



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

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

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 20.02.15 kl 14.00

Kandidatnr.: 12

Antall ord: 8643



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# **Venøse leggsår og livskvalitet**

Bacheloroppgave i sykepleien

Haugesund 2015

Kull 2012

# Sammendrag

**Tittel:** Venøse leggsår og livskvalitet

**Bakgrunn:** Pasienter med venøse leggsår er en stor pasientgruppe i hjemmesykepleien. Hovedfokuset har tidligere vært på selve sårstedet med alt det innebærer, men nyere forskning viser at en mer helhetlig sykepleie bør settes i fokus hos denne pasientgruppen.

**Problemstilling:** Hvordan bidra til økt livskvalitet hos pasienter med venøse leggsår i hjemmesykepleien?

**Hensikt:** Oppgavens hensikt er å sette mer fokus på pasienter med venøse leggsår som mottar hjemmesykepleie, hvordan pasientenes livskvalitet blir påvirket og hva vi som sykepleie kan gjøre for å øke livskvaliteten til denne pasientgruppen.

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie der det er brukt faglitteratur og vitenskapelige artikler basert på kvalitativ og kvantitativ forskning, samt egne erfaringer for å besvare min problemstilling. Søkene etter artikler ble utført i databasene CINAHL og PubMed.

**Resultat:** I funnene kommer det frem at pasienters livskvalitet blir i stor grad påvirket av smerter, sårsekresjon og lukt. Dette fører til lavere selvbilde, immobilitet og sosial isolasjon. For å øke pasientenes livskvalitet, vil det være viktig med en helhetlig sykepleietilnærming. Å gi god informasjon og støtte i forhold til behandling og smertevurdering vil være en viktig sykepleieoppgave. Videre bør hjemmesykepleiere arbeide mer tverrfaglig i oppfølgingen av disse pasientene. Sykepleierne er klar over konsekvensene av det venøse såret, og føler behov for utvidet kunnskap på dette området.

**Oppsummering:** Sykepleiere har en viktig oppgave når det gjelder å ivareta livskvaliteten til pasienter med venøse leggsår. Å sette fokus på de fysiske, psykiske og sosiale faktorene vil være en viktig sykepleieoppgave. Konsekvensene av å leve med venøse leggsår bør inkluderes i videre forskning, en blanding av kvantitativ og kvalitativ forskning vil gi et mer korrekt bilde av behovene til denne pasientgruppen.

**Nøkkelord:** venøse leggsår, sykepleie, hjemmesykepleie, livskvalitet, smerte og aktivitet, sosial isolasjon, psykososiale påvirkninger.

## **Abstract**

**Title:** Patients with venous leg ulcers and quality of life.

**Background:** Patients with venous leg ulcers is a large group of patients in home care. The main focus has previously been on treatment and all it includes, but recent research claims that more holistic nursing approach should be the focus in this patient group.

**Question:** How to contribute to increased quality of life for patients with venous leg ulcers in home care?

**Aim:** The aim of the study is to put more focus on this group of patients in home care, improve the nurse`s knowledge about how patients' quality of life is affected and what the nurse can do to improve patients quality of life.

**Method:** This thesis is a literature review using textbooks literature and scientific articles based on qualitative and quantitative research, as well as own experiences. Searches have been performed in CINAHL and PubMed.

**Findings:** Studies show that patient's quality of life is largely affected, by pain, exudate and odor, which leads to reduced self-esteem, immobility and social isolation. Findings also show that holistic nursing care approach to patients with venous leg ulcers will eventually improve their quality of life. To provide good information and support to treatment and pain assessment will be an important task for the nurse. Further, the community nurses should work more interdisciplinary in the follow up of the patients. Nurses are aware of the consequences of the venous wound, and feel the need for increased knowledge in this area.

**Summary:** Nurse have an important role when it comes to take care of the quality of life for patients with venous leg ulcers. Focus on the physical, psychological and social factors are important. The consequences of living with venous ulcers should be included in further research, a mix of quantitative and qualitative research will provide a more correct picture of the needs of this patient group.

**Keywords:** Venous leg ulcers, quality of life, community nurses, pain and activity, social isolation, psychosocial effects.

# Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn av valg .....	1
1.2 Hensikt.....	2
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Avgrensning.....	2
2.0 Teori.....	3
2.1 Teoretiker Karin Martinsen .....	3
2.2 Livskvalitet .....	4
2.3 Venøse leggsår .....	5
2.4 Hjemmesykepleien .....	6
2.5 Smerte.....	6
2.6 Behandling.....	7
2.6.1 Elevasjon.....	7
2.6.2 Kompresjon.....	8
3.0 Metode.....	9
3.1 Litteraturstudie som metode .....	9
3.2 Fremgangsmåte .....	10
3.2.1 Søkehistorie .....	10
3.3 Kildekritikk.....	13
3.3.1 Kritisk vurdering av artikler .....	13
3.4 Metodekritikk.....	14
3.4.1 Vurdering av egen oppgave .....	14
3.5 Etske perspektiv .....	15
4.0 Resultat.....	16
4.1 Artikkel 1.....	16
4.2 Artikkel 2.....	17
4.3 Artikkel 3.....	17
4.4 Artikkel 4.....	18
4.5 Artikkel 5.....	19
4.6 Artikkel 6.....	19
4.7 Oppsummering av funn .....	20
5.0 Drøfting .....	21
5.1 Pasientens opplevelse av venøse leggsår.....	21
5.1.1 Smerte.....	21
5.2 Helhetlig sykepleie.....	23

5.2.1 Fysisk.....	23
5.2.2 Psykisk.....	24
5.2.3 Sosialt .....	26
5.3 Langvarig behandling .....	27
5.4 Tverrfaglig samarbeid .....	28
6.0 Konklusjon .....	30
Referanseliste: .....	31

## **1.0 Innledning**

Fokuset for denne oppgaven er livskvalitet til pasienter med venøse leggsår. Kroniske fot- og leggsår påvirker livskvaliteten i stor grad, med tanke på smerter, lukt og lekkasje fra sår. Pasienten kan få smerte ved sårskift og aktivitet. Det er noe som kan føre til restriksjoner når det gjelder aktivitet og muligheten til å leve et sosialt liv (Holsen og Ingebretsen, 2011, s.507). Behandlingene av sårene tar også lang tid og styrer mye av livet til pasienten som igjen påvirker deres livskvaliteten. Jeg ønsker derfor å skrive om hva sykepleiere kan gjøre for å forbedre livskvaliteten til denne pasientgruppen og hvordan de kan støtte pasienten gjennom langvarig behandling.

### **1.1 Bakgrunn av valg**

Behandling og oppføring av sår representerer en viktig del av hjemmesykepleiens arbeidsmengde, i og med at sårene har lang hellingstid (Langøen og Gürgen, 2012, s.64). Rundt 50.000 nordmenn sliter med kroniske sår, og i mange tilfeller får de ikke tilstrekkelig behandling (Langøen og Pukstad, 2014). Hovedfokuset har tidligere vært på selve sårstellet med alt det innebærer, men nyere forskning viser at en mer helhetlig sykepleie bør settes i fokus hos denne pasientgruppen.

Jeg har alltid interessert meg for sår og sårbehandling, og vil derfor fordype meg i dette. I praksis på geriatrisk avdeling fikk jeg se en del sår som var vanskelige å behandle som trykksår. I praksis i Kamerun, møtte jeg mange pasienter med kroniske fot- og leggsår. Jeg har også ved flere anledninger tatt del i sårskift, og sett hvor smertefullt det kan være. Har også erfart hvordan smertene påvirker pasientens aktivitet. Luktene som kan komme fra sårene kan også være intens og kraftig. Dette er noe som kan påvirke pasienten selvfølelse, som kan føre til isolasjon og nedsatt livskvalitet. Smerte kan også føre til immobilitet som igjen fører til at pasientens trekker seg fra sitt sosiale liv.

## **1.2 Hensikt**

Hensikten med denne oppgaven er at en skal sette mer fokus på denne pasientgruppen i hjemmesykepleien. Hvordan en kan hjelpe dem til økt livskvalitet til tross for sin begrensning.

## **1.3 Problemstilling**

«Hvordan bidra til økt livskvalitet hos pasienter med venøse leggsår i hjemmesykepleien»

## **1.4 Avgrensning**

Oppgaven tar utgangspunkt i eldre pasienter, over 60 år, som bor i hjemmet og mottar helsehjelp fra hjemmesykepleien. Jeg vil også ta utgangspunkt i pasienter som ellers er oppegående, klare og orienterte. Slik at de har mulighet for et sosialt liv og kan ta imot informasjon og veiledning. Pårørende er en stor del av pasientens støtteapparat, men jeg vil ikke utdype dette i oppgaven, med tanke på oppgavens rammer, jeg ønsker da å sette fokus på forholdet mellom pasient og sykepleier. Jeg velger også å ta utgangspunkt i pasienter som har utvikler sår, og ser bort ifra forebygging og tiden etter er sårene har helet. Jeg hadde først som hensikt og skrive om kroniske fot- og leggsår, men snevret det inn til venøse leggsår, for å gjøre oppgaven mer spesifikk.



## 2.0 Teori

I denne delen av oppgaven presenteres relevant sykepleieteori og annet fagstoff som skal underbygge problemstillingen i oppgaven.

