



Høgskolen i **Hedmark**
Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag

4 BACH

Elise Emblemsvåg og Lene Finsrud

Veileder: Marit Berg

Det er bedre å forebygge, enn å reparere.
It is better to prevent than repair.

Antall ord: 12020

BASYK 2010

2013

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNINGEN.....	4
1.1	Egne forutsetninger og bakgrunn for oppgaven.....	4
1.2	Valg av problemstilling	5
1.3	Case.....	5
1.4	Avgrensing av oppgaven.....	5
1.5	Begrepsavklaring	6
1.6	Anonymisering av oppgaven.....	7
1.7	Oppgavens oppbygning.....	7
2	METODE OG UTVALG.....	8
2.1	Beskrivelse av metode.....	8
2.2	Kildekritikk.....	8
2.3	Valg av litteratur.....	9
2.4	Fremgangsmetode for litteratursøk.....	9
3	TEORIDEL.....	12
3.1	Årsaken til venøse sår.....	12
3.2	Anatomi, fysiologi og patofysiologi.....	12
3.3	Overvekt.....	13
3.4	Hjemmesykepleien.....	13
3.5	Konservativ behandling.....	14
3.6	Sykepleieteoretiker.....	14
3.7	Redegjøring av sentrale elementer.....	15
4	LOVER OG RETNINGSLINJER.....	22

4.1	Helsepersonelloven.....	22
4.2	Pasient- og brukerrettighetsloven.....	22
4.3	Samhandlingsreformen, rett behandling- på rett tid- til rett sted.....	23
4.4	Helse- og omsorgstjenesteloven.....	23
4.5	Folkehelseloven.....	23
4.6	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.....	24
5	DRØFTNINGSDEL.....	25
5.1	Kommunens og sykepleie.....	25
5.2	Optimal sårtilheling.....	28
6	KONKLUSJON.....	35
7	LITTERATURLISTE.....	37
	VEDLEGG Pico-skjema.....	41

1 INNLEDNING.

Denne bacheloroppgaven tar for seg hva vi legger i optimal sårtilheling, og hvor viktig livsstil er for god helling prosess.

Vi vil konsentrere oss om venøse sår, da forskningen til Slagsvold og Stranden (2005) viser til at ca. 70 % av alle sår er venøse og det rammer den voksne befolkningen med 1 % i løpet av livet. Venøse sår oppstår når det er venøst dysfunksjon i underekstremitetene, og det ikke foreligger andre årsaker som arteriell insuffisiens, diabetes, vaskulitt eller malingnitet.

Årsaken til venøs insuffisiens kan være medfødt eller for lite aktivitet. Vi har to forskjellige typer av venøs insuffisiens, som kalles refluks og hydrostatisk, der refluks er den vanligste årsaken. Ved refluks fungerer ikke klaffene som de skal. Klaffefeil resulterer i at tilbakestrømningen ikke er optimal og det kan dermed oppstå trombose som følge av stillesittende eller stillestående arbeid over tid og overvekt. Blodet vil følge tyngdekraften å bli stående i beina, rundt ankelområdet. Over tid vil åreveggen utvide seg og klaffene vil miste sin funksjon. Dette er hovedårsaken til at det oppstår ødemer, staseeksem, skjelldannelse og venøse insuffisiens. Det å få konstanterer at det foreligger et venøst sår og ikke en annen type, blir gjort ved klinisk undersøkelse som inspeksjon og palpasjon objektiv undersøkelse med ultralyddoppler, pletysmografi, kar kirurgi, dermatologisk vurdering og eventuelt en vurdering av infeksjonen (Kristiansen & Sætre 2004; Lindholm, 2009).

1.1 Egne forutsetninger og bakgrunn for oppgaven.

Bakgrunn for prosjektet er basert på erfaringer som vi har møtt i alle praksisperiodene. Spesielt i hjemmesykepleie praksisen, hvor av mange pasienter hadde leggsår. Vi møtte ulike utfordringer om hvordan man skal behandle og forebygge veksten. Videre opplevde vi at mange pasienter savnet veiledning, kontinuitet og trygghet rundt behandlingsopplegget. På bakgrunn av dette valgte vi å gå i dybden på hva en sykepleier kan bidra med for å oppnå bedre sårtilheling og samtidig bedre livskvaliteten.

Under de ulike praksisperiodene viste mange sykepleiere en usikkerhet ved behandling av venøse sår. Dette tror vi skyldes mangel på kunnskap. Vi håper dermed at denne oppgaven vil være med på å øke kunnskapsnivået til sykepleierne om venøse leggsår, og hvilke faktorer som kan bidra til en bedre hverdag for pasienter med en god sårtilheling.

1.2 Valg av problemstilling.

Problemstillingen vi tar for oss er:

- Hvordan kan vi som sykepleier bidra til optimal sårtilheling hos hjemmeboende som benytter hjemmesykepleien til stell av venøse sår.

1.3 Case.

Anne er 65 år, ikke røyker og bor sammen med mannen sin. Hun har to store venøse leggsår, som er svært vanskelige å behandle. Hjemmesykepleien har brukt og bruker mye tid og ressurser for å oppnå sårtilheling. Hun er kraftig overvektig, og har mange tilleggs diagnoser. Hovedproblematikken er leggsårene. Hun opplever redusert livskvalitet på grunn av sine smerter. Dette har medført isolasjon og lite fysisk aktivitet. Anne var en meget aktiv og sosial dame før hun fikk sårene. Hun liker å tilbringe tid med familie og venner, spesielt barnebarn, men på grunn av hennes livssituasjon nå, har dette blitt begrenset. Innkjøp og tilberedning av mat ordner mannen, kostholdet er usunt og lite variert. Under en samtale med Anne kommer det frem at hun er motivert for en livsstilsendring, men har liten kunnskap om venøse leggsår og hvilke faktorer som spiller inn i sårbehandlingen.

1.4 Avgrensing av oppgaven.

Vi velger å konsentrere oss om konservativ behandling, med vekt på livsstilsendring i form av riktig ernæring, fysisk aktivitet, kompresjonsbehandling og hygiene for å fremme sårtilheling. Vi velger ikke å ta med røyking siden pasient vår ikke røyker. Vi vet at røyking virker negativt på sårtilhelingen ved at røyken forårsaker sammentrekning av arteriolene. For å hjelpe Anne vil vi i denne oppgaven ta for oss hvordan de ulike faktorene som ernæring, fysisk aktivitet, kompresjonsbehandling og smerter viker inn, og hvordan vi kan benytte kommunikasjon for å hjelpe henne med å endre livsstilen.

Øverby, Torstveit & Høigaard (2011) sier at å forebygge sykdom handler om å hjelpe pasienten med å forhindre negativ påvirkninger på helsen, og at det kan skje på tre nivåer- primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Vi begrenser oppgaven til eldre hjemmeboende med allerede oppstått venøst sår. Vi bygger derfor opp oppgaven rundt tertiærforebygging

som Øverby et al. (2011) beskriver som forebygging i etterkant av når det har oppstått et problem, og for å forhindre at den videreutvikles.

På grunn av oppgavens omfang vil ikke gå inn på behandling av selve såret, men vi vil komme inn på hvordan økonomien og bemanningen blir påvirket siden dette er en viktig del av det å være i forkant. Oppgaven vil bli skrevet ut fra et mål om «best practice».

Fokuset først og fremst vil bli å tenke helsefremmende og sykdomsforebyggende.

Forskningen til Haram & Nåden (2003) viser at pasienter med venøse leggsår har redusert livskvalitet og andre tilleggs diagnoser.

1.5 Begrepsavklaring.

I denne delen vil vi gi en kort redegjørelse for hva vi legger i ulike begreper, som er viktig for denne oppgaven.

- Venøse sår er sår som oppstår som følge av sviktende blodsirkulasjon, noe som ofte har flere årsaker. Felles for venøse sår, er at klaffene i venene fungerer dårlig og at musklene i underekstremitetene brukes for lite (Lindholm, 2012).
- Forebygging i sykepleie sammenheng er rettet mot tiltak som forebygger sykdom hos friske og utsatte grupper. Forebygging er først og fremst rettet mot konkrete risikofaktorer, som for eksempel overvekt, kosthold, røyking dårlig hygiene og ødemer (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011a).
- Hjemmesykepleien skal yte hjelp til pasienten ved å tenke helsefremmede, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og lindrende funksjoner. Hovedmålet er å hjelpe hjemmeboende pasienten til å mestre sine utfordringer, slik at de kan bli mest mulig selvstendig ut fra sin lidelse (Fjørtoft, 2011).
- Livskvalitet blir definert av WHO som «*Personers oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kulturen og det verdisynet de lever i, i relasjon til deres egne mål, forventninger, normer og interesse*» Det vil si at livskvalitet handler om å

ha det godt, at man er tilfreds med livet, har selvrespekt og opplevelse av mening med tilværelsen (Kristoffersen et al., 2011a)

- Konservativ behandling er en behandling som først og fremst rettes mot ødemer og hva som fremmer sårtilheling (Lindholm, 2009). Ernæring, fysisk aktivitet og kompresjonsbehandling og hygiene regnes som de viktigste innenfor denne behandlingen (Lindholm, 2012).

1.6 Anonymisering av oppgaven.

Anonymisering handler om å aidentifisere pasientens personlige opplysninger, noe som gjør at han/hun ikke kan kjenne seg igjen. Når en pasient er anonymisert vil ikke opplysningen som kommer frem kunne identifisere pasienten (Dalland, 2007).

Vår case er fiktiv, men vi vet fra praksis at problemet rundt vår case forekommer flere steder.

1.7 Oppbygging av oppgaven.

Her tar vi for oss hvordan denne oppgaven er bygd opp og litt om hva de forskjellige kapitlene handler om.

Kapittel en er innledning, det sier litt om bakgrunnen for denne oppgaven, og bakgrunnen for den valgte problemstillingen, og hvordan vi har avgrenset hele oppgaven.

Kapittel to er presentasjon for hvordan vi har funnet frem til forskningsartiklene og litteraturen vi har benyttet, samt en kort presentasjon av hvordan vi har benyttet kilde kritikk.

Kapittel tre er teoridelen vår, hvor vi belyser sentrale elementer av Virginia Hendersons sykepleieteori, som vi mener er viktig for å oppnå optimal sårtilheling. Selv om oppgaven handler om konservativ behandling og tilstrekkelig sårtilheling i hjemmesykepleien, velger vi å gi en kort oppsummering av anatomi, fysiologi og patologi for å få en forståelse av hva som skjer ved venøse sår. Vi beskriver også hjemmesykepleiens rolle og dens ansvarsområde under dette kapitlet.

Kapittel fire tar for seg lover og retningslinjer som vi anser som nødvendige i forhold til oppgaven.

Kapittel fem er drøftingen av problemstillingen våres. Den starter med en gjentakelse av vår problemstilling. Caset vil være gjennomgående i hele drøftingsdelen. Vi vil drøfte våres erfaringer opp mot teorien som vi belyser.

Kapittel seks avsluttes oppgaven med en oppsummering av hva vi har lært, og viktigheten av denne problemstillingen i hjemmesykepleien.

2 METODE OG UTVALG.

Metodedelen skal fortelle hvordan vi har tenkt å løse denne oppgaven for å få svar på vår problemstilling. Metode står for fremgangsmåten man benytter, eller en beskrivelse av hvordan man komme frem med ny kunnskap om en problemstilling (Dalland, 2007).

