

SPL 3902

07HBSPLH

Avsluttende eksamen i sykepleie

Kandidatnr: 705

Hovedoppgave

Behandling av decubitus

”Hvordan kan sykepleier gi god sårbehandling hos pasienter med decubitus”



Høgskolen i Gjøvik

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie

Seksjon for sykepleie

Mai 2010

Antall ord: 9822



SAMMENDRAG

Avsluttende eksamen i sykepleiefaget

Kull 07HBSPLH

Gruppe nr. 705

Dato 10.05.2010

Forfattere: (fylles evt. ut *etter* sensurering!)

Tittel og Undertittel:

BEHANDLING AV DECUBITUS

”Hvordan kan sykepleier gi god sårbehandling hos pasienter med decubitus?”

TREATMENT OF PRESSURE ULCERS

”How can nurses provide good wound care to patients with pressure ulcers?”

Sammendrag

Formålet med oppgaven er å finne en løsning på hvordan sykepleier kan behandle et trykksår på best mulig måte. Vi ønsker å belyse områder rundt sårbehandlingen som påvirker sårtilhelingen. Vi ønsker også å få frem at dette er et stort og sammensatt tema, som ikke bare omhandler selve sårstedet. Det kommer stadig nye behandlingsmetoder og vi vil med denne oppgaven poengtere at sykepleier må holde seg faglig oppdatert for å tilby pasienten den beste behandlingen.

For å finne løsninger på problemene har vi valgt å bruke sykepleieprosessen. Ved å bruke sykepleieprosessen får man en trinnvis logisk tilnærming til pasientens problemområder. Ut ifra dette settes det i gang nødvendige tiltak, som igjen vil bli evaluert og dokumentert underveis. Dette vil være et godt verktøy å bruke for sykepleier og i tillegg sikre god kontinuitet i behandlingen.

Nøkkelord / Key words

Sårbehandling, Decubitus, Trykksår, Pressure Ulcers, Pressure Sores, Sårtilheling, Virginia Henderson, Sykepleieprosessen

Forord

Det er rødt

Det er som høsten

Det hører hjemme under plaster

Vondt som haggelvær mot hud

Hører hjemme i sykesengen

Det minner om en krigsfilm

Det eter bakterier

- **Andrè, 10 år (Oland, 2001:19)**

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	6
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	6
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	6
1.3 Avgrensning av oppgaven.....	6
1.4 Hensikten med oppgaven.....	7
1.5 Oppgavens disposisjon.....	7
2.0 Metode.....	8
2.1 Valg av metode.....	8
2.2 Metodekritikk.....	9
2.3 Valg og kritikk av litteratur.....	9
3.0 Case.....	13
4.0 Teoretisk referanseramme.....	14
4.1 Hudens oppbygging og funksjon.....	14
4.2 Decubitus.....	15
4.3 Sårtilheling.....	17
4.4 Faktorer som spiller inn på sårtilhelingen.....	18
4.5 Sykepleierteoretiker – Virginia Henderson.....	20
4.6 Forebygging.....	21
4.7 Vakuumbehandling.....	22
4.8 Beslutningsprosesser i sykepleie.....	23
5.0 Drøftingsdel.....	26
5.1 Datasamling.....	26
5.2 Problemidentifisering.....	28
5.3 Mål.....	29
5.4 Sykepleiehandling.....	29
5.5 Evaluering.....	34

6.0 Konklusjon..... 36

Etterord

Litteraturliste

Vedlegg 1: Såreprosedyre til 3. grads decubitus

Vedlegg 2: pakningsvedlegg til Betadine

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Vi er fire sykepleiestudenter som har samarbeidet om å skrive avsluttende eksamen i sykepleie. Gjennom studietiden har vi vært i praksis og jobbet sammen med forskjellige oppgaver. Vårt gode samarbeid ble avgjørende for valg av gruppe. Vi synes at vi utfyller hverandre og kommuniserer godt. Når vi skulle velge tema satte vi oss ned for å diskutere hva som kunne være aktuelt å skrive om. Det var flere temaer som dukket opp, men valget havnet til slutt på sårbehandling. Interessen for sårbehandling var stor hos alle i gruppa, og vi tenkte at dette skulle bli en spennende oppgave å utarbeide.

