

Kroniske sår følges ikke opp riktig

Det er mange uklarheter rundt sårbehandling. Det viser caserapporter til sårstudenter.

Forfattere

Ingrid Gilje Heiberg

Førstelektor

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

Arne Langøen

Dosent

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskolen på Vestlandet

Dermatologiske sykepleiere

Undervisning

fagutvikling og forskning

Sykepleien 2019 107(75701)(e-75701)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.75701>

Hovedbudskap

Venøse leggsår er en av de vanligste sårtypene. Mange sykepleiere synes det er uklart hvordan de skal behandle venøse leggsår – noe som gjør at mange pasienter ikke får det behandlingstilbudet de skal ha.

Gjennom vårt engasjement i videreutdanningen Pleie og behandling av ikke-helende sår ved Høgskulen på Vestlandet møter vi sykepleiere som vil lære mer om sårbehandling. Utdanningen går over ett år (15 + 15 studiepoeng) og rekrutterer studenter fra hele landet.

Avsluttende eksamen

Den avsluttende eksamenen på sårutdanningen går ut på at studentene, heretter kalt sårstudentene, følger opp sårbehandlingen til en pasient fra sitt nærmiljø og skriver en kunnskapsbasert caserapport over forløpet.

Eksamensrapportene viser at det er store utfordringer med behandlingen av kroniske sår; en tredjedel av eksamensrapportene beskriver avvik i sårbehandlingsforløpet. Spørsmålet er hvorvidt dette bare skjer når sårstudentene skal behandle sår, eller om avvik fra behandlingsoppsettet er et generelt problem. Hvis det er det, hvorfor er det så vanskelig å følge opp med kvalitetssikret sårbehandling?

Behandlingsavvik

Avvik i helsetjenesten er definert slik: «... uønskede hendelser eller brudd på kvalitetskrav, prosedyrer, retningslinjer og lover som skal sikre både pasientene og de ansatte et godt bo- og arbeidsmiljø.» (1) Vi har derfor valgt å benytte begrepet «behandlingsavvik» om de situasjonene der behandlingen ikke gjennomføres i henhold til kvalitetskrav, prosedyrer og retningslinjer.

Behandlingsavvik er en utfordring i behandlingen av kroniske sår i Norge (2). Slike avvik hemmer sårhelingen og medfører unødig ubehag for pasienten (3–5).

«Behandlingsavvik er en utfordring i behandlingen av kroniske sår i Norge.»

I denne fagartikkelen vil vi se nærmere på behandlingsavvik i behandlingen av venøse leggsår. Vi tar utgangspunkt i de behandlingsavvikene som kommer frem i sårstudentenes caserapporter, men støtter oss også på tidligere forskning (5).

Som begrepsmessig rammeverk bruker vi Gurses og medarbeidere (6). De har sett på hvordan fenomenet behandlingsavvik forekommer i intensivavdelinger. Uklarheter og usikkerhet blant helsepersonell viser seg å være en viktig faktor for manglende kvalitet i helsevesenet. De fremhever fem områder der uklarheter kan gi behandlingsavvik:

- uklarhet rundt vurdering av oppgaver
- uklarhet om hvilke forventninger arbeidsplassen har
- uklarhet om hvem som har ansvaret for hva
- uklarhet om utførelsen av prosedyrer
- uklarhet om hva som må gjøres når uventede situasjoner oppstår (6)

Ved hjelp av anonymiserte historier fra sårstudentenes eksamensrapporter viser vi at de samme fem uklarhetene også gjelder i behandlingen av kroniske sår. Fotografiene som brukes for å illustrere eksemplene, er tatt av andreforfatteren og er *ikke* hentet fra studentoppgavene.

Fem uklarheter

1. Uklarhet rundt vurdering av oppgaver. Å vurdere et sår er en kompleks oppgave som krever kunnskap og kliniske ferdigheter. Det er av stor betydning at vurderingene som blir gjort, er systematiske, omfattende nok og basert på oppdatert kunnskap.



«Det er slik at mange pasienter ikke får en korrekt vurdering av såret.»

Sårvurderingen skal gi en beskrivelse av såret som gjør at man kan sette realistiske behandlingsmål og iverksette nødvendige tiltak. Det er slik at mange pasienter ikke får en korrekt vurdering av såret. Manglende vurdering kan forlenge de negative konsekvensene et sår har for pasienten ved å gi forsinket sårheling, smerter, økt fare for infeksjon og redusert livskvalitet for pasienten (7).

Under er et vanlig eksempel fra eksamensrapportene:

Eksempel 1: Er sårbehandlingen basert på den enkeltes synsing?