2.1 Beskrivelse av metode.

Opppgaven vil være et litteraturstudie som vil bygge på pensumlitteratur gjennom tre år på sykepleierutdanningen, og egne praksis erfaringer. Ved siden av dette benytter vi kvantitative og kvalitative forskningsartikler. Dalland (2007) beskriver kvantitative forskningsartikler som artikler som bygger på studier der det er målbare opplysninger om flere individer i form av statestikker eller intervjuer. Han sier også at de er representative for det som er felles for en problemstilling. Noen av artiklene har respondanter, det vil si at informanter svarer på spørsmål via intervjuer fra forskerne. Kvalitative forskningsartikler har som mål å formidle forståelse og tar sikte på å få sammenhengen rundt et tema. Det er data som ikke er tallfestet, men som har til hensikt og fange opp meninger og opplevelser rundt et tema (ibid.). Ellers vil denne studien bygge på kunnskapsbasert sykepleie. Det betyr at det skal brukes relevant forskningsartikler, relevant erfaring fra praksisfeltet, pasient og brukervedvirkning opp mot problemstillingen (Nortvendt, Jamtvendt, Graverholt & Reiner, 2007).

For å finne relevante forskningsartikler har vi benyttet oss av hjelpeskjema –PICO, som har vært til stor hjelp i forhold til å strukturere søkene våre. Nortvendt et al., (2007) beskriver PICO-skjema ut fra bokstaver, som har hver sin betydning, P-pobulation/problem, I-intervensjon, C-comparison og O- outcome.

2.2 Kildekritikk.

Kildekritikk betyr å være kritisk til valg av litteratur. Det vil si at vi må være kritisk til hva litteraturen inneholder og hvilken kilde som er benyttet. Leseren skal kunne ut fra de kildene som er benyttet kunne reflekterer over hvordan vi har reflektert rundt problemstillingen for oppgaven. Det å være kritisk til valg av data, betyr at litteraturen skal være relevant for

problemstillingen og hvor pålitelige de er innsamlet. Kildekritikk er nødvendig for å vise den kunnskapen som gir bakgrunn for problemstillingen (Dalland, 2007).

2.3 Valg av litteratur.

Når vi fant relevant litteratur, så vi på pensumlisten som er satt opp av Høgskolen i Hedmark. Da vi ser på den som godkjente kilder i forhold til forfatter og innhold. Ved valg av litteratur utenom pensumlisten så vi på hvilken bakgrunn forfatterne hadde, og om dem hadde gitt ut andre artikler, og hva forfatteren ønsker å belyse (Dalland, 2007). Innholdet må være relevant for den problemstillingen vi har valgt, og at de samsvarer med de erfaringene vi har fra praksis.

2.4 Fremgangsmetode for litteratursøk.

For å finne aktuelle forskningsartikler har vi brukt ulike databaser gjennom kunnskapsegget.no. og BIBSY. Kunnskapsegget er utarbeidet for Sykehuset Innlandet for å gjøre søk etter medisinsk informasjon lettere, mens BIBSY er en felles bokkatalog for alle universitetene og høgskolene i Norge. Når vi har benyttet BIBSY har vi gjort det via høgskolen i Hedmark.

I SveMed+ som er en svensk database som ligger under Karolinska Institutet, databasen inneholder skandinaviske tidsskrifter. Videre søk i SveMed + med søkerord som venøse leggsår får vi opp to norske artikler som er en del år gammel. Slagsvold og Stranden (2005) er en kvalitativ studie, som har til hensikt å formidle tiltak og viktigheten rundt kompresjonsbehandlingen til venøse leggsår. Vi mener denne artikkelen er relevant siden det har en overføringsverdi til nyere tid da behandlingstiltakene rundt den konservative behandlingen ikke har endret seg. Den er lokalisert på den Norske lægeforening, videre søk på forfatterne finner vi at begge er tilknyttet Oslo Universitetssykehus, som leger.

Ved kombinasjon av flere søkeord i SveMed+, som «Quality of live AND varicose vicer, får vi ett treff og det er en norsk kvalitativ forskningsartikkel. Vi velger å benytte Haram & Nåden (2004), siden vi ikke har klart å finne noen som er av nyere dato, som belyser hvordan livskvaliteten blir redusert på grunn av venøse leggsår. De belyser sentrale elementer og faktorer på hva som reduserer livskvaliteten, som samsvarer med våres erfaringer fra praksis.

Dette er en kvantitativ forskningsartikkel, som tar for seg en liten gruppe på ti pasienter. Ni pasienter var over sekstifem år, fem kvinner og fire menn med leggsår som har vart i mer enn seks uker. En pasient var seksti år, men hun fulgte kriteriene Haram & Nåden hadde satt for denne studien. Haram er utdannet sykepleier med spesialutdanning i anestesisykepleie, og har embetseksamen i sykepleie fra Universitetet i Oslo, hun er også medforfatter på PPS (Praktiske Prosedyre i Sykepleietjenesten). Nåden er professor ved fakultetet for helsefag, Høgskolen i Oslo, og har gitt ut flere bøker og tidsskrifter alene og sammen med andre. På bakgrunn av dette regner vi disse som godkjente kilder.

Etter hvert som vi bruker ulike søkerord oppdager vi at SveMed+ gir få tekster i full tekst. Derfor har vi benyttet oss av andre databaser, som PubMed, Chinal og Medline for å finne gode artikler i full tekst.

Videre søk i PubMed med søkerord som lifestyle change in venouse leg ulcer ga null treff, men weight reduction of venous ulcers ga seks treff på fulltekst og ikke eldre en fem år. Carek & Jones (2008) er en kvalitativ studie, som har til hensikt å formidle konservativ behandling, som et behandlingstiltak til åreknuter. Selv om denne handler om åreknuter og ikke leggsår, så er den relevant i den forstand at åreknuter ofte er forstadiet til leggsår. Management of varicose veins er utarbeidet ved Medical Univeristy of South Carolina i 2008 hvor Carek er professor ved dette universitetet og Jones er professor innenfor onkologi og medisin. Denne artikkelen innfrir også den kildekritikken som er satt for denne oppgaven.

Med søkerord som, Prevention, treatment, venous leg ulcers, compession i PubMed fikk vi hundre og trettiåtte treff. Nelson & Bell-Sayer (2012) viser gjennom sin kvalitative forskningsartikkel viktigheten av kompresjon for å forebygge tilbakefall av nye sår. Nelson er en engelsk professor som forsker hovedsakelig på forebygging og behandling av sår, og Bell-Sayer har universitetsutdanning og har sitt interessefelt i systematisk sårpleie. Begge disse innfrir derfor vår kildekritikk.

Fant også en annen artikkel i PubMed som er relevant for vår oppgave, med samme søkeord som nevnt ovenfor i tillegg til home nursing. Her fikk vi åtte treff. Broks, Ersser, Lioyd & Ryan (2004), Denne er en kvalitativ artikkel som har tatt for seg to testgrupper på til sammen 97 ben, hvor 72 hadde hatt leggsår tidligere. En gruppe fikk bare vanlig omsorg, mens den andre eksperimentell behandling i form av forebyggende tiltak. Vi finner ikke så veldig mye

informasjon om selve forfatterne, men alle har skrevet flere forskningsetikker som er relater til sykepleierfaget, dermed anser vi alle disse forfatterne som godkjente.

Ved søk i google scholar på kostnader får vi fire ført tusen firehundre og trettitre treff, søker videre med kostnader ved leggsår gir tjuetre treff. Vi velger en artikkel fra Oslo Universitetssykehus, det er en masterstudie som tar for seg kostnadene for behandling av kroniske leggsår i hjemmesykepleien av Rønsen (2012). Vi velger å ta den med siden den er av nyere dato og at Rønsen retter fokuset mot kostnadene ved sårbehandling og at behandlingen ikke er optimal slik den er i dag. Rønsen er avdelingssykepleier på sengepost for hudsykdommer, og har selv sett hvordan livskvaliteten påvirkes av leggsår hos pasienten.

Ved søk på sykepleien.no sine forskningssider med søker ord som hjemmesykepleie får vi hundre og ti treff. Med søker ord som ansvar og hjemmesykepleie for vi ett treff, men ikke det vi ønsket. Videre søk på hjemmesykepleie og forsvarlighet får vi ett treff. Tønnessen og Nortvedt (2012). Forskningsartikkelen er basert på kvalitativ metode, det vil si at den er en oppsummering av sykepleierens prioriteringer i hjemmesykepleien og pasientenes opplevelser av den tjenesten dem mottar. Tønnesen er sykepleier og førsteamanuensis ved Høgskolen i Vestfold, og Nortvedt er professor ved senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo.

3 TEORIDEL.

I teoridelen skal vi belyse ulike sider vi mener er relevant for vår problemstilling, og som kan hjelpe oss til å oppnå bedre sårtilheling for pasienter i hjemmesykepleien i form av å se helheten rundt en optimal sårtilheling. Rønsen (2012) mener leggsår krever mye ressurser i form av helsepersonell og bandasjemateriell. Leggsår gir også smerter og redusert livskvalitet.

3.1 Årsaken til venøse leggsår.

Venøse leggsår skyldes over 70 % et forhøyet venøst trykk som er blitt kronisk, det vil si at det har vart i mer enn seks uker, de er vanskelige å hele, eller når de bruker lang tid på helingsprosessen. Årsakene til at venetrykket er blitt høyt er mange og sammensatte, det kan også være andre underliggende sykdommer i tillegg som hjerte og karsykdommer (Lindholm, 2009). Lindholm (2012) skriver at tidligere studier viste at venøse sår var forårsaket av at blodet koagulerte seg i underekstremitetene og ble stående der. Senere studier viser at ben som har venøse sår har en hurtigere blodgjennomstrømning og høyere oksygenkonsentrasjon i det venøse blodet.

Huden er vårt beskyttende organ, det vil si at den beskytter oss for skadelige påvirkninger fra omgivelsene samtidig som den hindrer at kroppen taper varme og væske. Når huden blir skadet øker risikoen for infeksjoner (ibid.).

Ved venøs insuffisiens er ofte huden misfarget fordi blodkarene strekkes og det dannes endotelsprekker i kapillærveggen. Det er de røde blodcellene sammen med proteiner som deponeres i vevet og gir en brunfarge, hemosiserinpurpura. Sår som skyldes en venøs insuffisiens er ofte uregelmessig i formen, og er som regel overflatiske eller middels dype. Såret har som regel et klebrig gulaktig utseende på grunn av at sårbunnen er fibrinlagt. Ved venøs insuffisiens er det ikke uvanlig med sårsmerte og oppbløtne sårkanter på grunn av kraftig sekresjon (Lindholm, 2009)

3.2 Anatomi, fysiologi og patofysiologi.

I underekstremitetene er det både et dypt og et overflatisk venesystem. Det overflatiske venesystemet transporterer det venøse blodet under lavt venetrykk fra det overflatiske kapillærsystemet til de dype venene i leggen. I de dype venene er det klaffer som hindrer at blodet strømmer tilbake til foten. Når klaffene blir ødelagte vil det renne blod tilbake til de

overflatiske venene som gjør at de strekkes og som viser seg som åreknuter. Forhøyet blodtrykk i venen fører til en reduksjon av trykket i de arterielle årene. Denne forskjellen i trykket viser seg i form av ødemer ved at produkter fra blodbanen presses ut i vevet, dette kan gi sår og infeksjoner som er vanskelig å hele. Langvarig trykkforskjell kan også gi lipodermatosklerose, atrophie blanche, tørr og flassende hud, eksem og hudatrofi. Lipodermatosklerose vil si at det presses polysakkarider og fibriner ut av blodbanen, et fibrotisk vev vil etter hvert erstatte det normale fettvevet i beina. Atrophie blanche er når det blir hvite arrliknende områder i huden rundt anklene, som skyldes at mikrosirkulasjonen er dårlig. Tørr og flassende hud skyldes oftest dårlig næringstilførsel i huden, mens eksem kan skyldes den langvarige stasen. Mens hudatrofi er når huden har blitt tynn på grunn av dårlig ernæring, hårene er ofte borte og huden er tørr og flassende (Lindholm, 2012).