### 2.1 Teoretiker Karin Martinsen

Opgaven bygger på sykepleieteoretikeren Kari Martinsens omsorgsteori. Hennes humanistiske menneskesyn samsvarer med oppgavens problemstilling ved å se det enkelte individ i et helhetsperspektiv, psykisk, fysisk, sosialt og åndelig. Ifølge Martinsen (2003a, s.103) er det hvordan vi erfarer, tolker, beskriver og analyserer sykepleien til den enkelte som har betydning.

Martinsen sier at omsorg er et relasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep. Omsorg som et relasjonelt begrep tar utgangspunkt i menneskesyn der det er grunnleggende at vi tar vare på hverandre. Med dette menneskesynet blir ansvaret for den svake et overordnet verdiprinsipp. Vi er alle sårbare og kan komme i en situasjon der vi vil trenge hjelp fra andre, derfor bør vi handle slik at alle kan få samme mulighet å leve et best mulig liv. Dette viser til omsorg som et praktisk begrep. Den viser oss betydningen av å delta praktisk i andres lidelser, ikke stille seg utenfor. Hjelpen vil også gis betingelsesløst, altså uten tanke på at hjelperen skal få noe igjen (Brodtkorb, 2011. s.309-310).

I følge Martinsen (2003b, s.14-15) er omsorg et ord vi kjenner fra dagliglivet og er forbundet med å hjelpe og ta hånd om andre. Hun mener vi bør handle slik at alle kan få samme mulighet til å leve et godt liv. Og at makt inngår i alle avhengighetsrelasjoner, også i forhold mellom sykepleier og pasient. Disse parter er i utgangspunktet likestilte, men sykepleier har i kraften av sin stilling og sin kompetanse, en makt pasienten ikke har. Pasienten er derimot i en utsatt og sårbar posisjon. Pasienten er avhengig av at sykepleier utøver sin makt og sin kunnskap på en moralsk forsvarlig måte. Omsorgsmoralen har derfor med hvordan vi lærer å bruke makten, slik at den ikke misbrukes (Brodtkorb, 2011. s.309-310).

## 2.2 Livskvalitet

Det har i de senere årene vært større fokus på livskvalitet og velværet i sykepleien. Den viktigste årsaken er trolig at flere blir eldre og må leve med kroniske sykdommer. Målet for sykepleien blir da ikke helbredelse, men at pasientene har best mulig livskvalitet til tross for de begrensningene de har. Dersom målet er å øke pasientens livskvalitet, må sykepleier ha kunnskap om hva begrepet innebærer og hvordan dette kan styrkes hos den enkelte pasienten (Rustøen, 2010, s.29).

Det er ulike definisjoner på livskvalitet, det er enda ingen enighet om dette. De ulike definisjonene er mulig preget av de forskjellige fagområdene. Jeg har valgt og bruke den amerikanske sykepleier Carol E. Ferrans definisjon på begrepet. «En persons følelse av tilfredshet eller utilfredshet med de områder i livet som er viktige for en» (Rustøen, 2010, s.33). Definisjonen deles videre inn i fire ulike områder: Helse og fysisk funksjon, psykisk/åndelig, sosioøkonomisk og familien. Ferrans definisjon legger vekt på at det er den enkelte pasienten sin egen vurdering av sin tilfredshet som er viktig å få frem. Hun understreker også at begrepet er flerdimensjonalt, som kommer frem i de fire ulike områdene i definisjonen på livskvalitet. Hennes definisjon er i tråd med mange andre definisjoner innenfor sykepleie og medisin (Rustøen, 2010, s.33).

Pasienter med kroniske sår har betydelig lavere livskvalitet. Pasienten er spesielt plaget med smerter, og har derfor redusert bevegelsesevne og evnen til å utføre praktiske oppgaver. Dermed opplever pasientene mindre livsutfoldelse. Livskvaliteten påvirkes på flere områder, mobilitet og sosialt liv endres mye som følge av sårene (Langøen & Gürgen, 2012, s.302). Ifølge Franks, Moffatt og Morgan (2007, s.510) ble smerte funnet å være en viktig faktor som påvirket livskvaliteten. Forstyrret nattesøvn, nedsatt bevegelighet ble også nevnt. Begrensningen i aktivitet påvirket humøret til pasienter, med tristhet, depresjon, tap av viljestyrke og følelse av hjelpeløshet. Livskvaliteten ble også påvirket av sykepleiers opptatthet av sår og dens behandling, og at forebygging av nye sår ble oversett.

Sykeleiers viktigste oppgave for pasienter med kronisk sykdom er at pasienten raskest mulig oppnår helse relatert livskvalitet. Sykepleie til denne pasientgruppene må være individuell og konkret med fokus på fysiske, psykiske, sosiale og åndelige områder (Ingebretsen & Storheim, 2010, s.346) Sykepleier bør ha god kunnskap om dette, i tillegg til årsak, sykdomsforløp og behandling. Ingebretsen og Storheim (2010, s.366) hevder også at

sårbehandlingen ikke bare må ha et kurativt fokus, men også et lindrende, der pasientens livskvalitet, komfort og symptomhåndtering blir vektlagt i sykepleien.

### **2.3 Venøse leggsår**

*«Sår lokalisert på leggen forårsaket av overfladisk, dyp eller kombinert venøs svikt» (NIFS).*

Kroniske fot- og leggsår er sår som kommer som følge av sirkulasjonssvikt i beinet og skade påført utenfra. Det finnes både venøse, arterielle og kombinasjonssår. Det er i hovedsak mennesker over 60 år som rammes (Holsen & Ingebretsen, 2011, s.508). Rundt 50.000 nordmenn sliter med kroniske sår (Langøen & Pukstad, 2014).

Venøst leggsår oppstår når skaden på venene fører til at den venøse tilbakestrømningen ikke fungerer som den skal. Det er som regel alltid skader på klaffene i venen, slik at det venøse blodet ikke strømmer tilbake til samlevenen. Dermed oppstår det et forhøyet trykk i fotens vener, dette kalles venøs hypertensjon. Denne hypertensjonen fører til utsiving av røde blodlegemer og store proteinmolekyler, som albumin. Proteinmolekylene oppgave er å binde vann. Når albumin befinner seg utenfor cellene vil proteinet binde store mengder vann, dette fører til ødemdannelse. Hemoglobinet brytes ned til hemosiderin, som inneholder jernmolekyler. Hemosiderinet avleires i vevet, og huden farges mørk som følges av jernet som avleires. Etter hvert vil det dannes et hardt fibrotisk plate i underhuden, på grunn av kapillærene som legges som en mansjett rundt karene. De venøse sårene er vanligvis overfladiske og har ujevn overflate og sårkant. Sår kan ha rikelig med gule nekroser og fibrinbelegg, noe som har sammenheng med en gradvis utvikling av såret og dårlig tilheling. Sårene væsker også en del (Langøen & Gurgun, 2012, s.261).

## 2.4 Hjemmesykepleien

Fra 1992 til 2009 ble antall pasienter i hjemmesykepleien mer enn femdoblet, fra omtrent 25 000 til over 129 000 (Birkeland & Flovik, 2011. s.17). Pasienter som har behov for hjemmesykepleie har ofte en eller flere kroniske og langvarige sykdommer. Kroniske sykdommer innebærer ulike varige tilstander både fysisk og psykisk, det vil for mange sette begrensinger for utfoldelse i livet (Birkeland & Flovik, 2011. s.25).

I følge Birkeland og Flovik (2011, s. 20,22) ytes tjenestetilbudet i hjemmesykepleien ut fra pasientenes individuelle behov og tilgjengelige ressurser i kommunene. Ut fra dette fattes det enkeltvedtak. Hovedfokuset til de som jobber i hjemmesykepleien er at pasientene skal klare å bo lengst mulig hjemme hos seg selv så sant det er forsvarlig og ønskelig.

## 2.5 Smerte

«Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse» (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010, s.357).

Ifølge Berntzen et al. (2010, s.357) er smerte en sammensatt opplevelse. Den påvirkes av ulike faktorer som enten forverrer eller reduserer smerteopplevelse. Mennesker reagerer ulikt på samme smertestimuli, og graden av smerte kan variere fra en situasjon til en annen. De hevder også at smerte er subjektivt, det er bare den som kjenner smerten som kan vite hvordan det føles, hvor lenge det varer og hvilken intensitet det har. En person kan beskrive sin smerte for andre, men beskrivelsen blir ofte ufullstendig, fordi opplevelsen av smerte ikke kan uttrykkes med ord.

Opptil 70% av pasientene med venøse sår har smerter. Smertene har sammenheng med både ødemet og med hudskaden. Smerten blir ofte forklart som stikkende eller kløende. Smerteplagene blir bedre ved aktivitet, mens de blir verre når foten blir hengende nedover over lengre tid. Nattesmerter er også vanlig (Langøen & Gürgen, 2012, s.261). Mange pasienter med sår forteller at søvnen forstyrres av smerte. Alle anstrengelser må gjøres for å lindre nattlig smerte og for å gi pasienten bedre søvn (Lindholm, 2012, s.323)

## **2.6 Behandling**

Pasienter med venøse leggsår utgjør en betydelig andel med stor belastning for nasjonale helsebudsjett. Årlige kostnad til behandling per pasient er beregnet til rundt 110 000 svenske kroner, det er lite grunn til å tro at kostnadene er mindre i Norge. Man regner generelt på europeisk basis at 1-2% av helsebudsjettet går til behandling av venøse insuffisiens (Slagsvold & Stranden, 2005).

