



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	24-02-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-04-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2020 VÅR stord		
Intern sensor:	Helga Elise Hauge		

Deltaker

Kandidatnr.: 621

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Sårbehandling i heimesjukepleia- Korleis kan sjukepleiaren bidra til å betre sårbehandlinga

Antall ord *: 8826

Egenerklæring *: Ja

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

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Sårbehandling i heimesjukepleia

- *Korleis kan sjukepleiaren bidra til å betre sårbehandlinga*

Wound treatment in home care services

- *How can nurse contribute to better wound treatment*

Kandidatnummer: 621

Bachelor i sjukepleie, Stord

Fakultet for helse- og omsorgsvitskap

Rettleiar: Helga Elise Hauge

Innleveringsdato: 06. Mai 2020

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12

SÅRBEHANDLING I HEIMESJUKEPLEIA

KORLEIS KAN SJUKEPLEIAREN BIDRA TIL Å BETRE SÅRBEHANDLING



Illustrasjonsbilete: Life in view/ Science photo library/ Universal Images

https://quest-eb-com.galanga.hvl.no/search/wound-care/3/132_1276858/Preparing-to-dress-a-wound

Bacheloroppgåve i sjukepleie
Høgskulen på Vestlandet, avdeling Stord, kull 2017

Innleveringsdato: 06/05-2020

Tal på sider: 39

Tal på ord: 8826

SAMANDRAG

Tittel: Sårbehandling i heimesjukepleia- *Korleis kan sjukepleiaren bidra til å betre sårbehandlinga.*

Bakgrunn for val av tema: Kroniske sår er eit aukande problem for pasientar og helsepersonell i kommunehelsetenesta. Det er tidskrevjande og krevjar ein auka kompetanse og ferdigheiter frå helsepersonell som utøv behandlinga. For å kunne utøve ei vellykka sårbehandling er det mange faktorar som må avdekkjast å leggjast i grunn, blant anna ei vurdering av pasientens ernæringsstatus.

Problemstilling: Korleis kan ein som sjukepleiar bidra til å betre sårbehandlinga i heimesjukepleia?

Hensikt: Hensikta med denne oppgåva er å løfte fram viktige faktorar for at sårhelinga hos pasientar med kroniske sår skal gå føre seg så normalt som mogleg.

Metode: Denne bacheloroppgåva byggjer på litteraturstudie som metode. Det vert nytta databasar som CINAHL og SweMed+ for å finne vitenskaplege artiklar som kunne bidra med relevant informasjon opp mot oppgåvas problemstilling.

Resultat: For at pasienten skal kunne motta ei fagleg forsvarleg sårbehandling er det fleire faktorar som må liggje til grunne. Fleire av forskningsartiklane løftar fram kontinuitet som ein svært viktig faktor. Nokre av artiklane trekk også fram at pasientane som mottek heimesjukepleie ofte står i fare for underernæring, og at underernæring aukar risikoen for ei forsinka sårheling.

Konklusjon: For at behandlinga pasienten mottek skal kunna sjåast som fagleg forsvarleg må ein som sjukepleiar sørge for at ein har tilstrekkeleg med kunnskap om dei ulike faktorene som påverkar pasientens sårheling.

Nøkkelord: Kroniske sår, ernæring, kunnskap, kontinuitet, samhandling

ABSTRACT

Title: Wound treatment in home care services- *How can nurse contribute to better wound treatment*

Background: Chronic wounds is a growing problem for patients and health care workers in municipal health care services. The treatment is time consuming and demands a certain level of expertise from nurses treating this sort of wounds. To perform a successful treatment there are many factors that come into play, one of them is a valuation of the patient's nutritional values.

Question: How can a nurse contribute to a better wound treatment in home nursing?

Purpose: The aim of this study is to enhance important factors that makes the wound healing process as normal as possible.

Method: The method for this bachelor assignment is based on literature studies. It has been used databases like CINAHL and SweMed+ to find scientific articles that could contribute with relevant information towards the presented issue.

Result: For the patient to receive expert wound treatment there are multiple factors that lays the foundation. Multiple of the selected scientific articles highlights continuity as a major factor, while some articles also highlight that the patients that are receiving home based nursing often are malnourished and that this is enhancing the risk of delayed wound healing.

Conclusion: In order to provide proper and professional treatment, the nurses must ensure that one has sufficient knowledge of the various factors that influence the patient's wound healing.

Keywords: Chronic wound, nutrition, knowledge, continuity, interaction

Innhold

1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 VAL AV TEMA OG PROBLEMSTILLING	1
1.2 HENSIKTA MED OPPGÅVA	2
1.3 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	2
1.4 AVGRENSINGAR	2
2.0 TEORI	3
2.1 SJUKEPLEIETEORI – KARI MARTINSEN	3
2.2 KRONISKE- IKKJE HELANDE SÅR	4
2.3 ERNÆRING	4
2.4 DOKUMENTASJON	5
2.5 HEIMESJUKEPLEIE	5
2.6 SAMHANDLINGSREFORMA	6
2.7 KVALITETSUTVIKLING	6
3.0 METODE	7
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	7
3.2 FRAMGANGSMÅTE	8
3.3 KJELDEKRITIKK	10
3.3.1 Vurdering av eigen oppgåve	10
3.3.2 Kritisk vurdering av forskningsartikklar og litteratur	10
3.3.3 Etikk i oppgåveskriving	13
4.0 FUNN	14
4.1 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKKLAR	14
4.2 OPPSUMMERING AV FUNN I VITSKAPLEGE ARTIKLAR	16
5.0 DRØFTING	18
5.1 BETYDINGA AV EIN GOD ERNÆRINGSSTATUS	18
5.2 DOKUMENTASJON OG KONTINUITET	20
5.3 KOMPETANSEUTVIKLING	22
5.4 TVERRFAGLEG SAMARBEID – FOR EIN BETRE SÅRBEHANDLING	24
6.0 AVSLUTNING	26
REFERANSER	28
VEDLEGG 1: LITTERATURMATRISE	31
VEDLEGG 2: MNA	34

1.0 Introduksjon

1.1 Val av tema og problemstilling

I 2018 nytta 157 593 personar seg av helsetenester i heimen (Morland & Johansen, 2020). Ein undersøking utført av «Sykepleien» syner at heimesjukepleia har fått fleire avanserte oppgåver og meir komplekse brukarar (Morland, 2020). Dette krevjer meir tid og kunnskap frå personale som utøver sjukepleie i heimen.

Kroniske sår med utfordrande sårheling har syna å by på utfordringar både for pasienten og pleiarane som behandlar såret. Ingebretsen og Storheim (2015, s. 365) beskriv at sår oppstår på grunn av samanbrot i hudas normale struktur og funksjon. Det kjem også fram at ved kroniske sår er vevsskaden så omfatta at primær sårheling ikkje er mogleg. Vidare hevdar dei at kunnskapar om dei ulike sårtypane og sårhelingsprosessen, samt kva faktorar som påverkar denne, er føresetnadar for å kunne behandle sår.

Heimesjukepleien har i lang tid arbeida med å førebygge, identifisere risikofaktorar og behandle sår (Birkeland & Flovik, 2018, s. 118). Birkeland og Flovik (2018, s. 118) poengterer at pasientar som får vedtak om hjelp til sårstell av heimesjukepleia, er ofte blant dei som ikkje klarar stelle såret sjølv eller som ikkje er i psykisk eller fysisk stand til å reise til poliklinikkar eller fastlegen for å få sårbehandling.

Det er mange viktige faktorar som spelar inn for at eit sår skal gro, som til dømes pasientens ernæringsstatus. Det å kartleggje pasientens ernæringsstatus vil difor vere eit viktig tiltak i arbeidet med å gi god helsehjelp til pasientar som har behov for sårstell (Birkeland & Flovik, 2018, s. 126). Helsedirektoratet (2016, s. 78) legg fram at ein god ernæringspraksis inneberer kartlegging, vurdering og dokumentasjon av pasientens ernæringsstatus, vurdering av matinntak i forhold til behov, setje i gong målretta tiltak mot ernæringsstatus, samt oppfølging og evaluering.

Fokuset i denne oppgåva er når sårbehandlinga føregår i pasientens eigen heim. Heimen betyr noko heilt spesielt for dei aller fleste, kvar enkelt pasient vil ha eigne rutinar og system noko som vil medføre at det å komme inn i heimen til ein pasienten kan vere heilt annleis enn å trø

inn i eit rom på institusjon (Birkeland & Flovik, 2018, s. 51). Etter det eg har observert i praksis er det å arbeide i pasientars heim, også heilt annleis enn det ville vore på ein institusjon. Her må ein arbeide svært sjølvstendig og vere godt førebudd, grunna ein har sjølv ansvar for utstyret som trengst. Ein ikkje har moglegheit til å gå innom eit lager å skaffe naudsynt utstyr, slik som ein gjerne har på institusjon.

1.2 Hensikta med oppgåva

Hensikta med denne oppgåva er hovudsakleg å belyse korleis pasientars ernæringsstatus spelar inn for at såret skal gro på ein normal måte. Vidare vil fokuset gå over på å løfte fram viktigheita i ein nøyen dokumentasjon, i tillegg til å diskutere kva betydninga av dokumentasjon har for kontinuiteten i arbeidet. Avslutningsvis skiftar fokuset til kvifor kompetanseauke er viktig, samt at tverrfagleg samarbeid med spesialisthelsetenesta kan vere eit viktig ledd i behandlinga av kroniske sår.

1.3 Presentasjon av problemstilling

«Korleis kan ein som sjukepleiar bidra til å betre sårbehandlinga til pasientar med kroniske sår i heimesjukepleia?»

1.4 Avgrensingar

I denne oppgåva fokuserer eg på korleis ein kan bidra til å betre sårbehandling i heimesjukepleien, mykje med utgangspunkt i pasientens ernæringsstatus, dokumentasjon og kvalitetsutvikling. På grunn av omfanget til oppgåva har eg vald å prioritere desse punkta og sett litt vekk i frå andre faktorar, som for eksempel bruk av bandasjematerial, sårsmertor og aktivitet som også er ein viktig del av behandlinga.