Forskningsartiklene til Jones & Carek (2008) sier at det finnes mange risikofaktorer som kan bidra til de patologiske forandringene når det oppstår sår. Slike risikofaktorer er arv, kronisk hoste, forstoppelse, alder, overvekt, kvinnelig kjønn, graviditet og liten bevegelse.

3.3 Overvekt.

Overvekt og fedme oppstår som følge av at energi inntaket er høyere enn energiforbruket. Dette gir en økt risiko for livsstilssykdommer som diabetes, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, muskel og skjelettlidelser dersom fett er lagret rundt magen. Det er sammensatte problemer som påvirker et menneske til å bli overvektig, men det er en klar sammenheng med usunt kosthold og lite fysisk aktivitet. Arvelige, økonomiske, sosiale og psykologiske årsaker som lavt selvbilde kan også være en medvirkende årsak til at noen blir overvektige (Kristoffersen, et al., 2011b).

3.4 Hjemmesykepleien.

Hjemmesykepleie skal yte pleie og omsorg til hjemmeboende pasienter. Sykepleierens ansvar er å være faglige kompetente i den jobben som blir utført i hjemmet. Er sykepleieren dyktig og omsorgsfull, vil det være med på å skape trygghet og tillit til pasientene om den helsehjelpen som gis. Pasientene skal være trygg på at det legges vekt på deres egne ressurser og behov, samtidig som sykepleieren yter kunnskapsbasert sykepleie (Fjørtoft, 2011).

Tønnessen & Nortvedt (2012) skriver at hjemmesykepleien skal ivareta pasientens behov for pleie og omsorgstjenester på en faglig forsvarlig måte. Sykepleieren skal sikre at pasientene får hjelp til å dekke de grunnleggende behovene.

Disse behovene, som blir beskrevet i denne artikkelen støtter, og følger Henderson sykepleieteori om å hjelpe pasienten til å få dekket de fysiologiske og psykososiale behovene på en forsvarlig måte.

Sykepleieren skal ta hensyn til at hun er i et fremmed hjem, og hun skal være med på å skape trygghet til den tjenesten pasientene mottar. For å sikre dette er det viktig med god informasjon og forutsigbarhet. Pasienten trenger klar og tydelig informasjon om hva hjemmesykepleie er, og hva de kan forvente av tjenesten. Fra tidligere erfaringer i praksis viser det seg at det har stor betydning for pasienten å vite når de får hjelp, hvem som kommer og hva som skal gjøres (ibid.).

3.5 Konservativ behandling.

Konservativ behandling rettes først og fremst mot ødemer i form av kompresjonsbehandling og livsstilsendringer, som økt aktivitet, og eventuelt vektreduksjon. Jones & Carek (2008) beskriver konservativ behandling som et forebyggende tiltak, den skal ha en helsegevinst for å unngå sår dannelse. Kristiansen & Sætre (2004) skriver kompresjonsbehandling som den viktigste konservative behandlingen ved venøs insuffisiens. Den står for hele 99 % av behandlingen. Kompresjonsbehandlingen kan varer livet ut. Den skal hindre eller kontrollere dannelsen av ødemer i form av kompresjons bind og støttestrømper ved å motvirke effekten av venøst hypertensjon. Ved livsstilsendringer legges det vekt på økt fysisk aktivitet, sunnere og mer variert kost, psykisk og sosial stimulering, stell og vedlikehold av huden.

3.6 Sykepleierteoretiker.

Vi har valgt Virginia Henderson (1897-1996) som vår sykepleierteoretiker. Henderson var den første som prøvde å beskrive sykepleiens spesielle fagområde, etter Florence Nightingales. Henderson kom med sin sykepleiedefinisjon i 1955, i 1960 utgav hun sykepleiens grunnprinsipper. Hennes sykepleiedefinisjon og grunnprinsipper har i ettertid hatt stor innflytelse på flere av sykepleieteoriene (Kirkevold, 2008).

«Sykepleie særegne funksjon er å hjelpe personen syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han ikke hadde tilstrekkelig krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig» (Henderson, 1998).

Denne definisjonen får frem hva som er sykepleierens selvstendige arbeidsområde, det vil si at sykepleieren skal ivareta pasientens selvstendighet. Videre fokuserer hun på å hjelpe pasienten med fjorten punkter som hun mener er grunnleggende behov hos et menneske.

- Puste normalt
- Spise og drikke tilstrekkelig
- Kvitte seg med avfallsstoffer
- Bevege seg og innta behagelige kroppsstillinger
- Sove og hvile
- Velge passende klær- kle av og på seg
- Opprettholde normal kroppstemperatur
- Holde kroppen ren og velpleid og beskytte hudoverflaten
- Unngå farer i miljøet og å skade andre
- Kommunisere med andre ved å uttrykke følelser, behov, frykt eller oppfatninger
- Dyrke sin tro
- Arbeide på en måte som styrker selvfølelsen
- Koble av eller delta i ulike former for rekreasjon
- Lære, oppdage eller tilfredsstillte nysgjerrigheten som fører til normal utvikling og helse, og benytte de helsetjenester som finnes

Henderson mener at dette er sykepleierens spesifikke ansvar å hjelpe pasienten med. Disse fjorten punktene er satt som rammen rundt hennes sykepleiemodell. For å kunne hjelpe pasienten med dette, ser hun på hvert individ som unikt. Hun mener det er viktig å arbeide for å dekke de fysiske, psykiske og eksistensielle behovene opp mot det å bli selvstendig igjen etter en periode der pasienten har vært avhengig av andre (ibid.).

3.7 Redegjørelse av sentrale elementer.

Henderson (1998) sier at de grunnleggende behovene kan tolkes på forskjellige måter. Vi har derfor valgt å bruke flere av Hendersons definerte grunnleggende behov under vår redegjørelse for hva som er viktig i forhold til å oppnå økt livskvalitet og optimal sårtilheling.

- **Puste normalt åndedrett og sirkulasjon.**

Henderson mener det er viktig å tilrettelegge miljøet rundt pasienten, og at vi skal ha kunnskap til å gi pasienten en mulighet til å puste uten besvær og ha minst mulig smerter (Henderson, 1998).

Det å ha en god respirasjon og sirkulasjon er viktig for at celler og vev skal få tilstrekkelig med oksygen (O₂) og få fjernet karbondioksyd (CO₂). Redusert sirkulasjon kan gi smerter og ødemer som gjør at pasienten blir immobil. Smerter kan skyldes hjerte- og karsykdommer, sykdommer i respirasjon, feil kroppsstilling samt lite aktivitet. Dersom blodgjennomstrømmingen ikke er tilstrekkelig vil det oppstå ødemer. På grunn av tyngdekraften vil underekstremitetene være mest utsatt. Ødemer gjør at huden blir mer utsatt for skader og sår. Ved store ødemer kan huden bryte og infeksjonsfaren øker (Kristoffersen et al., 2011b).

- **Spise og drikke tilstrekkelig.**

Henderson mener det er viktig med informasjon om væske, ernæring og avfallsstoffer, og at sykepleieren iverksetter tiltak rundt dette (Henderson, 1998).

Spise og drikke er et grunnleggende behov som er viktig for å ivareta helsen og velværet. Det er sykepleierens jobb å hjelpe pasienten til å ivareta behovet for ernæring. Det vil kreve at sykepleieren har tilstrekkelig med kunnskap om de ulike elementene i ernæringen. Dette vil gjøre at pasienten føler seg trygg på at dem får den hjelpen de trenger for å bli selvstendig (Kristoffersen et al., 2011b).

Ernæring:

God ernæringsstatus gir grunnlag for raskere sårtilheling og færre komplikasjoner (Sortland, 2010; Lindholm, 2012). Vi velger derfor å beskrive de viktige vitaminene og mineralene, som har en stor betydning for sårtilheling.

Arbeids og oppbyggingsprosessen krever at vi får i oss energi. Energi er viktig i alle stadier av sårhelingsprosessen, energi av karbohydrater og fett er mest gunstig siden disse sparer proteinene fra å bli brukt som energikilde. Fettstoffene er også viktig som byggesteiner i cellemembranen (ibid.).

Mennesket trenger mer en femti forskjellige næringsoffer. Vi trenger dem til vekst, utvikling, reproduksjon og vedlikehold, og til reparasjon av celler for at immunforsvaret skal fungere. Samtidig er det med på å stabilisere cellemembranen og proteinsyntesen. For å oppnå god ernæring trenger kosten å være variert og bestå av fiber, proteiner, vitaminer, sporstoffer og mineraler som finnes i kjøtt, kornprodukter, grønnsaker, frø, frukt og andre planteprodukter. De viktigste vitaminene og sporstoffene kroppen trenger sitter ofte i de matvarene som inneholder fiber, som for eksempel vitamin A, B, C, E og K, sink, selen, kobber, mangan, jern og protein (ibid.).

Fiber bidrar med å gjøre at tarminnholdet mykner og gir det større volum slik at det passerer lettere. På den måten forebygger man obstipasjon og andre sykdommer i tarmen. Samtidig bidrar fiber til å redusere forekomsten av kardiovaskulære sykdommer og reduserer overvekt siden det er mer hensiktsmessig å erstatte fett og sukker med fiber. Dette er tilstander som kan føre til u hensiktsmessige tilstander i underekstremitetene (Sortland, 2010).

Vitamin A er også viktig i forhold til kroppens forsvarsmekanismer, fordi de bidrar til normal modning og celledeling. Det vil si vitamin A hjelper til og vedlikeholde hud, slimhinner og beindannelsen. Mangel på vitamin A kan føre til nedsatt syn og blindhet, videre kan mangel gå utover celler som har en hurtig delingsevne, som epitel, som hud og lungevev og immunceller (ibid.).

Vitamin B gruppen inneholder ulike undergrupper av vitaminet. De fleste er viktig for omsetningen av karbohydrater, fett og proteiner som er de viktigste energikildene til sårhelingsprosessen, ellers er det viktig for at nervevevet skal fungere normalt, for huden, synet og slimhinnene. Vitamin B mangel gir tretthet dårlig matlyst, vekttap, kvalme, prikking

i huden og irritabilitet, og rammer spesielt organer med høyt karbohyratomsetning. Ved feber og infeksjoner øker behovet for vitamin B (ibid.).