Mange pasienter med leggsår har aldri fått undersøkt sårene sine hos legen og har dermed heller ingen korrekt sårdiagnose. Det er viktig med et tett samarbeidsforhold mellom kommunehelsetjenesten, som har den daglige omsorgen for pasienten, og spesialhelsetjenesten, som har spesialkunnskap på området. Det bør utarbeides en utrednings- og behandlingsplan for hver pasient. Det bør inngå hvilke vurderinger fastlegen gjør og hvilke henvisninger han mener er nødvendig. Det skal også dokumenteres om pasienter har vært til konsultasjoner hos hudlege, ortoped, karkirurg eller plastisk-kirurg. Behandlingseffekten bør vurderes minimum hver tredje måned. Denne vurderingen bør gjøres i samarbeid med sykepleier og lege om dette er mulig (Ingebretsen & Storheim, 2010, s.368).

Ifølge Slagsvold og Standen (2005) er det viktigste elementet i behandlingen tiltak for å redusere pasientens ødem og venøse hypertensjon, ved bruk av kompresjon og elevasjon. Dersom det foreligger primær overflatiske venøs svikt, anbefales varicekirurgi ved påvist overfladisk venøs svikt. Dette vil kunne fremskynde sårhelingen og redusere tilbakefall. Bruk av fuktig kompresser anbefales både fordi det fremmer sårtilhelingen og i mange tilfeller reduserer lokal smerte. Det ble tidligere brukt saltvannskompresser, men disse må skiftes såpass hyppig at det nå anbefales å bruke forskjellige typer hydrogelkompresser, ofte i kombinasjon med dekkende bandasjering (Slagsvold & Stranden, 2005)

### **2.6.1 Elevasjon**

Omtrent alle venøse sår vil tilhele ved kontinuerlig elevasjon av beinet. Det reverserer effekten av venøs hypertensjon. Dette krever kontinuerlig sengeleie med elevert/hevet ekstremitet. Noe som stort sett ikke er praktisk mulig. Det anbefales derfor å ha ekstremiteten over hjertehøyde i så stor grad som mulig i løpet av dagen, omtrent 2-4 timer og elevasjon av sengens fotende om natten. Dette vil redusere ødemet og bedrer venøs mikrosirkulasjon (Slagsvold & Stranden, 2005).

## 2.6.2 Kompresjon

Kompresjon reduserer overflatisk og dyp venøs distensjon, bedrer leggmuskelpumpefunksjonen og begrenser perifert ødem. Det er uklart hvilken kompresjonsmetode som er best. Kompresjonen kan administreres med både kompresjonsstrømper, forskjellige kompresjonsbandasjer, inkludert flerlagsbandasjering eller pneumatiske kompresjonssystemer. Generelt foretrekkes ofte elastiske bandasjering ved påviste sår, med overgang til elastiske strømper i etterkant av sårhelingen. Pasienten må observeres nøye og kompresjonen reduseres eller fjernes ved utvikling av smerte eller sårprogresjon (Slagevold & Standen, 2005).

Langøen og Gürgen (2012, s.264) hevder at for å oppnå optimal heling av såret vil de fleste foretrekke langelastiske bandasjer. Den legges på før pasienten står opp om morgenen, og fjernes før pasienten legger seg om kvelden. Dersom pasienten reiser seg opp å går før de har fått på seg kompresjonsbandasjen, vil noe av meningen forsvinne. Det er flere pasienter som ikke klarer å vente til hjemmesykepleierne kommer å hjelper med bandasjeringen.

Det blir da nødvendig å finne andre former for kompresjonsbehandling som gir pasienten mulighet til å leve et mest mulig normalt liv. Langøen og Gürden (2012, s.265) mener at du da kan da velge mellom kortelastiske bandasjer, som kan ligge på hele døgnet. Eller en kan legge på intermitterende pneumatisk kompresjon (IPC), så kan man legge på langelastiske bandasjering når beina er mindre ødematøse. Det tredje alternative er å bruke flerlagssystemer, som består av både kort- og langelastiske bandasjer. Denne formen for kompresjon kan ligge på i flere dager. Det er dokumentert at firelagsbandasje gir best kompresjonen, fordi kompresjonen holder seg best. Det er likevel mange pasienter som utelukker dette, fordi de er varme, tykke, upraktiske og gir foten et dårlig utseende (Langøen & Gürden, 2012, s.265). Behandlingen av venøse sår tar ofte lang tid, og det er derfor viktig at behandlingen er «til å leve med», for både pasienten, pårørende og helsearbeiderne som skal ha ansvaret for behandlingen (Langøen & Gürgen, 2012, s. 264).

## **3.0 Metode**

Metoden er et redskap som hjelper oss i å løse problemer og i å finne ny kunnskap. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter. Tallene gir oss mulighet til å gjøre regneoperasjoner, mens kvalitativ metode fanger opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle eller regne i tall. Begge disse metodene bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av samfunnet, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi hevder den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte (Dalland, 2012, s.111-112).

### **3.1 Litteraturstudie som metode**

Litteraturstudie er den litteraturen en studerer, det vil si den litteraturen som er undersøkt og skrevet av artikkelforfattere. Materialet i en litteraturstudie er den allerede eksisterende kunnskapen som er presentert i bøker og artikler. Artikkelen henter en ved å søke i databasen. Litteraturstudiene skaper derfor ingen ny kunnskap, selv om nye forestillinger kan komme med å sammenligne og analysere kunnskapen fra flere artikler (Støren, 2013, s.16-17).

Litteraturstudie er en systematisering av kunnskap. Dette skaffer oss en oversikt over den kunnskapen framtidige yrkesgrupper er opptatt av. Å systematisere kunnskap vil altså si å søke den, samle den sammen, vurdere og sammenfatte den (Støren, 2013, s.17). En må ha et visst antall studier med en god kvalitet for å komme frem til det resultatet en er på jakt etter. Studiene en velger må selvfølgelig også være relevant for temaet (Forsberg & Wengstrøm, 2013, s.74-75). Olson og Sørensen (2003, s.91) hevder at et tilstrekkelig antall vitenskapelige artikler vil være 5-6 stykker.

I lærebøkene finner en også mye relevant kunnskap, men lærebokens instruerende sjangerform gjengir ofte forskningsresultater, teorier og faglige argumenter fra artikler. Det kan derfor være vanskelig å se hvor grundig argumentene er støttet opp i lærebøkene. Denne formen for kunnskap bør derfor begrenses for lærebøkens teksttype gir ikke tilstrekkelig mulighet til å vise evnen vår til å komme med selvstendige synspunkter og påstander som skal begrunnes og underbygges (Støren, 2013, s.17).

## 3.2 Fremgangsmåte

Ved å bruke litteraturstudie som framgangsmåte håper jeg på finne kunnskap og opplysninger som kan gi meg svar på problemstillingen min. Vi har tilgang til forskning både internasjonalt og nasjonalt via Helsebiblioteket.no på skolen. Jeg benyttet to av høyskolens helsefaglige databasene for å finne relevant litteratur, Cinahl og PubMed. Her har jeg vært nødt til å bruke engelske søkeord for å finne fram til artikler som er relevante og kan underbygge oppgaven. For å få korrekt oversettelse og finne norske ord som samsvarer med engelske brukte jeg Ordnett.no.

### 3.2.1 Søkehistorie

Her har jeg lagt fram søkene mine i tabeller som viser hvilke søkeord jeg har brukt og hvilke artikler som ble valgt ut.

#### Tabell nr.1

Søk i Cinahl database 08.01.15

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning/limet	Resultat (antall)
S1	Leg ulcer*		3299stk
S2	Psychosocial effects* + S1		24stk
S3	Quality og life* + S1 og S2		10stk

Resultat: “Psychosocial effects of living with a leg ulcer “.



## Tabell nr.2

Søk i Cinahl database 14.01.15

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning/limet	Resultat (antall)
S1	Leg ulcer		3299stk
S2	Activity + S1		86stk
S3	S1 + S2	2005-2014	56stk
S4	S1+S2 +S3	Advanced Search: Qualitative best balance	5stk

Resultat: "Physical activity in patients with venous leg ulcer – between engagement and avoidance. A patient perspective".

## Tabell nr.3

Søk i Cinahl database 21.01.15

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning/limit	Resultat(antall)
S1	Leg ulcer*		3299
S2	Pain* + S1		466
S3	Quality of life* S1+S2		117
S4	Health care* S1+S2+S3		42
S5	S1+ S2+S3+S4 (??)	2005-2014	21

Resultat: "Ulcer-related problems and health care needs in patients with venous leg ulceration: a descriptive, cross-sectional study".

**Tabell nr.4**

Søk i Pubmed 22.01.15

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning/limit	Resultat(antall)
S1	Leg ulcer*		9783
S2	Sosial isolasjon + S1		35
S3	S1 + S2	Publicatoin dates (10years)	

Resultat: "Painful leg ulcers: community nurses` knowlege and belifes, a feasibility study".

**Tabell nr.5**

Søk i Cinahl 10.01.15

Nummer	Søkeord	Avgrensning/limit	Resultat(antall)
S1	Venous leg ulceration*		293
S2	Quality of life* + S1		43
S3	S1 + S2	2008-2014	25

Resultat: "Effects of venous leg ulceration on patients`quality of life".