Eg kjem ikkje til å gå inn på årsaka til at pasientar utviklar sår, eller kvar på kroppen såra er lokalisert, då fokuset vil helde seg til behandlingsdelen. Det er samstundes viktig å nemne at ein viktig del av sårbehandling er også førebyggande behandling.

I oppgåva føreheld eg meg til det norske helsevesen og velferdsmodell, då oppfølginga og behandlinga er svært annleis i Noreg kontra eksempelvis USA, kvar hjelpa ein har tilgang til avhenger av kor mykje pengar ein sjølv har moglegheit å leggje i behandlinga.

2.0 Teori

2.1 Sjukepleieteori – Kari Martinsen

I denne oppgåva ser eg det som relevant å nytte Kari Martinsens omsorgsteori. Omsorg er eit ord ein forbind med å hjelpe og ta hand om andre menneske, som i dette tilfelle er svært relevant. For at ein skal kunne utøve verdig sårbehandling til pasientar i heimesjukepleie, vil det at dei kjenner seg verdsett spele ei viktig rolle i samarbeidet. I ordet omsorg ligg det mykje, det kan eksempelvis vere kunnskap og kvalitet hos sjukepleiaren, for at pasienten skal kunne motta best mogleg omsorg under behandlingsforløpet.

Det kjem fram i Martinsen (1990, s. 64) at sjukepleiaren si rolle er å danne ein relasjon med den enkelte pasient for å kunne utøve best mogleg sjukepleie. Dette forutsett at ein som sjukepleiar sett seg inn i kvar enkelt pasient sin situasjon. Det kjem også fram i Martinsen (1990, s. 61) at ho i omgrepet omsorg trekk fram tre ulike aspekt; rasjonelt, moralsk og praktisk, der ho trekk fram moral som det overordna aspektet blant desse tre. Sjølv vil eg trekkje fram alle som svært relevante i møte med den sjuke i heimesjukepleia.

Martinsen (2003, s. 75) påpeikar at det å møte den sjuke med omsorg gjennom omsorgsarbeidet inneber ei rekkje føresetnadar som for eksempel kunnskap og ferdigheiter. Vidare understrek ho at det ligg sjølv sagt at sjukepleielære og medisinske kunnskapar er svært viktige. Fagleg dyktigheit forutsett at kunnskapar og praktiske ferdigheiter går saman og blir ein eining (Martinsen, 2003, s. 75). For at pasientar med kroniske sår som ikkje gror skal kjenne på omsorg i sjukepleiarbeidet, vil ein vesentleg faktor hos sjukepleiaren som utøver handlinga vere kunnskapar og praktiske ferdigheitar. Opplev pasienten at sjukepleiaren har god kontroll på arbeidet som går føre seg, vil det vere lettare for pasienten å slappe av og kjenne seg verdsett.

Martinsen (2003, s. 76) beskriv også at sentralt i omsorga står forståing for andre sin situasjon. I tillegg til kunnskap og erfaring pleiaren har som medmenneske, har pleiaren fagkunnskapar som kan bidra til å gjer ein som pleiar endå betre i stand til å ta hand om den sjuke. Ho beskriv også at underbemanning og tidspress bidrar til at personale sjeldan kan syne den omsorg kvarandre som ville vore til hjelp for deira omsorg til andre (Martinsen, 2003, s. 79)

2.2 Kroniske- ikkje helande sår

Nemninga kroniske sår vert nytta ved sår som har vart i meir enn seks veker (Ingebretsen & Storheim, 2015, s. 382).

Kristiansen og Sætren (2002, s. 9) påpeikar at kroniske sår og infeksjonar som følgje av feilbehandling eller mangelfull behandling førar til auka lidning for pasienten, samt i mange tilfelle til fleire liggjedøgn i institusjon. Vidare konstaterer dei at kroniske sår også kan medverke til ein negativ utvikling av andre sjukdommar, og i verste fall død. På bakgrunn av dette vil det være svært viktig at helsepersonell har kunnskap om behandling av kroniske sår, samt forstår betydninga av gode og sikre rutinar samt også sår prosedyrar.

Det meste av kunnskap kring normal sårheling har i mange år vert kjend, men kunnskapane rundt kva som skjer i ikkje- helande sår eller kroniske sår har i dei seinare år auka betrakteleg (Langøen & Gürgen, 2012, s. 177). Langøen og Gürgen (2012, s. 177) poengterer at det samla sett finnes to grupper faktorar som gjer at sår ikkje heler, desse er; lokale faktorar, som vil seie det som skjer i såret og dets umiddelbare omgjevnadar. Det andre vil være systematiske faktorar som er knytt til pasientens generelle helsetilstand. Lindholm (2020, s. 34) beskriv heling av sår som ein dynamisk nøye avstemt serie av hendingar som går føre seg på eit skada område.

2.3 Ernæring

Ein vurdering av pasientens ernæringsstatus bør gjennomførast på alle pasientar med vanskeleg helande sår, der ein ser mistanke om mangelfull ernæring (Lindholm, 2020, s. 344).

Pasientar som er ramma av kroniske sår som ikkje vil gro vil vere avhengig av eit tilstrekkeleg næringsinntak for at såret skal få moglegheit til å gro. Birkeland og Flovik (2018, s. 126) løftar fram det å kartlegge pasientens ernæringsstatus som eit viktig tiltak for å kunne gi god helsehjelp til pasientar med behov for sårstell. Dei poengterer vidare at dersom ein opplev at pasienten ikkje får i seg tilstrekkeleg næring, bør heimesjukepleia rettleie vedkommande. Det at ein involverer pasienten i ernæringsarbeidet vil vere avgjerande for at pasienten skal kunne klare utføre endringa i ernæringstilstanden (Birkeland & Flovik, 2018, s. 126).

I ernæringsarbeidet mot ei god sårheling er det mykje som må kartleggjast. I tillegg til proteinmangel er blant anna mangel på vitamin C og Sink truleg dei mest dokumenterte

faktorane som hemmar sårhelinga. Tilskot på vitamin C kan difor bidra til å betre behandlinga (Lindholm, 2020, s. 226).

Kirkevold (2014, s. 302) påpeikar at underernæring utviklar seg over tid og kan i nokre tilfelle vere vanskeleg å oppdage. Vidare konstaterer ho at jamlege vektkontrollar kan bidra til å lette arbeidet når ein skal følgje opp pasientens ernæringsstatus.

2.4 Dokumentasjon

Dokumentasjon av både prosedyrar, tiltak og observasjonar vil vere nødvendig i sårbehandling. Like så viktig er det å dokumentere pasientens tilstand knytt opp mot ernæring, smerter, søvn og aktivitet for å kunne sikre ein målretta behandling (Birkeland & Flovik, 2018, s. 126). Birkeland og Flovik (2018, s. 126) omtalar at dokumentasjon i heimesjukepleia ofte berre fokuserer på dei tiltaka som er sett i verk, noko som kan føre til at andre viktige områder blir oversett. Vidare poengterer dei at det er mange faktorar som kan påverke heling av sår, blant anna aktivitet, smerter og ernæring som også er viktig at blir dokumentert.

Systematisk dokumentasjon er viktig for å kunne følgje endringar i pasientens tilstand over tid. Mangel på dokumentasjon kan føre til kontinuitets- og koordineringsproblem i tenestetilbodet. I nokre tilfelle kan ein også sjå at mangelfull dokumentasjon kan føre til ein direkte trussel mot pasientens helse (Hauge, 2014, ss. 272-273). Ingebretsen et al (2015, s. 393) understrek at alle pasientar som mottok hjelp til sårpleie i heimetenesta bør ha eigen sårjournal, kvar det stillest særleg store krav til skriftleg dokumentasjon. Her bør det dokumenterast kva som er gjort, ein beskriving av sårets utsjånad, eventuelt nytte bilete som illustrasjon samt dokumentere om det kjem lukt i frå såret.

Rapportering av sår kan også gå føre seg munnleg, noko som i følgje Lindholm (2020, s. 469) kan vere positivt, då får dei som arbeidar med pasientens sår diskutert regelmessig samt diskutert ulike behandlingalternativ.

2.5 Heimesjukepleie

Sjuka eldre heimebuande pasientar har eit aukande behov for jamnleg og systematisk individuell kartlegging og vurdering. Dette medfører eit auka behov for både auka tidsressurs, rutinar og kompetanse hos sjukepleiaren (Fremann & Næss, 2016, s. 238).

Heimesjukepleia har som mål at alle pasientar som treng hjelp til det, skal få hjelp til å tilfredsstille sine grunnleggjande behov, som for eksempel hjelp til å ete, stelle seg og i enkelte tilfelle hjelp til å utføre kompliserte sårstell (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15).

Birkeland og Flovik (2018, s. 42) konstaterer at hovudfunksjonen til heimesjukepleia er å ivareta kvar enkelt pasients grunnleggjande behov, det vil seie å hjelpe dei med å ivareta dei funksjonane, som dei som følgje av nedsett funksjonsevne eller sjukdom, ikkje er i stand til å ivareta sjølv.

Tverrfagleg samarbeid er også ein viktig del av arbeidet i heimesjukepleia. Bidrag frå fleire faglege innfallsvinklar kan bidra til å gi eit kvalitativt betre helsetilbod til pasientane, det kan også avlaste sjukepleiarar som ofte står aleine med kompliserte utfordringar (Birkeland & Flovik, 2018, s. 97).

2.6 Samhandlingsreforma

Samhandlingsreforma tredde i verk ved nyttår 2012 (Sæterstrand, Holm, & Brinchmann, 2015). Den tek sikte på å løyse tre kjerneutfordringar i dei norske helse- og omsorgstenester. Den viser for det fyrste til at tenestene er fragmenterte og derav ikkje svarar ti pasientens behov for koordinerte tenester. For det andre løftar den opp at det satsast for lite på helsefremjande og førebyggjande tiltak. Det siste som blir tatt opp er at den demografiske og epidemiologiske utviklinga vil gje store utfordringar (Boge, 2018, s. 72). Eit av måla til samhandlingsreforma er at pasienten eller brukaren opplev ein samordna helseteneste utan stopp i behandlingsforløpet, dette uavhengig av kven som er ansvarleg for deltenestene (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Dette vil være av særskilt betydning for pasientane som mottek hjelp til stell av kroniske sår då kontinuitet i behandlingsforløpet er svært viktig.

