypertensjon i de overfladiske og de dype venene er resultatet av den venøse svikten. Sammenhengen mellom venøs svikt som følge av dyp venetrombose og venøst leggsår har vært kjent lenge. Den venøse tilbakestrømmningen fungerer ikke tilstrekkelig, på grunn av skader på venene. Det er som regel skader på klaffene i venene, som gjør til at det venøse blodet ikke strømmer tilbake slik det skal (Langøen & Gürgen, 2012, s. 259-261). Når veneklaffene ikke fungerer tilstrekkelig, vil det være tilbakestrømning av blod, og det blir et forhøyet trykk, venøs hypertensjon. Dette trykket fører til at blodet presses ut av blodbanen, og skaper en inflammatorisk prosess i huden, som kan føre til sårdannelse (Lindholm, 2012, s. 87-89).

2.2.2 Sårets utseende

Venøse leggsår oppstår i de fleste tilfeller på nedre tredjedel av leggen til under mediale malleol. Sårene er overfladiske og har ujevne kanter (Langøen & Gürgen, 2012, s. 259-261). Sårbunnen er ofte fibrinbelagt, som vil si at den er gul og klebrig. Det er uvanlig med svart nekrose. På noen steder kan en se rødt granulasjonsvev, og mange av sårene er svært væskende. Denne sekresjonen er som regel kraftigst i opprensningsfasen. Sårene kan lukte ille, og sårkantene kan bli oppbløtt av sekresjonen (Lindholm, 2012, s. 97).

2.2.3 Ødem

Som nevnt tidligere i oppgaven blir væske presset ut av blodbanene og ut i vevet, som kalles ødem. Dette skjer når blodet står under høyt trykk i venene, altså venøs hypertensjon. Dette fører til redusert oksygenering av cellene i huden som igjen vil redusere sårhelingen. Dermed er ødemet et hinder for at sårene gror, og det er nesten bortkastet å behandle venøse sår uten tilfredsstillende ødemkontroll (Langøen & Gürgen, 2012, s. 189).

2.2.4 Behandling

Eksempler på behandling er kirurgi, hudtransplantasjon, konservativ behandling, ødembehandling og kompresjonsbehandling. Den konservative behandlingen retter fokuset på ødemer og sårheling. Denne behandlingen tar utgangspunktet i de helingshemmende faktorer. Ødem er den faktoren som er mest helingshemmende, og ødemkontroll er medisinsk behandling. For å redusere ødem bruker en kompresjonsbandasje. En forutsetning for at sårene skal heles er at pasienten deltar aktivt i behandlingen (Lindholm, 2012, s. 100-102).

2.3 Hjemmesykepleie

I følge Birkeland og Flovik (2014, s. 13-14) finnes det ikke noe entydig definisjon av hjemmesykepleie, men at det spesielle med hjemmesykepleie er det generelle. Dette er fordi hjemmesykepleien ikke fokuserer på en spesiell pasientgruppe slik avdelinger på sykehuset gjør. Vi kan kalle det en slags allmennpraksis for sykepleiere. Hjemmesykepleie kan forklares enkelt som ”sykepleie i hjemmet”.

Målet for hjemmesykepleien er at pasienten skal mestre hverdagen hjemme så lenge det er ønskelig og forsvarlig (Birkeland & Flovik, 2014, s. 21). Pasientene som bor hjemme og mottar hjemmesykepleie har ofte som mål å bo hjemme så lenge som mulig, og er derfor innstilt på å mobilisere egne krefter. Behandlingen som blir utført i hjemmesykepleien kan deles i to. Den første er å følge opp medisinske behandlingstiltak, et eksempel på dette er sårbehandling. Terapeutisk effekt av ulike sykepleietiltak er den andre typen behandling (Birkeland & Flovik, 2014, s. 38).

Hjemmet til pasientene er spesielt på mange måter. Det betyr mye for pasientene, det er privat, de har mange minner og opplevelser knyttet til hjemmet sitt. Det er også en plass hvor de kan trekke seg tilbake og være for seg selv. For mange kan det å få hjemmesykepleien inn i hjemmet være en trussel, og pasientene reagerer ulikt på dette. Hjemmet til de ulike pasienten er forskjellige og hver har sine rutiner. Det tar derfor litt tid for hjemmesykepleien å bli kjent med rutiner, hvor ting er og hvordan pasienten vil ha det (Birkeland & Flovik, 2014, s. 43-44).

2.4 Kompresjon

Når pasienter har sykdommer i vener er kompresjonsbehandling det viktigste tiltaket, fordi det behandler årsaken til såret (Langøen & Gürgen, 2012, s. 228). Den er helt avgjørende når pasienten har ødemer, og for å få sår til å gro er fjerning av ødem en forutsetning. Grunnen til ødemer er som regel skader i vener og/eller lymfesystemet. En av de mest utfordrende oppgavene i daglig sårbehandling er å sørge for at pasientene får kompresjon og riktig kompresjon. I følge Van Hecke, Grypdonck, Beele, Bacquer og Defloor (2009) får ikke pasienter med venøse leggsår optimal behandling. Det kommer frem i deres studie at det er bare 58,7 % som får kompresjonsbehandling.

Målet med kompresjonsbehandlingen er (Langøen & Gürgen, 2012, s. 228- 229):

1. Motvirke ødem
2. Hindre kapillær lekkasje til omkringliggende vev
3. Forsterke muskel-vene pumpens funksjon
4. Forbedre veneklaffenes funksjon
5. Øke gjennomstrømningen i venen ved å redusere diameteren

Kompresjonsbehandlingen reduserer tyngdefølelsen pasientene har, og dette oppleves da behagelig (Lindholm, 2012, s. 102).

Behandlingen av de venøse leggsårene varer over lengre tid, og behandlingsopplegget må derfor være gjennomførbart for både pasient, helsearbeider og pårørende. Pasientene må også forstå hensikten med kompresjonsbandasjen (Langøen & Gürger, 2012, s. 265).

I følge Lindholm (2012, s. 107) er det ulike krav som stilles til kompresjonsbandasjering. Bandasjen skal legges helt flatt på, og foten bør være i 90 grader under bandasjering. Når bandasjen er lagt på skal en kunne bevege fotleddet, og den skal føles behagelig.

Kompresjonsbandasjen må ikke legges slik at den stopper blodtilførselen, og kompresjonsgraden skal være høyest over ankelen. Bandasjen skal rekke fra tærnes grunnledd og opp til like under kne, og den må føles behagelig bak kne, ikke gnage. For å lære seg teknikken godt, tar det tid. En bør ikke legge kompresjonsbandasje dersom pasienten har lavt ankeltrykk.

I følge Lindholm (2012, s. 124-125) er det mange faktorer som kan påvirke oppfølgingen av kompresjonsbehandlingen. Det blir for eksempel vanskeligere med alderen å bøye seg ned for å ta av og på strømpene. En annen faktor er at kvinner synes at kompresjonsstrømper er kosmetisk skjemmende, de opplever nylon strømper som mer feminint. En del mennesker verken klarer eller ønsker å motta informasjon, mens andre mangler motivasjon for å gjennomføre kompresjonsbehandling. Det er derfor viktig at en begynner tidlig å snakke om denne typen behandling, og viktigheten av den. Tilliten pasienten har til helsepersonellet er en faktor som spiller inn på motivasjonen til å opprettholde behandlingen. Noen pasienter tror ikke at tilbakefall kan komme, og ønsker derfor ikke fortsette kompresjonsbehandlingen. Andre oppfatter kanskje at såret ikke er så alvorlig, og ønsker derfor ikke fortsette behandlingen. Pasientene kan oppleve kompresjonen som en hindring i hverdagen. Den økonomiske delen spiller også inn, for i Norge må pasienten betale for kompresjonsstrømper selv, og dette kan bli dyrt siden strømpene skal byttes ut hver sjette måned for at kompresjonseffekten skal opprettholdes. Noen pasienter har smerter ved kompresjonsbehandling, dette er ikke normalt, men kan skyldes den arterielle sirkulasjonen (Lindholm, 2012, s. 124-125).

