



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	26-02-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Slutt dato:	26-04-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 1066

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Venøse leggsår som en påvirkning av liuskvaliteten hos eldre.

Antall ord *: 8131

Tro- og loverklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen** Nei
konfidensiell materiale?:

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

«Venøse leggsår som en påvirkning av livskvaliteten
hos eldre»

Kull: 2015

Antall ord: 8131

Fakultet for Helse-og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,
Fagseksjon for sjukepleie – Haugesund

Kandidatnummer: 1066

Sammendrag

Tittel: Venøse leggsår som en påvirkning av livskvaliteten hos eldre.

Bakgrunn: Venøse leggsår utgjør en stor andel av pasienter i hjemmesykepleien. Sårstell har tidligere vært det største hovedfokuset hos denne pasient gruppen. Ut fra min egen erfaring, har jeg sett at det er mer enn kun leggsåret som trenger oppmerksomhet og behandling.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan venøse leggsår påvirker livskvaliteten hos pasienter som mottar hjemmesykepleie.

Metode: Litteraturstudie er brukt som metode i oppgaven. Det er brukt egne erfaringer, faglitteratur og vitenskapelige artikler basert på kvalitativ og kvantitativ forskning for å besvare problemstillingen.

Funn: Det viser seg at det er symptomer forårsaket av venøse leggsår, og ikke så mye leggsårene i seg selv, som påvirker livskvaliteten mest. Smerter, sårsekresjon, lukt og redusert mobilitet viser seg i funnene å påvirke pasientenes livskvalitet.

Oppsummering: En viktig sykepleieoppgave til pasienter med venøse leggsår vil være å sette et mer holistisk fokus på de fysiske, psykiske og sosiale faktorene pasientene kan oppleve på grunn av venøse leggsår.

Abstract

Title: Venous leg ulcers as an effect on life quality in elders.

Background: Venous leg ulcers make a large share of patients in home care. Ulcer treatment has previously been the main focus with this patient group. From my own experiences, I have noticed that patients need more than just treatment of the leg ulcer.

Aim: The aim of the study is to figure out how venous leg ulcers affects the quality of life in patients who receive home care nursing.

Method: This thesis is a literature review using own experiences, textbooks literature and scientific articles based on qualitative and quantitative research to answer the question.

Findings: Venous leg ulcers in itself does not seem to affect as much as the symptoms caused by the ulcers on the patients' quality of life. Pain, exudate, odor and reduced mobility shows to affect the patients' quality of life.

Summary: It is important for nurses to put more holistic focus on the physical, psychological and social factors the patients may experience due to the venous leg ulcers.

Keywords: Venous leg ulcers, quality of life, pain, community nursing, psychosocial, effects

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2 HENSIKT	2
1.3 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.....	2
1.4 PRESISERING OG AVGRENSING.....	2
1.5 DISPONERING I OPPGAVEN	3
2 TEORI	4
2.1 SYKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV OG LIVSKVALITET	4
2.2 VENØS SVIKT OG LEGGSÅR.....	5
2.3 SMERTE OG KOMPRESJONSBANDASJE	7
2.4 HJEMMESYKEPLEIE.....	8
2.5 SYKEPLEIETIKK OG JURIDISKE RAMMER.....	9
3 METODE	11
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	11
3.2 KVALITATIV OG KVANTITATIV FORSKNINGSMETODE.....	11
3.3 SØK	12
3.4 PERSONVERN OG ETISKE OVERVEIELSER.....	14
3.5 METODEKRITIKK.....	14
3.6 KILDEKRITIKK.....	14
4 RESULTAT	16
4.1 ARTIKKEL 1	16
4.2 ARTIKKEL 2	16
4.3 ARTIKKEL 3	17
4.4 ARTIKKEL 4	18
4.5 OPPSUMMERING AV HOVEDFUNN	18
5 DRØFTING	19
5.1 FAKTORER SOM PÅVIRKER LIVSKVALITETEN	19
5.1.1 Smerte	19
5.1.2 Redusert mobilitet.....	20
5.1.3 Lukt og sårsekresjon	22
5.1.4 Sosial isolasjon.....	23
5.2 HJEMMESYKEPLEIE.....	24
6 AVSLUTNING	26
7 REFERANSELISTE	27
8 VEDLEGG	30
8.1 VEDLEGG 1	30
8.2: VEDLEGG 2	31

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg visste tidlig at jeg ville skrive bacheloroppgaven om noe jeg ikke hadde så mye kunnskap om og som jeg synes er interessant. Dette vil gi meg muligheten til å lære mer om et spesifikt tema som både interesserer og engasjerer meg. Det har vært lite undervisning om akkurat sår og sårstell på skolen, men jeg har gjennom skolepraksis opplevd mange ulike typer sår.

Ut fra min observasjon, har de fleste pasientene til felles sosial isolasjon og smerte. Min opplevelse av å se pasienter sitte hjemme, med lite sosial kontakt med venner og/eller familie, er grunnen til at jeg velger å belyse temaet om livskvalitet, da smerte og sosial isolasjon etter min oppfattelse ikke virker som god livskvalitet.

I følge sårsykepleier Mari Robberstad (u.å.) ligger forekomsten av leggsår på 1 – 1,5%. Når alderen oversiger 65 år, stiger også prevalensen tre til fire ganger så mye. Uten noen spesifikke tall, antar man at det er mer enn 50 000 mennesker som har kroniske sår i Norge, og ca. 15 000 av disse har aktive sår med pågående behandling (Grung, R., Kjerkol, I., Knutsen, T-K., Michaelsen, T., Ruiten, F og Toppe, K., 2017).

Et venøst leggsår er en somatisk sykdom, som kan være et vanskelig helende sår. Noen pasienter med venøse leggsår opplever at de gror, andre må leve med leggsåret livet ut (Langøen og Gürgen, 2012, s 264). Behandling og oppfølging av sår er en viktig del av hjemmesykepleiens arbeid, og en stor del av arbeidet representeres av dette siden sårene har lang helningstid (Langøen og Gürgen, 2012, s. 64). I følge Slagsvold og Stranden (2005) har ca. 70% av alle leggsår en venøs årsak. Slike sår fører ofte med seg store problemer for pasienten, som uttalte symptomer relatert til såret, men også redusert livskvalitet og sosial isolering, smerte, depresjon, angst og negativt selvbilde.

En av grunnene til at det blir mer og mer vanlig å se venøse leggsår i hjemmetjenesten kan ha en sammenheng med at pasientene blir eldre. Det blir stadig mer og mer eldre som ønsker å bo hjemme med hjelp fra hjemmetjenesten. Mange av de som får hjelp til sårstell, klarer seg fint hjemme, og har ikke noe behov for hjemmesykepleie ellers (Birkeland og Flovik, 2014, s. 21).

Robberstad (u.å) påpeker at pasienter med sår har mer en «fysiske» hull, som smerte. De har i tillegg psykiske-, sosiale- og åndelige hull.

Min erfaring fra praksis er at sårstell er den oppgaven man gjør hos pasienten. Man skal utføre sårbehandling og målet er å prøve å få såret til å gro eller forebygge forverring. Det er sjeldent jeg har hørt noen si noe om at målet er å sørge for at pasienten skal ha det godt, tatt i betraktning til leggsåret. Alt fokus er på den fysiske oppgaven, som stell av såret, ikke på det menneskelige og helhetlige aspektet av behandlingen.

1.2 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan eldre med venøse leggsår opplever sin hverdag og livssituasjon, og hva som er med på å påvirke livskvaliteten negativt.

1.3 Presentasjon av problemstilling

«Hvordan påvirker venøse leggsår livskvaliteten hos eldre pasienter i hjemmetjenesten?»

1.4 Presisering og avgrensing

Hovedfokuset med oppgaven er å belyse de ulike faktorene som påvirker livskvaliteten til en bruker med venøse leggsår og hvordan sykepleiere kan være med på å bedre livskvaliteten. Oppgaven avgrenses også til brukere over 70 år i hjemmetjenesten, både kvinner og menn, som bor i egen bolig og som er orientert for tid og sted.