2.7 Kvalitetsutvikling

Mykje tydar på at kvaliteten på helsetenester som blir utført til eldre ikkje er så god som ein kunne ynskje (Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s. 207). Brodtkorb og Ranhoff (2014, s. 208) peiker på kvalitetsutvikling, kompetanseheving og økt kapasitet som viktige faktorar for å møte utfordringar som for eksempel underernæring, hygiene og medisinske behov. Vidare konstaterer dei at det vil vere behov for sjukepleiarar med auka kompetanse når det medisinske tilbodet som ein skal utøve blir meir avansert og omfattande. Eit eksempel på meir avanserte oppgåve kan vere kroniske sår som ikkje gror, dette vil krevje kvalitet og auka

kompetanse. Auka kompetanse hos den enkelte sjukepleiar, vil bidra til at kvaliteten på behandlinga som blir utført aukar.

3.0 Metode

Dalland (2017, s. 52) beskriv metode som vårt reiskap i møte med noko ein vil undersøkje. Vidare poengterer han at metoden hjelp oss til å samle inn data. Det vil sei den informasjonen ein treng i undersøkinga.

Ein skil mellom kvantitative og kvalitative metodar. Den kvantitative metoden har den fordelan at det gjev data i form av målbare einskapar. Den kvalitative metoden tek sikte på å fange opp meiningar og opplevingar som ikkje let seg talfeste eller måle (Dalland, 2017, s. 52).

Søkestrategi:

Thidemann (2015, s. 87) omtalar det å utvikle ein god søkjestrategi som svært vesentleg for eit effektivt søkjarbeid. Vidare poengterer ho at søkestrategi omhandlar å bestemme emneord/søkjeord og kombinasjonar av desse i ulike databasar.

3.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgåva vil nytte litteraturstudie som metode, og eg vil ut i frå det innhente relevant litteratur som kan bidra til å belyse vald problemstilling. Thidemann (2015, ss. 79-80) beskriv ein litteraturstudie som ein studie som systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder. Vidare poengterer ho at det å systematisere inneberer det å samle inn relevant litteratur, deretter vurdere den kritisk og til slutt samanfatte det heile.

Denne oppgåva har som formål å bevisstgjere korleis ein som sjukepleiar kan bidra til å betre sårbehandlinga til pasientar med kroniske sår. Lindholm (2020, s. 451) poengterer at behovet for sårbehandling i tida framover kjem til å auke. På bakgrunn av dette vil det også vere viktig at helsepersonell som skal ha ansvar for behandlinga har tilstrekkeleg kunnskap om oppfølging og behandling. Det å nytte seg av litteraturstudie som metode kan difor vere ei viktig reiskap i å auke kunnskapane kring sårbehandling.

3.2 Framgangsmåte

Manuelt søk:

I innsamlinga av relevant faglitteratur og pensum har eg nytta Høgskulen på Vestlandet sine nettsider. Eg har i tillegg nytta relevant litteratur frå pensum bøker som eg har hatt frå før av, samt at eg har fått tak i litteratur som eg har sett på som relevant knytt opp mot oppgåvas problemstilling. Dette blant anna boka SÅR frå Christina Lindholm (Lindholm, 2020).

Søk i databasar:

Etter ein del søk i databasen CINAHL fann eg nokre funn som kunne vere relevant knytt om mot sjukepleiarars erfaring knytt opp mot behandling av kroniske sår i heimesjukepleia. Søk nummer sju førte til treff på artikkelen “*Home care nurses’ experience of providing health-care to patients with hard-to-heal wounds*”. Ettersom pasientens ernæringsstatus er viktig for behandlinga av kroniske sår nytta eg desse søkeorda i søk nummer 8 “nutrition” kombinert med søkeordet “wounds”, som resulterte i funn på denne artikkelen “*Systematic review of the impact and treatment of malnutrition in patients with chronic vascular wounds.*” Eg ynskjer også eit fokus på dokumentering ved bruk av bilete, og nytta difor søkjeorda «photograph», «reports» i kombinasjon med «wounds» som resulterte i funn på denne artikkelen: «*Reducing the Risks of Wound Consultation: Adding Digital Images to Verbal Reports*».

Tabell 1:

Søk gjennomført i databasen: CINAHL							
Søk dato	Søk nummer	Søkeord	Avgrensinger	Antall artikler	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
12.03.2020	S1	Home Care		19,184			
	S2	Nursing		633,428			
	S3	Nutrition		106,488			
	S4	Patient		934,194			
	S5	Wounds		45,825			
	S6	S1 AND S5		168	3	1	
	S7	S1 AND S2 AND S5		89	2	1	1
	S8	S3 AND S5		491	2	1	1
	S9	Photograph		1,695			

	S10	Reports		201,869			
	S11	S5 AND S9 AND S10		4	2	1	1

Etter nokre søk gjennomført i databasen SweMed+ fann eg nokre artiklar eg såg på som relevant knytt opp mot kontinuitetsarbeid og organisering i heimesjukepleien. Søk nummer fire førte til treff på artikkelen «*Kontinuitet i hjemmesykepleien- vanskelige vilkår, men gode muligheter*». Etersom at eg ser på organiseringsarbeidet som ein viktig faktor i betringa av sårbehandling i heimesjukepleia nytta eg meg av søkjeorda «hjemmesykepleiepraksis» og «Sykepleiepraksis» som resulterte i funn på denne artikkelen: «*Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis*». Eg prøvde også å kombinere ordna «kontinuitet» og «organisering», men fann her ikkje nokre relevante artiklar knytt opp mot problemstillinga i oppgåva.

Til slutt lå eg inn søkjeordet «ernæring» og kombinerte med ordet «hjemmesykepleie» og fekk funn i artikkelen «*rutiner og å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien*».

Tabell 2:

Søk gjennomført i databasen SweMed+							
Søk dato	Søk nummer	Søkeord	Avgrensinger	Antall artikler	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
23.02.2020	S1	Hjemmesykepleie		79			
	S2	Kontinuitet		49			
	S3	Organisering		679			
	S4	S1 AND S2		1	1	1	1
	S5	Hjemmesykepleiepraksis		2			
	S6	Sykepleiepraksis		10			
	S7	S5 AND S6		1	1	1	1
	S8	S2 AND S3		1	1		
	S9	Ernæring		93			
	S10	S1 AND S9		2	1	1	1

3.3 Kjeldekritikk

3.3.1 Vurdering av eigen oppgåve

Eg har vald å nytte ein kombinasjon av kvantitative og kvalitative forskingsstudiar. Dette er eit val eg har gjort då eg har vurdert artiklane som relevant knytt opp mot problemstillinga, sjølv om artiklane har ulik tilnærming. Fordelar med å nytte begge typar forskningstudie er at ein då både får fram pasientens og sjukepleiarens perspektiv. Då er det viktig at det blir tatt høgde for at ein samansetning av desse metodane kan vere problematisk sidan resultatata blir presentert på ulik måte (Thidemann, 2015, s. 97)

I oppgåva har eg nytta litteratur som eg har vurdert som relevant knytt opp mot vald problemstilling. Eg har nytta meg av boka til Arne Langøen (2012), for ei relevant forklaring av kroniske sår. Vidare har eg nytta meg av boka «SÅR» som er skriven av Christina Lindholm (2020), for å kunne stryke forklaringane og skape eit større innblikk kring behandlinga av kroniske sår.

Dei vitenskaplege artiklane eg har vald å nytte meg av tek opp viktige tema, for at ein som sjukepleiar kan bidra til å betre sårbehandling i heimesjukepleia. På grunnlag av dette er tema i artiklane litt sprett. Ein tek opp heimesjukepleia si erfaring knytt til kroniske sår, medan nokon tek opp betydinga av kontinuitet, samhandling og kompetanse.

På grunnlag av situasjonen som oppstod under bachelorskrivinga med Covid-19 smitte, har dette bidratt til noko utfordringar knytt til å skaffe nyare kjelder og litteratur. Eg har difor sett meg nøydt til å nytte nokre eldre utgåver av bøker, samt nytta andre bøker der eg ikkje har klart å skaffa anna litteratur.

3.3.2 Kritisk vurdering av forskningsartikklar og litteratur

Kjeldekritikk betyr å vurdere og å karakterisere den litteraturen ein har gjort funn i. I tillegg må ein gjere greie for kva for kriterium ein har nytta under utveljinga (Dalland, 2017, s. 158). Når eg har gjort funn i litteratur som tilsynelatande har stått fram som relevant, brukte eg tid på å vurdere om litteraturen var av kvalitet, samt om teorien var relevant og påliteleg. I dette arbeidet såg eg mykje på kven som var forfattar, kva rolle forfattere hadde, samt alderen på teorien som vart nytta.

For å gjere ei kritisk vurdering av utvalde vitenskaplege artiklar, vart det nytta sjekklister. Sjekklistene som vart nytta er publisert på Helsebiblioteket sine nettsider www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis. For dei kvalitative forskingsundersøkingane har eg nytta meg av sjekklister for kvalitativ forskning, medan for dei kvantitative har eg nytta meg av bland anna sjekklister for kvantitativ tverrsnittundersøking (prevalensstudie) (Helsebiblioteket, 2016). Eg har ut i frå desse vurdert artiklane opp mot dei krava som sjekklistene stiller. Sjekklistene deles inn i tre ulike delar, der fyrste del består av ein innleiande del og dei to siste til å vurdere resultat, samt om resultatene som kjem fram kan overførast til praksis.

Studia gjennomført av Aune og Struksnes (2019) undersøker heimesjukepleia si oppleving av å gi helsehjelp til pasientar med sår som har vanskar med å gro. Problemstillinga og formålet med studia kjem klart fram tidleg i teksten. For å belyse problemstillinga nyttar studia seg av ein kvalitativ metode. Det var totalt sett 21 sjukepleiarar frå tre ulike kommunar i Noreg som deltok i undersøkinga. Dei etiske krava er gjort rede for, samstundes så resultatene i studia kjem tydeleg fram. Studia konkluderer sluttvis med at kriteriene for suksess i sårbehandling avhenger av sjukepleierens kunnskap, organisatoriske aspekt og samarbeid, noko som var hovudgrunnen til at eg valde å nytte meg av denne artikkelen i oppgåva. Studia er publisert på engelsk, men utført i Noreg.