**Tabell nr.6**

Søk I Cinahl 12.01.15

Nummer	Søkeord	Avgrensning/limit	Resultat(antall)
S1	Leg ulcer*		3299
S2	Leg ulcer*	2008-2014	1225
S3	Psychosocial effects*	2008-2014	11

Resultat: "Psychosocial effects of living with a leg ulcer".

### **3.3 Kildekritikk**

For å kunne skrive en oppgave er kilder vesentlig, men det stilles store krav til hvordan kildene skal anvendes, vurderes, og hvordan de blir gjort rede for (Dalland, 2012, s.63). Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det innebærer å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes (Dalland, 2012, s.67).

#### **3.3.1 Kritisk vurdering av artikler**

I denne delen har jeg brukt sjekkliste for vurdering av artikler, fra kunnskapssenteret.no. Dette har jeg gjort for å kunne vurdere om artiklene jeg fant var aktuelle å bruke i oppgaven. Etter å ha gått gjennom artikkelen til Skavberg Roaldsen, Biguet, og Elfving (2011) vurderer jeg den til å være av god kvalitet. Artiklene er relevante for min problemstilling og siden den er utført i Sverige kan den sammenlignes med egne utfordringer i hjemmesykepleien i Norge. Den andre artikkelen av Heinen, Persoon, van de Kerkhof, Otero, og van Achterberg (2007), som er fra Nederland vurderer jeg også til å være av god kvalitet. Da formålet med studien er klart formulert, det er brukt kvantitet metode, noe som jeg vurderer som hensiktsmessige for å svare på problemstillingen og hovedfunnene kommer tydelig fram. Jeg ser også på funnene som relevante for min oppgave. Taverner, Closs, og Briggs (2011) artikkel er godkjent av etisk komité, jeg vurderer den derfor for å være til å stole på. Studien er gjort i England, som igjen kan sammenlignes med utfordringene i Norge. Artikkelen av Hopman, Buchanan, van den Kerkhof, og Harrison (2013) er fagfellevurdert, derfor stoler jeg på dataene i studien. At den er fra Canada ser jeg på som en fordel, da mye god forskning kommer herfra, og jeg mener det er et land vi kan sammenligne oss med. De to siste artiklene fra Maddox (2012) og Parker (2012) er sekundærlitteratur fra England, som er basert på tilbakeblikk på tidligere forskning både av kvantitet og kvalitativ design.

### **3.4 Metodekritikk**

Det kan være en fordel med lett tilgjengelig databaser, for eksempel via skolebiblioteket. Ved litteratursøk får en god oversikt over aktuell kvalitativ og kvantitativ forskning, fordelene med dette er at vi kan bruke de artiklene som støtter best under problemstillingen en har valgt. Det som kan være negativt ved litteraturstudiet er at en på forhånd av søket vett hva en søker etter, søket kan derfor påvirkes av egne interesser og erfaring (Forsberg & Wengstrøm, 2013, s.74).

#### **3.4.1 Vurdering av egen oppgave**

Jeg ser på kildene som er brukt i denne oppgaven som relevante og godkjente fordi de er basert på forskning. Jeg har også brukt en del sekundærlitteratur i oppgaven og vet at dette kan føre til en annen tolkning enn forfatteren kanskje hadde i utgangspunktet. Her kan igjen min tolkning av forskeren meninger og min oversettelsen være feil. Primærlitteraturen jeg har benyttet er i sykepleieteorien i Kari Martinsens utgaver fra 2003, Lindholm fra 2012 og 4 av artiklene jeg har brukt. Det er bevisst brukt artikler fra 2011 og oppover, for å få nyeste forskning. Jeg har valgt å brukt en artikkel fra 2007, grunnen til det er at jeg føler den viste godt hvordan pasienters livskvalitet kunne bli redusert.

En annen svakhet er at jeg bare har gjennomgått et lite utvalg av all litteraturen og forskningsartiklene som finnes på dette området, men jeg ser på det som aktuelt stoff til bruk i bacheloroppgaven. Jeg har brukt en mixed method studie, to kvantitative, en kvalitativ og to litteraturgjennomganger i oppgaven. Jeg føler at variasjon av alle metodene vil hjelpe meg til å få et best mulig svare på min problemstilling. Jeg vil vise ved hjelp av målbare tall hva som er vist som de størst rapporterte problemene med venøse leggsår. Den kvalitativ studie gir en bedre beskrivelse av hvordan pasienten opplever det å leve med venøse leggsår.

Jeg har funnet mye relevant data i både forskning og litteratur om venøse leggsår og hvordan dette påvirker livskvaliteten til et mennesket fysisk, psykisk og sosialt så det er tydelig at det er forsket mye på dette området. Jeg mener at både teorien og artiklene jeg har valgt har godt relevans for min oppgave/problemstilling.

### **3.5 Etske perspektiv**

Etikk dreier seg om normer for riktig og god livsførsel. Forskningsetikk er etikk som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning og gjøre. Det handler om å ivareta personvern og sikre troverdighet av forskningsresultatet. I medisinsk forskning handler det også om å unngå at deltakerne blir pårørt skade eller unødvendig belastning. Forskningens mål om å få ny kunnskap og innsikt må heller ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2012, s.96).

Forskningsetikk omhandler at en må ta hensyn til personvernet, ønske om anonymitet, innhenting av samtykke fra deltakelse og overholdelse av taushetsplikten. Informert, frivillig samtykke betyr at de som involveres i forskning, gjør det med vitende og vilje på et fritt og selvstendig grunnlag, altså at deltakeren er innforstått med hva undersøkelsen går ut på (Dalland, 2012, s.100-105).

Siden dette er litteraturstudie der all forskning og litteratur er skrevet av andre på forhånd vil ikke jeg berøres av personopplysningsloven (Dalland, 2012, s.100). For å jobbe med litteratur skrevet av andre må en vise respekt for forskeren og det som er skrevet. Dalland (2012, s.83) hevder at en skal gjøre rede for kildene en har brukt i studien, og ikke bruke andres tanker og meninger som ens egne. Referansene må også være korrekt skrevet. Jeg vil også prøve å gjengi forskningsartiklene på rett måte uten at det blir direkte avskrift.

## 4.0 Resultat

Her vil jeg presentere noen av artiklene som jeg ønsker å bruke videre i oppgaven.

### 4.1 Artikkel 1

Sammendrag av «Physical activity in patients with venous leg ulcer - between engagement and avoidance. A patient perspective.» Forfatter: Roaldsen, Biguet og Elfving (2011).

**Type artikkel:** Kvalitativ studie

**Hensikt:** Studien går ut på å beskrive og identifisere hvordan fysisk aktivitet blir oppfattet og forstått av personer som har eller tidligere har hatt venøse leggsår.

**Metode:** 22 deltagere mellom 60-85år som har, eller tidligere har hatt venøse leggsår. Det ble først laget to pilotstudier for å prøve ut intervjueteknikk, og for å gjøre forbedringer av spørsmålene. Dette ble lagt sammen med de senere analysene. Hovedintervjuet ble tatt opp, transkribert og analysert av tre forskere som brukte en kvalitativ tilnærming til undersøkelsen. Detaljerte beskrivelser og egne nære forbindelser dannet dette grunnlaget for tolkningen av pasientenes oppfattelse av fysisk aktivitet.

**Resultat:** Resultatet ble delt opp i fire kategorier: Å klare seg selv, instruksjon og støtte, redd for skade og et ønske om å være normal. Disse kategoriene kan igjen deles i to: Følelsen av hvordan det er å leve med et venøst sår i en kronisk eller akutt fase og for eller imot fysisk aktivitet.

Deltakerne rapporterte at informasjon gitt av sykepleiere i forhold til venøse sår og aktivitet var ufullstendig eller motstridene. Skriftlig informasjon og treningsprogram ble ikke fulgt opp regelmessig, ikke av pasientene eller hjemmesykepleiere. Konklusjonen ble at de av deltagerne som var fysisk aktive var de som ville klare seg selv og levde tilnærmet normalt. De som var imot fysisk aktivitet var redde for å skade seg og manglet initiativ til å trene på egenhånd. Deltagerne savnet en som kunne støtte og informere, de så på treningen som helsearbeidernes ansvar og følge opp. De var også skuffet over at det kun var fokus på selve såret og ikke på hvordan pasienten hadde det.

## 4.2 Artikkel 2

Sammendrag av «Ulcer-related problems and health care needs in patients with venous leg ulceration: A descriptive, cross-sectional study». Forfattere: Heinen, Persoon, Kerkhof, van de Kerhof, Otero, og van Achterberg (2007).

**Type artikkel:** Mixed method studie

**Hensikt:** Beskrive problem relatert til venøse leggsår og/eller arterielle kombinasjonssår.

**Metode:** Metoden de brukte en beskrivende tverrsnitts utforming. Undersøkelse ble gjort av 141 pasienter som ble plukket fra poliklinikker fra syv sykehus i Nederland. Kriteriene var at deltakerne måtte ha venøse leggsår og/eller arterielle kombinasjonssår. De måtte ha åpne sår den tiden undersøkelsen ble gjort, som gikk over en periode på 8 måneder. Data ble samlet inn gjennom pasientintervju, spørreskjema og sår-observasjoner. Medisinsk informasjon ble gitt av hudlege eller av ledere ved sykehusene.