På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å avgrense sykdomstilstandene på venøse leggsår til venøs svikt. Oppgaven fokuserer også kun på pasienter som allerede har venøse leggsår, og ikke på forebygging av det å få sår. Pårørende er og/eller kan være en viktig ressurs i et behandlingsforløp, men jeg har valgt å ikke legge vekt på dette. I hjemmetjenesten blir ofte takerne av hjemmehjelp kalt for brukere. Jeg har valgt å bruke pasient som betegnelse på personer som får helsehjelp i hjemmetjenesten.

1.5 Disponering i oppgaven

Neste kapittel i oppgaven er kapittel 2, teorikapittelet, hvor sykepleieteoretisk perspektiv, selvvalgt litteratur og pensum blir belyst. Så kommer kapittel 3 som er metodekapittelet. Her beskriver jeg hva som kjennetegner en litteraturstudie og hvordan jeg har søkt og valgt forskning til oppgaven. Etter det kommer kapittel 4, resultatkapittelet. Her blir forskningene presentert. Så kommer kapittel 5, hvor det er drøfting av forskning og teori. Til slutt, i kapittel 6, kommer en liten avslutning på oppgaven hvor jeg oppsummerer funnene gjort i oppgaven.

2 Teori

I teorikapittelet vil jeg forklare hvilket sykepleierteoretisk perspektiv jeg har valgt å bruke. Videre brukes det annen relevant faglig litteratur for å belyse hva et leggsår er og hvordan det oppstår, og faktorer som kan påvirke livskvaliteten.

2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv og livskvalitet

En sykepleieteori beskriver eller forklarer hva sykepleie er eller bør være, enten generelt eller innenfor et avgrenset område. Ved å mestre bruken av ulike sykepleierteorier lærer en hva en skal spørre om, hva en skal observere, hva en skal ha fokus på, og hva en skal tenke på (Kristoffersen, 2012, s. 208)

På bakgrunn av problemstillingen i denne oppgaven, har jeg valgt å bruke holisme som et overordnet perspektiv på sykepleie. Holisme har flere definisjoner og er en vitenskapsteoretisk retning. Menneskeperspektivet av holisme bygger på et helhetlig menneskesyn med fire dimensjoner: den fysiske, psykiske, sosiale og åndelige. Tanken bak holismen er at disse fire dimensjonene ikke skal stå eller behandles alene, men i en helhet. Den fysiske dimensjonen har med kroppen, celler og organer å gjøre. Den psykiske dimensjonen angår våre evner og egenskaper. Den sosiale dimensjonen viser våre behov for stabil sosial kontakt og den åndelige dimensjonen angår våre livssyn, religioner, verdier og selvbevissthet (Odland, 2014, s. 25-27). Vår forståelse av begrepet har stor betydning for hvordan vi utøver sykepleie. I fra å tenke på å behandle *et venøst leggsår*, er fokuset skiftet over til å behandle *en pasient* med et venøst leggsår. Her har sykepleieren fokus på både pasienten *og* sykdommen (Lindholm, 2014, s. 383).

Arbeid ut fra et holistisk og helhetlig menneskesyn setter fokus på både de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behovene. Pasientene må bli sett på som medmennesker og likeverdige samarbeidspartnere i behandlingsforløpet. Et samarbeidsforhold mellom pasient og sykepleier gir pasienten frihet til å delta i sin egen behandling (Odland, 2014, 31-32). Begrepet livskvalitet knyttes til enkeltmenneskers indre opplevelser og blir betegnet som psykisk velvære. Livskvalitet er en opplevelseskvalitet, hvor hele mennesket har det godt, og alle behov er dekket. En forutsetning for god livskvalitet er at pasienten selv får være med å

bestemme hva som fungerer for den enkelte i behandlingsforløpet (Kristoffersen, 2012, s. 57-58).

Livskvalitet, et begrep som er vanskelig å definere og kan defineres på flere ulike måter. Verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon går ut på personer sin oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kulturen og det verdisystemet de lever i, og forventninger, normer og interesser. Denne definisjonen fokuserer mer på personers tenkning og de objektive tingene som fravær av sykdom, jobb og økonomi, og utelater den følelsesmessige delen av en persons livssituasjon (Kristoffersen, 2012, s. 57). Siri Næss sin definisjon derimot, setter fokus på det subjektive, som å føle at en har det godt, i motsetning til det objektive som å ha en god økonomi. Næss sin definisjon:

”En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad at personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er negative” (Sitert i Kristoffersen, 2012, s.58).

For å kunne bruke definisjonen livskvalitet om helse, betegnes det som helsereelatert livskvalitet (HRQL). Det forklares som: ”den innvirkningen som sykdom og behandling har på livskvaliteten” (Kristoffersen, 2012, s 59). Helsereelatert livskvalitet handler om å ha det så bra som mulig, tatt i betraktning til forholdene.

Livskvaliteten påvirkes på flere områder, spesielt smerte, mobilitet og sosialitet. Pasienter med kroniske sår har betydelig lavere livskvalitet. Dersom pasienten er plaget med smerter, vil det redusere bevegelsesevnen og evnen til å utføre praktiske oppgaver. På denne måten kan pasienten oppleve mindre livsutfoldelse (Langøen og Gürgen, 2012, s. 302).

2.2 Venøs svikt og leggsår

Sår har røtter lang tilbake i historien og har blitt omtalt mange hundre år f.Kr. Hippokrates var en av de første til å forstå at sår kan oppstå på medisinsk grunnlag, og ikke kun på grunn av ulike teorier, som religion. Han, som flere andre, la også vekt på det helhetlige ved behandling av pasienten (Lindholm, 2012, s. 15).

Venøse leggsår er i følge Norsk Interessefaggruppe for Sårheling sin definisjon (NIFS):

“Sår lokaliser på leggen forårsaket av overfladisk, dyp eller kombinert venøs svikt” (Sitert fra NIFS, u.å.)

70% av alle leggsår er venøse. Det som karakteriserer et leggsår som venøst er at sårene har en påvist venøs dysfunksjon. Dette betyr at ulike sykdommer som for eksempel vaskulitt, diabetes eller arteriell dysfunksjon ikke er årsaken til leggsåret (Lindholm, 2012, s. 86). Av alle venøse leggsår, er ca. 80 % «refluks-sår». De resterende 20% av venøse sår oppstår som hydrostatisk sår, som oftest kommer av kraftig overvekt og nedsatt bevegelsesevne (Lindholm, 2012, s. 85-88).

Underekstremitetene består både av et overfladisk og et dypt venesystem. Det overfladiske venesystemet pumper det venøse blodet over i det dype venesystemet gjennom perforantvenner (forbindelsesvenner). Den dype venen transporterer så det venøse blodet tilbake til hjertet. I perforantvennene er det en rekke klaffer som skal hindre refluks. Refluks betyr at blodet strømmer tilbake dit det kom ifra. Dersom det blir skade på klaffene vil blodet renne tilbake til de overfladiske venene, og de vil bli overfylte. Forstyrret klaffefunksjon i de dype og perforerende venene kan føre til venøs hypertensjon og utvikling av ødem (hevelse) og sår (Lindholm, s. 87-89).

Venøse leggsår oppstår ved venøs svikt, der i hovedsak skader på klaffene i venene er grunnen til svikten. Tilbake strømmingen fungerer da ikke lenger slik som den skal. Ved skade på klaffen kan det venøse blodet bli stuet nede i leggen. Dette fører til at venetrykket blir høyere (venøs hypertensjon) og venen utvides. Klaffene i venene blir da for små i forhold til venens diameter (Langøen og Gürgen, 2012, s. 260-261).

Forhøyet trykk i det venøse systemet (venøs hypertensjon) er noe alle pasienter med venøse leggsår har tilfelles. Om det dannes seg sår, er avhengig av leggmuskelpumpens aktivitet og funksjon. Ved dårlig funksjon, øker det venøse trykket nede på leggen. Ved venøs svikt og hypertensjon oppstår det en inflammatorisk reaksjon i karveggen. Denne inflammasjonen påvirker både koagulasjonen og mikrosirkulasjonen (NIFS, u.å.).