Vitamin C finnes i alle kroppens celler og beskytter andre stoffer til nedbrytning og bidrar til at det ikke skjer en oksidasjon. Videre er vitamin C viktig for absorpsjonen av jern og for å styrke kapillærene. Vitaminet er også nødvendig for immunforsvaret, ved for høyet kroppstemperatur trenger kroppen å få tilført mer av dette vitaminet for å opprettholde vevskonsentrasjonen av hviteblodceller slik at det opprettholdes en god allmenntilstand. Vitaminet blir lett ødelagt av påvirkning av lys, varme og oksygen. Ved mangel på dette vitaminet kan det føre til tretthet, slapphet og dårlig matlyst, samtidig gir det en dårlig sårtilheling og en kapillærskjørhet som kan føre til blødninger (Sortland, 2010; Lindholm 2009).

Vitamin E er viktig for å holde nerver og muskulatur ved like, samtidig beskytter vitaminet E Vitamin C (Sortland, 2010).

Vitamin K er viktig for blodkoagulasjonen, ved mangel på dette forlenges blødningstiden som ikke er hensiktsmessig med tanke på sårtilhelings prosessen (ibid.).

Sink, selen, kobber, mangan, jern og proteiner.

Sink er viktig for immunforsvaret og stoffskiftet. Sink stimulerer til celledannelse og produksjonen av jern som er et stoff som er nødvendig for å danne hemoglobin. Hemoglobin er en bestanddel i blodet som har til ansvar og transporterer oksygen til vev rundt i kroppen og til selve såret. Sink er også viktig i omsetningen av vitamin A og jern, for proteinsyntesen, karbohyr- og fettmetabolismen. Sink spiller også en rolle ved infeksjoner, ved å påvirke reaksjoner i cellen og i cellemembranen. Mangel på sink gir en langsommere sårtilheling fordi celleveksten og proteinsyntesen blir påvirket negativt, videre kan det gi dermatitt, diare og anoreksi (Sortland 2010; Lindholm, 2012).

Sele er viktig for å forhindre skader på cellen ved oksidasjon, samtidig har det en gunstig effekt på immunsystemet ved å beskytte cellemembranen. Kobber er viktig for absorpsjon av jern og for dannelsen av bindevev. Mangan har en viktig rolle i modningen av kollagen og for arrdannelsen i vevet. Ved mangel på selen, kobber og mangan vil det bli en utilfredsstillende sårheling, og føre til en kapillærskjørhet (ibid.).

Proteiner er viktig for dannelsen av hviteblodceller, fibroblaster, kollagen, sårkontraksjon, koagulasjon, kardannelse som er viktig i produksjonen av nytt vev, og for og unngår at vev brytes ned. Dersom pasienten ikke får i seg proteiner vil det føre til ødemer, nedsatt vevsperfusjon som reduserer sårtilheling betraktelig. Videre kan proteinmangel gi lymfopeni, redusert cellulær immunitet og hypoalbuminemi (Sortland, 2010; Lindholm, 2009).

Kristiansen & Sætre (2004) skriver at mange sliter med nedsatt matlyst. De mener at årsakene til dette kan være mange og kompliserte, men at det er viktig å lytte til pasienten. Årsaker som smerte, immobilitet, lite frisk luft, lukt fra et allerede eksisterende sår og lite kunnskap om hvor viktig ernæring er, er ikke uvanlig hos pasientene.

Væsketilførsel.

Ved siden av mat, er det viktig å få i seg tilstrekkelig med drikke. Drikke er viktig for at kroppen skal opprettholde normale funksjoner til vekst og utvikling. Vi mister væske hele tiden via fordamping fra huden, utånding, diurese og avføring. Det er ikke livstruende å være uten drikke noen få dager, men det kan gi alvorlige funksjonsforstyrrelser. Vann er viktig for fordøyelse, absorpsjon, omsetning, lagring og utskillelse av næringsstoffer og temperatur reguleringen (Sortland, 2010).

Væsketilførsel er også viktig i forhold til sårtilheling prosessen. Det anbefales minimum 20 ml/kg i døgnet for voksne mennesker. Væske er en bestanddel av blodet, derfor er det viktig med tilstrekkelig væskeinntak for å få god sirkulasjon og for å oppnå tilstrekkelig blodforsyning til såret og vevet rundt. Med alderen vil huden bli tørr og kløende på grunn av at de naturlige fuktighetsbevarende stoffene i kroppen reduseres (Kristiansen & Sætre, 2004).

Det er anbefalt at alle som sliter med vanskelig helende sår eller sår komplikasjoner bør få vurdert ernæringsstatus, og eventuelt stimuleres til bedre matlyst ved frisk luft, fellesskap, aktivitet, reduksjon av lukt og sekresjon fra såret (Lindholm, 2009).

- **Kvitte seg med avfallsstoffer.**

Avfallsstoffer er produkt av at kroppen har produsert energi ved stoffomsetning og metabolismen, ved at avfallsstoffene skilles ut renses kroppen for nedbrytningsprodukter fra næringsstoffene. Kroppen skiller ut avfallsstoffer via leveren, nyrene, milten, lungene, huden, og tarmen. Leveren uskadeliggjør giftstoffer, nedbrytningsprodukter og fjerner bakterier. Nyrene regulerer væskebalansen og skiller ut vannløselige og fremmede stoffer fra blodet. Milten bryter ned røde blodceller, mens lungene skiller ut karbondioksid og tilfører kroppen oksygen. Huden avgir svette og varme når kroppen trenger det, men tarmen fører feces som inneholder tarmbakterier og ufordøyde matrester. Det er viktig at kroppen kvitter seg med avfallsstoffer for å danne ny energi til kroppens ulike funksjoner, og for å unngå fysisk og psykisk ubehag. Fysisk og psykisk ubehag i forbindelse med obstipasjon kan føre til at pasienten blir hemmet i sin livskvalitet og livsglede. (Kristoffersen et al., 2011b).

- **Bevegelse og innta behagelige kroppsstillinger.**

Henderson (1998) mener det er viktig å ha kunnskaper om pasientens aktivitetsnivå, da dette har en stor betydning for sirkulasjonen og kroppens funksjoner.

Det å holde kroppen aktiv er viktig for at kroppens funksjoner skal fungerer normalt. Ved å være i aktivitet styrkes musklene, leddene og skjelettet. Samtidig bidrar aktivitet til god sirkulasjon ved at muskel-vene-pumpen arbeider og sørger for at alle kroppens organer får tilstrekkelig med blod og oksygen. Dersom kroppen ikke er i aktivitet øker risikoen for skjelett- og muskelatrofi, hjerte- og lungeproblemer, mage- og tarm problemer og hud problemer, samt mental reduksjon i form av dårlig selvbilde, uro, tretthet og depresjoner. Disse risikofaktorene er ikke hensiktsmessig i forhold til å unngå sårdannelse eller i å oppnå sårtilheling (Kristoffersen et al., 2011b). Kristoffersen et al. skriver at fysisk aktivitet ikke bare virker inn på kroppens funksjoner, men at det også virker inn på den psykiske helsen. God mental helse bidrar til økt livskvalitet og livsglede.

- **Sove og hvile**

Henderson (1998) mener det er viktig å fremme den enkeltes søvn, og at sykepleieren må ta hensyn til pasientens søvnmønstre i tilretteleggingen av sykepleien.

En balanse mellom søvn, hvile og aktivitet er viktig for pasientens velvære. Dersom en pasient får for lite søvn vil det påvirke kroppen negativt ved at konsentrasjonen svekkes i forhold til hukommelse, innlæringsevne og den fysiske aktiviteten. Pasienten kan oppleve mer frustrasjon og aggressivitet, som vil føre til at pasienten blir mer inaktiv og mister overskudd og initiativ til handling. Samtidig blir immunforsvaret dårligere noe som gir økt risiko for sykdommer. Når en pasient opplever søvnproblemer skyldes det ofte endring av miljøet, fysiske og psykiske forhold (Kristoffersen et al., 2011b).

Slagsvold & Stranden (2005) sier at en pasient med sår eller som befinner seg i risikogruppen kan oppleve søvnproblemer på grunn av smerter. Smerte beskrives som en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med vevskade.

Venøse sår kan gi intense nervesmerter, som kan komme både spontant og anfallsvis. Smerter kan også tyde på en infeksjon. Dersom problemene skyldes smerter, vil kroppen i våken tilstand være i en katabolisme. Det vil si at det blir frigjort hormoner som stimulerer til en nedbrytning av vev for å skape energi. Dette går spesielt utover proteinsyntesen og virker negativt inn på sårtilhelingen, slik at den hemmes og skaper en negativ prosess (Lindholm, 2009).

Forskningen til Haram og Nåden (2003) finner også sammenheng med søvnkvaliteten og smerter.

- **Opprettholde normal kroppstemperatur.**

Det å kunne opprettholde en normal kroppstemperatur er viktig for velværet til pasienten. Temperaturen er viktig også i forhold til underforliggende sykdommer. Forhøyet temperatur kan skyldes vevskade eller en infeksjon (Kristoffersen et al., 2011b).

For høy kroppstemperatur ødelegger proteinsyntesen og cellenes funksjon. Celleaktiviteten er maksimal ved normal kroppstemperatur. Derfor vil cellene ta skade dersom temperaturen er høy over tid (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2009).

- **Holde kroppen ren og velpleid og beskytte hudoverflaten.**

Henderson (1998) mener det er viktig å holde kroppen ren og velpleid for å kunne observere hudens farge, temperatur og fuktighet.

Hygiene kommer fra det greske ordet *hygieinos*, som betyr «sunn». Hygiene handler ikke bare om personlig hygiene og renslighet. Det omfatter alle forhold ved grunnleggende sykepleie som bygger opp om pasientens krefter og infeksjonsforsvar (Mekki, 2007).

Det å ha en god hygiene omfatter alt som gjøres for å holde huden ren og velpleid. Det vil si alt som fremmer helse og velvær, som å vaske seg, stelle hår, pusse tenner og rense munnhulen, klipp og stell av negler, og rene klær. Pasienter som er overvektige har generelt et større problem med hygiene siden det er vanskelig å komme til, og at et større hudområde ligger mot hverandre og skaper gnisninger og fuktighet som kan føre til sår (Kristoffersen et al., 2011b)

På bakgrunn av derfor blir det viktig at sykepleieren har kunnskap om god hygiene og sår, slik at hun kan hjelpe pasienten med å forebygge infeksjon og bevare velværet (Kristiansen & Sætren, 2004).

God håndhygiene er det viktigste enkelttiltaket som fremmer helse og velvær, samt hindre overføring av smitte (Kristoffersen et al., 2011b).

- **Kommunisere med andre ved å uttrykke følelser, behov, frykt eller oppfatninger.**

Henderson (1998) sier at sykepleieren skal gi fysisk omsorg og emosjonell støtte.

De fleste pasienter som har leggsår opplever forskjellige problemer knyttet direkte eller indirekte til såret. Mange opplever å få psykiske problemer som fortvilelse, motløshet, depresjon og angst, og noen føler seg fanget i sin egen kropp på grunn av bandasjer (Haram & Nåden, 2003).

Henderson (1998) skriver at sykepleieren skal støtte opp pasienten når ham mangler vilje kunnskap eller styrke. Hun mener at dette krever et lyttende øre, observasjon og tolkning av ikke verbal atferd.