Sårstudenten følger opp leggsåret til pasienten på sykehjemmet. I samarbeid med legen har sårstudenten laget en kunnskapsbasert sårprosedyre basert på sårdiagnosen. Etter en uke er sårhelingsprosessen i gang, såret minker i størrelse, og alt ser bra ut.

Sårstudenten reiser på en ukes samling i forbindelse med studiet. Når sårstudenten er tilbake, har den positive utviklingen stoppet opp. Såret er hissig og har økt i størrelse igjen. Det viser seg at pleiepersonalet har valgt å se vekk fra sårprosedyren og heller valgt å bruke et behandlingsopplegg de har god erfaring med fra før.

Bildet viser et venøst leggsår

BILDE 1: Venøst leggsår (Foto: Ingrid Gilje Heiberg)

Manglende kontinuitet og manglende oppfølging av sårbehandlingen er en kjent utfordring som skaper frustrasjon hos sårbehandleren (8). Det er videre stor variasjon i hvor tydelig sårdiagnosen kommer frem i sykepleiedokumentasjonen (8, 9).

Det er diagnosen som avgjør hvilken behandling såret skal ha. Ankel/arm-indeks-måling sier noe om arteriell sirkulasjon, som avgjør hvilken kompresjonsbandasje pasienten skal ha. Kompresjon er den viktigste behandlingen av venøse leggsår.

Det er av stor betydning at helsepersonell har et felles språk og oppmerksomheten rettet mot det samme når de vurderer såret. Akronymet T I M E (Tissue, Infection/Inflammation, Moisture, Edge – vev/sårbunn, infeksjon/inflammasjon, væske, sårkanter) (7) er et godt hjelpemiddel for sårbehandlere.

Under er TIME brukt på et klassisk venøst leggsår.

Figur 1. TIME: fokusområder ved et venøst leggsår

T	Tissue (vev/sårbunn)	Rensing/revisjon/debridering (fjerne dødt vev) av sårbunnen er en sentral del av all sårbehandling. Nekrose, fibrin, slough, løse hudpartier og slimete belegg skal fjernes fra såroverflaten.
I	Infeksjon/inflammasjon	<p>Et venøst leggsår som ikke vil gro, har stanset opp i inflammasjonsfasen. Biofilmen må forstyrres/fjernes for å bryte den vonde sirkelen såret er kommet i. Ved et venøst leggsår følges denne firetrinnsprosessen:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Rengjør såret med lunket, rennende vann.2. Utfør en forbehandling av nekrose, fibrin og biofilm.<ul style="list-style-type: none">• Vi bruker sårbehandlingsprodukter som har få bivirkninger og kjent effekt på biofilm.3. Lokalanestesi.4. Debridering<ul style="list-style-type: none">• gir oversikt over omfanget av såret• fjerner nekrose eller hematomer som ellers kan bli liggende i såret som næring for bakterier og grobunn for infeksjon• skader biofilmens overflate og gjør bakteriene metabolsk aktive• gjør at antibakterielle bandasjer virker bedre
M	Moisture (væske)	<ul style="list-style-type: none">• Kompresjon er helt avgjørende for å kontrollere væsken i sårområdet og dermed sårhelingen• Sørg for passe fuktig sårmiljø• Ta hånd om sekresjonen ved bruk av hensiktsmessige bandasjer
E	Edge (sårkanter)	Beskytte og behandle omkringliggende hud.

Når diagnosen, årsaken til at pasienten har fått et leggsår, er stilt, ligger essensen av en kunnskapsbasert sårbehandling i TIME. Vurderingen gjøres og rapporteres ved hvert sårskift. Det er viktig at lokalbehandlingen er tydelig, og at sårets evaluering er så god at neste sårbehandler kan foreta vurderinger av faglig god kvalitet (10).

En sårjournal med fotografier av såret gjør at man får mulighet til å dokumentere utseende og sårareal på en god måte (11). Måling av sårareal er også aktuelt ut fra fotografiet (10).

2. Uklarhet om hvilke forventninger arbeidsplassen har. Pasienter med venøse leggsår er lite prioritert, selv om de utgjør en betydelig gruppe med stor belastning på nasjonale helsebudsjetter (12).