Venøse leggsår har ujevne sårkanter og er vanligvis overfladiske. Flaten er dekket av fibrin, et trådformet protein som dannes i blodvæsken. Dette vises som et gult belegg over såret, som

kan debrideres (skrapes bort) eller tas bort med pinsett. Sårene kan skape mye lukt og sekresjon (Holsen og Ingebretsen, 2011, s. 508-510)

2.3 Smerte og kompresjonsbandasje

I følge International Association for the Study of Pain (IASP) defineres sårsmerte slik:

«Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som vi forbinder med vevsskade eller truende vevsskade, eller som beskrives som slik skade» (Sitert i Lindholm, 2012, s. 313).

Smerte er det dominerende problemet for redusert livskvalitet hos personer med venøse leggsår (Lindholm, 2012, s. 156). Pasienter med venøse leggsår har mye smerter, både fysiske og psykiske. Ved venøst leggsår, sitter oftest smerten i selve såret, beinet eller omkringliggende vev. I tillegg kan tyngdefølelse i bena på grunn av ødem oppleves som smerte og/eller ubehag. Opptil 75% av pasientene med venøse sår har smerter. Smertene kan oppleves som kløende eller stikkende. De fleste opplever ikke så mye smerte ved lett gange, men da de sitter med føttene rett ned kan smertene oppleves verre. Smertene kan også vedvare om natten (Langøen og Gürgen, 2012, s. 261).

Hippokrates begynte allerede, ca. 500 år f.Kr. med kompresjonsbehandling som en behandlingsform av leggsår (Lindholm, 2012, s. 15). Hvilken behandling pasienten trenger, får han gjennom en klinisk og karfysiologisk vurdering av spesialister. I hjemmetjenesten er det oftest sårstell, ødem- og kompresjonsbehandling som blir utført (Lindholm, 2012, s. 100).

Kompresjonsbehandling brukes i hovedsak for å redusere ødem. Det finnes ulike kompresjonsbehandlinger som bandasjering, pumpestøvel og kompresjonsstrømper. Kompresjonsbehandlingen reduserer ødemet ved å øke trykket i vevet. På denne måten siver mindre væske ut i vevet. Kompresjon reduserer også utspenningen av venene, og gjør veneklaffene delvis kompetente igjen. Det blir da mindre reflux, noe som kan motvirke dannelsen av åreknuter og ødemer. Blodsirkulasjonen i leggen blir også raskere på grunn av at venediameteren blir mindre igjen. På grunn av kompresjonsbehandlingen vil pasienten oppleve et større behag og redusert tyngdefølelse i foten (Lindholm, 2014, s. 102).

Kompresjonsbandasje er mest brukt i behandling av venøse leggsår. Hvilken kompresjonsbandasje som skal bli brukt, velges ut fra graden av ødem, beinets utseende, arterielltrykkindeks (arteriell sirkulasjon) og pasientens bevegelighet. En kompresjonsbandasje skal alltid være behagelig for pasienten, slik at funksjonen av bevegelighet ikke blir mer svekket enn hva den er (Lindholm, 2014, s. 107).

For at et sår skal kunne gro, må først og fremst sykdomsårsaken fjernes. Ved venøse leggsår er det den venøse svikten som er opphav til sårene, det må her settes inn tiltak for å bedre den venøse tilbake strømmingen. Kompresjonsbehandling er derfor den viktigste behandlingsformen. Men for at et sår skal forsvinne, må både kompresjonsbehandling og lokal sårbehandling gjennomføres. Sykepleiere må ha kunnskaper om hvordan sårene skal se ut dersom de er friske og holder på å gro og hvordan de ser ut dersom de er i ferd med å forverre seg. Under sårbehandling skal sår behandles så skånsomt som mulig, med dette menes fuktighetsbevarende. Kroppen har en egen helingsmekanisme, en bør derfor ikke utføre sårstell for ofte, da dette kan skade nydannede celler (Lindholm, 2014, s. 125-126).

2.4 Hjemmesykepleie

I følge Birkeland og Flovik (2014, s.13-14) finnes ikke en entydig definisjon av hjemmesykepleie. Hjemmesykepleien fokuserer ikke på en spesiell pasientgruppe som på en egen avdeling på sykehuset, men mer allmennpraksis av sykepleie. Hensikten med hjemmesykepleie betyr at de som ønsker det skal få muligheten til å bo hjemme så lenge som mulig og så lenge det er forsvarlig. De fleste pasienter som har behov for hjemmesykepleie har ofte en eller flere kroniske sykdommer. Dette innebærer at både fysiske og psykiske tilstander vil sette begrensninger for hva pasientene kan gjøre (Birkeland og Flovik, 2014, s. 14-15).

Utfordringene ved pasienter som har kroniske, langvarige eller sammensatte sykdommer som pasientene må leve med resten av livet, vil være å bidra til at pasienten kan ha et godt liv, eller så god livskvalitet som mulig, på tross av sykdom eller funksjonssvikt. De faktorene som ofte går igjen er: mulighet for aktivitet, evne til å føle samhørighet og ha sosial kontakt med venner og familie og grad av smerte og ubehag. Å lindre smerte og ubehag, bidra til sosial kontakt, fysisk og psykisks aktivitet kan påvirke livskvaliteten på tross av sykdom og funksjonssvikt (Birkeland og Flovik, 2014 s. 29-30).

Hjemmene til pasientene er forskjellige. Pasientene har hver sine rutiner, og det kan ta litt tid for hjemmesykepleien å bli kjent med disse rutinene, hvordan pasienten vil ha det og hvor ting er. Hjemmet er også en plass hvor pasientene kan trekke seg tilbake og være for seg selv. Mange kan oppleve det å få hjemmesykepleien inn i hjemmet som en trussel. Alt det personlige og private som skjer innenfor de dørene blir nå offisielt for flere ukjente personer. Dette kan også føre til at det tar lengre tid hos pasientene, ikke bare for å bli vant med rutiner, men også for å bli kjent med pasientene (Birkeland og Flovik, 2014, s. 43-44).

2.5 Sykepleieetikk og juridiske rammer

I International Council of Nurses (ICN) sine yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det: *«Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom. Sykepleieren har også ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død»* (sitert i NSF, 2011).

Respekt for det enkelte menneskets liv og verdighet er grunnlaget for all sykepleie. Sykepleiens forutsetninger er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død, som bygger på barmhjertighet, omsorg og respekt. Det profesjonsetiske ansvaret til sykepleieren tar for seg mennesker i alle livsfaser. På grunn av større kompleksitet, endringstempo og mer markedsideologisk tenkning i samfunnets helsetjenester blir ofte omsorgsetiske hensyn, som holisme, nedprioritert. Som sykepleier har man et faglig ansvar som forutsetter etisk bevissthet og dømmekraft (NSF, 2011).

En av de mest sentrale lovene for hjemmesykepleien er helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Det står i § 3-1 at alle som oppholder seg i kommunen, skal tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester. Dette er noe kommunen skal sørge for. Pasient og brukerrettighetsloven (1999) samsvarer med dette. Der står det: *«Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen»*.

Helsepersonelloven (1999) handler om helsepersonellens ansvar og plikter i sin yrkesutøving. I § 4 står det: *«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 situasjonen for øvrig»*.

I samsvar med ansvar og plikter i yrkesutøvingen, er også helsepersonell pliktet til å dokumentere i pasientjournal. I helsepersonelloven (1999) § 39 står det: «*Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger, som nevnt i § 40, i en journal for den enkelte pasient*». I § 40 står det at journalen skal føres med god yrkesskikk og den skal inneholde relevant og nødvendig opplysninger om pasienten og helsehjelpen som ytes.

3 Metode

Under punket metode vil jeg forklare hva metode er og hvordan jeg har brukt den gjennom oppgaven. Jeg vil også vise hvordan jeg har søkt for å finne forskning og litteratur. Valg av litteratur og kildekritikk kommer til slutt.

Sosiologen Vilhelm Aubert blir ofte sitert hvor spørsmålet om hva en metode er (Dalland, 2014, s. 111). Aubert sin definisjon på metode er:

”En metode er en fremgangsmåte, 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” (Sitert i Dalland, 2014, s. 111)

Den metoden vi bruker er det redskapet vi har til å finne ny kunnskap og den informasjonen vi trenger til det vi skal undersøke (Dalland, 2014, s. 112).