Det blir derfor viktig at sykepleier benytter seg av aktiv lytting som er en grunnleggende ferdighet innenfor hjelpende kommunikasjon. Hjelpende kommunikasjon har til hensikt å være faglig, og til hjelp for pasienten. Ved aktiv lytting tar sykepleieren seg tid til å lytte, observere og tolke pasientens verbale språk opp mot det non-verbale språket og fagkunnskapen som foreligger om den aktuelle situasjonen. Videre må hun ha evne til å skape gode og likeverdige relasjoner, samtidig som pasienten får mulighet til å ta i bruk sine egne ressurser. Sykepleieren må være bevisst på språket at det er klart og tydelig. Det vil si at hun benytter ord som er forståelig for pasienten og ikke bare medisinske ord (Eide & Eide, 2010).

- **Styrke selvfølelsen- brukermedvirkning.**

Henderson (1998) mener det er viktig med å skape gode relasjoner mellom sykepleier og pasient for og få frem dens opplevelse av sin egen situasjon.

Under dette kapitlet velger vi å skrive om brukermedvirkning og mestring, som kan være med på å styrke selvtilliten hos pasienten.

For å styrke pasientens autonomi og selvfølelse er det viktig at sykepleieren lytter til pasientens følelser, det gjør hun ved å benytte den hjelpende kommunikasjon. Videre er det viktig å skape gode relasjoner mellom sykepleier og pasient for å oppnå tillit og trygghet (Håkonsen, 2010).

Fra tidligere praksisperioder har vi erfart at tid er med på å skape trygge rammer og rolige omgivelser rundt pasienten. Pasienten føler seg mer verdsatt og vi oppnår empowerment. Empowerment er et ord som gir selvtillit, delaktighet, egenkontroll, kompetanse, samarbeid og deltagelse. Power betyr styrke, makt og kraft (Askheim & Starrin, 2007). Vi velger derfor å bruke empowerment som en betegnelse for brukermedvirkning.

Brukermedvirkning er viktig for Salutogense, som betyr å handle etter hvordan individet opplever sin egen situasjon og opplevelse av livet. Disse holdepunktene danner grunnlaget tidligere i livet, gjennom tillit og trygghet. Salutogense retter sin oppmerksomhet mot mestring og de behandlende faktorene som er med på å skape god helse. Det kan være faktorer som er genetisk betinget, men de vanligste årsakene er knyttet til fysiologiske og psykososiale forhold som mennesket utvikler og lever under (Ersvik & Myklebust, 2011). Senere i oppgaven benytter vi mestring i stedet for salutogense.

4 LOVER OG RETNINGSLINJER.

Under her belyser vi de ulike lovene og retningslinjene som er sentrale for hjemmesykepleien og dens funksjon, og hvordan dette kan sikre at pasientene får den hjelpen de trenger for og endre livsstilen sin.

4.1 Helsepersonelloven.

Helsepersonelloven (1999) beskriver hvilke plikter helsepersonell og virksomheten som yter helsehjelp har slik at pasientsikkerheten øker. Helsepersonell skal kun gi hjelp som samsvarer med de faglige kvalifikasjonene de har. Personellet skal også sørge for at de ikke pålegger pasienten og helseforetaket mer utgifter eller tidstap.

Taushetsplikten ligger også under denne loven. Den skal sikre at det ikke blir gitt opplysninger rundt pasientens personlige forhold, legems- og sykdomsforhold videre. Men denne skal ikke være til hinder for at pasienten selv, eller andre samarbeidende personell får den informasjonen de trenger for at det blir gitt forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999).

4.2 Pasient- og brukerrettighetsloven.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal sikre hvilke rettigheter pasient/bruker og pårørende har, slik at kvaliteten øker og lik tilgang på helsehjelp sikres. Den skal sikre at det blir gitt helsehjelp av helsepersonell til forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering i alle ledd i helse- og omsorgstjenesten inkludert private foretak. Dette skal fremme sosial trygghet og ivareta pasientens integritet og menneskeverd. Loven pålegger kommunen å gi opplysninger som pasienten og pårørende trenger for å ivareta sin rett til behandling. Informasjonen skal gis på en slik måte at pasienten forstår det som blir sagt og gjort. Loven sier at helsehjelp kun kan gis når pasienten samtykker til det, med mindre pasienten er fratatt samtykkekompetansen. Samtykkekompetanse betyr at pasienten skal samtykke, godta og forstå den informasjonen som gis. Samtykke kan gis muntlig, skriftlig eller stilltiende, det vil si at pasientens handlemåte synes å godta helsehjelpen som gis. (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999).

4.3 Samhandlingsformen, rett behandling- på rett sted- til rett tid.

Reformen er et resultat av at vi lever lenger, at det er en økt andel av kronisk syke som: kols, diabetes, kreft og psykiske lidelser og de med vanskelig helende sår, deriblant venøse leggsår. Tanken er at de fremtidige utgiftene skal dempes med å satse på det forbyggende tiltak. Reformen skal sikre at pasienter som er "kasteballer" i systemet har sammensatte lidelser og som trenger koordinerte tjenester skal behandles av helsepersonell som samarbeider tverrfaglig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Samhandlingsreformen innebærer omfattende endringer - spesielt for kommunen som nå har ansvaret for all helsehjelp til alle som oppholder seg i kommunen og som har krav på hjelp. Det vil si at pasientene tilbakeføres til kommunen med engang de er utskrivningsklare fra sykehus, for å få behandling og oppfølging i hjemmet. Som følge av denne nye reformen har det kommet to lover, lov om folkehelse og kommunale helse- og omsorgstjenester for å øke viktigheten rundt de forebyggende tiltakene (ibid.).

4.4 Helse- og omsorgstjenesteloven.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) skal sikre et sosialt produktivt liv, med mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne ved hjelp av å forebygge, behandle og tilrettelegge for pasienten/brukeren. Det vil si at helse- og omsorgstjenesten skal fremme sosial trygghet og levevilkårene for de som oppholder seg i kommunen med respekt for den enkelte.

Kommunen har ansvaret for planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigere virksomheten i form av å fremme helse, forebygge sykdom, skade, sosiale problemer ved hjelp av opplysninger, råd og veiledning. (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

4.5 Folkehelseloven.

Lov om folkehelsearbeid skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykiske og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Det er kommunens ansvar og fremme befolkningens helse og trivsel, via å drive med systematisk folkehelsearbeid (Folkehelseloven, 2011).

Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid, det vil si at de skal jobbe med faktorer som påvirker befolkningen direkte eller indirekte.

Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring. Skader og ulykker, tobakksforbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk (ibid.).

4.6 Yrkes etiske retningslinjer for sykepleier.

De etiske retningslinjene for sykepleiere har til hensikt å sikre god praksis, de beskriver sykepleierens plikter og ansvar. De gir sykepleieren styrke i å drive forebyggende og helsefremmede arbeid, samtidig som den skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet. Sykepleier ansvaret forutsetter at sykepleieren har etisk bevissthet og solid dømmekraft, og at hun har evne til å reflektere slik at den fremmer moralsk praksis.

Retningslinjene bygger på ICNs (**International Council of Nurses**) etiske regler og FNs menneskerettighetserklæring (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Det blir viktig at sykepleierne tenker på etikken og hvilke holdninger de møter pasientene med. Etikk handler om at sykepleieren som helsepersonell skal være bevisst på sine moralske verdier. En god etikk er en forutsetning for å yte god omsorg, kommunisere godt og hensiktsmessig. Den allmenne moralen er de uskrevne verdier og normer de har tillært seg gjennom livet, mens etikken reflekterer over moralens normer og verdier (Brinchmann, 2010).

5 DRØFTNINGSDEL.

Gjennom dette kapittelet tar vi med oss caset om Anne. Historien passer godt som utgangspunkt for drøftingen av hvordan vi kan oppnå sårtilheling ved å hjelpe Anne til å endre livsstilen i form av konservativ behandling. Det å endre livsstilen handler om å ta små grep i hverdagen i form av kosthold, fysisk aktivitet og kompresjonsbehandling for å bedre sårtilhelingen av venøse leggsår.

Problemstillingen er som nevnt:

«Hvordan kan vi som sykepleier bidra til optimal sårtilheling hos hjemmeboende som benytter hjemmesykepleien til stell av venøse sår».

5.1 Kommunens og sykepleierens ansvar.

Kommunen har ansvar for at hjemmesykepleien gjør jobben sin. Dette reguleres utfra de ulike lover. Vi mener at helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven er viktige for hvordan kommunen skal organisere hjemmesykepleien.

Fra 1. januar 2012 startet samhandlingsreformen, som sikrer at Anne får rett behandling i hjemmet utfra den nyeste viten om hennes kroniske tilstand. Kommunen har et ansvar gjennom de to forgående lovene å drive et forebyggende arbeid. Kommunen skal legge til rette for at vi som sykepleier får tid og mulighet til å kunne jobbe kunnskapsbasert rundt Anne. Det betyr at vi skal bruke relevante forskningsartikler og praksis erfaringer sammen med pasient og brukermedvirkning opp mot Annes problemstillingen, noe Nortvend et al., (2007) også anbefaller.

Vi opplevde flere ganger at det ikke var mulig å arbeide kunnskapsbasert, fordi etter at samhandlingsreformen trådte i kraft har hjemmesykepleien fått flere pasienter som er sykere, men ikke flere ansatte. Dette resulterte i at vi ikke fikk mulighet til å følge opp pasientene slik de har krav på etter loven, på grunn av at det ikke var tilstrekkelig med tid.

På bakgrunn av dette opplevde vi et etisk problem siden vi er forpliktet via helsepersonelloven å yte helsehjelp som øker pasientens sikkerhet. Vi har plikt til å gi hjelp som samsvarer med de faglige kvalifikasjonene vi innehar.

Annes rettigheter er godt regulert via pasient og brukerrettighetsloven (2011). Denne loven

skal sikre at de som yter helsehjelp til Anne, som i dette tilfellet er hjemmesykepleien, yter hjelp som forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering.

Kontinuitet er et manglende og savnende område innenfor tjenesten som hjemmesykepleien yter. Fjørtoft (2011) skriver hva pasienten legger vekt på i forhold til kvaliteten på tjenesten, om at de ønsker mer kontinuitet, forutsigbarhet og respekt. Tønnessen & Nortvedt (2012) støtter dette med å si at hjemmesykepleien skal gi forsvarlig hjelp, ved å vise respekt, trygghet, forutsigbarhet og selvstendighet

Vår opplevelse var at pasientene savnet dette. Det var mange ulike fagpersoner som kom innom hver dag og dette medførte mindre kontinuitet i behandlingen, noe som kan virke negativt på sårtilhelingen.

Derfor mener vi det er viktig med stabilitet og kontinuitet rundt Anne for å bli kjent med henne, slik at hennes ønsker og behov blir ivarettatt. Dette vil gjøre at Anne føle seg tryggere på oss som sykepleier, samtidig som det skaper en tillit til tjenesten som ytes.

For å kunne føre gode samtaler om hva som er viktig for å endre livsstil og oppnå sårtilheling, er det viktig å vise Anne respekt, og hensyn til det livet hun har levd og den endringen hun nå ønsker å begynne. Dette vil kreve gode kommunikasjonsferdigheter. Vi mener at god kommunikasjon med Anne skapes ved å anerkjenne hennes behov og opplevelser av sin egen situasjon. Dette kan gjøres ved å benytte aktiv lytting som er den grunnleggende ferdigheten innenfor hjelpende kommunikasjon.

Eide & Eide (2010) skriver at hjelpende kommunikasjon skal være til hjelp for pasienten, ved at sykepleier lytter, observerer og tolker hennes verbale språk opp mot det nonverbale.