2.5 Kompetanse

Det er situasjonene i praksis, som bestemmer hvilken kompetanse som er nødvendig. Dersom en treffer på situasjoner der pasienten er ustabil og situasjonen uavklart, trenger en personal som er kompetente og vet hva en skal gjøre. Det trengs personal som kan ta raske avgjørelser som er faglige og forsvarlige. En må også kunne vurdere behovet for å kontakte sykehus, legevakt eller fastlege. Det er som regel sykepleiere som har den nødvendige kompetansen (Birkeland & Flovik, 2014, s. 49). Etter samhandlingsreformen kom ble det økt behov for kompetanse i hjemmesykepleien (Fermann & Næss, 2014, s. 256).

En del oppdrag hjemmesykepleien har omhandler sårbehandling (Langøen, 2014, s. 115). Behandlingen må utføres på en forsvarlig måte, slik at sår som har helingspotensiale gror så fort som mulig, dette har pasientene krav på. Dessverre er det ikke alltid slik.

Det trenger ikke være komplisert å skifte bandasje på et sår, og det er mange som kan utføre det. Men i dagens sårbehandling krever det mer av den som utfører det, enn å bare ta av en gammel bandasje og legge på en ny. En er også nødt til å kunne bruke utstyret som er

tilgjengelig. Det er heller ikke hvem som helst som kan forandre på behandlingen, måle sårstørrelse, legge 2-lags kompresjonsbandasje og foreta debridering. Det blir anbefalt at hjemmesykepleien gir rettigheter i forhold til kompetanse, en form for sertifisering. Grunnen til dette er at å legge en kompresjonsbandasje riktig kan være avgjørende for å få et sår til å hele. Dersom en legger en kompresjonsbandasje feil kan dette skade hudområder og forårsake nye sår (Langøen, 2014, s. 126-127).

Når en sykepleier er offentlig godkjent betyr det ikke at vedkommende kan legge en god kompresjonsbandasje. For at noen skal legge en kompresjonsbandasje må de ha kompetanse til det (Langøen, 2014, s. 136).

I følge Ylönen, Stolt, Leino-Kilpi og Suhonen (2013) har sykepleierne for lite kunnskap om venøse leggsår. Det viser seg at de har lite kompetanse i forhold til kompresjonsbehandling, og at det er behov for forbedring av kompetansen deres i forhold til behandling av venøse leggsår. Denne studien viser også at det er et stort behov for utvikling og endringer i utdanningsprogram, slik at det blir økt kunnskap på sår behandling. Smith-Strøm og Thornes (2008) påpeker at sykepleierne mener de ikke har tilstrekkelig kompetanse om sårbehandling, og den kunnskapen de har er egne eller kollegaers erfaringer.

Den viktigste ressursen i hjemmesykepleien er personalet og deres kompetanse. For at det skal være forsvarlig oppfølging er det viktig med nok og kompetent personell. Kravene til kompetanse er høye fordi det er utfordrende problemstillinger i hjemmesykepleien. Kompetanse er en kvalitetsfaktor som er svært avgjørende. Politiske, faglige og økonomiske prioriteringer styrer tilgangen på kompetent personell. Derfor er det viktig at ledere og politikere i kommunene prioriterer dette, og ser behovet for kompetente fagpersoner (Fjørtoft, 2012, s. 179).

Det er en økning i eldre mennesker, i antall mennesker med type 2-diabetes og større grad av overvekt i befolkningen, noe som fører til flere sår å behandle i fremtiden (Langøen, 2014, s. 127). For å unngå at utgifter og oppgaver knyttet til venøse sår skal vokse ubegrenset må virkemidlene brukes riktig. Gode rutiner og riktig bruk av utstyr fører til raskere sårheling, viste et forsøk gjort i Ålborg i 2008. Ved Høyskolen Stord/Haugesund viste sårstudenters eksamensoppgaver at 70-80 % av sårene som ble behandlet over 3 måneder, helet fullstendig eller ble mer enn halvert i størrelse (Langøen, 2014, s. 127).

2.6 Organisering og kontinuitet

Kontinuitet har tre ulike karakterer, administrativ, relasjonell og informativ. Relasjonen mellom hjemmesykepleier og pasient er den relasjonelle kontinuiteten. Informativ kontinuitet går ut på at det skal være tilgjengelig informasjon slik at en kan utføre god sykepleie.

Administrativ kontinuitet handler om hvordan oppgavene fordeles mellom pleierne (Fermann & Næss, 2014, s. 255).

En av utfordringene i hjemmesykepleien er at pasientene må forholde seg til mange ansatte. En gruppe ansatte kan være mellom 10 og 20 personer, men det kan bli mange flere for en del pasienter. Dette skjer særlig dersom en ikke er oppmerksom på hvordan en organiserer besøkene. Dette går ut over den sosiale kontakten og omsorgen. Når det er stadig nye pleiere kan det nærmest virke krenkende for pasientene. Pasientene ønsker ikke nødvendigvis å ha to-tre personer å forholde seg til. Det som er av størst betydning er å ha en stabil gruppe med kjente og rutinerte hjelpere. En del pasienter har dårlige erfaringer med vikarer, og når de ikke har utdanning går dette utover den praktiske pleien og den sosiale kontakten (Birkeland & Flovik, 2014, s. 75).

Studien til Gjevjon (2013) viser at hjemmesykepleien kjennetegnes av diskontinuitet, og at det er sjelden samme sykepleier som kommer, selv om de samme er på jobb. Det kommer også frem at det er vanskelig å sikre kontinuitet hos alle pasienter, når en skal ta hensyn til både pasienter og ansattes behov. Smith-Strøm og Thornes (2008) sier også at det er mangel på kontinuitet i sårbehandlingen av venøse leggsår.

Organiseringen av sårbehandling varierer fra sted til sted. Enkelte steder kan hvem som helst i hjemmesykepleien starte opp og endre behandling. Andre steder er det kontaktsykepleiere som styrer behandlingen til "sin" pasient. En tredje variant er at det er en sårkontakt som styrer behandlingen, og som holder seg oppdatert på dette området. En annen ting som også er forskjellig er forholdet legen har til sårbehandlingen (Langøen, 2014, s. 127). Det er ingen klare regler for hvem som gjør hva i sårbehandlingen, men det står i Helsepersonelloven (1999):

Krav til helsepersonellens yrkesutøvelse: Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjoner for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig.

Kvalifikasjoner og kompetanse er to sentrale begreper i organiseringen. Det må til en viss grad avgjøres lokalt hvem som har denne kvalifikasjonen (Langøen, 2014, s. 128).

2.7 Faglig forsvarlighet

Det stilles krav til kommunene om at alle yrkesutøvere må være faglig oppdatert (Fjørtoft, 2012, s. 179). Pasienten har krav på å bli møtt av dyktige fagpersoner. En utfordring for fagpersoner og for tjenesten er den faglige kompetansen. For å gi faglig forsvarlig hjelp til pasientene må tjenesten sørge for kompetent personell, samtidig har den enkelte fagpersonen et ansvar for egen kompetanse, og utvikling av den (Fjørtoft, 2012, s. 235).

Som nevnt i punkt 2.6 sier Helsepersonelloven (1999) følgende: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidskarakter og situasjonen for øvrig». Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) sier at «Tjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige».