Vi ønsker å tilby våre framtidige pasienter den beste behandlingen. Vi har i praksis- og jobbsammenheng utført og opplevd flere sårstell som vi stiller oss faglig kritiske til. Hvorfor gjør vi det slik? Er dette den beste behandlingen? Hvordan vet vi at det er hensiktsmessig og hva som er til pasientens beste? Vi ønsker å tilegne oss mer kunnskap om emnet decubitus, og håper at denne oppgaven vil gi oss et stort læringsutbytte. Vi forventer at leseren har den samme kompetansen som oss og kjenner til våre faguttrykk og definisjoner.

1.2 Presentasjon av problemstilling

”Hvordan kan sykepleier gi god sårbehandling hos pasienter med decubitus?”

1.3 Avgrensning av oppgaven

Oppgaven skal være på 9500 ord +/- 10 %. Av den grunn har vi vært nødt til å gjøre noen begrensninger. Vi har valgt å fokusere på sårbehandlingen av trykksår. Vi vil likevel si noe om forebygging, da vi mener dette er en viktig del av behandlingen. Ernæring og eliminasjon vil også være en liten del av oppgaven, siden behandlingen av decubitus er sammensatt.

Vi har ikke hatt mulighet til å ta med alle sårprosedyrene for de fire gradene av et trykksår. Vi velger kun å ta med sårstellprosedyren til decubitus grad 3 som et vedlegg. Det er et alvorlig trykksår, som krever den type behandling vi velger å rette vår oppgave mot. Vi vil også komme inn på grad 3 i oppgavens case og drøfting, og videre skrive om trykksår og behandling generelt. I oppgaven blir det fokusert på sykepleierens ståsted og møtet mellom sykepleier og pasient finner sted i hjemmesykepleien.

For å få en bedre flyt og større variasjon i språket har vi valgt å omtale pasienten som ”Isak”, ”han” og ”pasienten”. Av praktiske årsaker vil sykepleieren bli omtalt som ”hun” og ”sykepleier”. Vi har brukt betegnelse ”decubitus” og ”trykksår” om hverandre.

1.4 Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å tilegne oss ny og oppdatert kunnskap, som vil gi oss et større faglig utbytte. Vi håper at læringsutbyttet vi vil få gjennom å skrive denne oppgaven, er noe vi kan ta med oss videre i vårt arbeid som sykepleiere. Dette vil være med på å styrke vår kompetanse innenfor området. Vi ønsker at kunnskapen vi tilegner oss vil komme pasienter, pårørende, kolleger og andre arbeidsgrupper til gode og at leseren vil dra nytte av denne oppgaven.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven starter med en forside og et forord der vi har valgt å ta med et dikt. Diktet kan tolkes på mange måter. Vi har ikke lagt noen tolkning i diktet, men har valgt å ta det med fordi vi synes det er fint og at det passer godt som en innledning til oppgaven. Oppgaven består av 6 kapitler. Etter innledningen kommer metode i kapittel 2. Her presenteres valg av metode, metodekritikk og valg- og kritikk av litteratur. I kapittel 3 presenteres casen, som er et tenkt tilfelle. Casen brukes i drøftingsdel. De teoretiske referanserammene har vi samlet i kapittel 4, som er delt inn i 8 underpunkter. Kapittel 5 er drøftingsdelen. Deretter kommer konklusjon i kapittel 6, etterfulgt av etterord. Til slutt i oppgaven har vi en litteraturliste og to vedlegg.

2.0 Metode

2.1 Valg av metode

Vilhelm Aubert blir ofte sitert i hva en metode er, han sier det slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2008:83).

Vi synes at denne definisjonen passer godt til det vi legger i begrepet metode. Ved en metode finner vi informasjon som vi kan bruke til å tilegne oss ny kunnskap, for videre å kunne løse vår problemstilling.

I denne oppgaven har vi valgt å bruke en litteraturstudie. Det som kjennetegner en litteraturstudie er at problemstillingen drøftes opp mot litteratur som allerede finnes (Dalland, 2008:108). Det er mye stoff om temaet, og utfordringen vår vil være å finne relevant litteratur som vi kan bruke i oppgaven for å belyse vår problemstilling.