Dersom vi ikke behersker dette vil vi ikke kunne gi Anne den tryggheten og mestringsfølelsen hun trenger for å endre sin livsstil. Hun vil sannsynlig føle frustrasjon, sinne, aggresjon, angst, frykt, tristhet og depresjon over og ikke bli forstått. Dette er normale reaksjoner der hun vil føle hindringer på veien mot målet. Dersom hun opplever slike følelser vil hun ikke være istand til å motta ny informasjon sier Håkonsen (2010). Derfor er det viktig å beherske denne ferdigheten for å forstå hennes situasjon og gi henne tid til å bearbeide disse følelsene.

Det er normalt at det nonverbale ikke bestandig samsvarer med det verbale skriver Eide & Eide (2010), dette er noe Virginia Hendersons (1998) sykepleierteori også støtter. Hun sier at en sykepleier skal bli kjent med og forstå pasienten når hun selv mangler vilje og kunnskap.

Vi vil oppleve at Anne kan si noe annet enn det kroppsspråket henne formidler flere ganger. Som for eksempel kan hun kanskje si at smertene ikke er så ille om nettene, men kroppsspråket vil sannsynligvis fortelle oss noe annet. Ved at Anne kan se sliten ut, ved at huden kan være blek, hun kan være irritert og eller ustelt, noe som er tegn på at hun har sovet dårlig. Dette er noe vi som sykepleier må lære oss å se og tolke hele tiden.

Den viktigste jobben er å hjelpe Anne til å ta kontroll over de faktorene som er med på å påvirke sårtilhelingen og hennes livskvalitet, som usunt og lite variert kosthold, lite fysisk aktivitet og kontinuitet i behandlingen av leggsårene. Dette kan gjøres ved å hjelpe henne til å bli delaktig i sin egen helse ved å styrke selvtillit. Selvtillit er viktig for at hun skal oppleve mestring og kompetanse til å ta kontroll over sin egen situasjon med tanke på ernæring og fysisk aktivitet. På denne måten vil det oppnås empowerment. Empowerment er viktig for at Anne skal se sin egen situasjon i forhold til hennes salutogense. Det vil si hvordan hun opplever og mestrer sin livssituasjon nå og hvordan hun opplever selve livet (Askheim & Starrin, 2007).

Å leve med en kronisk sykdom er tidligere sett på som en sorgprosess og at det er svært vanskelig å akseptere den, da sykdommen er fokuset i hverdagen. Nå da Anne skal endre livsstil, trenger hun å endre fokuset fra sykdom til helse. Det innebærer at Anne må lære seg hvilke muligheter hennes kroniske tilstand gir henne og ikke se på begrensningene den har. Ved ikke å være i slik aktivitet som er ønskelig vil hun ha mulighet til lese og oppdatere seg på kunnskaper om livsstilsendringer og hva hun selv må gjøre for å oppnå sårtilheling, som for eksempel hvor viktig næringsstoffene er for henne og hva som er sunt og ikke sunt. På denne måten benytter hun sykdommens begrensninger til noe positivt, noe som kan virke inspirerende senere. Det er også viktig å øke for mestringsfølelsen at kunnskapsnivået også øker. Dette vil gi Anne et nytt syn på selve livet og at hun vil være mer mottakelig for den støtten mannen og de andre familiemedlemmene gir henne (Kristoffersen et al., 2011c).

Haram & Nåden (2003) viser at pasienter med leggsår har forskjellige tilleggslidelser og nedsatt livskvalitet. Det er dette vi ser hos Anne, derfor blir det enda viktigere å endre synet på sykdom og helse. Siden Anne er kraftig overvektig med flere tilleggspoblemer, er hun helt klart i den risikogruppen som Jones & Carek's forskningsartikkel fra 2008 sier, at kvinner, fedme, forstoppelse, venøse sykdom og alder er risikofaktorer. Samme artikkel sier at behandlingen må legges opp til pasientens preferanser, og at behandlingen påvirker symptomene Anne har.

Anne ønsker en forandring, uten å si at overvekt er det største problemet. Vi opplever at det er vanskelig å snakke om overvekt og da spesielt fedme, om hvordan dette påvirker sårtilhelingen. Men det fritar oss ikke fra å snakke om det og at dette er en vanskelig prosess. Slagsvold & Stranden (2005) skriver at det å være overvektig ofte er en utløsende faktor i forhold til venøse leggsår, og at det ofte ender med redusert fysisk aktivitet og ytterligere vektøkning og sårprogresjon.

5.2 Optimal sårtilheling.

I optimal sårtilheling legger vi som tidligere nevnt ikke vekt på hvilke sårutstyr som er viktig for å få såret til å gro, men de bakenforliggende årsakene til at det har oppstått. Det blir viktig å rette tiltakene mot den dårlige ernæringen, overvekten, det høye venetrykket og ødemene. Det blir også viktig å holde huden ren og hel for å unngå infeksjoner (Lindholm, 2009).

Det er noen få ting vi ikke kan gjøre noe med, hun er kvinne og 65 år. Hun er i en alder der det begynner å skje noe i forhold til aldringsprosesser. Smaksløkene og spyttproduksjonen reduseres, tennene eldes, immunsystemet, muskelmassen og beinmassen reduseres. Huden mister sin elastisitet, blir tynnere og mister fettpolstreringen, det vil si at det er en økt risiko for trykksår og nedkjøling (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008).

For å kunne hjelpe Anne med de bakenforliggende årsakene, vil vi benytte Virginia Hendersons grunnleggende sykepleie. Vi støtter hennes syn på hva som er viktig for at en pasient skal bli selvhjulpne. Tanken til Hendersons teori er at vi skal hjelpe pasienten med å tilrettelegge gjøremålene eller tilrettelegge omgivelsene slik at de blir selvhjulpne.

Vi ser på Virginia Henderson (1998) punkter som en helhet og vil drøfte de relevante behovene enten hver for seg, eller sammen. Da vi mener at mange disse sklir i hverandre i den konservative behandlingen

- **Ernæring og overvekt.**

Siden Anne er kraftig overvektig og lever usunt er dette noe av det første vi vil gripe tak i. Anne trenger å redusere vekten med tanke på forstoppelse, aktivitetsnivået og den venøse tilstanden i underekstremitetene. Dårlig ernæring virker også negativt inn på velværet og sårtilhelingen (Sortland, 2010). Overvekt er med på å redusere helingsprosessen, men det er

usikkert om det skyldes overvekten i seg selv eller om det er relatert til næringsinntaket (Lindholm, 2009).

Vi opplever til stadighet at ernæring ikke er et prioritert område. Dersom en pasient har fått i seg mat, var det godt nok, uten om å se på næringsinnholdet.

Hos vår pasient er det mannen som handler og tilbereder maten. Det er da vanskelig å gå inn og korrigere han som ikke er en bruker av hjemmesykepleien. For at mat skal bli et prioritert område må vi også tørre å gå inn i en samtale om hvor viktig maten er for helsen og sårtilhelingen sammen med Anne og mannen. Det har vært vanlig praksis at hjemmesykepleien «bare» hjelper til med det pasienten har vedtak på, uten om å se på helheten. Tønnessen og Nortvedt (2012) sier i sin artikkel at mat, medisiner, personlig hygiene og toalettbesøk er minimumsstandarden for pleie og omsorgstjenesten. Helhetlig vurdering av pasientene er begrenset da psykososiale og åndelige behov ikke regnes som en av hjemmesykepleiens tjenester.

For å kunne hjelpe Anne må vi bruke den kunnskapen vi har om overvekt og dens årsak, vi opplevde veldig ofte at de som er overvektige sliter med en del tilleggsproblemer, som lavt selvbilde. Dette støtter Sortland (2010) opp med å si at de som er overvektige kan årsaken ligge i oppveksten, som mobbing, overgrep og nederlagsfølelse. For å hjelpe Anne med overvekt er det viktig å se på de psykologiske utfordringene og mulig bearbeide det sammen med henne.

Nå som Anne er moden for en forandring, er det viktig å veilede og undervise henne om hvor viktig de ulike næringsstoffene i kosten er for helsen, og ikke minst for hennes venøse sår. Kristoffersen et al., (2011b) sier at sykepleieren har en undervisende funksjon. Og det er denne vi må benytte når vi skal lære Anne om hvor viktig de ulike næringsstoffene er, og at hun må ha et mindre energiinntak enn det hun forbrenner i løpet av dagen. Vi opplevde at de fleste ikke vet hvor viktig næringsstoffene er, og hvilken rolle dem har for helsen generelt og for sårtilhelingen.

Siden Anne er plaget med venøse leggsår er det kjent at dem ofte har dårlig matlyst på grunn av lukt og infeksjon, smerter og fysisk aktivitet (Haram & Nåden, 2003). Dersom vi får Anne til å endre matsituasjonen fra usunn og lite variert, til sunn og variert vil det påvirke matlysten. Hun bør motiveres til og spise mer fiber, proteiner og mettet fettsyrer, og ikke minst

vitaminer og mineraler, da alle er viktige for matlysten, vektreduksjonen og sårtilhelingen (Sortland, 2010; Lindholm, 2012).

Fiber bidrar til at tarmfunksjonene hennes opprettholdes, og at det bidrar til og unngår obstipasjon som er negativt med tanke på å få fjernet avfallsstoffer fra kroppen. Dersom Anne sliter med forstoppelse, vil det påvirke kroppen på ulike måter, som kvalme, mage smerter, hodepine, nedsatt matlyst, brekninger, forhøyet blodtrykk og pustebesvær (Kristoffersen et al. 2011b). Dette er også etter vår erfaring med på å redusere livskvaliteten. Det blir viktig å få Anne til å se sammen hengen mellom dårlig matlyst, ernæring, smerter og fysisk aktivitet og hvordan dette påvirker helsen.

Lindholm (2012) referer til en britisk studie der mange eldre kvinner med leggsår ofte har mangel på ulike vitaminer og proteiner. Alle lå under den anbefalte dosen. Hun skriver at dersom det er usikkert om inntaket er stort nok, vil det være lurt å ta tilskudd av dette. Får vi Anne til å endre kostvanene til sunnere og mer nærings tett kost, vil ikke dette være aktuelt, da riktig kosthold skal inneholde tilstrekkelig med de næringsstoffer kroppen trenger for og fremmer helse. Dersom kosten ikke inneholder tilstrekkelig med de næringsstoffene hun trenger vil Anne oppleve at hun får dårlig matlyst, kvalme, tretthet, at hun blir mer sliten og tiltaksløs, prikkinger og smerter i huden og irritabilitet (Lindholm, 2009; Sortland, 2010).

Anne må derfor lære seg hvilke matvarer som inneholder de riktige næringsstoffene kroppen hennes trenger til de ulike funksjonene som vektreduksjon og sårtilhelingen. Anne trenger kost som er rik på fiber, vitamin A, B, C, E og K, sink, selen, kobber, mangan, jern og proteiner, hvor alle spiller en viktig rolle for sårtilhelingen. Disse næringsstoffene er med på å gjøre at Anne vil oppleve en bedre helse, da alle disse næringsstoffene har forskjellige funksjoner i det å oppnå et godt immunforsvar (Sortland, 2010). Sortland (2010) anbefaler at Anne får dekt sitt næringsbehov ved spise grønnsaker med sterk farge frukt, korn og pasta for å få dekt karbohydratene og de fleste vitaminene, smør og melk for og dekt fettets behovet og egg, kjøtt, fisk for å få dekt proteinbehovet. Dette er noe vi også støtter og vil legge vekt på i samtale med henne.