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

I følge Dalland (2012, s. 111) er metode noe som forteller oss hva vi bør gjøre for å etterprøve eller fremskaffe kunnskap. Sosiologen Vilhelm Aubert sier metode er: ”En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2012, s. 111).

Metode bruker vi når vi ønsker å undersøke noe, og den hjelper oss når vi samler inn data. Det finnes ulike metoder, kvalitativ og kvantitativ er to typer. Begge metodene kan benyttes til å gi oss bedre forståelse av det samfunnet vi lever i. Kvalitative metoder ønsker å fange opp opplevelser og meninger som en ikke kan måle. Kvantitative metoder gir oss data som er målbare og som gir oss mulighet til å regne (Dalland, 2012, s. 112).

Kvalitativ forskning er subjektivt og en går dypt inn i problemstillingen. Resultatene kommer fra et lite antall individer og et stort antall variabler. Kvantitativ forskning er strukturert, og forholdet mellom teori og forskning bygger på bekreftelse. Resultatene bygger på et stort antall individer, og et lite antall variabler (Olsson & Sörensen, 2003, s. 16).

I den kvantitative metoden er forskeren objektiv og holder avstand fra studieobjektet. Grunnen til dette er at en må prøve å holde avstand for å unngå at egne meninger skal påvirke resultatet. Kvantitativ forskning tar sikte på å klassifisere, se sammenhenger og forklare (Forsberg & Wengström, 2013, s. 53).

Kvalitativ metode tar sikte på å tolke og skape mening og forståelse i menneskene sine subjektive opplevelser. Forskeren her er ikke skilt fra det som studeres på. Kvalitativ forskning baserer seg ikke på tall og statistikk (Forsberg & Wengström, 2013, s. 54).

Mixed metoder er når en mikser ulike metoder for å få ulik informasjon om et og samme fenomen. Fordelen med dette er at en kan belyse fenomenet fra ulike synspunkter. En kan eksempelvis ha intervjuer med et antall personer først, for å kartlegge. Deretter kan en ut i fra disse intervjuene utvikle en hypotese, undersøke og forske på en større gruppe personer (Forsberg & Wengström, 2013, s. 57).

3.2 Valg av metode til oppgaven

Metoden som blir brukt i denne oppgaven er litteraturstudie. Litteraturstudie er noe alle forskere starter med når de skal forske på noe. Hensikten med litteraturstudie er å samle en beskrivende bakgrunn, som motiverer til å gjøre en studie og beskrive kunnskapen som finnes på et område. I en litteraturstudie blir valgte studier beskrevet og analysert på en systematisk måte (Forsberg & Wengström, 2013, s. 25).

En forutsetning for å gjøre en slik studie er at det finnes tilstrekkelig antall studier av god kvalitet, som kan benyttes i bedømmingen av en problemstilling. Mange kliniske spørsmål kan besvares gjennom litteraturstudier. For eksempel hva fungerer best? Hva er effektivt? (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26).

Litteraturstudier skal som andre oppgaver bestå av bakgrunn, hensikt, problemstilling og innsamlingsmetode, litteraturen er en informasjonskilde. Det er mest vanlig å hente data fra 5-6 vitenskapelige artikler eller andre relevante artikler. I drøftingsdelen setter man innsamlingsdata opp mot bakgrunnsdata, og drøfter ut i fra hensikt og problemstilling (Olsson & Sørensen, 2003, s. 91).

Litteraturstudie er et alternativ til egne empiriske undersøkelser. Litteraturstudier kan gjøres på mange forskjellige måter, det finnes ingen metodemal. Det må være en gjennomgående god struktur i gjennomføringen. Det er noen krav som må være oppfylt: problemstilling, formål, søk, gjennomgang, analyse, diskusjon samt en rapport (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 63).

I følge Christoffersen et al. (2015, s. 62) må følgende kriterier være oppfylt for å kvalifisere til en strukturert litteraturstudie:

- Valg av primærstudier gjøres systematisk og utvalgsmetoden er definert
- Litteraturstudien skal ha en tydelig problemstilling, beskrive hvilke søkestrategier som er benyttet for å finne primærstudier og på hvilket grunnlag de inkluderes eller ekskluderes i egen studie.
- Det skal gjøres en analyse av resultatene i primærstudiene, og alle studiene skal kvalitetsvurderes med et analyseskjema.

3.3 Etikk

Normer for riktig og god livsførsel kaller vi etikk. Etikken skal gi oss veiledning og grunnlag for vurdering, når vi kommer opp i vanskelige situasjoner og overveielser. Forskningsetikk er et område av etikken som handler om planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning. I forskningsetikken skal en sikre troverdigheten av forskningsresultatene og ivareta personvernet (Dalland, 2012, s. 96).

I etiske overveielser som en gjør i forhold til litteraturstudier er det viktig at en:

- velger studier som har fått godkjenning fra etisk komité, eller der det er gjort etiske vurderinger, og det står skrevet.
- At en skal presentere både de resultatene som støtter forfatter og de som ikke støtter forfatterens meninger (Forsberg & Wengström, 2013, s. 69).

I følge Grung og Nagell (2010, s. 77) må vitenskapelig virksomhet vurderes etter alminnelige etiske normer som har tilslutning i samfunnet. Forskning kan også ha uheldige og alvorlige konsekvenser for både individer, grupper og samfunn. En høy etisk bevissthet er derfor påkrevd.

3.4 Litteratursøk og valgt litteratur

Jeg har brukt HSH sine godkjente databaser for å finne aktuell litteratur og artikler. Jeg har brukt Cinahl, svemed+ og pubmed. Brukt søkeord som "Venous leg ulcer", "Leg ulcer", "homecare", "Primary health care", "Wound care", "Nursing", "knowledge", "District nurse*" "Compression", "Organization", "Home nursing", "Continuity", "Community" og "treatment". Disse søkeordene har jeg brukt alene og i kombinasjon med hverandre. Det er blitt brukt Cinahl mest, fordi det er en oversiktlig og god database å søke i. Av artiklene som ble valgt var det to kvalitative, en litteraturgjennomgang, og to som var kvantitativ og kvalitativ. Det var vanskelig å finne forskningsartikler som omhandlet alle de faktorene som er med i oppgaven, men noen av artiklene tar for seg flere faktorer. For å velge ut artikler ble overskriften på artikkelen lest og dersom den virket relevant, ble sammendraget lest. Dersom den var relevant ble den valgt ut og grundig gjennomgått. Alle hovedartiklene som ble brukt ble hentet fra Cinahl. Det er også blitt brukt andre artikler i oppgaven som er hentet fra sykepleien.no og svemed eller andre nettsider.

Artikkel 1: Søkeordet "Venous leg ulcer*" ble brukt i Cinahl og det resulterte i 1494 artikler, det ble avgrenset til artikler som var gitt ut mellom 2006-2016, dette er fordi en ikke skal bruke mer enn 10 år gamle artikler for at det skal være relevant og oppdatert. Dette resulterte i 784 artikler. Neste avgrensning var "full tekst tilgjengelig", for at en skal ha en mulighet for å lese hele teksten og få en forståelse av artikkelen. Det kom opp 311 artikler. Den tredje avgrensningen var søkeordet: "knowlegde". Det resulterte i 22 artikler noe som jeg synes var overkommelig.

Artikkel 2: Kombinerte "Leg ulcer*" med "Treatment" og "Primary health care", fikk da 60 treff. Avgrenset til full tekst som ga 26 treff, og fra 2006-2015, som da førte til 17 treff.

Artikkel 3: Søkeordet "Venous leg ulcer*" kombinert med "compression" ga 657 treff. Avgrenset til artikler fra 2006-2016, ga 317 treff. Avgrensning til full tekst ga 140 treff. Kombinert med "Nursing" ga 53 treff, som var mulig å se gjennom.