**Resultatet:** Det ble identifisert en rekke alvorlige problemer. Hovedproblemet var smerte (85%), utendørs mobilitet (47%) og deltakerne hadde problemer med å finne passende sko (60%). 50-70% av pasientene mente de ikke fikk noen omsorg i forhold til disse problemene. Det var kun en liten del av pasientene som fikk hjelp til denne, men de mente den det var utilstrekkelig.

## 4.3 Artikkel 3

Sammendrag av «Painful leg ulcers: community nurses' knowledge and beliefs, a feasibility study». Forfatter: Taverner, Closs, og Briggs (2011).

**Type artikkel:** Kvantitativ studie

**Hensikt:** For å kunne effektivt behandle smerte ved leggsår, er det nødvendig å kunne vurdere smerten først, dette er det skrevet lite om i litteraturen. Denne kvantitativ studie fra England har derfor som hensikt å utforske kommunale helsetjeneste kunnskap og oppfatning i forhold til behandling av smertefulle leggsår.

**Metode:** Dette er en mulighetsstudie som har til hensikt å overføre informasjon fra et eldre system til et nytt. Data ble samlet ved hjelp av spørreskjema som ble sendt ut til alle sykepleiere og assistenter som var medlem i kommunal organisasjon. Spørsmålene omhandlet

sykepleieres kunnskap, vurderingsevne, behandling og oppfatning av behandling til smertefulle leggsår.

**Resultat:** Studien fremhever utilstrekkelig smertebehandling i praksis til tross for at det var et betydelig antall av sykepleierne som var klar over den smerten som følge av sårene, og dens videre konsekvens. Smertevurdering manglet, noe som tyder på en mangel på smertevurderingsprosedyrer. Sykepleiere rapporterte at de ikke bruke effektive smerte teknikker for å redusere smerten. De var klar over deres behov for utvide kunnskapen på dette område.

#### **4.4 Artikkel 4**

Sammendrag av «Pain and health-related quality of life in people with chronic leg ulcer». Forfatter: Hopman, Buchanan, Van Den Kerkhof, og Harrison (2013).

**Type artikkel:** Kvantitativ studie

**Hensikt:** Venøse sår er forbundet med smerte og dårlig helse relatert livskvalitet (HRQL). Hensikten med denne studien var å identifisere demografiske og kliniske kjennetegn forbundet med smerte og nedsatt HRQL hos pasienter med aktive venøse sår.

**Metode:** Utvalget besto av personer med leggsår som deltok i to studier utført mellom 2001 og 2007. Smerte ble målt ved hjelp av numeriske smerteskalaen (NMS), og the Present Pain Intensity (PPI). HRQL ble målt ved hjelp av Medical Outcomes Survey.

**Resultat:** Gjennomsnittsalderen var 66,5 år og 47 % var menn. Medianen for smerteskalaen NMS var 2,2 og gjennomsnittet på det fysiske og mentale skjemaet var på 38 av 50 der 50 er gjennomsnittet for normal helse relatert livskvalitet. Nedsatt fysisk aktivitet var utbredt blant kvinner og de med venøse/ kombinasjonssår. Psykiske problemer hadde sammenheng med med varigheten på såret, ung alder, sammensetningen av sykdommer og høy smerteintensitet. Konklusjonen viser behov for strategier for å redusere smerten og bedre livskvaliteten hos høyrisikopasienter.



## 4.5 Artikkel 5

Sammendrag av «Effects of venous leg ulceration on patients`quality of life». Forfatter: Maddox (2012).

**Type artikkel:** Sekundær studie

**Hensikt:** Denne artikkelen har en gjennomgang av litteraturen på livskvalitet til pasienter med venøse leggsår.

**Metode:** Et systematisk søk ble gjort for å identifisere artikler som var relevante for temaet. Studien brukte seks kvalitative studier, tre kvantitative studier og to med mixed method. Tematisk analyse av litteratur identifisert fire viktige aspekter knyttet til livskvalitet og venøs sår dannelse, inkludert fysiske symptomer, sosial fungering, psykologiske effekter og sykepleier-pasient-forholdet.

**Resultat:** Hjemmesykepleien bruker om lag halvparten av sin tid på å behandle pasienter med venøse leggsår. Imidlertid er de komplekse psykologiske og sosiale effekter av sår dannelse på pasienten ofte oversett, i og med at sykepleier har hovedfokus på kliniske aspekter ved sårbehandling. Artikkelen identifiserer viktigheten av å tilpasse en helhetlig tilnærming til behandling av pasienter med venøse leggsår å forbedre resultatene og livskvaliteten.

## 4.6 Artikkel 6

Sammendrag av «Psychosocial effects of living with a leg ulcer». Forfatter: Parker (2012).

**Type artikkel:** Sekundær studie

**Hensikt:** Venøse leggsår kan ha en innvirkning på pasientens livskvalitet. Denne studien tar for seg relevant litteratur om de psykososiale og sosiale effekten av venøse leggsår, og diskuterer hvordan helsepersonell kan vektlegge pasientens helhetlige behov.

**Metode:** Artikkelen har brukt inklusjon- og eksklusjonskriterier for å finne de mest relevante artiklene. Det er fokusert på kvalitative artikler som har forsket på pasientens egne erfaringer. Det er også tatt med to kvantitative artikler fordi de inneholder data som ble sett på som relevant, i tillegg er det brukt dybdeintervjuer.

**Resultat:** Det er rapportert at 89% av pasientene med venøse sår har smerter. Smerten kom ofte i sameheng med aktivitet. Studien viser også at pasienten har mye smerter om natten, noe som gir forstyrret nattesøvn og fatigue. Smerter ved sårskift og bandasjering er også omtalt som en del av grunnen til nedgang i livskvaliteten til pasienten. Svekket mobilitet er en felles konsekvens av leggsår. Behandlingen og bandasjeringen kan også påvirke mobiliteten negativt. Noen pasienter hadde problemer med å finne skotøy som passet over bandasjene. Lukt og lekkasje av væske fra såret resulterte i endret kroppsbilde, lavere selvfølelse og følelse av tapt verdighet. Studien viser at sykepleierne må gi mer personorientert pleie for å optimalisere behandlingen, i tillegg til å støtte pasienten. Psykososiale og sosiale faktorer bør derfor introduseres videre i forskning av pasienter med venøse leggsår.

#### **4.7 Oppsummering av funn**

Tilstedeværelse av venøse sår resulterte i lavere livskvalitet, grunnet smerter, nedsatt fysisk aktivitet, væsking og lukt fra såret og problemer med å finne passende sko. Dette kan videre føre til redusert selvbilde, immobilitet, depresjon og sosial isolasjon. Pasientene mente det generelt var for lite fokus på disse psykiske, fysiske og sosiale aspektene med såret. Pasientene mener sykepleierne kun har fokus på selve såret og for lite eller ufullstendig fokus i forhold til de andre problemene, som aktivitetsmotivasjon og smertebehandling. Hjemmesykepleier må ha en helhetlig sykepleiertilnærming i forhold til behandling av pasienter med venøse leggsår for å forbedre resultatene og livskvaliteten. De må også gi mer personorientert pleie for å optimalisere behandlingen, i tillegg til å støtte pasienten. Sykepleierne er klar over konsekvensene av det venøse såret, og føler behov for utvidet kunnskap på dette området.

## 5.0 Drøfting

Hvordan bidra til økt livskvalitet til pasienter med venøse leggsår i hjemmesykepleien?

### 5.1 Pasientens opplevelse av venøse leggsår

Venøse leggsår påvirker pasientenes livskvalitet i stor grad. Smerte som følge av såret er rapportert som det største problemet. Nattsøvnen blir forstyrret på grunn av dette. Flere pasienter føler økt smerte i aktivitet, i tillegg til lekkasje og lukt fra såret kan dette føre til sosial isolasjon hos disse pasientene. Dette er noe som kommer tydelig fram i forskningsartiklene. Heien et al. (2007) viser at smerte, utendørs aktivitet og vansker med å finne passende skotøy grunnet kompresjonsbehandling var mest utbredt. Palfreymans (2008) studie viser også til smerte og søvnproblemer som de mest vanlige komplikasjoner. Depresjon, væsking og lukt fra såret ble også nevnt. Dette er funn som støttes av flere (Dealey, 2012; Franks et al. 2007; Langøen & Gürgen, 2012; Lindholm, 2012; Parker, 2012).

#### 5.1.1 Smerte

Parker (2012) hevdet at 89% av denne pasientgruppen var plaget med smerter. De kom ofte i sammenheng med aktivitet, og derfor var det mange av pasientene som holdt seg hjemme og ble sosialt isolert som følge av dette. Smerter ved sårskift og bandasjering ble også omtalt som en del av grunnen til nedsatt livskvalitet til pasientene.

Martinsens omsorgsteori stammer fra fenomenologien og den ser at det sentrale er menneskets levende erfaringer og sansing som teller (Martinsen, 2003a, s.103). Dette kan tolkes som at pasientens egen opplevelse av å leve med sår bør vektlegges mer i behandlingen for at livskvaliteten deres skal øke. Ifølge Berntzen et.al (2010, s.357) er smerte subjektivt, det er bare den som kjenner smerten som kan vite hvordan det føles. Om hjemmykesykepleier ikke oppfatter beskrivelse av smerten som pålitelig kan pasienten føle enda større ensomhet og hjelpeløshet, som igjen kan forverre smerten (Berntzen et al, 2010, s.357).