Tilstrekkeleg ernæring er ein viktig faktor i sårhelinga, dette løftar Stopher og Jansen (2017) fram i si studie. Kroniske sår rammar omtrent 1,9% av befolkninga, noko som var hovudesensen og bakgrunnen for at studia vart gjennomført. Studia er ein kvantitativ meta analyse og tar utgangspunkt på søk i ulike databasar. Bakgrunnen for studia og problemstillinga kjem tydeleg fram. Forfatarane gjev godt rede for korleis dei har samla inn data, samt kva tyde databasar dei har nytta seg av. Det kjem blant anna fram i studien at eit auka protein og kalori inntak var effektivt hos pasientar med underernæring og kroniske sår, dette var blant hovudgrunnen til at eg valde å nytte denne studien i oppgåva. Dei konkluderer også med at ernæring ved sårbehandling krevjar meir forskning, noko som er svært viktig at blir arbeida med vidare. Studien er utført i Australia, men resultatene blir likevel vurdert som relevant knytt opp mot utvald problemstilling.

Det å nytte seg av bilete av såret i dokumenteringa av behandlinga vart tatt opp i studien til Buckley et.al (2009). Studia er kvalitativ, noko som eignar seg godt opp mot problemstillinga og målet med å undersøkje dette med bruken av bilete i dokumenteringa. Før studien starta vart

dei etiske forskingskrava oppfylt. Resultata i studia kjem tydleg fram. Studia gjev rede for at det kun vart ein sårjukepleiar som analyserte funna på bileta som vart publisert, og peiker midlertidig på at dette kan vere ein svakheit. Resultata som kjem fram i studia kan med hensikt også vere nyttig i praksis. Konklusjonen ser eg også på som svært relevant. Studia er 11 år gammal, men eg har likevel vald å nytte den i oppgåva då det som blir teke opp, framleis er sær relevant og viktig den dag i dag, til tross for noko eldre publikasjonsdato. Studia har gått føre seg i USA, men eg har likevel vald å nytte den då resultata som kjem fram er relevant knytt opp mot problemstillinga.

Studia til Gjevjon (2015) har fokus på kontinuitetsarbeid i heimesjukepleia. Kontinuitet er ein føresetnad for kvalitet på helsetenestene ein yt, noko som var bakgrunnen for denne artikkelen. Artikkelen tek utgangspunkt i resultat frå tre ulike publiserte forskingsartiklar som omhandlar kontinuitet i heimesjukepleia, noko som gjer studia til ein metaanalyse. Metaanalyse eignar seg godt til denne type problemstilling, då informasjon er henta inn frå kvalitetssikra kjelder. Konklusjonen syner at systematisk og strukturert dokumentasjon i pasientane sine journalar er avgjerande for å sikre kontinuitet, uavhengig av grad personkontinuitet. Dette var blant hovudgrunnen til at eg valde nytta artikkelen i oppgåva. Studia er gjennomført i Noreg.

Samhandlingsreforma blei ved nyttår 2012 innført som ny reform i Noreg. Den tek hovudsakleg sikte på korleis helsetenester kan samhandle betre. Dette var bakgrunnen for studia til Sæterstrand et.al (2015). På bakgrunn av problemstillinga er ein kvalitativ metode eit godt val. Studia har som hensikt å sjå på kva utfordringar sjukepleiarar møter i sitt daglege arbeid i heimesjukepleia som følgje av denne reforma. Dette kjem tydleg fram, tidleg i artikkelen. Det vart søkt Regional Etisk Komite (REK) i Noreg som tilrådde prosjektet. REK gav dispensasjon frå teieplikta etter forskrift. Studia har vald eit kvalitativt design i form av feltarbeid og kvalitative intervju då problemstillinga er praktisk handling mellom menneske. Resultata som kjem fram i studia kan vil vere nyttige å ha til ettertanke i klinisk praksis. Konklusjona syner at samhandlingsreforma har bidratt til å auke presset på heimesjukepleia i form av auka tidspress og eit større ansvarsområde. Ein ser også eit behov for å auka kompetansen, noko som var hovudgrunnen til at eg har vald å nytte denne studia i oppgåva. Studia er gjennomført i Noreg.

Rutinar for å vurdere ernæringsstatus i heimesjukepleia er eit viktig tema som blir tatt opp i forskingsartikkelen til Aagaard og Grøndahl (2017). Hensikta var å undersøke kva for rutinar leiarar og helsepersonell i heimesjukepleia har for å vurdere pasientars ernæringsstatus. For å svara på problemstillinga har dei nytta seg av ei kvantitativ tverrsnittundersøking. Det var nytta spørjeskjema, der 273 leiarar (svarprosent 59) og 212 helsepersonell (svarprosent 74). Ei kvantitativ undersøking nytta seg godt til å svara på problemstillinga. Dei etiske overveielser kjem klårt fram i artikkelen. Studiens konklusjon er både viktig og relevant og ta med seg ut i praksis. Studia er gjennomført i Noreg.

Eg har vurdert alle seks artiklane som relevant for oppgåvas problemstilling, då både erfaringar, ernæring, kontinuitet, dokumentering og kompetanse er svært relevant for å kunne utvikle kunnskap om sårbehandling hos sjukepleiarar.

3.3.3 Etikk i oppgåveskriving

Etikk som utgangspunkt i drøftinga, handlar om å forhalde seg til reglar, så sant som å tenkje gjennom dei etiske utfordringar artiklane resulterte i (Dalland, 2017, s. 235). Etikken dreier seg om normer for riktig og god livsførsel. Forskingsetikk er eit slikt område i etikken som har med å vurderer forskning i forhold til samfunnets verdiar og normer. Forskingsetikk handlar ikkje minst om å ivareta personvernet, samt å sikre at dei som deltar i forkinga ikkje blir påført unødig belastning (Dalland, 2017, s. 236). Når eg har arbeida med denne oppgåva har eg tatt omsyn til forskningsetikken i det utvalde vitenskaplege artiklane, og sikra meg at dei føl opp dei krava for forskningsetikken krevjar. Ved bruk av eksemplar frå eigen praksis har eg også tatt omsyn til personvern og anonymitet. Eg har også nytta APA-standaren ved bruk av referansar, dette for å unngå plagiat i oppgåva.

4.0 Funn

4.1 Presentasjon av forskningsartikklar

Presentasjon av vitenskaplege artiklar blir også presentert i litteraturmatriser, sjå: [Vedlegg 1](#).

Arikkel 1: “Home care nurses’ experience of providing health-care to patients with hard-to-heal wounds”

Fyrste artikkel omhandlar heimesjukepleia sine erfaringar knytt opp mot behandling av sår som har vanskar med og gro. Nokon av kriteriane for suksess i sårbehandlinga er at ein som sjukepleiar har kunnskap om god sårbehandling, samt eit godt samarbeid med pasienten og deira familie (Aune & Struksnes, 2019). Studien er gjort ved hjelp av ein kvalitativ av metode. Sjukepleiarar frå tre ulike kommunar i Noreg blei rekruttert, totalt sett 21 sjukepleiarar. Innsamlinga av data gjekk føre seg ved eit spørjeskjema med strukturerte og opne spørsmål. Resultata frå artikkelen syner at god dokumentasjon av arbeidet som er gjort fremmer samarbeidet vidare, men syner også at fleire opplev at dei ikkje er god nok til å dokumentere og evaluere såret, med for eksempel bruk av bilete. Det kjem også fram at dersom det går for lang tid kvart pasientbesøk for den enkelte sjukepleiar opplev dei ofte at det er vanskar med å vurdere effekten av behandlinga. Vidare resulterer dei i at dei opplev eit behov for å styrke kompetansen kring sår og sårbehandling. Til slutt konkluderer dei med at hovudkriteria for å lukkast i sårbehandlinga er kunnskap og eit godt samarbeid med pasienten og kollegar som er delaktig i pasientens behandling (Aune & Struksnes, 2019).

Artikkel 2: “Systematic review of the impact and treatment of malnutrition in patients with chronic vascular wounds.”

Kroniske sår rammar minst 1,9% av befolkinga, noko som igjen bidrar til å svekke livsskvaliteten til den enkelte (Stopher & Jansen, 2017). Denne problemstillinga var bakgrunnen for gjennomføringa av studien. Tilstreккеleg ernæring er naudsynt for sårhelinga, og mange pasientar med kroniske sår er betydeleg underernærte. Metoden som er nytta i studien er systematisk søk i databasar som: Medline, PubMed, Cochrane, Library og Cinahl. I resultatdelen kjem det blant anna fram at underernærte pasientar med trykksår hadde god nytte av eit auka kalori og protein-inntak, og at dette vidare var noko kostandseffektivt på grunn av ein reduksjon på sår og bandasjemateriale. Studien konkludere med at ein har behov

for meir forskning for å kunne evaluere effektiv av ernæring knytt opp mot helbredelse av ulike sårtypar (Stopher & Jansen, 2017).

Artikkel 3: *“Reducing the Risks of Wound Consultation: Adding Digital Images to Verbal Reports”*

Hensikta med denne studien var å undersøkje virkninga av bruk av digitale bilete av sår i pasientrapportar. Data frå studien er samla inn frå heimesjukepleiarar som har arbeida med 43 ulike pasientar med tilsaman 89 forskjellige etnologiske sår. Under heimebesøk hos dei sårramma pasientane vurderte og dokumenterte sjukepleiarane sår sin status, og tok samstundes 3 bilete av kvart sår. Vidare vart bileta lasta opp, på ein sikker måte til sårjukepleiar, samstundes som det gjekk føre seg ein verbal rapport om sårets tilstand, dybde, lokalisasjon og liknande. Fyrst hørde sårjukepleiaren på dei verbale tilbakemeldingane, og deretter såg på dei ulike sårbileta som vart tilsendt. Tilbakemeldingane og anbefalingane var stort sett dei same, men på dei punktene dei hadde endra seg hadde det stor innverknad med fare for under- eller overbehandling. Ein kan her få ein peikpinn på at verbale rapportar gitt til sårjukepleiarar kan føre til feilvurderingar, og at bruk av bilete difor kan bidra til ein sikker og kostnadsfri tryggleik i vurdering av sårets status (Buckley, Adelson, & Agazio, 2009).