Artikkel 4: Søkeordene "leg ulcer", "wound care" og "district nurse*" ga 4347 treff. Avgrenset til full tekst og 2006-2016 ga 1442 treff. Kombinerte søkeordet "primary healthcare" med tidligere søk, som ga 33 treff.

Artikkel 5: Søkeordet "continuity" ga 15 695 treff. Begrenset til full tekst førte til 4938 treff. Begrenset til artikler fra 2006-2016 ga 3734 treff. Søkeordet "continuity" kombinert med "home care" ga 425, som i utgangspunktet er for mange. Leste overskriften til artiklene på den første siden og fant artikkelen "Continuity of care in home- health care practice: two management paradoxes", som var relevant.

3.5 Kildekritikk

De metodene som brukes for å anslå om en kilde er sann, kalles kildekritikk. Dette vil si at en vurderer og karakteriserer de kildene en bruker (Dalland, 2012, s. 67). I følge Dalland (2012, s. 72) skal kildekritikken vise at en er i stand til å forholde seg kritisk til de kildene en bruker. Hensikten er at leserne skal få ta del i de vurderingene som er blitt gjort.

Jeg har sett på om artiklene var godkjent av etisk komité, men når en bruker artikler fra Cinahl, antar en at disse er pålitelige. Det er også brukt sjekklister fra kunnskapsbasert praksis, for å vurdere artiklene. Kritikk av artiklene kan være at de har for små utvalg. Artiklene

dekker heller ikke alle faktorene som er tatt opp i oppgaven, og det har vært vanskelig å finne artikler som svarer nøyaktig på problemstillingen.

3.6 Metodekritikk

Litteraturstudie har også noen svake sider som blant annet, at forfatteren bare har tilgang til en begrenset mengde relevant forskning. Utvalget blir også selektivt dersom en velger studier som støtter egne standpunkt. Ulike forfattere kommer frem til helt ulike konklusjoner innenfor samme område (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26).

4.0 Resultat

4.1 “Nurses’ knowledge about venous leg ulcer care: a literature review”

Denne studien av Ylönen, Stolt, Leino- Kilpi og Suhonen (2013) er en litteraturgjennomgang, altså en litteraturstudie. Det ble brukt 16 ulike artikler i denne gjennomgangen, fra Medline, Cinahl og Cochrane library. Hensikten med denne studien var å identifisere hullene mellom kunnskapen til sykepleierne om venøse leggsår og den relaterte evidensbaserte behandlingen. Det viste seg at det var fire store gap i kunnskapene: Vurderingen, fysiologi og helingsprosessen og kompresjonsbehandling. Denne studien konkluderer med at det er mangel på kunnskap relatert til venøse leggsår. Det er et behov for at utdanningsprogram tar sikte på å forbedre sykepleierens kunnskap om behandling av venøse leggsår.

4.2 “Patient safety regarding leg ulcer Treatment in Primary health care”

Hensikten med studien til Smith-Strøm og Thornes (2008) var å se på hvordan de behandlet kroniske leggsår, og på kunnskapen til sykepleieren om leggsår, samt samarbeidet sykepleierne har med sykehusets avdeling for dermatologi. Dette er en kvantitativ- og deskriptiv studie, det ble brukt spørreskjema. Objektene var alle sykepleiere som behandler leggsår i primær helsetjenesten i en kommune i Norge. Funnene i denne studien var at ikke alle pasienter ble diagnostisert før oppstart av behandling, og sykepleierne endret behandling uten å spørre dermatologisk avdeling. Kompresjon og smertelindring var ikke standard prosedyre for alle pasientene. Ikke alle pasientene hadde kontinuitet i behandlingen, og sykepleierens kunnskap var i hovedsak egne eller kollegers erfaring. Studien konkluderer med at behandlingen av leggsår ikke stemmer overens med internasjonale retningslinjer, noe som kan true sikkerheten til pasienten. Sykepleierne oppfattet egen kunnskap om sår som ufullstendig/utilstrekkelig.

4.3 “Compression bandaging for venous leg ulcers: the essentialness of a willing patient”

Hensikten med studien til Annells, O’Neill og Flowers (2008) var å beskrive og utforske grunner for bruk eller ikke-bruk av kompresjonsbandasje av hjemmesykepleiere. Metoden er en kvalitativ beskrivende/utforskende studiering. Bakgrunnen for denne artikkelen er at

leggsår er kostbart for både individet og samfunnet. Mest utbredt er venøse leggsår som er vanlige sår behandlet av hjemmesykepleiere. Det er kjent at kompresjonsbandasje ikke alltid benyttes av sykepleiere ved behandling av venøse leggsår, og det er usikkert hvorfor det er slik. Funnene i denne studien var at en hovedfaktor for å muliggjøre behandlingen ved kompresjonsbandasje er å ha en villig pasient.

4.4 “Wound care by district nurses at primary healthcare centers: A challenging task without authority or resources”

I denne artikkelen av Friman, Klang og Ebbeskog (2011) var målet med studien å beskrive hjemmesykepleiernes opplevelser av egne handlinger i sårbehandlingen av pasienter i hjemmet. Dette er en kvalitativ studie, som har intervjuet åtte ulike hjemmesykepleiere. Funnene i denne studien viste hvordan sykepleierne strevde for å få eksperthjelp til pasientene med sår. De sa at de trengte prosedyrer for å gjøre behandlingen mer effektiv. Dårlig organisering, dårlig arbeidsbeskrivelse, rutiner og retningslinjer var også nevnt som problemer. Mangelen på behandlingsrom, og utstyr gjør denne behandlingen vanskeligere og mindre effektiv. Disse omgivelsene gjør til at det blir ineffektiv sårbehandling og dårlig sårbehandling, som fører til unødvendig lidelse for pasientene.

4.5 “Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes”

Artikkelen av Gjevjon, Romøren, Kjøs og Hellesø (2013) ville undersøke kontinuitet i hjemmesykepleien fra lederens sitt perspektiv. Det er en kvalitativ studie, hvor de brukte semi-strukturerte intervjuer. Funnene i denne studien var at ideelt sett for å oppnå kontinuitet, bør antallet pleiere være lavt. I praksis så var diskontinuitet akseptert som et kompromiss. Lederne må håndtere to paradokser: kontinuitetsidealet vs den praktiske delen i hjemmesykepleien, og omsorg for pasienten vs omsorg for pleieren. Lederne ble da tvunget til å prioritere. Det kommer også frem at det ikke ser ut til å være mulig å sikre kontinuitet hos alle pasienter.

4.6 Oppsummering av hovedfunnene

Hovedfunnene var mangel på kunnskap blant sykepleierne, og et behov for kompetanseheving innen behandling av venøse leggsår. Det kommer også frem at det er lite kontinuitet, og at standard prosedyre ikke alltid er kompresjonsbehandling. Sykepleiernes utilstrekkelige kompetanse kan true sikkerheten til pasientene. Et annet hovedfunn var at grunnen til at det ikke alltid blir brukt kompresjonsbehandling var at pasientene ikke ønsket det. Dårlig organisering fører til unødvendig lidelse for pasienten, og ineffektiv og dårlig sårbehandling. Hjemmesykepleien kjennetegnes av diskontinuitet. Lederne står ovenfor prioriteringer mellom pasienter og personalet. Det kommer frem at det er vanskelig å tilstrebe kontinuitet hos alle pasienter.