3.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven er det brukt litteraturstudie som metode for svare på oppgavens problemstilling, basert på skriftlige kilder fra ulike hold. I en litteraturstudie tar man utgangspunkt i allerede eksisterende forskningslitteratur (Dalland, 2014, s. 223).

Ved bruk av litteraturstudie som metode har man tilgang til mye data. Når man søke i ulike databaser etter litteratur, må man ha kunnskap om de ulike databasene og søkemetodene for å finne relevante data. Gjennom HVL sine nettsider hadde jeg tilgang til mange ulike databaser og både nasjonale og internasjonale forskningsartikler. Hensikten med forskningen i denne oppgaven er å bruke den, samt annen faglig litteratur som er gjort på området, for å besvare min problemstilling.

3.2 Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode

Kvalitative metode sikter seg inn på meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfestes eller måles. Hensikten med denne metoden er å få frem ulike nyanser og kunnskap om menneskelige egenskaper (Dalland, 2014, s. 112; Thidemann, 2015, s. 78).

Kvantitative metode sikter på å forme informasjonen om til statistikk og målbare enheter. Det som samles inn via denne metoden er helt konkrete faktakunnskaper (Dalland, 2014, s. 112; Thidemann, 2015, s. 78).

I oppgaven har jeg brukt både kvalitativ og kvantitativ vitenskapelig litteratur. Ved å kombinere både kvalitativ og kvantitativ forskning, kan dette forsterke resultatene og konklusjonen i oppgaven (Thidemann, 2015, s. 79).

3.3 Søk

Jeg har gjennom søkeprosessen brukt Cinahl og PubMed til å finne relevant forskning for min problemstilling. Jeg har også brukt andre databaser som SveMed og Medline uten å finne relevant forskningsresultater.

Jeg har funnet mine artikler gjennom søkedatabasene CINAHL og PubMed. Jeg har prøvd å finne den nyeste forskningen og litteraturen. Gjennom litteratursøkene utelatte jeg alle artikler som var fra 5 til 10 år gamle, slik at kun den nyeste og mest relevante forskningen kom frem. Jeg har brukt både primær- og sekundær litteratur. Primærlitteratur er artikler der forfatteren presenterer sitt eget arbeid, mens sekundærlitteratur er tolkning av andres arbeid (Dalland, 2014). Sammenlignet med Norge, blir det gjort mye mer forskning i andre land om man søker internasjonalt. Med tanke på det, så begynte jeg å søke på engelsk siden det ville gi meg mer treff på det aktuelle temaet jeg ønsket å finne svar på. Jeg prøvde å søke på skandinaviske språk, men det gav meg lite relevant forskning.

Tabellen på neste side (side 13) viser min søkehistorikk. Den beskriver hvilke databaser og søkeord jeg har brukt, hvilke avgrensninger som er gjort for de ulike søkene, antall treff og hvilke artikler som ble valgt ut fra søkene.

Dato for artikkelsøk	Database	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgt artikkel	Forfatter	Årstall
06.01.18	Cinahl	Leg Ulcers + Life Quality + Psycho social	2010- 2018	45	”Psychological effect of living with a leg ulcer”	Parker, K.	2012
06.01.18	Cinahl	Leg Ulcer + Life Quality + Effects	2011- 2018	49	“Effects of venous leg ulceration on patients’ quality of life.	Maddox, D.	2012
08.03.18	PubMed	Leg ulcers and quality of life	< 5 år	377	Chronic venous leg ulcer care. Putting the patient at the heart of leg ulcer care. Part 1: exploring the consultation.	Green, J., Jester, R., McKinley, R. og Pooler, A.	2018
08.03.18	PubMed	Leg ulcers and quality of life	< 5 år	377	Chronic leg ulcers disrupts patients’ lives: A study of leg ulcer-related life changes and quality of life	Cunha, N., Campos, S., og Cabete, J.	2017

3.4 Personvern og etiske overveielser

Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet og sikre troverdighet av forskningsresultater (Dalland, 2014, s. 94). Før jeg valgte ut forskning til oppgaven, så jeg gjennom de etiske overveielserne forfatterne hadde gjort i sine studier.

I en litteraturstudie brukes det allerede eksisterende forskning. Da denne oppgaven er en litteratur studie brukes det kun allerede eksisterende forskning, og intervjuer og/eller observasjoner vil ikke bli gjennomført. Da det ikke blir gjennomført noen form for data innsamling fra pasienter til oppgaven, stilles det ikke krav om etiske spørsmål som taushetsplikt og anonymitet. Dette er allerede gjort av forfatterne i litteraturen som er valgt. Det er derimot viktig å referere til andres arbeid og forskningsresultater, samt referanser og sitater brukt i forskningene (Dalland, 2014, s. 227-229).

Å presentere andre sitt arbeid som sitt eget og bruke kilder uten tilstrekkelig kildehenvisning, vil i følge Universitet- og høyskole loven (uhl.) av 2005 regnes som plagiat (HVL, 2017). Det er lagt vekt på å vise til korrekt litteraturhenvisning for å ikke ta æren for andre forfattere sin forskning. I oppgavens vurderingskriterier er det et eget punkt om etikk og plagiat, og jeg følger HVL sine retningslinjer i forhold til dette.

3.5 Metodekritikk

Når man gjør en litteraturstudie har man tilgang på forskning som er allerede gjort innenfor det valgte temaet (Dalland, 2014, s. 223). En fordel med denne metoden er at den er gjennom forskjellige databaser lett tilgjengelig. På grunn av stort utvalg av forskning får man se ulike sider av det samme temaet. Er man uheldig, og velger et tema det er lite forskning på, kan man finne lite relevant forskning. En annen svak side er at den som søker velger artikler og litteratur ut fra dens eget synspunkt, og kan ende opp med å kun velge de som «støtter» ens egne meninger. Jeg velger å tro at jeg har vært åpen for alle resultater, og at jeg ikke har kjørt meg fast i kun mine egne tanker og ideer om hvordan venøse leggsår påvirker livskvaliteten.

3.6 Kildekritikk

For å fastslå om en kilde er sann brukes kildekritikk. Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere de kildene som blir benyttet. Dette viser at den som søker etter litteratur er i

stand til å forholde seg kritisk til kildematerialet en bruker, og hvilke kriterier en har brukt under utvelgelsen (Dalland, 2014, s. 67-68)

Jeg har funnet to artikler fra 2012, en fra 2017 og en fra 2018. Disse ble valgt på bakgrunn av relevans for problemstillingen i oppgaven. Jeg har valgt fire ulike forskningsartikler som belyser min problemstilling om hvordan livskvaliteten blir påvirket av venøse leggsår. I min utvelgelse av både forskning og annen faglitteratur, sjekker jeg om litteraturen er til å stole på. Det vil si at den er godkjent som forskning, at litteraturen er publisert på en nettside som blir brukt for informasjon til helseopplæring og at bøker, tidsskrifter og forskning ikke er utdatert. Alle de vitenskapelige forskningsartiklene jeg har tatt med i oppgaven er på engelsk. På grunn av det, og selv etter nøye gjennomlesning, kan det være mulig at jeg kan ha mistolket noe feil i oversettelsen.

I utvelgelsen av forskningsartiklene har jeg også brukt sjekklister for hver av artiklene. Jeg har valgt å legge ved en av sjekklistene som et eksempel under punkt 8.1. I punkt 8.2 er det lagt ved en oversikt som forteller om artiklene har høy middels eller lav kvalitet, jeg har brukt denne for å sikre at forskningene tatt med i oppgaven er av god kvalitet.

4 Resultat

Her vil jeg presentere de artiklene jeg har funnet ut fra søkene jeg har gjort som er presentert i tabellen under punkt 3.3.