Under denne prosessen har vi bevisst valgt å skrive sammen. Vi har hatt daglige møter for å utforme oppgaven. Dette har vi gjort for å få et optimalt læringsutbytte og en fin flyt i innholdet. Vi vil også med dette ha mulighet til å ta like stor del i oppgaveskrivingen og vi får rom for diskusjon. For at dette skulle være effektivt og gjennomførbart valgte vi å møtes på klasserom med tilgang til prosjektor.

2.2 Metodekritikk

I en litteraturstudie vil det være både positive og negative sider. Vi mener at fordelene med bruk av denne metoden er at teorien er lett tilgjengelig og at vi selv kan velge ut den litteraturen vi mener er mest relevant for vår oppgave. Ulempen med en litteraturstudie vil være at man kanskje ikke er kritisk nok til litteraturen man finner. Leseren kan også bli påvirket av de meninger og holdninger som man finner i litteraturen.

2.3 Valg og kritikk av litteratur

Temaet vi har valgt vil stadig være under utvikling. Eldre litteratur trenger derfor ikke lenger å være gjeldene. Vi har av den grunn valgt å bruke litteratur som ikke er eldre enn 10 år. Når det kommer til artikler har vi valgt å bruke de som er skrevet etter 2007, siden vi er interessert i den nyeste forskningen.

I oppgavens startfase var to studenter på delstudium i Namibia, mens de to andre var i Norge. Av den grunn jobbet vi hver for oss de første tre ukene. Denne tiden brukte vi til å finne litteratur om temaet fra både Høgskolen i Gjøvik (Hig) og Universitetet i Namibia (UNAM). Vi dro på UNAM for å søke i bibliotekets database. Ord vi søkte på var "Wounds" og "Pressure Wounds". Vi fikk 25 treff. Ut fra disse treffene fant vi to bøker av relevans. Bøkenes tittel er "Wound Care for Health Professionals" og "Pressure Sores". Bøkene vi fant på UNAM valgte vi bort fordi de viste seg å være for gamle. Vi valgte derfor å bruke bøker som vi har funnet på Hig som er av nyere dato.

De to som var i Norge benyttet seg av høgskolens database, som er Bibsys. Her brukte vi søkeord som "Sår", "Sårbehandling", "Trykksår", "Decubitus", "Liggesår", "Huden" og "Sengeleiets Komplikasjoner". Ved å søke på tittel og ordsøk på Bibsys ble treffene begrenset til noen få og relevante bøker. Treffene var på rundt 10 - 20 bøker per søkeord. Bøkene vi valgte ut ifra dette var "Sår- baggrund, diagnose og behandling", "Sår", "Huden - pleie, pleiemidler og sårbehandling" og "Sår og sykepleie". Bøkene tar for seg hovedelementene omkring sår. De omhandler emner som huden, forebygging, behandling, sårtilheling, faktorer som hemmer/fremmer sårtilheling og diverse sårtyper.

Ved å bruke disse fire bøkene har vi fått en økt forståelse av stoffet. Innholdet i bøkene bygger på mye av de samme fundamentene, men forfatterne er ulike og variasjonen av innholdet gjør at det har vært lettere for oss å finne frem og forstå hva som er relevant for oppgaven. Boken ”Sår - baggrund, diagnose og behandling” er skrevet på dansk og av den grunn må det tas forbehold om eventuelle feil ved oversettelse.

Vi har i tillegg valgt å bruke pensumlitteratur som ”Grunnleggende sykepleie”. Vi synes dette er gode bøker som omhandler viktige emner for oppgaven. Vi har brukt PPS som står for ”Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten”, og den ble brukt til å søke på sårprosedyren til decubitus grad 3. PPS er kunnskapsbasert og blir oppdatert med jevne mellomrom med henblikk på ny fagkunnskap og -forskning. Vi har prøvd så langt det lar seg gjøre å bruke primærkilder fremfor sekundærkilder. Primærlitteratur er litteratur skrevet av originalforfatteren og er derfor ikke oversatt. Med sekundærlitteratur menes tekst som er bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren (Dalland 2008:284). Vi anser primærkilder som mer pålitelig, da sekundærkilder kan være tolket på en annen måte enn det den opprinnelige forfatteren hadde tenkt. Vi har likevel valgt å bruke noe sekundærlitteratur, da vi føler det har vært lettere å forstå innholdet. Vi mener likevel at sekundærlitteraturen vi har valgt er faglig holdbar.