5.0 Drøfting

5.1 Kompresjon

Det er mange pasienter som ikke får kompresjonsbehandling, og dette kan få store konsekvenser for sårhelingen. Som nevnt i punkt 2.4 i oppgaven, er kompresjonsbehandling det viktigste tiltaket i behandlingen av venøse leggsår. Annells, O'Neill og Flowers (2008) sier at det er kjent at ikke alle pasienter med venøse leggsår får kompresjon. Formålet med artikkelen deres var å finne ut hvorfor ikke sykepleiere brukte kompresjonsbandasje i behandlingen av venøse leggsår, når det er det fremste tiltaket i behandlingen av slike sår. En annen artikkel av Van Hecke et al. (2009) understøtter dette ved å si at pasientene som har venøse leggsår ikke får optimal behandling. Denne artikkelen sier at kompresjon blir brukt i 58,7 % av alle tilfellene av venøse leggsår. Langøen og Gürgen (2012) sier også at en av de mest utfordrende oppgavene i den daglige sårbehandlingen, er å sikre at pasientene får kompresjon. Smith-Strøm og Thornes (2008) sin studie påpeker også at kompresjon ikke alltid er standard prosedyre for alle pasienter. Det fremstår altså som om det er stor enighet rundt mangel på kompresjon.

Smith-Strøm og Thornes (2008) sier også at det vil få konsekvenser for pasienten at det ikke blir fulgt internasjonale retningslinjer, og de påpeker at dette truer pasienten sin sikkerhet. I følge Langøen og Gürgen (2012) er kompresjon en forutsetning for at såret skal gro. Vi kan da ut i fra dette anta at det er mangel på kompresjonsbehandling som truer pasienten sin sikkerhet, ved å føre til tregere sårheling. På en annen side kommer det frem i artikkelen til Van Hecke et al. (2009) at det kan variere helt fra 49 % til 87 % som får kompresjon.

Ettersom kompresjon er den viktigste behandlingen, burde ikke da flere bli behandlet på denne måten? Det viser seg at det er mange faktorer som spiller inn, og at en betydelig faktor er at pasientene ikke er villige til å få kompresjonsbehandling. Annells et al. (2008) sier at det er viktig å ha pasienter som er villige til å bruke kompresjonsbandasje, og som er villige til å opprettholde behandlingen. Lindholm (2012) nevner en del faktorer som spiller inn på om pasienten ønsker kompresjonsbehandling. Mange faktorer kommer frem, blant annet at det er kosmetisk skjemmende, pasienten ønsker eller er ikke mottakelige for informasjon, mangler motivasjon og oppfatter ikke at såret er så alvorlig. Av egne erfaringer har jeg sett at det også kan være en hindring i hverdagen for noen.

Artikkelen til Annells et al. (2008) sier også noe om de ulike grunnene til at pasientene ikke ønsker å bruke kompresjon. Det kommer da frem negative opplevelser som har skjedd før, forskjellige beskjeder de har fått fra ulike instanser, at det er for varmt, at en får problemer med tørr hud under bandasjen, vanskelig å vaske seg, mobilitetsproblemer og sosial isolasjon. En av sykepleierne i artikkelen sa at en pasient hadde sagt at vedkommende ikke ønsket å gå ut fordi de hadde stygge bandasjer på og at han/hun ikke passet oppi skoene sine lengre. I min jobb har jeg sett at dette er et problem, at en ikke passer oppi sko og at en da ikke ønsker å bruke kompresjonsbandasje. På en annen side kan det få store konsekvenser for pasienten når en ikke bruker kompresjonsbandasje. Det kan føre til forverrelse av sår, og at sårhelingen tar lengre tid (Smith-Strøm & Thornes, 2008).

Er det bare disse faktorene som spiller inn eller er det andre faktorer også? Økonomiske faktorer spiller også inn, fordi i Norge så må pasientene betale for kompresjonsstrømpene selv, og dette kan blir dyrt når de skal skiftes ut hver sjette måned og det er i utgangspunktet dyre sokker (Lindholm, 2012). Langøen og Pukstad (2014) viser også eksempel på hvordan den økonomiske delen er. De tar frem et eksempel på to venninner på 70 år, hvor venninne A får kreft i endetarmen og får utlagt tarm. Hun vet klart og tydelig hvem hun skal kontakte og hun får det hun trenger av hjelpemidler på blå resept. Den andre venninnen B har hatt blodpropp i en vene får 30 år siden og har nå et venøst leggsår. Hun trenger også hjelp til sårene sine, men havner midt mellom lege, hjemmesykepleie og ulike avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Hun må i utgangspunktet betale utstyr hun trenger selv, men kan søke om å få refundert litt fra Helfo, dersom hun får hjelp fra hjemmesykepleien har de ansvar for utgiftene. De påpeker hvor urettferdig, komplisert og faglig tvilsom praksis en har ovenfor mennesker med kroniske sår. De poengterer at de økonomiske faktorene fører til at pasienter velger vekk denne behandlingen fordi det koster for mye. Annells et al. (2008) sier også at de økonomiske faktorene er en av grunnene til at pasientene ikke ønsker kompresjonsbehandling. Men på en annen side er det kommunen som har ansvaret for utgiftene dersom de får hjelp av hjemmesykepleien. Et tredje forhold er at disse økonomiske betingelsene fører til at mange kommuner nekter å innrullere slike pasienter i hjemmesykepleien for å spare penger, som igjen fører til at pasienten havner midt mellom lege, hjemmesykepleie og spesialisthelsetjenesten (Langøen & Pukstad, 2014).

Er den eneste grunnen til at få pasienter får kompresjonsbehandling at pasientene ikke er villige? Kan det skyldes at kompetansen til personalet er for dårlig? I følge Ylönen et al. (2013) har ikke sykepleierne tilstrekkelig kompetanse om behandlingen av venøse leggsår.

Mer om dette i punkt 5.2. Henderson sier at sykepleierne sin funksjon er å hjelpe enkeltmennesker når de har mangel på kunnskap, vilje eller krefter. Sykepleieren skal utføre gjøremål som er av betydning for pasienten. Hun sier også at sykepleieren skal gjennomføre den behandlingen som lege rekvirer, og må derfor utføre kompresjonsbehandling (Kristoffersen, 2012). Dersom pasienten ikke ønsker, må en som sykepleier øke kunnskapene til pasienten ved å gi informasjon (Annells et al., 2008). Det kan tenkes at økt kunnskap vil kunne bidra til økt behandling.

Hvordan kan en løse dette? Denne behandlingen går over lang tid, og må derfor være gjennomførbar for alle parter. Pasientene må også forstå hensikten med behandlingen (Langøen & Gürgen, 2012). Annells et al. (2008) påpeker at motivasjonen til pasienten spiller inn, og om de virkelig ønsker behandling. Det kommer også frem at dersom de har et stort ønske om at såret skal gro, er de villige til å bruke kompresjonsbandasje selv om den fører til ulike problemer. Det kom også frem at dersom pasienten stolte på sykepleieren var pasienten mer villig til å bruke kompresjonsbehandling.

5.2 Kompetanse

Sykepleierne i dag har ikke tilstrekkelig kompetanse i forhold til sårbehandling av venøse leggsår, og det blir et økt behov for kompetanse på dette området i fremtiden. I følge Langøen (2014) vil det bli et betydelig høyere antall pasienter med sår, dette skyldes den økende gruppen eldre, flere som får diabetes type 2 og økende overvekt i befolkningen. Som nevnt i punkt 2.5 ble det et økt behov for kompetanse i hjemmesykepleien etter samhandlingsreformen kom. Studien til Ylönen et al. (2013) påpeker at sykepleierne mener selv de har for lite kompetanse. De har ikke kompetanse om helingsprosessen, og ikke tilstrekkelig kompetanse om kompresjonsbehandling. Videre kommer det frem at det er et stort behov for å øke kompetanse om behandling av venøse leggsår. Studien av Smith–Strøm og Thornes (2008) støtter opp om dette, funnene i denne undersøkelsen er at sykepleierne har utilstrekkelig kompetanse om behandling av leggsår. De påpeker også at kompetansen og den behandlingen pasientene får nå, kan true pasienten sin sikkerhet. Videre sier de også at den utilstrekkelige kompetansen sykepleierne har må tas tak i, for at pasientene skal få best mulig behandling, og en behandling som er evidensbasert.