Det er også viktig å få Anne til å se viktigheten av at hun får i seg tilstrekkelig med væske. Ofte unngår pasienter å drikke for å unngå å gå ofte på wc. Anne trenger væsketilførsel på grunn av sårtilhelingen. Dersom Anne klarer å opprettholde væskebalansen vil dette virke

positivt på huden med at den ikke blir tørr og danner sprekker som kan gi nye sår og infeksjon.

Men klarer hun ikke dette, vil hun bli dehydrert. Dehydrering gir alvorlige forstyrrelser i blodsirkulasjonen og væskebalansen i form av elektrolyttforstyrrelser. Elektrolytter er viktig for cellens funksjoner. Blodets hovedbestanddel er vann og dersom kroppen ikke får nok, vil dette gå utover den perifere sirkulasjonen til Anne. Hun vil også få problemer med at huden bli tørr og kløende, fordøyelsesproblemer i form av forstoppelse fordi kroppen prioriterer væske til de viktigste funksjonene. Temperaturen reguleringen vil bli forstyrret, noe som fører til økt infeksjonsfare (Sortland, 2010; Kristiansen & Sætren, 2004).

Dersom kroppen ikke kvitter seg med avfallsstoffene, vil de hope seg opp i kroppen. Når det blir en viss mengde av avfallsstoffer som hopper seg opp i vevsvæsken og blodet, vil det virke som en gift på kroppen som kan utvikle seg til en livstruende situasjon. Anne vil føle ubehag både fysisk og psykisk. Fysisk ubehag vil melde seg som obstipasjon, smerter og dårlig matlyst og reduserer sårtilheling, mens psykisk ubehag gir redusert livsutfoldelse og uavhengighet (Kristoffersen et al., 2011b).

- **Fysisk aktivitet.**

Lindholm, (2012) skriver aktivitet som en sentral faktor i sårtilhelings prosessen. Anne er lite aktiv og tilbringer mye av tiden hjemme. Henderson (1998) mener at veiledning, empati og praktisk støtte er viktig for å oppnå en sunnere livstil hos pasienten. På bakgrunn av dette er det viktig å kartlegge Anne sine ønsker og behov, og hva vi eventuelt kan gjøre for at hun skal oppleve mestring. Vi må kunne tilrettelegge miljøet, slik at aktivitetene blir lettere å gjennomføre. Det at Anne er motivert til en livsstilsendring er med på styrke hennes motivasjon, om å lykkes. Dersom hun lykkes med vektreduksjon vil dette bedre sirkulasjonen, kondisjonen, opplevelsen av velvære og til sist vil det kanskje føre til hel sårtilheling.

Slagsvold & Stranden (2005) skriver at overvekt kan være med på forverre eksisterende venøs insuffisiens, og det vil være en faktor til at nye sår oppstår. Dette blir fort en ond sirkel med redusert aktivitet og ytterligere vektøkning. Haram & Nåden (2003) skriver at redusert aktivitet kan komme av smerter, lukt og lekkasje fra leggsårene og føre til redusert livskvaliteten.

Derfor er det viktig å kartlegge hva som er årsaken til at Anne ikke er i fysisk aktiv og ikke opprettholder den sosiale kontakten hun hadde før. Det er også viktig å være klar over at det ikke er sikkert at vi vil komme frem til den eksakte årsaken, men at årsakene er sammensatte av flere faktorer. Dette blir viktig å ta hensyn til i planleggingen rundt Anne.

Vi som sykepleiere må ta oss tid til å dele vår kunnskap om hvorfor det er viktig med fysisk aktivitet, både i forhold til økt overvekt, sårtilhelingen og livskvaliteten. Vi må som tidligere nevnt bruke et forståelig språk om viktigheten av en sunnere livsstil. Dette for å oppnå et best mulig resultat. Ved et forståelig språk erfarte vi fra praksis at tiltakene var lettere å gjennomføre når pasienten forstod hensikten med forandringen.

Det er viktig at vi legger opp aktiviteter som er lette, og som Anne kan føle hun mestrer. Kristiansen & Sætre (2002) anbefaler disse øvelsene:

- Gå spaserturer tilpasset til eget funksjonsnivå
- Hvilepauser hvor hun legger seg og hever beinet over hjertnivå, gjerne flere ganger om dagen
- Vippe med føttene og presse fotsålene ned mot gulvet
- Bruke sko som gir foten gode bevegelsemuligheter ved gange, og som dermed aktiviserer leggmuskelpumpen
- Bevege ankelen slik at leggmuskel jobber- dette er med på å gi full effekt av kompresjonen
- Heve senga i fotenden for å minske hevelsen om natten

Dette støtter artikkelen Broks, Ersser, Liloyd & Ryan (2004) da de skriver det er viktig med å heve bena på nivå med hjerte og at både full ankel bevegelse og full mobilitet reduserer risikoen for tilbakefall av nye sår.

For at Anne skal kunne gjennomføre disse øvelsene daglig er det en fordel å henge dem opp på et synlig sted. Ved hjelp av et skjema kan Anne krysse av for hver øvelse som er gjennomført. Et slikt skjema er med på å gi økt mestringsfølelse og motivasjon. Ved usikkerhet om hvordan øvelsene utføres, kan vi vise hvordan de kan gjennomføres. Øvelsene som er nevnt ovenfor er viktig for at kroppen skal få tilstrekkelig med sirkulasjon, ved at muskel-vene-pumpen arbeider. Kroppens organer vil da få tilstrekkelig med oksygen (Kristiansen & Sætre, 2004). Dette vil også være med på å bedre respirasjons, slik at det ikke

blir en opphopning av avfallsstoffer som gjør at hun vil føle seg dårlig og tungpustet (Kristoffersen et al., 2011b).

Dersom Anne ikke utfører noen form for aktivitet vil det bli en ond sirkel, hun vil stå i fare for å bli ytterligere mer overvektig. Ytterligere overvekt gir ikke bare dårlig sårtilheling, men også flere tilleggsproblemer enn det hun har.

Ved overvekt og lite fysisk aktivitet er Anne i fare for og få hjerte, lunge, mage, tarm og hudproblemer, samt den mentale funksjonen vil bli svekket i form av dårlig selvbilde, uro, tretthet og depresjoner (Kristiansen & Sætre, 2004).

Aktivitet har også en stor betydning når det gjelder søvnmønstre til mennesker. Det er viktig med en balansegang mellom søvn og hvile for å oppleve økt motivasjon og konsentrasjon som gir overskudd til å utføre ulike aktiviteter (Kristoffersen et al., 2011b). Derfor blir det viktig å kartlegge denne balansegangen hos Anne. Når vi kartlegger behovet for søvn og hvile, må vi ta hensyn til om hun har smerter, da dette kan ødelegge søvnkvaliteten og gi dårlig konsentrasjon og tiltaksløshet til å utføre andre gjøremål (Haram & Nåden, 2003).

Videre må det tas høyde for Annes smerter, da venøse leggsår gir smerter. Ved siden av smertene kan hun føle ubehag med å ha på sko, på grunn av kompresjonsbandasjen noe som gjør at hun kan føle seg isolert. Haram & Nåden (2003), skriver i sin artikkel at pasientene føler seg fengslet til sin egen kropp og hjem på grunn av bandasjer.

Anne var tidligere mye sammen med familien, men på grunn av smerter har hun isolert seg og dermed har dette redusert i lite fysisk aktivitet. Haram & Nåden (2003) bekrefter med sin artikkel at det ikke er uvanlig med smerter og kramper i bena som ødelegger nattesøvnen og reduserer aktivitetsnivået. For Anne blir det viktig at vi som sykepleier motiverer henne til å kontakte fastlege angående smertelindring.

Mye smerter er ofte satt sammen av subjektive, psykologiske, fysiske, sosiale og åndelige karakter, og det vil prege hele mennesket og opplevelse av å ha livskvalitet.

Smertebehandlingen må først rettes mot den direkte årsaken, men også mot de andre faktorene som gjør at smerten oppleves slik den gjør (Kristoffersen et al., 2011c; Lindholm, 2009).

For Anne er det viktig å se på hele livssituasjon i form av velvær, helse, mentale tilstand, hjemmesituasjonen og den sosiale støtten hun har. Ved ikke å se på helheten vil hun heller

ikke føle mestring over situasjonen, og hun vil sannsynlig trekke seg tilbake og vende sin oppmerksomhet tilbake til sykdommen og ikke helsen. Konsekvensen blir da at hun trekker seg enda mer bort fra det sosiale livet og isolerer seg enda mer (Kristoffersen et al., 2011c).

- **Konservativ behandling.**

Kristiansen og Sætre (2002) skriver at kompresjon er den viktigste behandlingen i forhold til konservativ behandling. Lindholm, (2012) skriver at konservativ behandlingen retter seg først og fremst mot ødemer. I et ledd av å redusere ødemer skriver Broks et al. (2004) at det er viktig å heve bena på nivå med hjerte, ved siden av kompresjonsbehandling. Dette vil også virke positivt på smertene.

Forskning viser at venøse sår leges med kompresjon. Forebygging og behandling av venøse sår er rettet mot å redusere trykket enten ved å bruke kompresjonsbind eller kompresjonsstrømper (Nelson & Bell-Sayer, 2012). Lindholm (2012) skriver at det nesten er uinteressant hva som legges på av hjelpemidler hvis ikke årsaken til problemet, som er den venøse hypertensjon blir behandlet adekvat.

Slagsvold & Stranden (2005) påpeker at det er viktig med kunnskap om kompresjonsbehandlingen og bena høyt ved hvile, for å oppnå et best mulig resultat. Dette vil også være med på redusere kostandene i forhold til bandasjemateriell. Artikkelen viser at 79 % får tilbakefall ved og ikke bruke kompresjon.

Som sykepleier er det viktig at vi klarer å formidle dette til Anne på en slik måte at hun forstår viktigheten av kompresjon behandlingen. Dersom vi ikke klare og få Anne til å forstå dette vil hun som en konsekvens fortsatt slite med at det tar lang tid å hele sårene, eller de kan videre utvikle seg. Dette vil føre til at hun kommer inn i en enda ondere sirkel av smerter, lite fysisk aktivitet, tunge tanker som førere til overspising, som gir mer vektoppgang og lite sosial omgang (Lindholm, 2012; Kristoffersen et al., 2011c).

Helsedirektoratet (2012) har gått ut med at pasienter som får hjelp av hjemmesykepleien til stell av sår skal få dekt alt av sår materiell via kommunen, inkludert kompresjonsbehandlingen, dette er viktige faktorer for at vi skal lykkes med å få Anne til å benytte kompresjonsbehandling.

Tidligere måtte pasienten betale alt av sår materiell selv, inkludert kompresjonsutstyr, mange pasienter hadde ikke råd til å følge den gitte behandlingen, og dette gikk utover kvaliteten på behandlingen (Slagsvold & Stranden, 2005).