Dessverre er behandlingstilbudet for sårpasienter ofte fragmentert og tilfeldig, der det meste av den praktiske sårbehandlingen hos kronikerne gjøres i kommunehelsetjenesten (2). Det har betydning for den enkelte sykepleieren om arbeidsplassen er opptatt av kvaliteten på sårbehandlingen. Manglende organisering av sårbehandling ved ulike kommunale institusjoner er et tema som engasjerer sårstudentene i deres eksamensrapporter:

Eksempel 2: Det er vanskelig for sårstudenten å finne sin plass på sykehjemmet

Sårstudenten ønsker å skrive sin eksamensrapport på sin egen arbeidsplass og har fått godkjenning fra en pasient som har et smertefullt leggsår. Lederen på avdelingen er positiv og ønsker lykke til.

Den første hindringen kommer når sårstudenten vil finne ut om ankel/arm-indeksen (AAI) er målt på pasienten. AAI er et mål på sirkulasjonen i bena og en forutsetning for å kunne stille korrekt sårdiagnose.

Ingen av kollegene vet hvordan AAI skal måles, legen har ikke korrekt utstyr (doppler) tilgjengelig til å måle AAI, og sykepleieren på hudavdelingen på sykehuset sier at de ikke kan låne ut dyrt teknisk utstyr til sykehjemmene.

Sårstudenten ender opp med å behandle såret uten å kjenne til dette sirkulasjonsmålet. Ledelsen av sykepleietjenesten går ut med et skriv om at måling av AAI ikke er en sykepleieoppgave og ikke skal gjøres på sykehjemmet.

Bildet viser måling av ankel/arm-indeks

BILDE 2: Måling av ankel/arm-indeks (Foto: Ingrid Gilje Heiberg)

Eksempelet over viser at det er uklart hva som skal gjøres av sårbehandling, særlig i kommunehelsetjenesten. Dert faglige samarbeidet om sårbehandling i norsk helsevesen er uklart, med ulike lokale varianter. Det er en lite effektiv organisering internt på avdelingene samt uavklart samarbeid med legen og mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (8).

«Det er uklart hva som skal gjøres av sårbehandling, særlig i kommunehelsetjenesten.»

I noen kommuner i Norge er kommunale sykepleierklinikker, som er drevet av sårsykepleiere, blitt et alternativ til at en hjemmesykepleier behandler såret. Det betyr at pasienten kommer til klinikken i stedet for at

sykepleieren kommer hjem til pasienten. Omleggingen har vist seg å redusere sårhelingstiden for pasienten (13).

Det er behov for et tilbud til pasienter med kroniske leggsår som sikrer rett kompetanse, bedre kvalitet, pasientsikkerhet og en god arbeidsdeling mellom primærhelse- og spesialisthelsetjenesten. (2).

3. Uklart hvem som har ansvaret for hva. De aller fleste venøse leggsår følges opp av pleiepersonell i kommunehelsetjenesten på sykehjem eller i hjemmetjenesten (13). Sårbehandlingen er en tidkrevende prosess som preges av en uklar organisering av hvem som gjør hva (14).

Når oppgaver fordeles på mange, blir pasienten behandlet av pleiere med ulikt kompetansenivå (15). Kompresjonsbehandling, den viktigste behandlingsformen for pasientene med venøse leggsår, er helt avgjørende for at slike leggsår skal hele. En undersøkelse fra Oslo viser at bare 50 prosent av pasienter med venøse leggsår får kompresjonsbehandling (16).

«Sårbehandlingen er en tidkrevende prosess som preges av en uklar organisering av hvem som gjør hva.»

Eksamensrapportene inneholder flere eksempler på at kompresjonen er feil anlagt, og at kompresjon ikke blir sett på som en del av sårprosedyren. Dermed er det utydelig hvem som har ansvaret for og kompetanse med å anlegge kompresjon:

Eksempel 3: Er kompresjonsbandasje valgfritt?

Sårstudenten legger stor vekt på å informere pasienten og kolleger om at kompresjonsbandasjen er viktig for at såret skal gro. En grundig beskrivelse er satt inn som en sentral del av pasientens sårprosedyre.

Likevel erfarer sårstudenten at det er tilfeldig hvem som anlegger kompresjon, likedan hvorvidt kompresjonsbandasjen i det hele tatt blir anlagt. En variant er at pasienten og pleieren i hjemmesykepleien blir enige om at siden pasienten er plaget av kløe på leggen, er det greit med en pause. De gamle støttestrømpene pasienten har liggende, får gjøre nytten en periode.

Bildet viser kompresjonsbandasje

BILDE 3: Kompresjonsbandasje er ansett som gullstandarden i behandling av venøse leggsår (Foto: Ingrid Gilje Heiberg)

Sårbehandling krever spisskompetanse, men opplæring på arbeidsplassen er nyttig. Sårbehandlingen blir bedre når sykepleiere får opplæring i å anlegge kompresjonsbandasje på arbeidsplassene (17). Det viser seg at

uavhengig av alder vil et korrekt tilpasset kompresjonstrykk føre til at en høyere andel av venøse leggsår heler (18).