Videre har vi søkt på artikler. En av databasene vi har søkt i er Academic Search Elite. Søkeord vi brukte var ”Decubitus and Pressure sores and Pressure ulcers”. Vi fikk 2 treff, men ingen av disse var av relevans, da de ikke var rettet mot vår problemstilling. Vi søkte også på ”Pressure sores and Pressure ulcers and Treatment”, der vi fikk 9 treff, dessverre ingen av relevans.

Vi ville finne en artikkel som omhandlet klinisk fotografering. Vi brukte først Academic Search Elite som database, med følgende søkeord ”Clinical Photograph and Wounds”. Vi fikk da 1 treff. Vi gikk igjennom denne artikkelen og fant et annet nøkkelord i teksten, som var ”Medical Photography”. Videre søkte vi på ordene ”Medical Photography and Wounds”. Vi fikk da 11 treff. Her var det flere av relevans, men etter å ha lest gjennom de valgte vi å bruke artikkel nummer 6. Artikkelen het ”Clinical Photography in Wound Managment”. Artikkelen er skrevet av Carol Fleming og er hentet fra Journal of Visual Communication in Medicine.

Andre søkebasen vi brukte var Science Direct der vi brukte søkeord som; ”Pressure sores, Pressure ulcer, Decubitus”. Søket er begrenset til å gjelde artikler fra 2007 til dags dato. Dette ga oss 181 treff. Artikkelen nummer 8 fant vi interessant for oppgaven, men da vi satte den opp mot vår problemstilling fant vi ut at den likevel ikke var så aktuell å bruke.

Vi ville også prøve å finne en artikkel om en av de nyeste behandlingsmetodene av trykksår, vakuumterapi. Vi søkte i Academic Search Elite på følgende søkeord; ”Vacuum-Assisted Closure Therapy and Pressure Wounds”. Søkeordene fant vi i en annen artikkel om ”Pressure Sores”. Vi fikk 1 treff på dette søket, men valgte bort denne artikkelen da neste søk ble mer relevant. Deretter søkte vi på disse ordene; ”Vacuum-Assisted Closure Therapy and Pressure Ulcer and Dressing”. Vi fikk 7 treff og valgte å bruke artikkel nummer 1 som het ”Enhanced Quality of Life for Oncology Surgical Patients with Vacuum-Assisted Closure Therapy”. Ved første øyekast så den ikke aktuell ut, men etter å ha lest litt i artikkelen fant vi et avsnitt som passet bra til vår oppgave. Artikkelen er fra 2006. Vi hadde fra før bestemt oss for å bruke artikler som er skrevet etter 2007, men fant denne artikkelen så interessant at vi valgte å bruke den likevel. Begge artiklene var skrevet på engelsk og vi måtte oversette dem, slik at innholdet ble mer forståelig. Det vil derfor være rom for tolkningsfeil. Artiklene vil bli presentert i teoretisk referanseramme.

Vi tenkte ikke på å bruke PICO-skjema (Population / Patient / Problem, Intervention/ Exposure, Comparison, Outcome), før vi hadde formulert problemstillingen. Etter første veiledning fikk vi tips om å prøve PICO, da vi var usikre på om problemstillingen var god nok. Vi valgte å teste ut problemstillingen i et PICO-skjema for å være sikre på at den rettet seg mot det vi ønsket. Det viste seg å være et bra system, og for vår del fungerte dette som en bekreftelse på at vi hadde en god problemstilling.

For å få en bedre innsikt i temaet ønsket vi å hospitere på en avdeling med decubitus. Vi kontaktet flere aktuelle avdelinger på ulike sykehus. Etter flere samtaler fant vi en avdeling som var spesialisert på sår, og som kunne være interessant å besøke i forhold til vår oppgave. Vi avtalte en dag hvor to av oss i gruppen skulle få hospitere. På forhånd hadde vi fått informasjon om at de skulle ha pasienter med decubitus og at de

har tatt i bruk nye behandlingsmetoder. Hospiteringsdagen ble ikke helt som vi hadde tenkt, da de ikke hadde noen pasienter med decubitus til behandling denne dagen. Vi fikk likevel noe ut av dagen, siden personalet ga oss mye informasjon om decubitus og behandling. Vi ble anbefalt to bøker, og det viste seg å være to av de fire bøkene vi bruker mest. Egne erfaringer vil også komme frem i drøftingsdelen.