Dette problemet kan som nevnt være truende for pasientene, og hvorfor er det slik at sykepleierne ikke har tilstrekkelig kompetanse om sårbehandling? Av egen erfaring fra sykepleiestudiet, blir det lagt for liten vekt på sårbehandling i forhold til hvor omfattende dette er. Dette støttes opp av Langøen (2014) som sier at de ulike skolene legger ulik vekt på sårbehandling. I følge Ylönen et al. (2013) må det legges mer vekt på sårbehandling i utdanningen, samt at retningslinjer for sårbehandlingen må følges. En kan ikke legge hele skylden på sykepleierne, når det ikke er implementert tilstrekkelig i utdanningen. I følge Langøen og Pukstad (2014) gjelder ikke dette bare sykepleieutdanningen, men også legeutdannelsen. På den andre siden har sykepleierne mulighet til å øke kompetansen på dette området ved å ta videreutdanning i behandling av kroniske sår i Drammen og Haugesund.

I følge ICN's etiske regler (2007) for sykepleiere har sykepleieren ansvar for, og skal kunne forsvare sin praksis som sykepleier, de har også ansvar for å opprettholde sin kompetanse ved kontinuerlig læring. Sykepleieren skal bruke skjønn med hensyn til individuell kompetanse når det gjelder å delegere oppgaver og påta seg oppgaver. Helse og omsorgstjenester som tilbys skal etter loven være forsvarlige, og kommunen skal tilrettelegge tjenesten slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenesten (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Henderson sier at funksjonen til sykepleieren er å utføre gjøremål som er av betydning for pasienten, og da må de ha kompetanse til å utføre dette (Kristoffersen, 2012).

Konsekvensene av at sykepleierne ikke har tilstrekkelig kompetanse er i følge Ylönen et al. (2013) at pasientene får dårlig behandling og dårlig pleie. Det fører også til unødvendig lidelse for pasienten, ubehag, smerter og forsinket sårheling. En annen konsekvens av forsinket sårheling vil være økte kostnader. På en annen side sier de yrkesetiske retningslinjene (2007) at sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse. Sykepleierne har derfor et personlig ansvar for at egen praksis er faglig forsvarlig. De yrkesetiske retningslinjene sier også at sykepleie skal bygge på forskning, erfarings basert kompetanse og brukerkunnskap.

En annen artikkel av Norheim og Thoresen (2015) sier at sykepleiekompetansen ble opplevd som tilfredsstillende, men ikke tilstrekkelig. I denne studien var det to fokusgrupper med til sammen elleve sykepleiere, og to individuelle intervjuer med kommunale ledere. Bakgrunnen for denne artikkelen var bekymring for kompetansenivået i kommunehelsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Funnene var som nevnt ikke tilstrekkelig kompetanse, og den må styrkes i alle ledd fordi en kan forvente enda flere kompetansekrevede oppgaver. Dette støttes opp av Fermann og Næss (2014) som sier at det ble økt behov for kompetanse

etter samhandlingsreformen kom. Hva skal en gjøre med at kompetansen til sykepleierne er utilstrekkelig? Dette bringer en videre til punkt 5.3 i oppgaven, altså kompetanseheving.

5.3 Kompetanseheving

Økt behov for kompetanse i fremtiden, betyr at en er nødt for å heve kompetansen hos personell i følge en rekke artikler som nevnt i punkt 5.2., for at behandlingen av venøse leggsår skal være optimal for pasientene. Todd (2011) sier at sykepleierne må ha god kompetanse på prinsippene i kompresjonsbehandling, og de må kunne legge på riktig kompresjon, for at det skal være god behandling.

Hvordan skal en øke kompetansen hos sykepleieren? I følge Smith-Strøm og Thornes (2008) vil en mulighet være å arrangere seminarer om sårbehandling for sykepleiere, som vil føre til mer kunnskap om venøse leggsår. Her vil det da også oppstå større kontakt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Langøen og Pukstad (2014) sier at de arrangerer slike seminarer én gang i året, hvor det er mellom 400-450 deltakere. Dette er for de som er interessert i kroniske sår. Dersom dette allerede foreligger, hvilke andre tiltak kan en da sette i gang? Da har en også en annen mulighet som videreutdanning, som fører til enda mer kompetanse blant sykepleierne. De siste årene har det vært mulig for ferdig utdannede sykepleiere å ta videreutdanning i behandling av kroniske sår ved høyskolen i Drammen og Høyskolen i Haugesund, denne utdannelsen ble startet i 2008 (Langøen & Pukstad, 2014). Ut i fra egne erfaringer fra arbeidsplassen, er det lavere terskel for å være med på et seminar, enn å ta videreutdanning. Samtidig ser en at de som virkelig er interessert i sårbehandling ønsker denne videreutdannelsen også. Et annet forhold er at det bare finnes to plasser å ta denne utdannelsen i Norge per dags dato, og kanskje flere hadde tatt denne utdannelsen dersom en kunne ta den i hjembyen sin. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) sier at personell som utfører arbeid etter loven har plikt å ta del i videre og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like.

Som nevnt i punkt 5.2 i oppgaven, blir det lagt for lite vekt på sårbehandling og kompresjon i sykepleierutdannelsen. I følge Ylönen et al. (2013) er det behov for å øke kunnskapen om venøse leggsår og kompresjon i sykepleierutdannelsen, og i videreutdanning. Dette kan da være en mulighet for kompetanseheving, og implementere sårbehandling av venøse leggsår mer i utdanningen. Et annet eksempel på kompetanseheving kan være sertifisering av

helsepersonell. I følge Langøen (2014) anbefales det sertifisering av helsepersonell i forhold til kompetanse. Dette vil fungere slik at de får rettigheter ut i fra hvilken kompetanse de har. Som nevnt tidligere er det helt avgjørende med kompresjonsbandasjer som er lagt riktig for å få såret til å gro. Det kan tenkes at denne typen sertifisering fører til at flere ønsker denne kompetansen slik at de kan utføre kompresjonsbehandling. Dette bør en utføre lokalt, hver enkelt kommune kan ha slike kurs og sertifiseringer. En kan utføre det som kurs, samt at de skal gjennom en «prøve» i å legge kompresjonsbandasje, slik at en ser om de har lært dette. Når en vet at en skal bli testet vil en følge mer med under kurset, og en vil øve før prøven.

5.4 Kontinuitet

Hjemmesykepleien kjennetegnes av diskontinuitet, fordi sykepleierens behov blir prioritert, med dette menes at sykepleierne ikke ønsker å gå til de samme pasientene over lengre tid. I følge Gjevjon (2013) er det vanskelig for ledelsen i hjemmesykepleien å oppnå kontinuitet. Dette skyldes at de har ulike hensyn de må ta, blant annet i forhold til personalet. Ledelsen blir presset til å prioritere mellom pasient, personal og kvaliteten på pleien, samt retningslinjer. Birkeland og Flovik (2014, s. 157-158) sier at personalets behov er også av betydning, og at en skal prøve å skjerme personalet mot store belastninger over tid. En doktorgrad av Gjevjon (2014) viste at lederne måtte balansere mellom hensynet til ansattes arbeidssituasjon og kontinuitet for pasientene. Pasienten fikk i gjennomsnitt 51 besøk av hjemmesykepleie, hvor det var 17 forskjellige som kom. Dette var i løpet av en 4 ukers periode, og sjansen for å se den samme var liten. I følge Birkeland og Flovik (2014) er det hele 90 % av pasientene som opplevde at det var mange som kom innom. Denne studien av Gjevjon (2014) viser at det er en betydelig utfordring i hjemmesykepleien å sikre kontinuitet.