Artikkel 4: *«Kontinuitet i hjemmesjukepleien- vanskelige vilkår, men gode muligheter.»*

Kontinuitet er ein føresetnad for kvalitet på helsetenestene ein yt, samt er det eit politisk og fagleg mål (Gjevjon, 2015). Artikkelen er ein metaanalyse og tek utgangspunkt i tre publiserte forskingsartiklar som omhandlar kontinuitet i heimesjukepleia. Det kjem fram at kontinuitet i heimesjukepleia har vanskelege vilkår, men at det samstundes finnes gode moglegheiter for å kunne oppnå kontinuitet i pasientforløpet. For å kunne utøve bestmogleg sjukepleie til pasientar med diagnosar som krev spesiell kompetanse, vil personkontinuitet spele ei viktig rolle. Systematisk strukturert dokumentasjon og kommunikasjon kan bidra til å auke den manglane kontinuiteten i heimesjukepleia. Det kjem også fram at leiarar i heimesjukepleia må bevisstgjere, samt grunngje val og prioriteringar, planleggje, koordinere og tilretteleggja tenesta for å kunne sikre kontinuitet i heimesjukepleia (Gjevjon, 2015).

Artikkel 5: «*Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis*»

Frå nyttår 2012 vart det innført ei ny reform i Noreg, kalla samhandlingsreforma. Denne reforma har som mål å rette søkjelyset på korleis helsetenesta kan samhandla betre, førebyggje meir, samt ivareta kronikarar på ein god måte. Dette var bakgrunnen for studia til Sæterstrand, Holm og Brinchmann (2015) Studien er kvalitativ i form av feltarbeid og kvalitative intervju. Studien resulterer i at hovudutfordringa for sjukepleiarar er å ta ansvar, samt føreta vanskelege avgjersler i klinisk praksis i heimesjukepleia. Vidare kjem det fram at det under rapportar blei gjort prioriteringar kring kven som skulle ivareta pasienten ut i frå kva kompetanse den enkelte hadde til rådighet, dette va for å sjå og ivareta pasientens behov for sjukepleie. Studien viser at samhandlingsreforma har bidratt til å auke på heimesjukepleia i form av tidspress og auka ansvarsområde. Ein ser i tillegg at behovet for auka kompetanse er tilstade.

Artikkel 6: «*Rutiner og å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien*».

Undersøkingar visar at pasientar som mottok hjelp får heimesjukepleia, ofte kan vere utsett for underernæring. Hensikta med utført studie var å beskrive kva slags rutinar leiarar og helsepersonell i heimesjukepleia nytta for å kartleggje pasientars ernæringsstatus. Metoden i studien er kvantitativ og består av ein tverrsnittundersøking i to delstudiar; ein blant leiarar i heimesjukepleie og ein blant helsepersonell i heimesjukepleia. Data vart samla inn ved hjelp av spørjeskjema. Her fann ein ut at 67% av leiarane kjenner til Helsedirektoratets retningslinjer, medan kun 37% av helsepersonell i heimesjukepleia kjenner til desse. Studia konkluderer med at det bør utarbeidast skriftlege prosedyrar for å vurdere pasientars ernæringsstatus i den kommunale heimesjukepleie (Aagaard & Grøndahl, 2017).

4.2 Oppsummering av funn i vitenskaplege artiklar

Funna som kjem fram i dei utvalde artiklane belyser ulike tema og områder som er av betydning for problemstillinga. Sjølv om dei utvalde artiklane har svært variabel problemstillinga, er resultata som kjem likevel svært relevante for å kunne utbetre sårbehandlinga i heimesjukepleia. For å kunne utøve ei heilhetleg sjukepleie til pasientar med kroniske sår er det svært mange faktorar som spelar inn, og artiklane har difor delvis

forskjellig hensikt og fokus. Ein fellesnemnar i fleire av dei utvalde artiklane er blant anna t kontinuitet og kunnskap er ein svært viktig del av arbeidet i heimesjukepleia. I tillegg løftar nokre artiklar fram viktigheita i at pasientens ernæringsstatus blir følgt opp, samt at underernæring ofte bidrar til å forsinke helinga av sår.

5.0 Drøfting

Problemstillinga i denne oppgåva omhandlar *korleis ein som sjukepleiar kan bidra til å betre sårbehandlinga til pasientar med kroniske sår i heimesjukepleia*.

Eg vil i denne delen nytte funna frå utvalde vitenskaplege artiklar opp i mot relevant teori, og egne erfaringar til å drøfte problemstillinga.

Eg vil byrje med å ta opp kva pasientens ernæringsstatus har å seie for å få såret til å gro, vidare vil eg fokusere på dokumenteringa av behandlinga som igjen er ein viktig faktor for å halde kontinuiteten oppe, deretter vil fokuset gå over på kompetanseutvikling og viktigheita kring det å ha kunnskap om sårbehandling og oppfølging. Til slutt diskuterer eg litt kring viktigheita i å oppretthalde kontakt med spesialisthelsetenesta og kva betydning samhandlingsreforma har hatt for å styrke dette samarbeidet.

5.1 Betydinga av ein god ernæringsstatus

Mange undersøkingar tydar på at kvaliteten på helsetenester som blir utført til eldre, ikkje er så god som ein hadde ynskja (Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s. 207). Forskingsstudia gjennomført av Aagaard og Grøndahl (2017) belyser også at fleire undersøkingar visar ein auke i pasientar som mottek heimesjukepleie, og at desse ofte kan vere utsett for underernæring. Når ein som sjukepleiar i heimesjukepleia skal sørge for at pasientar med kroniske sår oppnår god sårheling, er det fleire faktorar som må liggje til grunne. Ein av faktorane er blant anna pasientens ernæringsstatus. Lindholm (2020, s. 340) konstaterer at underernærte pasientar ofte har dårlege føresetnadar for at sår skal gro som normalt. På grunnlag av dette har forskingsinteressen når det gjeld ernæringstilstand og heling av sår auka betrakteleg. Dersom pasienten som får hjelp til sårstell kun har vedtak på dette, er det stort sannsyn for at sjukepleiaren som har ansvar for sårstellet utøver arbeidet for raskt før ein går vidare og gjerne ikkje tenkjer over å spørje pasienten om ernæringsstatus. Sårstellet kan likevel bli utført på ein god måte, men kan ein seie seg nøgd berre på grunnlag av dette? Erfaringar frå praksis har vist at dagane i heimetenesta ofte svært travle, ein skal gjennomføre mange oppgåver på kort tid og pasientbesøka er ofte korte, det er difor avgrensa kva ein får gjort på den tida ein er inne hos kvar enkelt pasient.

Dersom ein opplev at pasientane sine sår har vanskar med å gro, og mistenkjer at det kan skuldast underernæring er det viktig at ein informerer pasienten viktigheita i å oppretthalde ein god ernæringsstatus. Dersom pasienten ikkje forstår viktigheita kring dette, er det erfaringsmessig vanskeleg å arbeide mot ein betre ernæringsstatus. Stopher og Jansen (2017) understrek at underernæring bidrar til å auke sårets alvorsgrad. Dei visar også til at underernæring aukar risikoen for tap av lemmer, samt at auka såromkrets ofte var assosiert med redusert inntak av Vitamin A, K, magnesium og protein. Vidare kjem dei fram til at underernærte pasientar har auka risiko for trykkskade, og at trykkstadas alvorsgrad auka parallelt med graden av underernæring. På bakgrunn av dette ser ein at det er mange punkter som må kartleggjast for at pasienten skal kunne få ein fullstendig oppfølging behandling av dei kroniske sår.

Brikeland og Flovik (2018, s. 135) understrek at alle pasientar som mottar heimesjukepleie, skal få vurdert sin ernæringsstatus ved oppstart av tenesta, uavhengig av kva type vedtak pasienten har. Dette skal følgjast opp månadleg, og pasientar som er i risikosona for underernæring skal få tilbod om oppfølging. For å kartleggje pasientane sin ernæringsstatus kan ein eksempelvis nytte seg av ulike kartleggingsverktøy som for eksempel Mini Nutritional Assessment ([Vedlegg 2](#)). Ved bruk av slike verktøy vil ein få ei form for peikepinn på korleis pasientens ernæringsstatus er, samt kvar det er viktig at det blir tatt grep.

Undersøkingar gjort av Aagaard og Grøndahl (2017) syner at i underkant av halvparten av heimesjukepleias kommunar har rutinar for å kartleggje å vurdere ernæringstilstanden til brukarane i heimesjukepleia. I praksis opplevde eg at pasientars ernæringsstatus ofte var eit viktig fokus, dei var nøye med å kartleggje ernæringsstatus og gav tilbod om oppfølging dersom pasientar stod i fare for underernæring, men eg høyrde sjeldan snakk om ernæringsstatus knytt opp mot behandling av kroniske sår.

Dersom ein skal kunne yte fagleg forsvarleg sjukepleie til pasientar med kroniske sår, vil det å ha kartlagt pasientens ernæringsstatus spele ei svært sentral rolle. Av erfaring er dette lettare å følgje opp i institusjon då ein her har moglegheit å følgje pasienten gjennom ein heil dag, og kartleggje der etter. I pasientens heim ser ein derimot berre pasienten i det vetle augeblikket ein er inne å hjelp med det som pasienten har vedtak på. Det kan difor vere utfordrande for helsepersonell å få eit innblikk i pasientens ernæringsstatus. Som nemnd over, bør ein dersom ein opplev at kroniske sår til pasientar i heimesjukepleia har vanskar med å gro,

prioritere kartlegging og oppfølging av pasientens ernæringsstatus høgt. Molven (2016, s. 136) belyser at blant kjerneoppgåvene ved pleie og omsorg er å ivareta pasientens grunnleggjande fysiske og psykiske behov, som eksempelvis pasientens ernæringsstatus. Når det då kjem til fagleg forsvarleg sårbehandling er det då klart at pasientens ernæringsstatus må følgjast opp som ein del av behandlinga.