Teoretikeren vi har valgt å bruke i oppgaven er Virginia Henderson. Dette begrunner vi med at hennes teori fokuserer på de grunnleggende behovene, noe som står sentralt i vår problemstilling. Ut fra Hendersons grunnprinsipper er punktet ”å holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet” av størst betydning for oppgaven. Vi ser også at tre av de andre punktene vil være viktig når vi ser problemstillingen i en større sammenheng. Virginia Hendersons sykepleiertenkning sier også noe om en trinnvis logisk tilnærming til løsning av pasientens problem (Kristoffersen m.fl. bind 4, 2005:36). Dette er også noe sykepleieprosessen bygger på, og som støtter opp under valget av teoretiker.

Hendersons teori sier noe om å bidra til god helse, helbrede eller gi en verdig avslutning på livet (Kristoffersen m.fl. bind 4, 2005:35). Vi tolker denne teorien som litt ”svart / hvitt” - tenkning. Vi mener med dette at sykepleieren sin oppgave handler om mer enn å helbrede og gi en verdig død. Hun snakker mye om helbredelse og død, men sier lite om kronisk syke. Lidelsen forsvinner nødvendigvis ikke, men sykepleieren kan bidra til et verdig liv med god behandling.

3.0 Case

Isak Lund er en 75 år gammel enkemann som bor hjemme, og som får hjelp av hjemmesykepleien 4 ganger per dag. Isak er inkontinent for urin og bruker bleie. Isak sitter og ligger mye, men klarer å gå med rullator forutsett at han har følge. Han har på grunn av sin delvise immobilitet pådratt seg et trykksår på sacrum (korsbeinet). Såret er diagnostisert av Isaks fastlege til et 3. grads decubitus. Årsaken til at Isak har fått trykksår på sacrum, er at området har blitt utsatt for trykk, fuktighet og friksjon over tid. Hjemmesykepleien har ikke observert dette i tide, og har derfor ikke satt i gang tiltak tidnok.

Da såret ble oppdaget var det på størrelse med en 20 kroning. Det utviklet seg raskt til et sår på 7 cm i diameter, hvor man kan se bindevevshinnen. Såret har gult puss, nekrose og er illeluktende. Isak har relativt lite smerter. Hjemmesykepleien har satt i gang tiltak for å forebygge at såret utvikler seg, samt at nye oppstår. Såret blir skiftet på regelmessig, og Isak har fått trykkavlastende hjelpemidler i seng og stol.

Isak har et lite variert kosthold. Han er glad i loff med syltetøy og spiser dette ofte til frokost, lunsj og kveldsmat. Middag får han tilkjørt fra sykehjemmets kjøkken, og det er hjemmesykepleien som tilrettelegger måltidene.

4.0 Teoretisk referanseramme

4.1 Hudens oppbygging og funksjon

Cutis (huden) er kroppens største organ. Hos et voksent menneske utgjør huden et ca areal på 1,8m², noe som tilsvarer omlag 3 % av den totale kroppsmassen. Cutis deles inn i tre hovedlag; Subcutis (underhuden), dermis (lærhuden) og epidermis (overhuden). Cutis har en rekke viktige funksjoner som å beskytte kroppen mot ytre påvirkning som for eksempel bakterier, sopp, virus, varme, kulde, støt, ultrafiolette stråler og kjemikalier. Cutis regulerer kroppsvarme og væske- og elektrolyttbalanse, formidler beskjeder til trykk-, berørings-, smerte og temperatursansene og danner vitamin D³ under påvirkning av ultrafiolett lys. Cutis er også en viktig del av kroppens immunforsvar. I krisesituasjoner fungerer cutis som blodreserve der blod må prioriteres til sentrale organer som hjerte, lever og hjerne (Langøen, 2006:11-12).

Subcutis` tykkelse vil variere ut fra fettprosenten til hver enkelt person. 60 % av fettdepoet i kroppen oppbevares i subcutis. Fettlaget fungerer blant annet som energidepot, isolasjon og absorpsjonslag ved støt mot kroppen. Subcutis er tykkest over abdomen og hofter, men mangler helt over kneskålen og albuen (Langøen, 2006:12).