Taverner et al. (2011) mener at det er smertene som fører til depresjon, søvnforstyrrelser, reduksjon av aktivitet, sosial isolasjon, suicidale tanker og ønske om amputasjon. Det er

derfor en viktig del av sykepleien og kunne redusere pasientens smerter. Hopman et al. (2013) hevder at det er behov for strategier for å redusere smertene og bedre livskvaliteten hos denne pasientgruppen. Taverner et.al (2011) viser til utilstrekkelig smertebehandling i praksis til tross for at et betydelig antall av sykepleierne var klar over smertene som følge av sårene og de videre konsekvensene av smerten. Det var altså mangel på vurdering av smerte og smertevurderingsprosedyrer, noe sykepleierne var klar over og ønsket mer kunnskap om.

Vurdering av sårsmerte er tidskrevende, men må likevel prioriteres, fordi smertene har så stor konsekvens for pasientens livskvalitet og for sårtilhelingen (Lindholm, 2012, s.319). Berntzen et al. (2010, s.362-363) hevder at kartlegging og vurdering av smerter er en viktig sykepleieoppgave og dessuten avgjørende for å kunne gi pasienten tilfredsstillende smertelindring. Grundig og nøyaktig kartlegging av pasientens smerte danner grunnlaget for å planlegge, iverksette og evaluere en systematisk og individuell tilpasset smertebehandling. Det kan ifølge dem brukes flere hjelpemidler til dette, alt fra omfattende spørreskjemaer med beskrivelser av smerter til enkle skalaer er pasienten selv graderer smerten han opplever. Smertekartlegging vil også være med på å bevisstgjøre pasienten, slik at han kan finne ut hvilke forhold som faktisk lindrer smerten, og hva som forsterker den (Berntzen et al. (2010, s.362-363). Lindholm (2012, s.318) legger også fram profesjonell smertevurdering som en rimelig mulighet for behandling av smerte. Hun hevder at pasienten bør oppfordres til å fortelle om smertene og til å beskrive den med egne ord.

Mange pasienter med sår har forstyrret nattesøvn grunnet smerte (Lindholm, 2012, s.323). Dette støttes av flere (Langøen & Gürgen, 2012; Palfreymans 2008; Parker 2012; Taverner et.al 2011). Ifølge Lindholm (2012, s.323) må alle anstrengelser gjøres for å lindre nattlig smerte og for å gi pasienten bedre søvn. Forstyrret nattesøvn fører også til nedbrytning av vev og fører til nedsatt sårtilheling. Forbedring av søvnmiljøet bør gjøres om det er mulig, en kan dempe forstyrrende lyder og øke roen for pasienten. En beroligende samtale før natten kan også bety mye for pasientens nattesøvn (Lindholm, 2012, s.323). Dette er noe hjemmesykepleier bør ta seg tid til på kveldsvakt, slik at pasienten om mulig kan få en bedre nattesøvn.

## **5.2 Helhetlig sykepleie**

Sykepleier har mye fokus på såret og de kliniske aspektene ved sårbehandling, og de komplekse psykologiske og sosiale effekter av sår dannelse bli ofte oversett. Dette er noe som støttes av Maddox (2012). Han identifiserer derfor viktigheten av å tilpasse en helhetlig tilnærming til behandling av pasienter med venøse leggsår, for å kunne forbedre resultatene og livskvaliteten. Utilstrekkelig hjelp til de psykologiske og sosiale problemene ble rapportert av flere (Franks et al. 2007; Heinen et al., 2007; Taverner et al., 2011). Ifølge Parker (2012) må sykepleierne gi mer personorientert pleie for å få en optimal behandling av såret, i tillegg til å støtte pasienten. Franks et al. (2007, s.522) mener at det er pasientens opplevelse av tilstanden som bør prioriteres for å kunne øke livskvaliteten, i stedet for å sette fokus på resultatet av behandlingen, som stadig er hovedfokus. De hevder at helsepersonell undervurderer de psykososiale aspektene og understreke med åpenbare symptomer. Dette viser igjen at pasienten blir oversett og at såret er i fokus.

Martinsens (2003a, s.103) menneskesyn går ut på å se det enkelte individ i et helhetsperspektiv, psykisk, fysisk, sosialt og åndelig. Martinsens teori henger mye sammen med Ferrans definisjon på livskvalitet, som deles inn i 4 ulike områder, helse og fysisk funksjon, psykisk/åndelig, sosioøkonomisk og familie (Rustøen, 2010, s.33). Dette viser viktigheten av å se hele mennesket og alle aspektene ved sår dannelsen for å kunne øke livskvaliteten.

### **5.2.1 Fysisk**

Sårene fører til immobilitet hos pasientene, som igjen fører til sosial isolasjon (Parker, 2012). Alle mennesker har, uavhengig av alder og helsetilstand, grunnleggende behov for bevegelse. Inaktivitet fører til konsekvenser på mange av kroppens systemer og går ut over hvordan en fungerer i hverdagen. Fysisk og sosial aktivitet bør derfor brukes som et middel til å øke livskvalitet og funksjonssvikt hos eldre (Helbostad, 2010, s.343-344). Informasjon om viktigheten av aktivitet og konsekvensen av inaktivitet er derfor en viktig sykepleieroppgave ved forebygging av isolasjon og immobilitet hos pasienten.

Smerte kommer ofte i sammenheng med aktivitet hos pasientgruppen (Parker, 2012). Dette kan være mye av grunnen til at pasientene er mer inaktive. I tillegg til smerte som følger med sårene, kan behandling og bandasjering også virker inn på mobiliteten. Pasientene hadde også problemer med å finne skotøy som passet over bandasje, dette gjør at pasienten ikke

kommer seg ut (Parker, 2012). Dette støttes av Maddox (2012) og Langøen og Gürgen (2012). Mengden av sårsekresjon viste seg å ha en merkbar dempende effekt på muligheten til turgåing (Lindholm, 2012, s.387). Franks et al. (2007, s.510) støtter også teorien om at nedsatt bevegelighet er en stor bidragsyter til begrensning av aktiviteter. Denne begrensningen påvirker humøret til pasienter, og kan føre til tristhet, depresjon, tap av viljestyrke og følelse av hjelpeløshet.

Skavberg Rolands et al. (2011) rapporterer at informasjon gitt av sykepleiere i forhold til aktivitet var ufullstendig eller motstridene. Det ble rapportert at hjemmesykepleien ikke fulgte opp treningsprogrammer som var tilrettelagt for pasientene. De pasientene som ikke klarte seg selv i forhold til aktivitet, klare å fullføre treningsprogrammene på egenhånd. Mens pasienter som manglet drivkraft, var mindre ressurssterke og redde for å skade seg trengte mer støtte og veiledning. Disse pasientene mente at helsepersonell hadde ansvaret for dette. Helbostad (2014, s.353) støtter dette og mener at sykepleier har ansvar for å tilrettelegging, støtte og motivere pasienten i forhold til aktivitet.

### **5.2.2 Psykisk**

På tross av at smerten blir rapportert som det største problemet for pasienter med venøse leggsår er det flere aspekter som spiller inn på pasientens psyke og livskvalitet. Tilstedeværelsen av lukt og sårvæske hos pasienter med leggsår resulterte i energiløshet, endret kroppsilde, lav selvfølelse, en følelse av tap av verdighet og en følelse av å ikke ha kontroll over egen kropp (Parker, 2012). Sårvæske og lukt kommer frem som et problem hos flere (Dealey, 2012; Lindholm, 2012; Langøen & Gürgen, 2012; Maddox 2012; Müller, 2011; Palfredman, 2008). Parker (2012) rapporterte at 57% av deltakerne klagde på lukt. Mens 97% klagde på sårvæske av varierende mengder.

Maddox (2012) hevder at lekkasje av sårvæske påvirker pasientens psykiske helse negativt, som dermed også livskvaliteten. Pasientene opplevde lukt og sårsekresjon som uutholdelig, og var bekymret for at sårvæske skulle komme i kontakt med klær og møbler (Maddox, 2012). Müller (2011, s.215) viste at lukt og sekresjon fra såret gjorde pasienten usikker på om han/hun forårsaker ubehag hos andre. Dette er noe som kan spille inn på hvordan pasienter ser på seg selv, noen kan føle skam og forlegenhet. Solvoll (2011, s.19-20) påpeker at når en blir syk eller når kroppen mister noe av sin funksjon får dette på ulike måter konsekvenser for det tilvante kroppsilde. På denne måten kan sykdom få konsekvenser for menneskets opplevelse

av identitet og egenverd. Dealey (2012, s.41) hevder at alle pasienter med sårdannelse har et forandret kroppsbilde som kan ha en dyp effekt på pasientens selvfølelse og motivasjon. Dealey (2012, s.43) viser også til at pasientene føler kraftløshet når de kommer opp i situasjoner som de ikke har lært seg å takle og hvis de føler det er utav deres kontroll.

Helsepersonell har en viktig rolle når det gjelder å gi pasienter en følelse av kontroll over sin tilstand. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient ble sett på som en del av et terapeutisk forhold som skulle fremmer en følelse av kontroll og økt selvfølelse (Maddox, 2012). Dealey (2012, s.42) påpeker at ved å gi pasienten lov til å uttrykke sine følelser og ved å gi dem informasjon og en ærlig vurdering av fremdriften av såret, vil være gunstig. Samtale er et vesentlig hjelpemiddel i det å støtte pasientene. Det å få lov til å fortelle sin egen historie usensurert kan bidra til at en kjenner seg respektert og verdsatt (Solvoll, 2011, s.30). Det er derfor vesentlig at sykepleier tar seg tid til å lytte til pasienten, spørre hvordan han/hun har det, sette seg ned og vise at en har tid. Ifølge Dealey (2012, s.44) vil det for noen pasienter være hensiktsmessig å få videre hjelp fra andre, som for eksempel en psykolog, psykiatrisk sykepleier eller utdannet rådgiver.