I følgje Martinsen (2003) er det viktig at ein som sjukepleiar i møte med pasienten observerer og ser deira behov for sjukepleie, og set i verk tiltak deretter. Martinsen (1990, s. 61) beskriv også at ein fagdyktig sjukepleiar har tillært seg sakkunnskap og at sjukepleiarens moral spelar ei viktig rolle. I arbeidet om å utbetre pasientens ernæringsstatus vil altså moralen sjukepleiaren har til arbeidet spele ei viktig rolle. Dersom ein tek utgangspunkt i situasjonar som er beskriven tidlegare, med underernærte pasientar og auka utvikling av sår, vil også sjukepleiarens pedagogiske rolle spele ei sentral rolle. Som tidlegare nemnd vil ein viktig faktor for å lykkast i ernæringsarbeidet vere at pasienten har forståing for kvifor ernæringsstatus er viktig, og for at det skal vere mogleg for pasienten å kunne forstå dette vil måten sjukepleiaren legg fram informasjonen på spele ei svært viktig rolle. Dersom god informasjon er lagt til grunne, vil det vere lettare for pasienten å ta hand om eigen ernæringsstatus. Blant hovudgrunnen til at ernæringsarbeidet ofte går dårleg, er mangelen på kunnskap hos helsepersonell, dette kjem fram i studia til Aagaard og Grøndahl (2017) då dei skriv at mangelen på ernæringskunnskap var den barrieren som var viktigast å fjerne for at heimesjukepleia skulle kunne vurdere å følgje opp brukarens ernæringsstatus. Slik at når kunnskap om ernæring er lagt til base, vil det å setje i verk tiltak knytt opp mot pasientens behov for sjukepleie, vere lettare for både pasient og sjukepleiar.

Studia til Stopher og Jansen (2017) konkluderer sluttvis i at meir forskning er naudsynt for å kunne evaluere effekten ernæringstilskot har på leging av ulike sårtypar.

5.2 Dokumentasjon og kontinuitet

Det å ha kontinuitet i dokumentasjonen av sårbehandlinga er svært viktig. Det å dokumentere både prosedyrar, tiltak og observasjonar er viktig, men like så viktig er det å dokumentere pasientens tilstand knytt til smerter, ernæring, søvn og aktivitet då dette kan ha like stor betyding i behandlinga av kroniske sår (Birkeland & Flovik, 2018, s. 126). Særleg dersom personkontinuitet i sårbehandlinga er vanskeleg å få til, vil dokumentasjon vere av vesentleg betyding (Lindholm, 2020, s. 468).

I behandlinga av kroniske sår er det viktig at både betring og forverring blir oppdaga. Observasjonar som deretter er viktig at bør dokumenterast i pasientens journal er bredde, lengde, dybde, farge og lukt. Huda rundt såret er det også viktig at ein observerer, her er det viktig at ein ser etter fargeforskjellar, ødemer og varmforskjellar. Dersom dette blir fulgt systematisk opp vil det for neste person som skal stelle såret bli lettare å vurdere endringar.

Erfaringsmessig synest mange det er vanskeleg å beskrive sår i pasientrapportar. Gjentatte gongar blir det skreve rapportar som eksempelvis: «pasient har fått sårskift i dag, lite sekresjon i bandasje» eller «Sårstell utført etter prosedyre», men kva fortel eigentleg denne rapporten den neste sjukepleiaren som skal utføre sårstell? Det er mange måtar ein kan nytte seg av når eg skal dokumentere eit sår, blant dette har det blitt meir og meir populært å nytte seg av sårbilete. Ved bruk av bilde i rapportar får ein eit innblikk i korleis såret ser ut, kor stort det er og kvar på kroppen det er. Dette kan bidra til at ein som sjukepleiar er meir førebudd når ein skal heim til pasientar å utføre eit sårstell. Buckley et. al (2009) konstaterer at det å bruke bilete i rapportar kan ha mykje å sei i behandlingsforløpet. Bruk av bilete i rapportar kan også gjere det lettare å hugse observasjonar ein gjor under stellet, som igjen kan bidra til at rapporten blir meir fullstendig og detaljert. Slike systematiske dokumentasjonar vil igjen kunne bidra til at kontinuiteten i pasientarbeidet aukar.

Kontinuitetsarbeid i heimesjukepleia har vist seg og ofte vere utfordrande. Birkeland og Flovik (2018, s. 74) poengterer at ein gjennomgåande utfordring i heimesjukepleia er at pasientane må forhalda seg til mange tilsette. Besøka av heimesjukepleia er også ofte kortvarig, som vil sei at den sosiale kontakten med pasienten vil lide, dersom det er slik at det stadig kjem nye tilsette.

I heimesjukepleia kan ein ofte oppleve at det vert utfordrande å skape ein god pasient-helsepersonell relasjon, mykje på grunn av knapp tid og stor variasjon i personale som kjem att. Heimesjukepleia har også som regel faste oppgåver som er satt til kvart tilsyn, dette skapar mindre rom for fleksibilitet og individuell tilpassa hjelp. Dette kan for pasienten opplevast som ei brest på kontinuiteten (Gjevjon, 2015). Eit eksempel på dette kan vere ein pasient som har fast sårstell tre gongar i veka, men er nøyd til å melde avbod ein dag. Ein kan då ikkje garantere at heimesjukepleia har moglegheit å komme innom dagen etter då eit

sårstell kan vere tidskrevjande, samt at ein er avhengig av å ha personell med kompetanse på jobb.

Tiltak som ofte er omdiskutert i heimesjukepleia er personkontinuitet, altså det å avgrense talet på personell som gjennomfører ulike sjukepleieprosedyrar, dette særleg på kompliserte sårstell. Dette har ofte vist seg å vere utfordrande, særleg dersom pasienten har sårstell opptil fleire gongar i veka. Men på dei områda ein har sett at det har vert mogleg å få til, har det vist seg å ha positiv effekt (Gjevjon, 2015). Lindholm (2020, s. 353) poengterer også at så sant det lar seg gjere bør det vere få tilsette som tek seg av den same pasienten. Dette er også Ingebretsen og Storheim (2015, s. 378) einig i og skriv at dei beste behandlingresultata får ein kvar det har vore etablert eit behandlingsteam rundt den enkelte pasient. Vidare skriv dei at stadige variasjonar i behandlingssopplegget ofte er uheldig og kan forsinke sårhelinga. Det kjem også vidare fram i Gjevjon (2015) at frå eit tenesteperspektiv vil personkontinuitet vere naudsynt for å sørge for tett oppfølging av tilstandar som krevjar spesiell kompetanse. Erfaringar frå praksis syner at personkontinuitet ofte er vanskeleg å få til i heimesjukepleia, dette er ofte på grunnlag av mangel på personell med relevant kompetanse.

5.3 Kompetanseutvikling

Martinsen (1990, s. 64) beskriv at for å kunne yte best mogleg sjukepleie til kvar enkelt pasient er relasjonen viktig, men like så viktig er det at ein sett seg inn i situasjonen til kvar enkelt pasient. Opp mot vald problemstilling vil det altså ha av betydning at ein set seg inn i pasientens sjukehistorie, kva type sår pasienten har, samt kva prosedyre som er nytta i behandlinga for å kunne yte fagleg forsvarleg sjukepleie.

Det komplekse med heling av sår krevjar spesielle kunnskapar og brei erfaring (Lindholm, 2020, s. 353). Dette understrek også Langøen og Heiberg (2019) når dei skriv at å vurdere eit sår er ei kompleks oppgåve som krevjar kunnskap og kliniske ferdigheiter. Det vil dermed vere svært sentralt at ein som sjukepleiar tileignar seg kunnskapar på dette område.

Det kjem fram i studia til Aune og Struksnes (2019) at ein har ei generell oppfatning om at det er låg kompetanse innan sårbehandling i helsetenestene. Det er mykje som kan spele inn her, eksempelvis har sårbehandling vore ein liten del av undervisningsopplegget gjennom mi sjukepleiarutdanning. Studia til Aune og Struksnes (2019) visar også til at sjukepleiarar

manglar eit teoretisk grunnlag eller forskingsbasert kunnskap om sårpleie som er naudsynt for å utføre adekvat behandling. Vidare kjem det også fram at sjukepleiarar kjenner seg ofte åleine om behandlinga av kroniske sår, då dei ofte opplev at fastlegen manglar interesse og kunnskap kring dette fagområdet.

Mangelen på kompetanse hos personale kan får alvorlege konsekvensar for pasientar. Det kan eksempelvis vere viktige observasjonar av stor betydning som ikkje blir lagt merke til.

Kompetanse har stor betydning for handteringa av praksisen, og behovet for auka kompetanse i heimesjukepleia er tilstade (Sæterstrand , Holm, & Brinchmann, 2015). Martinsen (2003, s. 75) beskriv at fagleg dyktigheit forutsett at fagkunnskap og praktiske ferdigheitar går saman og blir ei eining. På bakgrunn av dette vil det vere like så viktig å arbeide med fagstoff, som å utføre sårstell i praksis. slik at ein aukar sine praktiske ferdigheitar. Dersom ein er usikker på korleis ein skal utføre dei ulike prosedyrane, vil det å sjå andre sjukepleiarar utføre prosedyrar vere svært nyttig og lærerikt. Erfaringsmessig lærer ein best når ein får trenar på å utføre stellet sjølv.

Langøen og Heiberg (2019) skriv at sårbehandling krev spisskompetanse, men at opplæring på arbeidsplassen også er nyttig. Dette kan indikere at dersom pasienten har eit komplekst sår, vil det vere behov for oppfølging hos for eksempel sårpoliklinikkar der dei kan vurdere såret og lage prosedyrar som heimesjukepleia må følgje. Vidare vil det vere viktig at alle sjukepleiarar som skal behandle såret får god opplæring og informasjon om korleis det skal følgjast opp. Ein anna ting som også er svært viktig er at prosedyren pasienten får tillaga blir fulgt opp slik den er laga. I praksis har eg sett at mange ser på sårprosedyrar som retningsgivande, altså noko ein kan følgje dersom ein ynskjer, men at ein ikkje må. Langøen og Heiberg (Langøen & Heiberg, 2019) syner også til eit eksempel der eit sår etter si stund auka i størrelse og blei meir hissig. Det kjem fram at pleiepersonellet som har stelt såret har sett vekk i frå prosedyren og heller vald å bruke eit behandlingsopplegg dei har god erfaring med frå før.