4.1 Artikkel 1

Artikkelen «*Psychosocial effects of living with a leg ulcer*» er skrevet av Parker, K. (2012). Denne artikkelen tar for seg forskning på sosiale og psykologiske sammenhenger med venøse leggsår og drøfter hvordan en kan optimalisere pasientens behov for velvære og pleie. Artikkelen er en sekundær studie fra Storbritannia, og har inkludert og ekskludert artikler for å finne de mest relevante studiene. Artikkelen har fokusert mest på kvalitative artikler som har forsket på erfaringer til pasienter med leggsår. I tillegg har de inkludert to kvantitative studier som ble sett på som relevante for denne artikkelen, og et dybdeintervju. Det kommer det frem i artikkelen at 89% av pasientene med venøse leggsår har smerte, oftest i sammenheng med aktivitet. Artikkelen sier også at behandlingen må være helhetlig, men med fokus på å håndtere og behandle såret samtidig. Denne artikkelen gjennomgår relevant litteratur om de psykologiske og sosiale effektene av leggsår og diskuterer hvordan helsepersonell kan ta opp pasientens behov på dette området for å fremme helse og trivsel. Det kommer frem at sykepleierne må ha en mer holistisk tilnærming. Resultatet i denne artikkelen viser fire tema som påvirker livskvaliteten: svekket bevegelighet/immobilitet, smerte, sosial isolasjon, sjenerende lukt og sårsekresjon. Studien konkluderer med at pasienter med venøse leggsår opplever disse temaene som fysiske, psykiske og sosiale negative påvirkninger.

4.2 Artikkel 2

Artikkelen «*Effects of venous leg ulceration on patients' quality of life*» er skrevet av Maddox, D. (2012). I studien er det gjort en gjennomgang av litteratur på livskvalitet hos pasienter med venøse leggsår. Artikkelen er en sekundær studie, utført i Storbritannia. Det ble gjort systematisk søk for å identifisere artikler som var relevant for studien. Det ble brukt seks kvalitative studier, tre kvantitative og to med mixed-methods.

I studien kom det frem at sykepleiere i hjemmesykepleien bruker store deler av arbeidstiden på å behandle leggsår hos pasienter. De komplekse psykologiske og sosiale effektene av sår-dannelsen blir i midlertid oversett. Grunnen til dette er at sykepleierne går inn med fokus på det kliniske aspektet ved sårbehandling. En annen grunn er at sykepleierne er i en tidsklemme. Artikkelen identifiserer viktigheten av å tilpasse sykepleien på en helhetlig måte for å forbedre resultatene og livskvaliteten hos brukere med venøse leggsår.

En tematisk analyse gjort av litteraturen, identifiserte flere faktorer som påvirker livskvaliteten hos pasienter med venøssår-dannelse: smerte, funksjons begrensning på grunn av kompresjonsbandasje, lukt og sårsekresjon, sosial isolasjon og risiko for angst og depresjon på grunn av de fysiske symptomene.

4.3 Artikkel 3

Artikkelen «*Chronic venous leg ulcer care. Putting the patient at the heart of leg ulcer care. Part 1: exploring the consultation*» av Green, J., Jester, R., McKinley, R. & Pooler, A. (2018) utforsket hvordan pasienter opplever å leve med venøse leggsår og hvordan det påvirker deres livskvalitet.

Dette er en kvalitativ studie som er delt i 2 faser. Forskerne tok for seg tidligere forskningslitteratur med kvalitativ-, kvantitativ- og mixed- metode for å finne ut hvordan kroniske venøse leggsår påvirker livskvaliteten hos pasienter. Etter analyseringen gikk de i gang med å forske på om resultatene stemmer overens med tidligere forskning.

I første fase gjennomførte de intervjuer med pasientene for å samle data om sårene, symptomer, sårstell og effekten av dagliglivet. Det kommer frem i artikkelen at begrensninger er det som påvirker livskvaliteten hos pasientene mest. Begrensning for hvilke klær de kan ha på seg, aktivitet og mobilitet, personlig hygiene og søvn er det pasientene beskriver som verst. Begrensningene forklares å komme fra smerte, lukt og sårsekresjon.

I fase to gikk de i gang med å observere samtale mellom pasient og sykepleier i utforming av behandling. Pasientene hadde samtaler med alle de forskjellige sykepleierne tatt ut i forskningen for å se hvor mye sykepleierne responderte på de gitte symptomene, og om de satte i gang noen tiltak.

Mellom fase en og to kommer det frem ulikheter i resultatene mellom bekymring for pasienten og pasientens sannsynlighet for formidling til sykepleieren. Studien fremhever at sykepleiere må utforske problemer pasienten kan oppleve mer effektivt.

4.4 Artikkel 4

Artikkelen «*Chronic leg ulcers disrupts patients' lives: A study of leg ulcer-related life changes and quality of life*» er skrevet av Cunha, N., Campos, S. og Cabete, J. (2017).

Formålet med studien var å finne ut hva som forandret seg i pasientenes liv, inkludert livskvalitet og pasientens følelser og forståelse av sykdommen.

Artikkelen er en tverrsnitts studie fra Portugal. Studien hadde 81 deltakende pasienter.

Artikkelen brukte kvalitativ metode gjennom anonyme spørreskjemaer. Spørreskjemaet var laget på bakgrunn av tidligere kvalitativ forskning på dette området. Spørreskjemaet tok for seg åpne og lukkede spørsmål om hvordan livssituasjonen har endret seg i form av jobb sammenheng, daglige aktiviteter og familiære relasjoner etter at leggsåret oppsto. Artikkelen brukte også en kvantitativ metode gjennom et måleinstrument kalt Dermatology Life Quality Index (DLQI). På grunn av språkvansker, hadde forskerne litt begrensninger i forhold til bruk av ulike verktøy for å måle livskvaliteten hos pasienter. DLQI ble da det verktøyet de brukte. Nesten 15% gjemte eller ville gjemme sin sykdom fra andre, særlig pasienter med kortere sykdomsperiode. Livskvaliteten var svært rammet hos 18,2% av deltakerne som fullførte DLQI. Studien konkluderer med at kroniske leggsår var livs endrende og påvirket livskvaliteten hos pasientene. De faktorene som påvirket livskvaliteten er bandasje, smerte, lukt og sårsekresjon, nedsatt mobilitet og sosial isolasjon.

4.5 Oppsummering av hovedfunn

En gjennomgang av artiklene valgt ut fra søkeprosessen, viser flere faktorer som påvirker livskvaliteten til pasienter med venøse leggsår. De faktorene som viser seg å gå igjen er smerte, lukt og sårsekresjon, sosial isolasjon og redusert mobilitet.

Smerte kommer av aktivitet, bruk av kompresjonsbandasje og sårsmerte, og påvirker søvnen, personlig hygiene og mobilitet. Mobiliteten påvirkes av smerte og kompresjonsbandasje, og redsel for å bevege seg for mye. Pasientene i de ulike artiklene forklarer sosial isolasjon som både tvunget og frivillig. De blir tvunget på grunn av nedsatt mobilitet, sårsekresjon og smerte ved lengre gange, men de frivillig isolerer seg også på grunn av redsel for at folk ser bandasjene og at sårene skal lukte. De ønsker ikke å bli sett av andre, for å slippe å bli flau over sin egen livssituasjon og hva andre kan komme til å tro om dem. Sosial isolasjon fører med seg en stor risiko for angst og depresjon, da selvbilde blir påvirket av hvordan en ser ut og føler seg med leggsår og tykke kompresjonsbandasjer.

5 Drøfting

«Hvordan påvirker venøse leggsår livskvaliteten hos eldre pasienter i hjemmetjenesten?»

5.1 Faktorer som påvirker livskvaliteten

Pasienter med venøse leggsår kan oppleve en lavere grad av helse relatert livskvalitet på grunn av fysiske og psykiske symptomer. Livskvalitet blir ofte målt i hvilke faktorer som påvirker ens liv positivt og negativt. Det kommer frem i resultat delen at smerte, lukt og sekresjon, sosial isolasjon og nedsatt mobilitet påvirker pasientene, og at disse faktorene påvirker hverandre (Parker, 2012; Maddox, 2012; Green et al., 2018).

5.1.1 Smerte

Fra tidligere ble arterielle leggsår sett på som mye mer smertefulle enn venøse leggsår, og at de med venøse leggsår hadde lite til ingen smerte. Det viser seg gjennom forskning at det ikke lenger er slik. Fra 80 til 100% av alle pasienter med venøse leggsår har smerter (Parker, 2012; Maddox, 2012; Cunha et al., 2017; Green et al., 2018), og hos 50 til 90% av disse pasientene påvirker det livskvaliteten (Cunha et al., 2017). Som tidligere nevnt i oppgaven, er smerte det dominerende problemet for redusert livskvalitet hos pasienter med venøse leggsår. Dersom smerten ikke blir behandlet, kan det gå utover dagliglivet til pasientene. De klarer ikke lenger å mobilisere seg slik som før og blir tvunget til å isolere seg hjemme.