God behandling av såret som forhindre lukt og lekkasje er med på å øke selvtilliten (Dealey, 2012, s.42). Fjerning av lukt og sårsekret er derfor en viktig del av helhetsbehandlingen av denne pasientgruppen. Det finnes produkter som er effektive i lindring av sårveske og lukt. Sykepleier har ansvaret for å holde seg oppdatert på de nyeste produktene på markedet (Maddox, 2012). Langøen (2012, s.130-131) hevder at man enten kan benytte en basisbandasje kombinert med en absorberende bandasje, eller bruke en spesiellbandasje som har stor absorpsjonsevne. Maddox (2012) mener vurdering og dokumentering av lukt og sekresjon bør være en del av rutinen når pasientene utvikler leggsår.

### 5.2.3 Sosialt

Det er klart at smerte, lukt og sårveske, og den psykologiske virkningen av vanskelige sår og kompresjonsbehandling ofte resultere i begrenset og nedsatt mobilitet, følelsen av å være utilpass i egen kropp og påfølgende sosial isolering (Parker, 2012). Dette støttes av flere (Chamanga et al., 2010; Lindholm, 2012; Maddox, 2012). Parker (2012) hevder at pasientene opplever en følelse av å ikke være en del av det sosiale grunnet nedgangen i mobilitet og mangel på støtte og empati fra andre.

Å møte mennesker med samme problemene som en selv kan være med på å forbygge isolasjon og forbedre livskvaliteten. Ifølge Chamanga et al. (2010) er det vist at møter for pasienter med leggsår har vært vellykket i å fremme helse ved å forbedre sosialisering og redusere isolasjon hos pasienter med leggsår. Parker (2012) viser til at denne form for omsorg kan hjelpe pasientgruppen til å møte andre mennesker i lignende situasjon. Hjemmesykepleierne må være klar over slike muligheter som finnes i miljøet rundt som kan være med på å øke pasientens livskvalitet. (Chamanga et al., 2010).

Sosial isolasjon er noe pasienter kommer ufrivillig opp i (Birkeland & Flovik, 2012, s.96). Pasientene trenger ikke være ensomme for å være sosialt isolert, dette kan være noe som er selvbestemt (Parker, 2012). Birkeland og Flovik (2012, s.96) støtter også dette, men belyser at det går en grense, på et tidspunkt kan sosial isolasjon likevel føre til en opplevelse av ensomhet. Etersom pasienter med leggsår vanligvis blir behandlet i hjemmet, er det ofte hjemmesykepleien som er den eneste sosiale kontakten de får i løpet av en dag (Parker, 2012, s.60). Hjemmebesøkene til hjemmesykepleien er ofte korte, er der derfor enda viktigere at de blir utnyttet. Å skape tillitsfulle relasjoner er en viktig del av totalbehandlingen av pasienter med vanskelig helende sår (Lindholm, 2012, s.386). Sykepleiers støttende rolle, forståelse for og samtaler med pasienten kan bidra til å redusere pasientens problemer, det viktigste er å opprettholde håpet (Lindholm, 2012, s.384).

Nå har vi sett på de ulike problemene forårsaket av sårene kan vi tydelig se at det er flere elementer som spiller inn på pasientens livskvalitet, både fysisk, psykisk og sosialt. Det er ifølge Lindholm (2012, s.383) viktig å vite at det alltid er pasient med sår som skal behandles, ikke såret på pasient. Utgangspunktet alltid er den totale problematikken ikke det enkelte såret. Ingebretsen og Storheim (2010, s.346) mener at sykeleiers viktigste oppgave for pasienter med kronisk sykdom er at pasienten raskest mulig oppnår helserelatert livskvalitet. Sykepleie til disse pasientgruppene må være individuell og konkret med fokus på fysiske, psykiske, sosiale og åndelige områder.



### 5.3 Langvarig behandling

Langøen og Gürgen (2012, s.303-304) poengterer at livskvaliteten øker når såret gror. Dette viser at grunnsykdommen alene ikke kan ha ansvar for den nedsatte livskvaliteten. Sykepleiers oppgave er først og fremst å få sårene til å gro og unngå nye sår, men også å støtte pasienten og fokusere på det friske.

Behandlingen tar lang tid og styrer mye av hverdagen til pasientene, som igjen kan virke inn på livskvaliteten. Pasientene kan oppleve en følelse av å være fanget. Det er ikke lett å kunne reise å besøke barn og barnebarn, eller å ta seg en sydentur når såret må skiftet på to-tre ganger i uken (Müller, 2011, s.217). Langøen og Gurgun (2012, s.264) mener at det er viktig at behandlingen pasienten får er «til å leve med», både for pasienten, pårørende og helsearbeiderne som skal ha ansvaret for behandlingen. Müller, (2011, s.217) hevder det må være mulig å forenkle behandlingen slik at pasienten skal ha mulighet til å reise på en ferie. Det kan også da være aktuelt å ta kontakt med helsepersonell andre steder, slik at behandlingen kan fortsette der. For å kunne tilpasse behandlingen er vi avhengige av kunnskap om alternativer. Om sykepleier i tillegg klarer å få pasienten med som medspiller, kan det gi en følelse av å ha innflytelse på sin egen livssituasjon og helsetilstand (Müller, 2011, s.217).

Det viktigste elementet i behandlingen er tiltak som reduserer pasientens ødem og venøse hypertensjon, da brukes kompresjon og elevasjon (Slagsvold & Stranden, 2005). For at kompresjonsbehandlingen skal ha virkning er det nødvendig at både pasient og sykepleier er inneforstått hva det innebærer. Ifølge Slagsvold og Standen (2005) finnes det ulike kompresjoner som kan administreres, kompresjonsstrømper, forskjellige kompresjonsbandasjer, inkludert flerlagsbandasjering eller pneumatiske kompresjonssystemer. Det er derfor viktig å finne en type som passer best for hver enkelt pasient, slik at de kan leve mest mulig normalt liv. Lindholm (2012, s.383) mener at livskvalitetsaspektet må inngå i helhetsvurderingen av pasienten og tas med i overveielene ved valg av behandling.

Det er mye som tyder på at kompresjonsbehandling er problematisk for flere pasienter. Kompresjonsbehandling føre til at pasienten får vansker med å finne passende skotøy (Heinen et al. 2007). Pasienten føler at de ikke får den hjelpen de skulle ønske med denne type problem. Taverner et al (2011) påpeker at kompresjon kan gi eller forverre smerter hos pasientene. Dette kan føre til at pasientene ikke ønsker denne type behandling. Slagsvold og

Standen (2005) hevder at pasientene må observeres nøye og at kompresjonen skal reduseres eller fjernes ved utvikling av smerte eller sårprogresjon. Da vil informasjon til pasientene være svært viktig, slik at pasientene har kontroll over egen behandling. Pasienten må læres opp til å forstå hensikten med kompresjonsbehandlingen, dersom pasienten stadig slurver med bandasjen, har behandlingsformen ingen hensikt (Langøen & Gürgen, 2012, s.265). Ved å se, lytte til og respektere hver enkelt pasient, og ved å skape en følelse av felles ansvar for behandlingsresultatet, kan en også øke mulighetene for et godt sluttresultat (Lindholm, 2012, s.386).

#### **5.4 Tverrfaglig samarbeid**

Chamanga et al. (2010) hevder at sykepleierne i kommunehelsetjenesten trenger å ta en aktiv rolle i å bedre livskvalitet for pasienter med venøse leggsår. Dette er ikke en jobb de kan klare alene, de må derfor ha samarbeid med andre yrkesgrupper. Forutsetningen for å kunne hjelpe pasienten til økt livskvalitet er da tverrfaglig samarbeid. Dette kan være hjemmesykepleier, foterapeut, fysioterapeut, psykolog og lege. Langøen (2012 s.134) mener at jo høyere samlet kompetanse som finnes i kommunen, desto bedre blir resultatet.

Tverrfaglig samarbeid har begrensninger. Langøen (2012, s.133) hevder at det er mange leger som ikke ønsker å ta del i behandlingen av denne pasientgruppen og grunnen til dette er at forholdet til pasientens lege er ulikt organisert i kommunene. Enkelte leger er totalt uinteressert i den sårbehandlingen som gjennomføres, andre vil vite hva som skjer, men ønsker bare å blandes inn hvis det er snakk om henvisning. Noen leger deltar i diagnostiske arbeidet, men ønsker ikke å delta i selve behandlingen. Andre leger vil styre hele behandlingsprosessen. Siden regelverket er såpass uryddig i forhold til dette er det opp til den enkelte kommunen å bestemme hvordan det skal gjennomføres (Langøen 2012. s.133). For at pasientene skal bli riktig behandling er det viktig at pasienten får riktig sårdiagnose. Ifølge Ingebretsen og Storheim, (2010, s.368) er det mange pasienter med leggsår som aldri har fått undersøkt sårene sine hos legen og har dermed heller ingen korrekt sårdiagnose.