Ingebretsen og Storheim (2015, s. 366) poengterer at ein føresetnad for å kunne behandle sår er kunnskapar om dei ulike sårtypane, sårhelingsprosessen og kva faktorar som påverkar den. Dette støtter også Aune og Struksnes (2019) då dei konkluderer med at kriteriar for suksess i sårbehandling avhenger av sjukepleiarens kunnskap, organisatoriske aspekt og samarbeid. I praksis opplevde eg nokre gongar av personale med lite kunnskap, gjerne også ufaglærte blei

sendt til å utføre sårstell på grunn av mangel på sjukepleiarar. Underbemanning beskriven av Martinsen (2003, s. 79) kan også bidra til at personale får vanskar med å vise omsorg for kvarandre, som kunne vert til hjelp for deira omsorg til andre. Underbemanning og travle dagar kan ofte gi negative konsekvensar som ein ofte kan sjå att i haldninga til personale. Dersom ein opplev dårlege haldningar frå medpersonal, kan dette igjen bidra til ein dårleg læringskurve for den som ynskje opplæring på enkelte sårstell.

Molven (2016, s. 140) viser til helsepersonelloven §4 andre ledd som inneheld blant anna at sjukepleiarar må sørgje for å tilkalle meir kompetente kollegar eller anna helsepersonell slik at pasienten blir behandla av nokon med adekvat kompetanse. På bakgrunn av dette er det viktig at dersom ein kjenner på at ein ikkje har tilstrekkeleg kompetanse og kunnskap kring sårstellet som skal utførast, gjer beskjed til leiar eller anna personell slik at ein får tilstrekkeleg opplæring.

5.4 Tverrfagleg samarbeid – for ein betre sårbehandling

Samarbeid med sårpoliklinikkar i spesialisthelsetenesta er eit svært viktig reiskap for oppfølginga av kroniske sår i pasientens eigen heim.

Ved behandling av komplekse og avanserte kroniske sår kan eit tverrfagleg samarbeid vere naudsynt for at såret skal ha moglegheit for å gro. Nokre sår er svært kompliserte, og krev spesialkompetanse frå spesialisthelsetenesta (Aune & Struksnes, 2019). På denne måten er det fleire ulike grupper helsepersonell med ulik kunnskap og erfaring som arbeidar for at pasienten skal få den behandlinga og oppfølginga han har krav på, dette både av heimesjukepleia i kommunehelsetenesten og ved spesialhelsetenesta. Jamføre samhandlingsreforma (2008-2009) som trådte i kraft 1. januar 2012 har kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta plikt i å samarbeide. Spesialisthelsetenesta skal på eit vise fungere som ein støttespelar for kommunehelsetenesta.

I studia til Aune og Struksnes (2019) understrek fleire av sjukepleiarane som deltok i studia at samarbeid med sjukehus og poliklinikkar syner ofte å vere svært bra for oppfølginga av såret. Dei opplev også god kommunikasjon med spesialistar på sjukehus. Ved samhandlingsreforma har det også kommen moglegheit for å kommunisere elektronisk med spesialisthelsetenesta, ved bruk av PLO-meldingar (Pleie- og omsorgs meldingar) (St. meld. nr. 47 (2008-2009)).

Det å nytte seg av elektroniske meldingar mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta kan stryke kvaliteten i sårbehandlinga, då begge linjetenestene til ein kvar tid er oppdatert kring kva som er gjort nytt, endringar i prosedyren eller om det er endringar i såret til pasienten. I praksis ved heimesjukepleia opplevde eg viktigheita i eit godt samarbeid med sårpoliklinikk i spesialisthelsetenesta. Dei var svært hjelpsame i utarbeidinga av prosedyrar, samt råda oss kring kva utsyr som var optimal i behandlinga. Som nemnd i introduksjonen er fleire av pasientane som mottok heimesjukepleie til sårstell i for dårleg fysisk stand til å reise til lege eller sårpoliklinikk for oppfølging av såret (Birkeland & Flovik, 2018, s. 118), i slike situasjonar vil kommunikasjon gjennom PLO-meldingar vera av stor nytte.

I studia utført av Buckley et al. (2009) nytta sjukepleiarane som hadde utført sårstell seg av telefonkontakt med enten lege eller sårjukepleiar for oppfølging og råd i behandlingsperioden. Dette krev nøyaktig beskriving av sår dersom ein skal kunne ha nytte av slik kontakt, og difor så nytta dei seg ofte av sårbilete i samtalen. Slike tverrfaglege samarbeid kan bidra til å stryke ei fagleg forsvarleg behandling til pasientar som mottok sårbehandling i eigen heim.

Samarbeid mellom tenesteytar og spesialisthelsetenesta står sentralt etter innføringa av samhandlingsreforma (Boge, 2018, s. 72). Ein kan difor også sjå på samhandlingsreforma som ei viktig innføring i det tverrfaglege samarbeidet mellom ulike instansar som eksempelvis sårpoliklinikk og heimesjukepleia. Den er også eit viktig bidrag til at sjukepleiarar får utvikla kunnskapen sin i behandlinga av kroniske sår. Sjølv om Sæterstrand et al. (2015) konkluderer med at samhandlingsreforma har bidratt til å auke belastninga på sjukepleiarar i heimetenesta.

6.0 Avslutning

Kroniske sår er eit aukande problem blant heimebuande eldre. Det har vist seg å by på utfordringar både for pasienten sjølv og helsepersonellet som har ansvar for oppfølginga. Arbeidsdagane i heimesjukepleia er tidvis svært travle, noko som kan medføre at viktige observasjonar som blant anna pasientens ernæringsstatus ikkje får tilstrekkeleg oppfølging. Stopher og Jansen viste til undersøkingar som synte at underernærte pasientar ofte står i risikosona for sein heling av sår. I tillegg blei det identifisert eit behov for auka forskning knytt til ernæringsstatus og kroniske sår (Stopher & Jansen, 2017).

Det er mange faktorar som må liggje til rette for at ein skal lykkast i sårbehandlinga, ein av desse er blant anna god dokumentasjon i pasientens journal. Her er det viktig at både betring og forverring blir fanga opp og dokumentert. Ein opplev ofte at pleiarar tykkjer det er vanskeleg å dokumentere sår, og at dokumenteringa difor kan bli noko dårlegare kvalitetsmessig. Eit hjelpemiddel ein kan nytte seg av er bilete av såret, dette har også vist seg å gjere det lettare å hugse ulike observasjonar ein gjorde under sårstellet (Buckley, Adelson, & Agazio, 2009). Dersom systematisk og god dokumentasjon ligg til grunne, vil dette bidra til å auke kontinuiteten i arbeidet som blir utført.

Kontinuitetsarbeid i heimesjukepleia har fleire gongar vist seg å vere utfordrande, særleg personkontinuiteten. Sjølv om personkontinuitet er utfordrande, bør det leggjast til rette for i så stor grad det er mogleg å få til. Behandlingseffekten viser ofte betre resultat dersom det blir danna eit behandlingsteam kring pasienten (Ingebretsen & Storheim, 2015, s. 378). Dersom ein skal nytte seg av personkontinuitet vil det være viktig at dei involverte har den kompetansen som det spesifikke sårstellet krev.

Det å møte den sjuke med omsorg gjennom omsorgsarbeidet krevjar ei rekkje føresetnadar som eksempelvis kunnskap og ferdigheitar (Martinsen , 2003, s. 75). Mangelen på kunnskap og kompetanse hos personale som utfører sjukepleie, kan medføre alvorlege konsekvensar for pasienten (Sæterstrand , Holm, & Brinchmann, 2015). Ein viktig føresetnad for å lykkast i behandlinga er altså at personale har tilstrekkeleg med kompetanse, men også at sårprosedyren som er utarbeida blir følgt opp.

Avslutningsvis vil eg trekkje fram at eit tverrfagleg samarbeid med spesialisthelsetenesta, er eit viktig reiskap i behandlinga. Nokre sår er svært kompliserte, slik at oppfølging frå spesialisthelsetenesta vil i nokre tilfelle vere naudsynt. Jamføre samhandlingsreforma som trådde i kraft ved nyttår 2012, skal spesialisthelsetenesta delvis fungere som ein støttespelar for kommunehelsetenesta (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Eit slikt samarbeid er også svært viktig for utviklinga av eigen kompetanse.

Referanser

- Aagaard, H., & Grøndahl, V. A. (2017, Mars 15). Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. *sykepleien*. doi:10.4220/Sykepleienf.2017.61219
- Aune, E., & Struksnes, S. (2019, Mars 6). Home care nurses' experience of providing health-care to patients with hard-to-heal wounds. *Journal of Wound Care*, ss. 178-187. doi:<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.12968/jowc.2019.28.3.178>
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk .
- Boge, M. H. (2018). Samhandlingsreformen og rehabilitering. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (2. utg., ss. 71-85). Bergen: Fagbokforlaget.
- Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2014). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 197-209). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Buckley, K., Adelson, L. K., & Agazio, J. G. (2009). Reducing the Risks of Wound Adding Digital Images to Verbal Reports. *Wound, Ostomy and Continence*, ss. 163-170. doi: 10.1097/01.WON.0000347657.02594.36
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgåveskriving for studentar*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fremann, T., & Næss, G. (2016). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 238-264). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gjevjon, E. R. (2015, Januar). Kontinuitet i hjemmesykepleien- vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, ss. 18-26. Hentet fra https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2015/01/kontinuitet_i_hjemmesykepleien_vanskelige_vilkaar_men_god?fbclid=IwAR0ajSkqLJKgJIC_xkylQafzOQFo7NAXwTNYSRS_4yWy4_NZ6g4EBqbsWTc
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasient* (ss. 265-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Helsebiblioteket. (2016, juni 3). *Sjekklistor*. Hentet april 27, 2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet . (2016). *Kosthåndboken- veilederer i ernæring i helse- og omsorgstjenesten* . Oslo : Helsedirektoratet .
- Ingebretsen, H., & Storheim, E. (2015). Sykepleie ved sykdommer og skader i huden. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Kliniske sykepleie bind 2* (4. utg., ss. 345-380). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (2014). Ernæring, mat og måltid. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den eldre pasienten* (2. utg., ss. 301-314). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristiansen, B., & Sætren, R. (2002). *Behandling av kroniske sår* . Oslo: Akribe.
- Langøen , A., & Gürgen, M. (2012). Sårbehandling, generelle prinsipp. I *Sårbehandling og hudpleie* (4. utg., ss. 165-249). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langøen , A., & Heiberg, I. G. (2019, April 2019). Kroniske sår følges ikke opp riktig. *sykepleien.no*. doi:10.4220/Sykepleiens.2019.75701
- Lindholm, C. (2020). *SÅR* (4. utg.). (K. M. Thorbjørnsen, Overs.) Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Martinsen , K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien - en moralsk utfordring. I G. Engelsrud, T. Lauvdal, L. Løvlie, K. Martinsen, T. R. Eriksen, R. Rønning, & K. Jensen (Red.), *Moderne omsorgsbilder* (ss. 61-97). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Morland, E. (2020). Hjemmesykepleiere etterlyser mer tid og kunnskap. *Sykepleien*, 69.
- Morland, E., & Johansen, L. B. (2020). Færre sengeplasser, mer behandling hjemme. *Sykepleien*, 11.
- St. meld. nr. 47 (2008-2009). (2008-2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet April 22, 2020 fra Regjeringen.no : <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Stopher, L., & Jansen, S. (2017, Juni 1). Systematic review of the impact and treatment of malnutrition in patients with chronic vascular wounds. *Cambridge Publishing*, ss. 71-81. doi:<http://hdl.handle.net/20.500.11937/58191>