4. Uklarhet om utførelsen av prosedyrer. I sårstudentenes eksamensrapporter er det særlig to sårprosedyrer som skiller seg ut som problematiske: skarp debridering og kompresjon. Begge disse prosedyrene kan være teknisk utfordrende og krever opplæring og trening, noe som ofte kommer i tillegg til en arbeidshverdag med mange andre gjøremål:

Eksempel 4: Ingen våger å debridere

På avdelingen der sårstudenten jobber, er det ingen som våger å utføre skarp debridering av et sår. Ingen har fått opplæring i debridering i utdanningen sin, og det er ingen forventning fra avdelingsledelsen om at debridering er en prosedyre som de ansatte skal kunne. Sårstudenten er frustrert. Vedkommende har nettopp lært på skolen at ved et venøst leggsår med fibrinbelegg, er det oftest mer galt *ikke* å debridere enn å forsøke å debridere (19).

Bildet viser skarp debridering utført ved hjelp av engangskyrette.

BILDE 4: Skarp debridering utført ved hjelp av engangskyrette. (Foto: Ingrid Gilje Heiberg)

Når kroniske sår behandles kunnskapsbasert er jevnlig debridering hovedverktøyet for å opprettholde en helende sårseng i de aller fleste tilfellene (20). I fagprosedyren til Oslo universitetssykehus, Sårstell – debridering av venøse og arterielle sår (21), vektlegger de hvor viktig skarp debridering er for sårhelingsshastigheten. De legger også stor vekt på smertelindring når de utfører prosedyren.

5. Uklarhet om hva som må gjøres når uventede situasjoner oppstår. Det er et sentralt krav til kvalitet i helsetjenester at helsepersonell er forberedt og vet hva de skal gjøre hvis uventede situasjoner oppstår (22). Eksamensrapportene viser at når det gjelder sårbehandling i kommunehelsetjenesten, er pleiepersonalet sårbare for uventede forandringer, slik som TIME-vurderinger som går i feil retning:

Eksempel 5: Hjemmebesøk hos pasient med akutt forverring av leggsåret

Sårstudenten er fortvilet. Pasientens sår utvikler seg ikke som forventet og har blitt både større og mer inflammet. Sårstudenten ønsker å konsultere noen om dette, men ingen av sykepleierne i hjemmetjenesten kan hjelpe.

Studenten forsøker å ringe fastlegen, men får ingen gode svar. Sykehuset kontaktes, men der må pasienten vente lenge før det er mulig å få time. Ingen der ønsker å gi noe svar over telefonen. I dette distriktet er det ingen sårpoliklinikk, så

kvaliteten på svaret fra sykehuset varierer. Ofte tar det uforholdsmessig lang tid.

Bildet viser et Infisert venøst leggsår

BILDE 5: Infisert venøst leggsår (Foto: Ingrid Gilje Heiberg)

I og med at det finnes så mange lokale variasjoner av hvordan sårbehandlingen er organisert i Norge (12), må hver kommune sørge for å bygge opp et sårkompetent nettverk mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten til beste for pasienten. Kommunale sykepleierdrevne sårklinikker er et eksempel (13). Et annet eksempel er å ta i bruk telemedisin som kommunikasjonsverktøy når sårbehandlingen skal følges opp (23).

Avslutning

I denne artikkelen har vi sett på i hvilken grad det finnes behandlingsavvik i sårbehandling og hva som kan være årsaken til disse behandlingsavvikene.

Vi vet at en helhetlig og konsistent sårbehandling er utslagsgivende for et godt resultat (10). Derfor er det helt avgjørende at vi organiserer arbeidet med å behandle venøse leggsår på en måte som optimaliserer resultatet. Organisering og undervisning ser ut til å være de viktigste områdene for å oppnå en forbedring av tilbudet til mennesker med venøse leggsår.