Hva er egentlig rett, skal en prioritere sykepleierens behov? Birkeland og Flovik (2014) sier at det må være en viss forståelse for at en tar hensyn til personalet, og at det er en fordel for arbeidsmiljøet dersom dette blir gjort. Et annet forhold er at det må være en grense for hvor mange pasienten skal forholde seg til. I følge Henderson skal sykepleieren hjelpe pasienten til å bli selvstendig så raskt som mulig, og i dette kan en da legge at såret gror så raskt som mulig. Selvstendighet er et sentralt begrep i Henderson sin tekning, fordi det er nært tilknyttet målet om god helse eller helbredelse (Kristoffersen, 2012). Kontinuitet fører til raskere sårheling som igjen fører til raskere selvstendighet, derfor støtter Henderson opp mot

kontinuitet. Studien til Törnvall og Wilhelmsson (2010) sier også at det er nødvendig å øke kontinuiteten i behandlingen av pasienter med leggsår.

Er det behov for kontinuitet i sårbehandlingen? I følge Gjevjon (2014) synes 77 % av pasientene at antallet pleiere som kom var uproblematisk. På en annen side var det så mange som 60 % av pårørende som synes at antallet pleiere som var innom var for høyt. På bakgrunn av eksamensoppgaver som ble utført av elever ved videreutdanning i kroniske sår ved Høgskolen Stord/Haugesund, kan en si at kontinuitet er viktig for sårbehandlingen. Disse eksamensoppgavene viste at kontinuitet, oppfølging og dokumentasjon førte til at sårene helet raskere. Dette gikk over en tre måneders periode, og mellom 70-80 % av sårene helet fullstendig eller ble mer enn halvert. I følge Friman et al. (2010) er det blitt vist at kontinuitet og gode relasjoner mellom pasient og sykepleier er viktig i sårbehandlingen fordi det gir pasienten en slags trygghet og sikkerhet. Ut av dette kan det tolkes som at kontinuitet er noe som kreves i sårbehandlingen.

Skyldes diskontinuiteten bare sykepleierens behov, eller er det andre faktorer som spiller inn? I følge Friman et al. (2011) var kontinuitet viktig for behandlingen, og sykepleierne ønsker å ta denne oppgaven selv. Men de måtte delegerer vekk sårbehandlingen til assistentene på grunn av for liten tid. Dette støttes opp av Smith–Strøm og Thornes (2008) som sier at mangelen på sykepleiere førte til at de måtte delegerer vekk denne oppgaven. For å endre dette måtte sykepleierne dokumentere hvordan det påvirker kvaliteten på pleien, når de måtte delegerer vekk sårbehandlingen til assistenter som har mindre kompetanse.

5.5 Organisering

Organiseringen av sårbehandlingen av venøse leggsår, fungerer ikke slik den skal for at pasientene skal få en optimal sårheling. Denne behandlingen har liten status, og er ikke prioritert i samfunnet. Organiseringen av sårbehandlingen varierer veldig fra sted til sted, og leger har ulike forhold til behandlingen. I følge Friman et al. (2011) er ikke leger interesserte og støtter ikke nok opp om sårbehandlingen. Sykepleierne føler de kan mer enn legen om sårbehandling. Det kommer også frem at legene stoler på sykepleiernes bedømmelser og utførelser. Det vises også at det er tilfeldig hvem som utfører sårbehandlingen. Sykepleierne må delegerer vekk denne oppgaven til assistenter og helsefagarbeidere.

Hvem har og tar ansvar for disse pasientene? Langøen og Pukstad (2014) sier at organiseringen er tilfeldig, og det er slik at disse pasientene faller mellom. Noen kommuner har sårkontakter som har ansvar, andre har ikke det. Noen har kontakt med leger, mens andre leger ønsker ikke å involvere seg like mye i behandlingen. Helsepersonelloven (1999) sier at utførelsen skal være faglig forsvarlig, og at en skal henvise pasienten videre eller innhente bistand dersom det er nødvendig. Langøen og Pukstad (2014) viser til at samfunnet prioriterer ikke sårbehandling på samme måte som ved andre sykdommen, ut i fra eksempelet om to venninner i punkt 5.1. Dette vil si at dersom samfunnet ikke viser prioritering på dette feltet, vil heller ikke leger og sykepleiere prioritere dette. I følge Friman et al. (2011) savner sykepleierne interesse og støtte fra legene. I følge Sæterstrand, Holm og Brinchmann (2015) er det et økt press på hjemmesykepleien etter samhandlingsreformen tredde i kraft. Dette har ført til større ansvarsområde og et økt tidspres. Friman et al. (2011) sier at sykepleierne må delegerer vekk denne oppgaven når det er for lite tid. De velger å delegerer vekk denne oppgaven, og ikke de andre oppgavene de har, som igjen sier noe om prioritet.

Er det et problem at helsefagarbeidere eller assistenter utfører sårbehandlingen? I følge Beldon (2008) har helseassistenter en verdifull rolle i hjemmesykepleien. Likevel er det en debatt i forhold til deres rolle i behandlingen av venøse leggsår. Det blir også påpekt at sykepleierne må innse at det er deres ansvar, og de må hindre at det blir skader på grunn av dårlig eller upassende kompresjonsbandasje. I artikkelen til Ylönen et al. (2013) kommer det frem at dersom sykepleieren har for lite kompetanse vil dette føre til forsinket sårheling, som igjen fører til økte kostnader. Dette vil også gjelde for helsefagarbeidere som ikke har tilstrekkelig kompetanse. Konsekvensen av for lite kompetanse og for lite kontinuitet vil føre til forsinket sårheling og dermed økte kostnader. Ut i fra dette ser en at en må endre organiseringen slik at de som har tilstrekkelig kompetanse, er de som går til pasienter med sår. Dette vil være positivt for samfunnet, fordi de blir brukt mindre ressurser når sårene heler raskere. Som nevnt i punkt 1.1 blir det brukt store deler av budsjettet til behandling av venøse leggsår. I følge Augustin, Brocatti og Rustenbach (2014) utgjør disse kostnadene 2,5 % av helsebudsjettet i de vestlige landene. Kostandene er arbeidskraft i sykepleiere, bandasjer og sykehusinnleggelser.

Er det faglig forsvarlig dersom assistenter eller helsefagarbeidere utfører kompresjonsbehandlingen? Det vil ikke være faglig forsvarlig at noen utfører kompresjonsbehandling dersom de ikke har kompetansen til det, om de er sykepleier eller assistent. Dersom det ikke blir utført rett kan det føre til større skader på såret, og unødvendig

lidelse for pasienten. Både helsepersonelloven og helse- og omsorgstjenesteloven sier at praksisen skal være faglig forsvarlig. Som nevnt i punkt 5.3 er kompetanseheving en løsning, et eksempel på det kan være intern sertifisering.

Hvordan kan en løse dette problemet? I følge Smith-Strøm og Thornes (2008) kan en løsning være at en lager et team av spesialsykepleiere på sår, som følger opp pasientene, dette vil føre til bedre kompetanse på de som utfører sårbehandlingen, og det vil være bedre for pasientene. Det vil føre til økt kontinuitet, dokumentasjon, og kvaliteten på pleien vil bli bedre, som igjen vil føre til mindre kostnader for samfunnet.