Smerter oppleves i ulik grad. Alle har fra en tid til annen opplevd smerter i føttene i løpet av livet. Alt fra trening og overbelastning til betennelser. Smertene avtar som regel ved hvile og behandling. Venøse leggsår derimot er som regel en kronisk sykdom forårsaket av en venøs svikt, og smertene pasientene opplever kan være verre enn det vi har opplevd selv. Men når er smerten verst? Smertene kommer oftest ved aktivitet, mobilitet og om natten. Flere pasienter beskriver at smerten er mest problematisk gjennom natten, der de gav uttrykk for at de hadde lange søvnløse netter. Hvilken tid i døgnet smerten er verst, er veldig individuelt. Hvor mye smerten påvirker pasientene og hvilken grad av smerte de har er også individuelt (Maddox, 2012; Parker, 2012; Green et al., 2018). Sykepleie til pasienter med leggsår bør være holistisk. På denne måten vil smertene bli sett på som en del av behandlingsforløpet, og pasientene får en opplevelse som er bedre å leve med, som igjen kan føre til bedre livskvalitet

(Parker, 2012).

Ved pasient kontakt og sårbehandling, er det viktig å kartlegge smerten pasienten opplever. Visuell Analog Skala (VAS) er et kartleggingsverktøy hvor pasienten selv kan få uttrykke sin smerte på en skala fra 1 til 10, hvor 1 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte (Lindholm, 2014, s. 319). Med en slik skala får pasientene være deltagende, og selv sette ord på smerten. I tillegg til VAS, har sykepleiere et eget observasjonsverktøy, ansiktskala (Lindholm, 2014, s. 319). Selv om denne blir mest brukt hos pasienter med kognitiv svikt, kan den være nyttig for sykepleierne å ha i bakhode selv under behandling med pasienter som ikke er kognitiv svekket. Her observerer sykepleieren hvor stor smerten er under selve sårstellet og bandasjering. Dette kan gi en indikasjon på om smerten er verre eller lavere enn det pasienten selv opplyser, og en kan legge til rette for å eventuelt å redusere smerten. Pasienten kan gi uttrykk for å ikke ha smerter, biter tennene sammen og sier at alt går greit selv om det kanskje ikke gjør det. Gjennom sykdomsforløpet kan da smerten utvikle seg til andre ting, som sosial isolasjon og depresjon. Holistisk sykepleieperspektiv betyr å se hele mennesket. Selv om pasienten smiler og er glad, kan det være et lite skuespill for at pasienten har det bra eller at hjemmesykepleieren skal føle at han/hun gjør en god jobb. Men det er ikke alltid slik. En skal være litt kritisk til en smilende pasient med smerter, og sykepleieren må tør å stille spørsmål. En optimal hverdag for pasienten, etter min mening, indikerer det å være smertefri, føle godt om seg selv og kunne gjøre de tingene de vil gjøre.

En av de faktorene som blir mest påvirket av smerte er pasientens funksjon i hverdagen. Sår gror dårligere dersom pasienten har smerter. I tillegg kan ubehandlet smerte kan ha en negativ effekt på livskvaliteten. Det venøse leggsåret er smertefullt, og smertene resulterer ofte i redusert mobilitet og sosial isolasjon (Maddox, 2012; Lindholm, 2012, s. 317; Green et al., 2018).

5.1.2 Redusert mobilitet

Redusert mobilitet vil si at en plutselig har fått en begrensning for hva en klarer å gjøre selv. Nedsatt mobilitet er i de fleste tilfeller forårsaket av smerte (Parker, 2012).

Venøse leggsår fører ofte til reduser mobilitet og kompresjonsbandasjen kan være en av årsakene. Dersom bandasjen ikke er lagt skikkelig kan dette føre til smerter. Er den for stram

vil foten føles stiv, det blir vanskelig å bevege føttene og smerter kan oppstå. Er bandasjen for løs derimot, kan det føre til angst for å falle da det ikke er noe kompresjon rundt ankelen og leggen, og redsel for at bandasjen kan gli ned å føre til forverring. Er det ikke meningen at kompresjonsbandasjen skal gjøre hverdagen lettere og mer smertefri?

Bandasjering fører til restriksjoner ved dagligdagse aktiviteter, smerte og ubehag. Når bandasjen ikke er lagt på en tilfredsstillende måte, kan det resultere i at bandasjen glir, det kan oppstå trykkskader som gir enda mer smerter og det kan føre til infeksjoner. Redusert mobilitet viser seg i 71,6% å skyldes bandasjeringen på bakgrunn av hvordan den er lagt hvordan den påvirker bevegelsen (Maddox, 2012; Cunha et al., 2017). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at sykepleien skal gjøres på en ansvarsfull og helsefremmende måte. På den ene siden kan pasient og sykepleier samarbeide for å finne den mest behagelige stramheten på bandasjen for pasienten. På denne måten kan livskvaliteten økes i form av pasientdeltagelse og opplevelse av å bli sett og hørt. På den andre siden er det viktig at sykepleieren har kunnskap om hvor stram den skal være, slik at den ikke blir for løs, som igjen kan skape problemer ved gange og forverring av såret.

Hverdagslige ting kan utvikle seg til å bli vanskelige å gjennomføre, som for eksempel personlig hygiene og toalettbesøk. Noe en alltid har klart selv, som matlaging, er noe en kanskje trenger hjelp til nå. Følelsen av å måtte få hjelp, kan i mange tilfeller svekke selvbildet en har om seg selv som selvstendig. Når man plutselig blir «fratatt» de funksjonene som for oss er en selvfølge, kan det gå utover mer enn kun det fysiske. Tap av funksjon kan i dette tilfelle føre til lavere livskvalitet siden pasienten ikke lenger klarer eller våger å delta på sosiale aktiviteter.

Parker (2012) skriver at angst for å falle ofte førte til redusert mobilitet. De var redde for at et fall der man dunker leggsåret kunne gjøre såret verre, og valgte å være i minst mulig aktivitet. Pasientene frastår sosiale aktiviteter på grunn av at leggsåret synes og vil ikke utsette seg for slike situasjoner på grunn av skam og frykt for å bli flau. Men det er ikke kun bandasjering, smerte og angst som reduserer mobiliteten. Noen pasienter innrømmer selv at de lager sine egne begrensninger for å minimere risikoen for å irritere leggsåret (Maddox, 2012; Cunha et al., 2017). Å lage sine egne begrensninger, vil for meg bety å lage sin egen ensomhet. Dersom man velger å frastå aktiviteter på grunn av redsel, vil det over tid kunne påvirke livskvaliteten hos pasienten. Den sosiale kontakten uteblir og mindre bevegelse kan føre til mer smerter, spesielt i andre deler av kroppen som ikke lenger får beveget seg like mye som før. Jeg skjønner at pasientene lager sine egne begrensninger, leggsåret er jo vondt nok allerede? I

slike situasjoner må sykepleiere bruke sin pedagogiske rolle ved å forklare hvilke negative effekter det kan ha for pasienten. Vi har et ansvar for å fremme helse.

5.1.3 Lukt og sårsekresjon

Lukt og sårsekresjon er noe som gradvis kan oppstå dersom man har et venøst leggsår. Lukten kommer oftest av sårsekresjon, gamle sårbandasjer eller mye fuktighet i såret. Å lukte godt er noe som får oss til å føle oss vel og som gir oss selvtillit. Alle og en hver har opplevd å kjenne sin egen kroppslukt når de har vært ute blant folk. Svettelukt for eksempel. Dersom du selv kan kjenne svettelukten blir du mer oppmerksom på å holde armene inntil kroppen, unngår klemmer og en føler selv at man er skitten. Tenk deg at du har et venøst leggsår, som ikke lukter svette, men som kan lukte mye verre, hvordan ville du følt deg?