For korrekt og helhetlig sykepleie er det er viktig med et tett samarbeidsforhold mellom kommunehelsetjenesten, som har den daglige omsorgen for pasienten, og spesialhelsetjenesten, som har spesialkunnskap på området. Det bør utarbeides en utrednings- og behandlingsplan for hver pasient. Det bør inngå hvilke vurderinger fastlegen gjør og hvilke henvisninger han mener er nødvendig. Det skal også dokumenteres om pasienter har vært til

konsultasjoner hos hudlege, ortoped, karkirurg eller plastisk-kirurg. Behandlingseffekten bør vurderes minimum hver tredje måned. Denne vurderingen bør gjøres i samarbeid med sykepleier og lege om dette er mulig (Ingebretsen og Storheim, 2010, s.368). Dette kan bli et problem om ikke lege er interessert i å følge opp denne pasientgruppen. Det bør derfor gjøres endringer og sette klarer regler for hvordan denne pasientgruppen skal følges opp. Helseministeren Høie (2015) hevder at det bør organiseres mer av arbeidet i tverrfaglige team, noe som kan gi pasientene bedre og mer helhetlige tjenester, spesielt de som har behov for langvarig oppfølging.

En annen problematikk som kan oppstå er når pasientene må forholde seg til mange innsatser. Birkeland og Flovik (2012, s.167) hevder at det er lett å havne i en situasjon der den ene ikke vet hva den andre gjør, og pasientene kan oppleve å bli kasteballer mellom flere innsatser. De mener at det da er viktig at de ulike virksomheten og fagpersonene samarbeider slik at pasientene kan få et effektivt og helhetlig tilbud. Ifølge Henderson er tverrfaglig samarbeid uten tvil en fordel for pasienten (Mathisen, 2011, s.166). Individuell plan kan være med å forebygge følelsen av å være en kasteball. Hellesø (2011, s.233) mener at planen skal sikre at pasienter som får tjenester fra ulike tjenesteytere blir samordnet og vurdert i en helhetlig sammenheng. Formålet med individuell plan er å bidra til at hver enkelt pasient, får en helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Pasientrettighetsloven (2015) slår fast i § 2-5 at pasienter med kronisk og sammensatte lidelser har rett til å få utarbeidet en individuell plan.

## 6.0 Konklusjon

Venøse leggsår påvirker pasientens livskvalitet i stor grad. Smerte, sårsekresjon, lukt og langvarige behandlinger, kan videre fører til inaktivitet, søvnforstyrrelser, sosial isolasjon, redusert selvfølelse og forlegenhet. Forskning viser at hjemmesykepleien har en viktig oppgave når det gjelder å ivareta livskvaliteten til disse pasienten. Gjennom oppgaven har jeg kommet frem til at helhetlig sykepleie er essensielt for å bedre livskvaliteten til pasientgruppen. Sykepleier må sette fokus på de fysiske, psykiske og sosiale aspektene ved såret, ikke bare ha fokus på behandlingen av selve såret. Jeg har også kommet fram til at hjemmesykepleier bør jobbe mer tverrfaglig, for å kunne få en helhetlig behandling av pasienten. Sykepleier og pasient må sammen finne et behandlingsopplegg som passer både for pasient og pleier, dette krever tillit og at pasienten får informasjon. Dette kan gi pasienten en følelse av å ha innflytelse og mer kontroll over sin egen livssituasjon. Det er mye forskning rundt området, men etter å gått gjennom teorien tyder det på at det er mindre fokus på dette i praksis. Hjemmesykepleien har for lite kunnskap til å pleie denne pasientgruppen. Det må derfor bli mer fokus på dette i praksis.

## Referanseliste:

Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerte. I H. Almås, D-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s.355-395). Oslo: Gyldendal Akademisk

Birkeland, A., & Flovik, A.B. (2012). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe

Brodtkorb, K. (2011). Yrkesetikk. I I.M. Holter, & T.E. Mekki (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. (4. utg., s.306-326). Oslo: Akribe

Chamanga, E. (2010). How can community nurses improve quality of live for patients with leg ulcers?. *Nursing Times* 106 (10), 15-17.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dealey, C. (2012). *The care of wounds. A guide for nurses*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.

Fosberg, C., & Wengstrøm, Y. (2013). *At göra systematiska litteraturstudie*. Stockholm Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur.

Franks, P.J., Moffatt, C.J., & Morgan, P.A. (2007) Health-related quality of life with chronic leg ulceration. I M.J. Morison, C.J. Moffatt, & P.J. Franks (Red.). *Leg ulcers. A problem-based learning approach*. (s.501-527). Mosby Elsevier

Heinen, M., Persoon, A., van de Kerkhof, P., Otero, M., & van Achterberg, T. (2007). Ulcer-related problems and health care needs in patients with venous leg ulceration: A descriptive, cross-sectional study. *International journal Of Nursing Studies* 44(8), 1296-1303. Hentet fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748906001374>

- Helbostad, J.L. (2014). Bevegelse og aktivitet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A.H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s.340-359). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Hellesø, R. (2011) Pasientjournalen og sykepleiers journalføring. I I.M. Holter, T.E. Mekki (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. (4. utg., s.213-246). Oslo: Akribe
- Holsen, D., & Ingebretsen, H., (2011). Sykdommer i huden. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.). *Sykdom og behandling*. (s.499-515). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hopman, W. M. Buchanan, M. VanDenKerkhof, E. G. & Harrison, M. B. (2013). Pain and health-related quality of life in people with chronic leg ulcer. *Chronic Dis Inj Can*. jun;33(3):167-74. Hentet fra [http://atlantic.aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcbc/33-3/assets/pdf/CDIC\\_MCC\\_Vol33\\_3\\_7\\_Hopman\\_E.pdf](http://atlantic.aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcbc/33-3/assets/pdf/CDIC_MCC_Vol33_3_7_Hopman_E.pdf)
- Høie, B. (2015) Hentet 02.02.15 fra <https://stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=61692>
- Ingebretsen, H., & Storheim, E. (2010). Sykepleie ved sykdommer og skader i huden. I H. Almås, D-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie 2*. (4. utg., s.345-379). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Langøen, A. (2011). Sårbehandling i hjemmesykepleien. I A. Birkeland, & A.B. Flovik (2011). *Sykepleie i hjemmet*. (1. utg., s.121-141). Oslo: Akribe
- Langøen, A., & Gurgen, M., (2012). Forebygging og behandling av sår. Etiologisk inndeling. I A. Langøen (Red.). *Sårbehandling og hudpleie*. ( 4. utg., 165-246). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Langøen, A., & Pukstad, B. (2014. 8. Des). *Sårpasienter den nye pariakasten?* Hentet 02.02.15 fra <http://www.aftenbladet.no/meninger/Sarpasienter-den-nye-pariakasten-3581702.html>
- 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 fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=df37e143-6f66-47d4-be4d-8c9f916950f1%40sessionmgr115&vid=5&hid=124>
- Martinsen, K. (2003a). *Fra Marx til Løgstrup*. Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003b). *Omsorg, sykepleien og medisin*. (2. utg.). Universitetsforlaget
- Mathisen, J. (2011). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar I M. Holter, & T.E. Mekki (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1*(4. utg., 149-168). Oslo: Akribe.
- Müller, K.S. (2010) Sår. I U. Knutstad (Red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleierboken 2*. (3. utg., s.214-243). Oslo: Akribe
- NIFS. NIFS`s retningslinjer for behandling av venøse leggsår. Hentet 28/01/15 fra [http://www.nifs-saar.no/pdf/NIFS\\_retningslinjer\\_venoese\\_leggsaar.pdf](http://www.nifs-saar.no/pdf/NIFS_retningslinjer_venoese_leggsaar.pdf)
- Olson, H., & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitativ og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gylendal Akademisk.
- Palfreyman, S. (2008). Assessing the impact of venous ulceration on quality of life. *Nursing Times*; 104: 41, 34-37. Hentet fra <http://www.nursingtimes.net/story.aspx?storycode=1896181>
- Parker, K. (2012). Psychosocial effects of living with a leg ulcer. *Nursing Standard*, 26(45), 52-62. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011608837&site=ehost-live>
- Pasientrettighetsloven (2015). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 13 februar 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rustøen, T. (2010). Livskvalitet og velværet. I U. Knutstad (Red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleiebok 2*. (3. utg., s.29-55). Oslo: Akribe

Skavberg Roaldsen, K, Biguet, G., & Elfving, B. (2011). Physical activity in patients with venous leg ulcer - between engagement and avoidance. A patient perspective. *Clinical Rehabilitation*, 25(3), 275-286. doi:10.1177/0269215510371424

Slagsvold, C-E., & Stranden, E. (2005). Venøse leggsår. *Tidsskrift For Den Norsk Lægeforening*. Nr.7;125: 891-4. Hentet 15.01.15. fra <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2005/891-4.pdf>

Solvoll, B-A. (2011) Identitet og egenverd. I N.J. Kristoffersen, F. Nortverd, & E-A. Skaug (Red.). *Grunnlegende sykepleie. Bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer*. (2. utg., s.15-36 ). Oslo: Gyldendal Akademiske

Støren, I. (2013). *Bare søkk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske

Taverner, T., Closs, & S.J., Briggs, M. (2011). Painful leg ulcers: community nurses' knowledge and beliefs, a feasibility study. *Primary Health Care & Development*. 12: 379-392. doi:10.1017/S1463423611000302