Sæterstrand , T. M., Holm, S., & Brinchmann, B. (2015, Februar 2). Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis. *Klinisk sygepleie*, ss. 4-16. Hentet fra https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/klinisk_sygepleje/2015/01/hjemmesykepleiepraksis

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

Vedlegg 1: Litteratormatrise

Artikkel	Hensikt	Metode/ Utvalg	Resultat
<p>Aune, E. Struksnes, S. (2019)</p> <p>“Home care nurses’ experience of providing health-care to patients with hard-to-heal wounds”</p> <p>Journal of Wound Care</p>	<p>Hensikta med studien var å undersøkje å beskrive korleis dei tilsette i heimesjukepleia opplev det å arbeide med pasientar som har sår med vanskelegheit med å gro.</p>	<p>Metoden er kvalitativ.</p> <p>Det var valt ut 21 sjukepleiarar frå tre ulike kommunar i Noreg som deltok i undersøkinga.</p> <p>Datasamlinga var gjort gjennom eit spørjeskjema</p>	<p>Uttalelsane til deltakarane resulterte i tre hovudfunn:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Viktigheita i å ha kompetanse kring sårbehandling - Betydingen av god organisasjon og rammeverk. - Viktigheita i eit godt samarbeid
<p>Stopher, L. Jansen, S. (2017)</p> <p>“Systematic review of the impact and treatment of malnutrition in patients with chronic vascular wounds”</p> <p>Cambridge Publishing</p>	<p>Hensikta med studia var å undersøkje verkinga og behandlinga av underernærte pasientar med kroniske vaskulære sår.</p>	<p>Studia er ein kvantitativ metaanalyse og tek utgangspunkt på søk i ulike databasar</p>	<p>Studia har fleire relevante funn, blant anna det at inntak av proteiner og kaloriar syner å ha effekt på underernærte pasientar med kroniske sår</p> <p>Det kjem også sluttvis fram i studia at det er behov for meir forskning på ernæringsstilskot og sårbehandling.</p>
<p>Buckley, K. M., Adelson, L., K. & Agazio, J. G. (2009).</p>	<p>Hensikta med studia var å undersøkje kva innverknad bruk av sårbilete hadde</p>	<p>Studia er kvalitativ av metode.</p> <p>Det var 43 eldre pasientar som deltok i studia som</p>	<p>Resultata syner at det va fleire faktorar som var oversett av sjukepleiarar, og ikkje fanga opp før</p>

<p>«Reducing the risks of wound consultation: adding digital images to verbal reports».</p> <p>Wound, Ostomy and Continence Nurses Society</p>	<p>når ein la desse ved i rapportar.</p>	<p>utgjorde til saman 89 bileter.</p> <p>Det var i fyrste omgang ein sårjukepleiar som mottok rapportane om sårets status, og skreiv anbefalingar ut i frå kva som kom fram i rapportane.</p>	<p>sårjukepleiar såg på biletene.</p> <p>Det kjem også fram at å ta i bruk bilete av sår, gjorde det lettare å hugse ulike observasjonar som blei gjort, som igjen førte til at rapportane blei meir fullstendige.</p>
<p>Gjevjon, E, R. (2015)</p> <p>«Kontinuitet i hjemmesykepleien- vansklege vilkår, men gode muligheter»</p> <p>Tidsskrift for omsorgsforskning</p>	<p>Hensikta og bakgrunnen for studia var å vurdere viktigheita i kontinuitet opp mot kvalitet på helsetenestene som ytes.</p>	<p>Artikkelen er ein metaanalyse og tek utgangspunkt i tre ulike publiserte forskingsartikklar som omhandlar kontinuitet i heimesjukepleia.</p>	<p>Studia resulterer at for å kunne utøve bestmogleg sjukepleie til pasientar med diagnosar som krevjar spesiell kompetanse, vil personkontinuitet spele ei viktig rolle.</p> <p>Systematisk strukturert dokumentasjon og kommunikasjon kan bidra til å auke den manglane kontinuiteten i heimesjukepleia.</p>
<p>Sæterstrand , T, M. Holm, S. Brinchmann, B. (2015)</p>	<p>Hensikta med studia var å undersøkje kva effekt</p>	<p>Metoden er av kvalitativ design i form av feltarbeid</p>	<p>Studia syner at samhandlingsreform en har bidratt til å auke presset på</p>

<p>«Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis»</p> <p>Klinisk sykepleie</p>	<p>samhandlingsreforma har hatt på betringa av samhandlinga mellom ulike instansar i helsetenesta.</p>	<p>og kvalitative intervjuar.</p> <p>Data er samla inn frå heimesjukepleia i to ulike kommunar med om lag 100.000 innbyggjarar i kvar kommune.</p>	<p>heimesjukepleia i form av tidspress og større ansvarsområde. I tillegg kjem det fram at behovet auka kompetanse blant sjukepleiarane i heimesjukepleia er tilstade.</p>
<p>Aagaard, H. Grøndahl, V, A. (2017)</p> <p>«Rutiner for å vurdere ernærings-status i hjemme-sykepleien»</p> <p>Sykepleien.no</p>	<p>Hensikta med studia var å beskrive kva for rutinar leiiarar og helsepersonell i heimesjukepleia nyttar seg av for å vurdere pasientens ernæringsstatus.</p>	<p>Studia er ein kvantitativ tverrsnittundersøking og består av to delstudiar. Ein studie blant leiarar og ein studie blant helsepersonell i heimesjukepleia.</p>	<p>Det kjem fram at 67% av leiarane og 37% av helsepersonellet i heimesjukepleia kjenner til helsedirektoratet sine retningslinjer. Ein av tre svarte at dei hadde skiftelege prosedyrar på ernæringskartleggjinga.</p> <p>Vidare kjem det fram at alle kommunar bør utarbeide skriftlege prosedyrar for å kartlegge ernæringsstatus.</p>

Vedlegg 2: MNA

Mini Nutritional Assessment MNA®

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

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

Vurdering, del I		J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag?	
A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge? 0 = alvorlig nedsatt appetitt 1 = moderat nedsatt appetitt 2 = ikke nedsatt appetitt	<input type="checkbox"/>	0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider	<input type="checkbox"/>
B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene 0 = vekttap over 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = ikke vekttap	<input type="checkbox"/>	K Utvalgte markører for proteininntak • Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> • To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> • Kjøtt, fisk eller kylling/kalkun hver dag ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> 0.0 = hvis 0 eller 1 ja 0.5 = hvis 2 ja 1.0 = hvis 3 ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C Mobilitet 0 = seneliggende/sitter i stol 1 = i stand til å gå ut av seng/stol, men går ikke ute 2 = går ute	<input type="checkbox"/>	L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag? 1 = ja 0 = nei	<input type="checkbox"/>
D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene 0 = ja 2 = nei	<input type="checkbox"/>	M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag? 0.0 = mindre enn 3 kopper 0.5 = 3 til 5 kopper 1.0 = mer enn 5 kopper	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiske lidelser 0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser	<input type="checkbox"/>	N Matinntak 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter 2 = spiser selv uten vanskeligheter	<input type="checkbox"/>
F Kroppsmasseindeks (KMI) (vekt kg) / (høyde x høyde) 0 = KMI mindre enn 19 1 = KMI 19 til mindre enn 21 2 = KMI 21 til mindre enn 23 3 = KMI 23 eller større	<input type="checkbox"/>	O Eget syn på ernæringsmessig status 0 = ser på seg selv som underernært 1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand 2 = ser ikke på seg selv som underernært	<input type="checkbox"/>
Undersøkelsespoengsum vurdering, del I (sumtotal maks. 14 poeng) 12 poeng eller mer: Normal - ikke i faresonen - ikke nødvendig å gjennomføre vurderingen, del II 11 poeng eller mindre: mulig underernæring - fullfør vurderingen, del II	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder? 0.0 = ikke like bra 0.5 = vet ikke 1.0 = like bra 2.0 = bedre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vurdering, del II		Q Overarmens omkrets (OO) i cm	
G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus) 1 = ja 0 = nei	<input type="checkbox"/>	0.0 = OO mindre enn 21 cm 0.5 = OO 21 til 22 cm 1.0 = OO mer enn 22 cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag 0 = ja 1 = nei	<input type="checkbox"/>	R Leggomkrets (LO) i cm 0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31cm eller større	<input type="checkbox"/>
I Trykksår eller hudsår 0 = ja 1 = nei	<input type="checkbox"/>	Vurdering, del II (maks. 16 poeng)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ref: Vellas B, Wilars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465. Rubenstein LZ, Harley JD, Sahva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001;56A: M366-377. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487. © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M For more information: www.mna-elderly.com		Undersøkelsespoengsum, vurdering, del I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Totalvurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Gradering av underernæringsstilstand	
	17 til 23.5 poeng <input type="checkbox"/>	i fare for underernæring	
	Mindre enn 17 poeng <input type="checkbox"/>	underernært	

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