Referanser

1. Hofstad E. Liten nytte av å melde avvik. Sykepleien 12.03.2015. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2015/03/1-av-2-ser-ikke-nyttens-av-melde> (nedlastet 12.02.2019).
2. Micaelsen T, Grung R, Knutsen TK, Ruitter FD, Kjerkol I, Toppe K. Representantforslag om forebygging og behandling av kroniske sår. I: Representantforslag 91 S – 2016–2017. Stortinget R, red. Oslo; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2016-2017/dok8-201617-091s/?alltrue> (nedlastet 14.02.2019).
3. Langøen A, Vee TS. Fører systematiske tiltak for å fremme sårbunnsopptimalisering, ødemkontroll og behandling av underernæring til bedret heling av sår? Gjennomgang av 33 behandlingscases. Sår. 2011;19(1):5–12.
4. Friman A, Klang B, Ebbeskog B. Wound care in primary health care: district nurses' needs for co-operation and well-functioning organization. J Interprof Care. 2010;24(1):90–9.
5. Graham ID, Harrison MB, Moffat C, Franks P. Leg ulcer care: nursing attitudes and knowledge. The Canadian Nurse. 2001;97(3):19–24.
6. Gurses AP, Seidl KL, Vaidya V, Bochicchio G, Harris AD, Hebden J, et al. Systems ambiguity and guideline compliance: a qualitative study of how intensive care units follow evidence-based guidelines to reduce healthcare-associated infections. Qual Saf Health Care. 2008 Oct;17(5):351–9.

7. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Florence Congress, Position Document. *Advances in wound care: the Triangle of Wound Assessment*. London: Wounds International, 2016. . Tilgjengelig fra: https://www.coloplast.sg/Documents/Wound/WUWHS_POSITION%20DOCUMENT.pdf (nedlastet 14.02.2019).
8. Erstad CB. En kvalitativ studie av sårbehandling i hjemmesykepleien – utfordringer, kompetanse, kontinuitet. (Masteroppgave.) Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for helsefag; 2016.
9. Rønsen JH, Kristiansen IS. Kronisk leggsår i hjemmesykepleien. *Sår*. 2014;22(3):5–9.
10. Langøen A, Gürgen M. Kapittel 5. Sårbehandling, generelle prinsipper I: Langøen A, red. *Sårbehandling og hudpleie*. 5 utg. Oslo: Gyldendal; 2018. s. 180–292.
11. Hampton S, Kilroy-Findley A. Top tips; taking photographs of wounds and data protection. *Wounds International*. 2015;6(4):10–3.
12. Slagsvold C-E, Stranden E. Venøse leggsår. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2005;125(89):1–4. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2005/04/medisin-og-vitenskap/venose-leggsar> (nedlastet 14.02.2019).
13. Bügelmeier R. Sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk – fra pasientens perspektiv. (Masteroppgave.) Stavanger: Universitetet i Stavanger, Det helsevitenskapelige fakultet; 2018.
14. Friman A, Klang B, Ebbeskog B. Wound care by district nurses at primary healthcare centres: a challenging task without authority or resources. *Scand J Caring Sci*. 2011;25(3):426–34.
15. Bing-Jonsson PC, Hofoss D, Kirkevold M, Bjork IT, Foss C. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nurs*. 2016;15:5.
16. Rønsen JH. Kostnader for behandling av kroniske leggsår i hjemmesykepleien. (Masteroppgave.) Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn; 2012.
17. Tidhar D, Keren E, Brandin G, Yogev M, Armer JM. Effectiveness of compression bandaging education for wound care nurses. *J Wound Care*. 2017;26(11):625–31.
18. Karanikolic V, Binic I, Jovanovic D, Golubovic M, Golubovic I, Djindjic N, et al. The effect of age and compression strength on venous leg ulcer healing. *Phlebology*. 2018;33(9):618–26.
19. Pukstad BS. Kroniske legg- og fotsår – prinsipper for sårheling: DRIV. BestPractice – Dermatologi. 2016; (juli). Tilgjengelig fra: <https://bestprac.no/kroniske-legg-og-fotsar-prinsipper-for-sarheling-driv/> (nedlastet 14.02.2019).
20. Wolcott RD, Kennedy JP, Dowd SE. Regular debridement is the main tool for maintaining a healthy wound bed in most chronic wounds. *J Wound Care*. 2009;18(2):54–6.

21. Gundsersen S, Fuskeland K, Glesaaen A, Hartgill U, Lossius A, Paulsen L, et al. Sårstell – debridering av venøse og arterielle sår [internett]. Oslo: Oslo universitetssykehus; 2017 [sitert 10.01.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/sarstell-debridering-av-venose-og-arterielle-sar>.
22. Helsedirektoratet. Helsepersonelloven med kommentarer 2018. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. Rundskriv IS-IS-8. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/static/ROO/is-2012-0008.pdf> (nedlastet 14.02.2019).
23. Smith-Strom H, Igland J, Ostbye T, Tell GS, Hausken MF, Graue M, et al. The effect of telemedicine follow-up care on diabetes-related foot ulcers: a cluster-randomized controlled noninferiority trial. *Diabetes Care*. 2018;41(1):96–103.