Lukten blir beskrevet som uutholdelig, ekkel og forferdelig. Flere beskriver lukten som «råtten hud». Selv om lukt og sårsekresjon er noe som ofte blir sett på som en fysisk plage, fører det også med seg store psykiske plager som lav selvfølelse og selvtillit, tap av verdighet, skam og følelse av avsky (Parker, 2012; Maddox, 2012; Cunha et al., 2017). Pasienter som opplever lukt og sårsekresjon fra leggsårene er ofte redd for å gå ut blant folk. Ser man bort fra lukten, som mest sannsynlig er den viktigste faktoren, vil også sårsekresjonen hindre dem. De kan oppleve redsel for at sårene skal begynne å væske, at klærne henger fast i bandasjene og blir gjennomtrukket, at det samler seg en pytt nedi skoa og at de er borti møbler som kan resultere i flekker fra sårvæsken (Cunha et al., 2017).

Hva med et holistisk menneskesyn? Dersom pasienter får behandling av en sykepleier som praktiserer dette, vil pasienten bli sett, respektert, ivaretatt og forstått. Fokuset er å gi sykepleie til hele mennesket og alle dets dimensjoner og behov (Odland, 2014, s. 25). Å føle seg skitten, skam, avsky over egen kropp og nedsatt selvbilde er bare noen få av de forklaringene som går igjen hos pasienter som opplever lukt og sårsekresjon fra venøse leggsår. Om sykepleierne til pasientene i de ulike artiklene har gjort noen form for tiltak for å bedre sårsekresjonen, er usikkert, men de fysiske og psykiske behovene kan ikke være helt tilfredsstillende dekket. Jeg tenker at et holistisk menneskesyn vil bidra til å forstå hvordan pasientene opplever å leve med et venøst leggsår. Alt i fra fysiske, psykiske, sosiale til åndelige behov som er med på å forme livet til pasienten.

Ubehandlet sårsekresjon fører til psykiske lidelser som angst og depresjon, gir lavt selvbilde og kan også føre til sosial isolasjon (Maddox, 2012). Korrekt sårbehandling og

kompresjonsbandasje kan være med på å dempe sårsekresjonen, dersom sykepleieren har nok kompetanse om det aktuelle temaet (Parker, 2012).

5.1.4 Sosial isolasjon

Smerte, redusert mobilitet og lukt og sårsekresjon fører til sosial isolasjon, og dette viser seg å ha en negativ effekt på livskvaliteten (Parker, 2012; Maddox, 2012).

Tidligere i sykepleierutdanningen spurte jeg min mor om hun synes sår er interessant. «Nei», fikk jeg til svar. Jeg spurte henne også om hun viste hvordan et venøst leggsår oppstår, og hun svarte: «Det er vel da du dunker deg i leggen og får et sår som ikke vil gro».

I fra praksis har jeg opplevd pasienter med leggsår som sitter hjemme i sin egen bolig eller på sykehjem. Pasientene jeg har møtt har hatt god sykdomsforståelse. Men noen av forklaringer jeg fikk fra pasientene er at såret kom fra et fall eller et dunk, somregel på butikken eller ute blant folk, og at det har utviklet seg til det som det nå er, et leggsår. Denne forklaringen kan virke som en unnskyldning for å isolere seg fra omgivelsene. Om de faktisk tror et dunk/fall er årsaken, eller at de isolerer seg på grunn av redsel for stigmatisering, kan diskuteres.

Som beskrevet tidligere er redsel for å være i aktivitet i tilfelle fall, i tillegg til smerter som oppstår og skam over lukt og sårsekresjon de største grunnene. De velger også selv å frastå fra utendørsaktiviteter for å unngå mer skade rundt sårområdet. Siden lukten også kan være såpass sterk, at den kjennes i hele huset, velger ofte pasienter å selv isolere seg hjemme og unngår å be venner og familie inn i hjemmene sine. Grunnen til dette kan være sjenanse for lukt, skam eller lavt selvbilde der pasienten er flau eller ikke vil vise sine svakheter til andre. Samfunnet vårt i dag er mye preget av normer. Å gå ut blant folk, med et venøst leggsår som folk kan lukte, følger ikke normene. I disse nordlige rike landene er personlig hygiene en selvfølge og en luksus vi har tilgang til.

Å være flau over leggsårene og forandringen det gjør med selvbildet resulterer i sosial isolasjon. Pasientene vil unngå nødvendige flauter og skam. I tillegg tenker de på de personene de vil komme til å møte, og vil unødig påføre dem opplevelsen av å kjenne lukten av leggsåret. Å kunne opprettholde en god personlig hygiene kan være vanskelig. Når dette ikke går, vil dette påvirke pasientens velvære, bidra til sosial isolasjon og resultere i svekket livskvalitet. Pasienter med venøse leggsår sosialiserer seg mindre på grunn av redusert

mobilitet som ofte har en sammenheng med smerter og kompresjonsbandasje (Parker, 2012; Maddox, 2012; Cunha et al., 2017).

5.2 Hjemmesykepleie

Holistisk sykepleie er vel i seg selv regnet som en selvfølge i utførelse av sykepleie. Man skal alltid ha fokus på mennesket fremfor sykdom. Men i en hektisk hverdag i hjemmesykepleien blir det ikke alltid slik. Siden pasienter med leggsår vanligvis bor hjemme, er hjemmesykepleien ofte den eneste formen for sosial kontakt de får i løpet av dagen (Parker, 2012).

På pasientlisten står det hva sykepleierne skal gjøre hos de enkelte pasientene. På den ene pasienten står det: «Sårstell, 20 minutter». Selv om vi ser at pasientene har behov og trenger mer tid, er vi nødt til å bli ferdig på den tida vi har til rådighet. Dersom det tar lengre tid hos en pasient, blir det kortere tid hos neste. Det er dessverre slik det er lagt opp for å få puslespillet til å gå opp. For å unngå å henge etter med tiden, blir ofte sykepleieroppgavene gjort raskt, og det holistiske perspektivet i pleien forsvinner på grunn av for lite tid hos pasienten og stress hos sykepleieren. På grunn av disse korte besøkene, er det enda viktigere at tiden blir godt utnyttet. En viktig del av totalbehandlingen av pasienter med vanskelig helende sår er å skape tillitsfulle relasjoner (Lindholm, 2012, s. 386). En støttende sykepleier, en som har forståelse og som holder en samtale med pasientene kan bidra til å redusere pasientens problemer (Lindholm, 2012, s. 384). Sykepleierens oppgave er å få sårene til å gro og eventuelt unngå nye sår, men å støtte pasienten og fokusere på det friske bør også ansees som en av sykepleieroppgavene. Livskvaliteten øker når såret gror. Dette viser at grunnsykdommen alene ikke er ansvarlig for den nedsatte livskvaliteten (Langøen og Gürgen, 2012, s. 304).

I hjemmesykepleien er det flere sykepleiere. Dette fører til at det er mange forskjellige sykepleiere som skifter på samme sår. Flere pasienter har gitt uttrykk for at sykepleierne ikke forstår alle de komplekse problemene de opplevde som et resultat av leggsåret. Det kommer frem i forskningen at fysiske og psykiske effekter påvirkes av sykepleier-pasient forholdet (Parker, 2012). Når relasjonen ikke er der, blir heller ikke disse faktorene behandlet. I motsetning, skriver Green et al. (2018) at alle pasientene i studien hadde et godt forhold til sykepleierne som kom for å skifte på såret, grunnen til dette var at alle ville nå det samme

målet, å få såret til å gro. Dette hjalp pasientene da de viste at sykepleierne gjorde det de kunne for å tilstrebe en optimal sårtilheling. Derimot var ikke alle like glade for å få hjelp av hjemmesykepleien. Mange gav uttrykk for at de ikke kunne delta på aktiviteter i nærområdet for de satt hjemme å «ventet på sykepleieren» som skulle komme. Noen har bedre kjennskap til både pasienten og såret, andre har ikke. På grunn av skam og sjenanse som følge av det venøse leggsåret, kan pasientene trekke seg tilbake da sykepleierne kommer inn i hjemmene deres. Å bli kjent med pasienten og skape relasjon og tillit bør en bruke god tid på (Birkeland og Flovik, 2014, s. 45). For å følge med på sårutviklingen, kan det være lurt at et fåtall sykepleiere steller hvert sår. At pasienten får være deltakende i egen behandling, kan også skape et tillitsforhold til sykepleieren da han/hun føler at de blir hørt og respektert. Opplevelse av å ha kontroll over eget liv og situasjon kan føre til økt livskvalitet (Green et al., 2018).