En annen måte å gjøre det på er som et eksempel fra Stavanger kommune som har en egen sykepleierklinikk, som er mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes hjemmesykepleie. I følge Hofstad (2016) er 90 % av deres oppgaver å utføre sårstell. Utsagn som kommer i fra denne artikkel er ”det er ingen grunn til at pasienter skal sitte og vente på hjemmesykepleien” et annet utsagn som en pasient sa ”med hjemmesykepleie ble det mye venting”. Sårene hans grodde bedre etter at han begynte å gå på denne sykepleieklinikken. Det kommer også frem at de som jobber der er utdannet innen sår, som er en stor fordel for sårhelingen. Det er flere å forholde seg til i hjemmesykepleien enn det er i denne klinikken, han sier også at hjemmesykepleien gjorde så godt de kunne men at de ikke hadde utdanning innen sår. Dette er et godt forslag for mange, som har muligheten til å komme seg til en slik klinikk. Det er også et poeng at de kan være mer delaktige i sin del av sårbehandlingen, samt at de kommer seg ut en tur (Hofstad, 2016).

6.0 Konklusjon

For å oppnå sårheling av venøse leggsår i hjemmesykepleien ved hjelp av kompresjon, er det flere faktorer som spiller inn. For det første må pasientene få kompresjon, og de som legger kompresjonen må ha kompetanse til det. Videre må det være kontinuitet i behandlingen som, sammen med kompetanse, vil føre til raskere sårheling. Kompresjonsbehandlingen må være organisert slik at det er faglig forsvarlig. Pasientene må få tilstrekkelig informasjon, slik at de påbegynner og fullfører behandlingen.

Ut i fra funnene i denne oppgaven, viser det seg at disse faktorer er ikke helt slik de burde være, og det er behov for forbedring på mange av punktene. Kompetanseheving hos sykepleierne er en faktor som kan føre til at riktig behandling finner sted. Det kan også føre til at pasientene ønsker behandling, gjennom god informasjon. Dette kan oppnås med intern kursing eller videreutdanning. Sykepleierne er selv ansvarlig for å ha tilstrekkelig kunnskap.

Diskontinuiteten må tas tak i, fra lederen sin side, samt at sykepleierne må ta ansvar for sårbehandlingen. Organiseringen er heller ikke tilstrekkelig. Sårbehandlingen har lav prioritet i samfunnet, som igjen smitter over på leger og sykepleiere. Dersom det hadde vært en annen organisering og kontinuitet, ville det ført til sparte kroner for samfunnet, fordi sårene ville helet raskere.

Referanseliste:

- Anells, M., O'Neill, J., & Flowers, C. (2008). Compression bandaging for venous leg ulcers: the essentialness of a willing patient. *Journal Of Clinical Nursing*, 17(3), 350-359 10p. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01996.x
- Augustin, M., Brocatti, L. K., Rustenbach, S. J., Schäfer, I., & Herberger, K. (2014). Cost-of-illness of leg ulcers in the community. *International Wound Journal*, 11(3), 283-292 10p. doi: 10.1111/j.1742-481X.2012.01089.x
- Beldon, P. (2008). Compression bandaging: avoiding pressure damage. *British Journal of Community Nursing*, 13(6), S6-2 2p. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a6fb203f-63fa-45a3-b3e4-05b984217e68%40sessionmgr4001&vid=4&hid=4207>
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm AS
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag AS
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Fermann, T., & Næss, G. (2014). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2.utg., s. 238- 264). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Fjørtoft, A. K. (2012). *Hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Forsberg, C., & Wengstrøm, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier – Vårdering, analys och presentation og omvårdningsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur
- Friman, A., Klang, B., & Ebbeskog, B. (2011). Wound care by district nurses at primary healthcare centres: a challenging task without authority or resources. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 25(3), 426-434 9p. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00839.x
- Gjevjon, E. R., Romøren, T. I., Kjøs, B. Ø., & Hellesø, R. (2013). Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. *Journal Of Nursing Management*, 21(1), 182-190 9p. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01366.x

- Gjevjon, L. R. E. (2014). Continuity in long-term home health care – Perspectives of managers, patients and their next of kin (Doktorgrad ved universitetet i Oslo og Høyskolen Diakonova). Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2014/12/continuity-long-term-home-health-care-perspectives-managers-patients-and-their>
- Grung, M. E., & Nagell, H. W. (2010). Trenger vi forskningsetiske retningslinjer? I K. W. Ruyter (Red.), *Forskningsetikk* (1.utg., s. 75-92). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 nr. 30*. Hentet 6. Februar 2016 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell av 2. Juli 1999 nr. 64. Hentet 14. Januar 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=Helsepersonell%20loven>
- Hofstad, E. (2016). Alt på ett sted. *Sykepleien.no*. Hentet fra <http://sykepleien.no/2016/02/alt-pa-ett-sted>
- Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie – bind 1* (2.utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kunnskapsbasert praksis (2012). Hentet 10. Januar fra: <http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sjekklistre-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Langøen, A. (2014). Sår og sårbehandling. I A. Birkeland & A. M. Flovik (Red.), *Sykepleie i hjemmet* (2.utg., s. 115-139). Oslo: Cappelen Damm AS
- Langøen, A., & Gürgen, M. (2012). Forebygging og behandling av sår. I A. Langøen (Red.), *Sårbehandling og hudpleie* (4.utg., s. 252-314). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Langøen, A., & Gürgen, M. (2012). Sårbehandling, generelle prinsipper. I A. Langøen (Red.), *Sårbehandling og hudpleie* (4.utg., s. 165-249). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Langøen, A., & Pukstad, B. (2014). Sårpasienter den nye pariakasten? *Stavanger Aftenblad*. Hentet fra <http://www.aftenbladet.no/meninger/Sarpasienter-den-nye-pariakasten-3581702.html>

- Lindholm, C. (2012). *Sår*. Oslo: Akribe AS
- Mathisen, J. (2011). Hva er sykepleie?. I T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1* (4.utg., s.149-168). Oslo: Akribe AS
- Norheim, K. H., & Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien- på rett sted til rett tid? *Sykepleien*, 10(1): 14-22. Doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.53343
- NSF (2007). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN´s etiske regler. Oslo: Norsk sykepleieforbund. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile>
- Olsson, H., & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen – kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Sæterstrand, T. M., Holm, S. G., & Brinchmann, B. S. (2015). Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis. *Klinisk Sygepleje*, 29(1), 4-16.
- Slagsvold, C. E. & Stranden, E. (2015). Venøse leggsår. Tidsskrift for Den norske legeforening, 125:891-4. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/1171306>
- Smith-Strøm, H., & Thornes, I. (2008). Patient safety regarding leg ulcer treatment in primary health care. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies /Vård I Norden*, 28(3), 29-33 5p. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f17bcb08-6770-455c-b60f-f0fe0163e929%40sessionmgr111&vid=12&hid=106>
- Todd, M. (2011). Use of compression bandaging in managing chronic oedema. *British Journal Of Community Nursing*, S4-8 1p. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a6fb203f-63fa-45a3-b3e4-05b984217e68%40sessionmgr4001&vid=13&hid=4207>
- Törnvall, E., & Wilhelmsson, S. (2010). Quality of nursing care from the perspective of patients with leg ulcers. *Journal Of Wound Care*, 19(9), 388-395 8p. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a6fb203f-63fa-45a3-b3e4-05b984217e68%40sessionmgr4001&vid=17&hid=4207>
- Van Hecke, A., Grypdonck, M., Beele, H., De Bacquer, D., & Defloor, T. (2009). How evidence-based is venous leg ulcer care? A survey in community settings. *Journal Of Advanced Nursing*, 65(2), 337-347 11p. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04871.x

Ylönen, M., Stolt, M., Leino-Kilpi, H., & Suhonen, R. (2013). Nurses' knowledge about venous leg ulcer care: a literature review. *International Nursing Review*, *61*(2), 194-202 9p. doi: 10.1111/inr.12088