- **Hygiene.**

Selv om hygiene ikke går under konservativ behandling, anser vi dette som svært viktig da pasienten bør unngå sårinfeksjoner. Det er viktig å informere Anne om hygiene, slik at hun kan opprettholde en normal kroppstemperatur for å hindre at sårinfeksjoner oppstår. Som nevnt ovenfor er Anne en overvektig dame og hun har problemer med å holde kroppen ren og velpleid, på grunn av at hun ikke kommer til. Dersom hun ikke får hjelp til det hun ikke klarer, vil hun oppleve at huden blir fuktig, danner irritasjon og sår hud der hvor huden ligger inntil hverandre og gnisser. Dette gir ingen opplevelse av helse og velvær. For at Anne skal føle velvær som har betydning for hvordan hun opplever smertene og livssituasjonen er det viktig at hun får hjelp til den personlige hygiene (Kristoffersen et al., 2011b)

Vi bør oppfordre henne til å dusje de dagene hjemmesykepleien kommer for å stelle sårene, slik at vi kan bistå med hjelp dersom det skulle være behov for det, i forhold til å bevare velværet. Dette krever at hjemmesykepleien er mer forutsigbar og er hos henne til avtalte tider, men Tønnessen & Nortvedt (2012) mener at konsekvensene ved å bo hjemme er at pasienten må være villig til å tåle uforutsigbarhet å planlegge dagene ut fra hjemmesykepleiens organisering. Allikevel synes vi det er viktig at hjemmesykepleien skaper forutsigbarhet, da det er med på å skape trygghet og mestring.

Det er samtidig viktig at vi som utfører sårstell er bevisst på vår håndhygiene, siden det er det viktigste enkelttiltaket for å forhindre smitte. Ved leggsår er huden skadet og dermed i stor fare for at det skal oppstå infeksjon (Fjørtoft, 2011; Kristoffersen et al., 2011b). En infeksjon er med på å øke smertene som igjen reduserer den fysiske aktiviteten og gir dårlig matlyst som gjør at Anne ikke vil få i seg tilstrekkelig med de næringsstoffene sårene trenger for å heles (Sortland, 2010).

6 KONKLUSJON.

På bakgrunn av vår problemstilling har vi kommet frem til at det er viktig at sykepleieren har kunnskap om leggsår og hvor viktig den konservative behandlingen er for sårtilhelingen.

Videre er det viktig å videreføre denne kunnskapen til pasientene. Slagsvold og Stranden (2003) sier at dette vil gi pasienten større forståelse, trygghet, respekt, mestring og følelsen av velvære, noe som betyr mye for sårtilhelingen og livskvaliteten.

Med bakgrunn for dette blir det viktig å se på hvem som var og er i risikogruppen for å utvikle venøse leggsår, og tilrettelegge for at helingsprosessen blir kortere med tanke på hvordan livskvaliteten blir redusert ved kroniske sykdommer. De ulike lovene og retningslinjene som omfatter kommunens ansvar, helsepersonellens plikter og pasientens rettigheter, deriblant samhandlingsreformen skal legge til rette for at pasienten får rett behandling, til rett tid, på rett sted. Det vil si at for en pasient med venøse leggsår skal hjelpen komme i form av at sykepleieren ser hele menneske, og at hjelpen skal settes inn før pasientens livskvalitet blir så redusert at pasienten ikke er i stand til å bo og leve selvstendig i hjemmet.

Vi gjorde vår erfaring i praksis om hvor viktig det var med forutsigbarhet og kontinuitet rundt pasienten, med faste rammer, og at det ble utført av personell med god fagkunnskap om leggsår. Dette støtter Fjørtoft (2006) med å si forutsigbarhet og kontinuitet er med på å skape trygghet og mestring. Forutsigbarhet og kontinuitet er ikke bare viktig for tryggheten og mestringen til en pasient, men det er også viktig med tanke på å gjøre sårhelingsprosessen kortere.

For å oppnå en optimal sårtilheling bør ernæring, fysisk aktivitet, kompresjon og hygiene inngå som en naturlig del av sårbehandlingen (Lindholm, 2012). Vi benyttet Virginia Henderson sykepleieteori som bakgrunn for det å hjelpe og skape forhold for at en pasient skal bli selvstendig. Ved å benytte hennes punkter for grunnleggende sykepleie er vi med på se hele mennesket, ikke bare sykdommen.

Gjennom teori og forskning har vi kommet frem til at de grunnleggende behovene spiller en stor rolle for hvordan pasienten opplever sin egen situasjon og livskvalitet, og at det er viktig for å skape et samarbeid med pasienten.

Hjemmesykepleien må rette fokuset på at pasienten skal være mer delaktig i behandlingen, og at sykepleieren benytter seg av den undervisende funksjon, til å støtte pasientene til å utføre tiltak som fremmer egen helse og sårtilhelingen. Det er viktig å motivere pasienten til å se på

hva som fremmer helse og ikke hva som fremmer sykdom, og viktigheten av en konservativ behandling i kampen om en bedre livsstil.

Etter at vi har skrevet denne bacheloroppgaven kommer vi frem til at sårbehandling krever ressurser i form av økt kompetanse rundt fysisk, psykisk, åndelig og eksistensielle behov hos pasienten, og de som arbeider i hjemmesykepleien, for å forhindre tilbakefall. Dette er også viktig for pasientens opplevelse av å ha livskvalitet og livsglede.

Ut fra dette bør det vurderes om høgskolen gir nok undervisning om sår, sårbehandling og konservativ behandling, og hvordan det påvirker opplevelsen av å ha livskvalitet.

7 LITTERATURLISTE.

Askheim, O. P. & Starrin, B. (Red.). (2007). *Empowerment I teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademiske AS.

Brinchmann, B. S. (Red.). (2008). *Etikk i sykepleien*. (2. utg.). Oslo: Akademiske AS.

*Broks, J., Ersser, s. J., Lioyd, A. & Ryan, T. J. (2004). *Nurse led education set out to improve patient concordance and prevent recurrence of leg ulcers*. Lokalisert på:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Nurse+led+education+set+out+to+improve+patient+concordance+and+prevent+recurrence+of+leg+ulcers>

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjon - samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akaddemiske.

*Ersvik, A. G. & Myklebust S. S. (2011). *Helsefremmende og forebyggende sykepleie*. Sak 4 til Landsmøte. Lokalisert på:
<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/763602/Saksnr.-pdf-filerSak%204.pdf>

Fjørtoft A. K. (2006). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*.
Bergen: Fagbokforlaget.

Folkehelseoven, LOV-201-06-24-29. Lokalisert på: http://www.lovddata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-029.html&emne=folkehelselov*&

*Haram, R. & Nåden, D.(2003). *Hvordan pasienter opplever å leve med leggsår*. Publisert i Vård i Norden. Lokaliser på:
[http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=\(\(mesh_no:M01.643*\)%20OR%20\(pasienter\)\)AND%20\(\(mesh_no:C17.800.893.592*\)%20OR%20\(leggs%c3%a5r\)\)%20AND%20\(hvordan%20AND%20opplever%20AND%20%c3%a5%20AND%20leve%20AND%20med\)&query=hvordan%20pasienter%20opplever%20%c3%a5%20leve%20med%20leggs%c3%a5r&start=0&searchform=simple&prevDok_ID=&Dok_ID=82422&pos=0&rows=10](http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=((mesh_no:M01.643*)%20OR%20(pasienter))AND%20((mesh_no:C17.800.893.592*)%20OR%20(leggs%c3%a5r))%20AND%20(hvordan%20AND%20opplever%20AND%20%c3%a5%20AND%20leve%20AND%20med)&query=hvordan%20pasienter%20opplever%20%c3%a5%20leve%20med%20leggs%c3%a5r&start=0&searchform=simple&prevDok_ID=&Dok_ID=82422&pos=0&rows=10)

*Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur, Refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsepersonelloven, LOV- 1999-07-02-64. Lokalisert på: <http://www.lovdato.no/all/hl-19990702-064.html>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Samhandlingsreformen, rett behandling- på rett sted- til rett tid. (st. meld. nr. 47, 2008-2009). Lokalisert på: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30. Lokalisert på: http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-030.html&emne=helse*%20%2b%20og*%20%2b%20omsorgstjenestelov*&

*Helsedirektoratet. (2012). *Vedrørende bidrag til bandasjemateriell etter folketrygdløven § 5-22*. Lokalisert på: http://www.nifs-saar.no/pdf/retningslinjer_paragraf_5-22.pdf

Håkonsen, K. M. (2012). *Innføring i psykologi*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Jones, R. J. & Carek, P. J. (2008). *Management of Varicose Veins*. American Academy of family physician. Lokalisert på: <http://www.aafp.org/afp/2008/1201/p1289.html>

*Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteori- analyse og evaluering*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.). (2008). *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Kristiansen, B. & Sætre, R. (2002). *Behandling av kroniske sår. Prosedyrehåndboken*. Oslo: Akribe Forlag.

*Kristoffersen, N. K., Nortvedt, F. & Skaug E-A. (Red.). (2011a). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1*. (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Kristoffersen, N. K., Nortvedt, F. & Skaug E-A. (Red.). (2011b). *Grunnleggende sykepleie: Bind 2*. (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Kristoffersen, N. K., Nortvedt, F. & Skaug E-A. (Red.). (2011c). *Grunnleggende sykepleie: Bind 3*. (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Lindholm, C. (2009). *Sår*. (2. utg.). Oslo: Akribe.

*Lindholm, C. (2012). *Sår*. (3. utg.). Oslo: Akribe.

Mekki, T. E. (Red.). (2007). *Sykepleieboken 1, Grunnleggende Sykepleie* (3. utg.). Oslo: Arkibe AS.

*Nelson, E.A. & Bell-Sayer, S.E. (2012). *Compression for preventing recurrence of venous ulcers*. Lokalisert på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22895929>

Norsk sykepleierforbund, (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler. Lokalisert på: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvendt, M. W., Jamtvendt, G., Graverholt, B. & Reiner, L.M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbundet.

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. Lokalisert på: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>

*Rønsen, J., H. (2012). *Kostnader for behandling av kroniske leggsår i hjemmesykepleien*. (Masteroppgave). Universitetet i Oslo.[UiO], Medisik fakultet, Oslo.

Sand, O., Sjaastd, Ø. V., Haug, E. & Bjåli, J. G. (2009). *Menneskekroppen Fysiologi og anatomi*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Slagsvold, C.-E. & Strandden, E. (2005) *Venøse leggsår*. Tidsskrifter for Den norske lægeforening. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/1171306>

Sortland, K. (2010). *Ernæring- mer enn mat og drikke*. (3 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

*Tønnesen, S. & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? Sykepleien.no. Lokalisert på: <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/1012433/hva-er-faglig-forsvarlig-hjemmesykepleie?>

Øverby, N. C., Torstveit M. K. & Høigaard, R. (Red.). (2011). *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.

Vedlegg:

Søkebasen vi har benyttet er SveMed+, Sykepleierforskning.no, PubMed, Google scholar, disse har vi benyttet enten via BIBSY eller Kunnskapsegget.no.

PICO-skjema

P-hvem	I-tiltak	C-alternativetiltak	O-resultat
Sår behandling	Forebygging	Hjemmesykepleien	Sårtilheling
Kroniske venøse sår	Livskvalitet	Hjemmetjenesten	Wound Healing
Leg ulcer	Quality of live	Home nursing	
Venouse	Femal		
Leggsår	Lifestyle of change		
Venøse leggsår	Hygiene		
Leggsår	Communication		
Ansvar	Weight reduction		
Forsvarlighet	Preventionstnader		
Varicose vicer	Treatment		
	Compression		
	Weight reductipn		
Vi har kombinert søkene våre med AND og OR i de ulike databasene.			