Helsevesenet i Norge begynner å bli mer og mer tverrfaglig. Dette betyr at vi spesialiserer oss og søker kunnskap hos de som vet mer. Tverrfaglig samarbeid er nødvendig for å tilrettelegge for at pasientene skal få et tilbud som dekker alle de nødvendige behovene (Hagland og Solvang, 2012, s. 253-256). For å kunne jobbe sikkert på en tverrfaglig måte, er dokumentasjon verktøyet vi bruker for å kunne gi riktig informasjon til de som trenger det i behandlingsforløpet. Dokumentasjon er en viktig sykepleieroppgave, også en oppgave sykepleierne er pliktige til å gjennomføre (Helsepersonelloven, 1999). En skal dokumentere den sykepleien som blir gitt til hver enkelt pasient til enhver tid. Dokumentasjon av det som er observert, utført og eventuelt ikke utført, viser at det er gitt helsehjelp og gir mulighet for kontinuitet i pleien (Birkeland og Flovik, 2014, s. 170-171).

6 Avslutning

I denne oppgaven har jeg søkt å finne svar på hvordan venøse leggsår påvirker livskvaliteten. De venøse leggsårene i seg selv påvirker ikke livskvaliteten så mye, men alle symptomene og livsendringene forårsaket av leggsårene er det som reduserer livskvaliteten hos denne pasientgruppen. De faktorene som påvirker livskvaliteten er: smerte, lukt, sårsekresjon og angst, og fører til redusert mobilitet, dårligere nattesøvn og sosial isolasjon. Smerte er den mest dominerende faktoren for redusert livskvalitet. Smerten kommer oftest på grunn av kompresjonsbandasjen og de effektene den har da den er for løs eller for stram. I tillegg til kompresjonsbandasjen viser det seg at hevelse og ubehag er mer dominerende enn selve sårsmerten. Sårsmerten er verst under kliniske besøk da sykepleieren skal skifte bandasjer og rense såret. I tillegg til de mange fysiske symptomene, viser det seg at pasientene sitter igjen med mye psykiske smerter. Nedsatt selvbilde, skam og avmakt over egen livssituasjon er noen av de som går igjen. Lukt og sårsekresjon er det som påvirker psyken mest og som oftest fører til sosial isolasjon.

7 Referanseliste

Birkeland, A. og Flovik, A.M. (2014) Sykepleie i hjemmet, (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

Cunha, N., Campos, S., & Cabete, J. (2017). Chronic leg ulcers disrupts patients' lives: A study of leg ulcer-related life changes and quality of life. *British Journal Of Community Nursing*, 22 S30-S37. Doi:10.12968/bjcn.2017.22.Sup9.S30

Dalland, O. (2014). Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal akademisk

Folkehelseinstituttet. (2011). *Sjekklistet*. Hentet fra:

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/k-handbok_11_vedlegg2_sjekklistet.pdf

Green, J., Jester, R., McKinley, R., & Pooler, A. (2018). Chronic venous leg ulcer care: Putting the patient at the heart of leg ulcer care. Part 1: exploring the consultation. *British Journal Of Community Nursing*, 23 S30-S38. Doi:10.12968/bjcn.2018.23.Sup3.S30

Grung, R., Kjerkol, I., Knutsen, T-K., Michaelsen, T., Ruiter, F & Toppe, K. (2017). Representantforslag fra stortingsrepresentantene Torgeir Michaelsen, Ruth Grung, Tove Karoline Knutsen, Freddy de Ruiter, Ingvild Kjerkol og Kjersti Toppe om forebygging og behandling av kroniske sår. Hentet fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2016-2017/dok8-201617-091s/?all=true#m1>

Hagland, H., & Solvang, P. K. (2012). Tverrprofesjonelle praksisfellesskap. I P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering: individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Holsen, D., & Ingebretsen, H., (2011). Sykdommer i huden. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.). *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell.* Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=Helsepersonelloven>

Høgskulen på vestlandet (HVL). (2017). Retningslinjer for behandling av fusk. Hentet fra:
<https://www.hvl.no/om/sentrale-dokument/reglar/retningslinjer-for-behandling-av-fusk-ved-hogskulen-pa-vestlandet/>

Kristoffersen, N. J. (2012). Helse og sykdom. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. Og Skaug, E-A. (2012). *Grunnleggende sykepleie Bind 1.* (2. utg., 2. opplag) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Langøen, A., & Gürgen, M. (2012). Forebygging og behandling av sår. I A. Langøen (Red.), *Sårbehandling og hudpleie* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lindholm, C. (2012) *Sår.* Oslo: Akribe.

Maddox, D. (2012). Effects of venous leg ulceration on patients`quality of life. *Nursing Standard*, 26(38), 42-49. Hentet 8 januar 2018 fra:
<http://web.a.ebscohost.com.galanga.hvl.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=ca5adc7d-4ee0-44aa-876c-7d3b4e7391bc%40sessionmgr4007>

Norsk interessefaggruppe for sårheling (NIFS). (u.å) *NIFS' retningslinjer for behandling av venøse leggsår.* Hentet fra: http://www.nifs-saar.no/pdf/NIFS_retningslinjer_venoese_leggsaar.pdf

Norsk sykepleier forbund (NSF). (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler.* Hentet fra:

Odland, L-H. (2014). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (3.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Parker, K. (2012). Psychosocial effects of living with a leg ulcer. *Nursing Standard (through 2013)*, 26(45), 52-56,60,62. Hentet fra: <https://search-proquest-com.galanga.hvl.no/docview/1026850028?accountid=15685>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=brukerrettighets%20loven>

Robberstad, M. (u.å). Sår. [PowerPoint-presentasjon]. Hentet fra: <https://helsestavanger.no/seksjon/nyheter/Documents/Hvorfor%20oppstår%20sår%20og%20hva%20skjer%20når%20de%20blir%20kroniske.pdf>

Slagsvold, C. E. & Stranden, E. (2015). Venøse leggsår. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125:891-4. Hentet 11 januar 2018 fra: <http://tidsskriftet.no/article/1171306>

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1

SJEKKLISTE FOR KVALITATIVE STUDIER

Sjekkliste for kvalitative studier*		Ja	Uklart	Nei
1	Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?	X		
Kommentar:				
2	Var det et tydelig og korrekt valgt studiedesign?	X		
Kommentar:				
3	Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?	X		
Kommentar:				
4	Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?	X		
Kommentar:				
5	Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?	X		
Kommentar:				
6	Er datainnsamlingen klart beskrevet og systematisk?	X		
Kommentar:				
7	Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?	X		
Kommentar:				
8	Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/ metoder?	X		
Kommentar:				
9	Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?	X		
Kommentar:				
10	Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?	X		
Kommentar:				

*Basert på User's Guides for an article reporting the results of qualitative research in health care. Guyatt G, Rennie D, Mead MO, Cook DJ. User's guides to the medical literature, a manual for evidence-based clinical practice. Sec ed. 2008 American Medical Association. The McGraw-Hill Companies, Inc.

* Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. HTA Initiative#13 – February 2004. <http://www.ahfmr.ab.ca/creba/forms/submission.pdf>

(Folkehelseinstituttet, 2011)

8.2: Vedlegg 2

Kriterier møtt	Studiens kvalitet
Alle/ nesten alle kriterier møtt Eventuelle svakheter kan ikke endre studiens konklusjon.	Høy kvalitet
Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke er oppfylt eller hvis kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Det antas likevel at det er liten sjanse for at svakheter faktisk kunne ha endret studiens konklusjon.	Middels kvalitet
Brukes hvis få eller ingen kriterier fra sjekklisten er oppfylt eller ikke er tilfredsstillende beskrevet. Svakheter kan innebære at studiens konklusjon er gal.	Mangelfull/lav
Ingen kriterier møtt	Ekskluderes

Den samlede vurderingen omfatter også skjønn. Hva som er «nesten alle», «noen» og «få» kan variere noe fra oppsummering til oppsummering, men skal dokumenteres i rapporten.

(Folkehelseinstituttet, 2011)