Dermis utgjør den største delen av huden og samlet kan den veie 3,5kg. 90 % av dermis består av bindevevsfiber av forskjellige typer, som omfavnes av tykflytende grunnsubstans. Dermis består av blod og blodårer, lymfeårer, nervevev og immunologisk aktive celler. I dermis finnes ulike celler som har en avgjørende plass i hudens immunforsvar. Mastceller, makrofager og lymfocytter deltar alle på forskjellige måter i kroppens beskyttelse mot truende bakterier, virus og andre fremmedlegemer. Via nerveender i dermis formidles beskjeder til trykk-, berørings-, smerte- og temperatursansene (Langøen 2006:13).

Epidermis er gjennomsnittlig 0,1mm tykk, men størrelsen kan variere fra 0,5 - 4mm. Dersom et hudområde blir utsatt for jevnlig friksjon, vil epidermis gradvis fortykkes som en forsvarsmekanisme mot friksjonen. Epidermis vil derfor være tykkest der friksjonen er størst, som under hælen og i håndflatene og tynnest i ansiktet (Langøen, 2006:14).

4.2 Decubitus

Decubitus blir også kalt ”trykksår” og ”liggesår” og kan defineres som *”(...) en degenerativ forandring i biologisk vev oppstått på grunn av kompressjons - og forskyvningskrefter”* (Gottrup og Karlsmark, 2008:319).

Selve trykkskaden oppstår ved ischemi (oksygenmangel) i vevet som utsettes for en overbelastning av trykk og strekk. Dersom ischemiskade har oppstått, starter en ”multifaktorell” prosess, en ond sirkel, som kun kan stanses ved god avlastning. Vevskaden og ischemien vil utvikle seg dersom pasienten ikke reagerer på ischemismertene ved å forandre stilling. Epidermis og dermis er relativt resistente mot trykk og strekk, i motsetning til subcutis. Muskelvev er til en viss grad strekk - resistent, men tåler på sin side ikke stort trykk (Gottrup og Karlsmark, 2008:319).

Et trykksår vil alltid oppstå i forbindelse med at pasienten har en annen lidelse. Det finnes mange risikofaktorer i utviklingen av trykksår. Det er derfor utarbeidet ulike skalaer der en kan vurdere eventuelle risikoer. Risikofaktorer som kan oppstå ved et trykksår er; dehydrering, høy alder, tidligere trykksår, inkontinens, nedsatt aktivitetsnivå, nedsatt mobilitet, påvirket sanseapparat, ryggmargsskade, vanskelig medisinsk lidelse, terminal sykdom og underernæring (Gottrup og Karlsmark, 2008:320-321).

Trykksår deles inn etter hvor dypt skaden ligger i vevet. Det er vanligst å klassifisere decubitus i fire grader, disse er:

- Grad 1. Vedvarende hudrødme, som ikke forsvinner ved trykk. Begynnende vevsskade.
- Grad 2. Epitelskade med blemme, sprekk eller avgnagning av huden.
- Grad 3. Skade i huden uten dyp sårhule ned i subcutis.
- Grad 4. Skade i huden med dyp sårhule og vevsnekrose inn til underliggende ben, sene eller facie (bindevevshinne) (Lindholm, 2008:102).

Anamnese, utseende og lokalisasjon av trykksåret er avgjørende for diagnostiseringen. En grundig anamnese og kliniske undersøkelser må ligge til grunn før diagnosen gis. Dersom pasienten har andre underliggende lidelser må disse diagnostiseres, sårene må beskrives nøye, behandlingsrutiner og sårprosedyrer evalueres. Pasientens allmenntilstand er et viktig ledd i diagnostisering og behandling og må derfor vurderes. For alle dype trykksår skal røntgenbilde av det rammede området utføres med tanke på blant annet ostitt (betennelse i benvev) og leddaffeksjon. Pasientens ernærings- og infeksjonsstatus bør undersøkes. Det vil derfor som regel være en indikasjon for ”rødt blodbilde” (helhetsvurdering av pasientens erytrocytter), da mange pasienter med trykksår har anemi og væsketap (Gottrup og Karlsmark, 2008:323).

4.3 Sårtilheling

Sårtilhelingen deles inn i 3 faser som kalles for inflammasjonsfasen, nydanningsfasen og modningsfasen (Langøen, 2006:159).

Inflammasjonsfasen

Når et sår oppstår siver væske ut i vevet omkring såret og mengden leukocytter (hvite blodceller) øker for å angripe bakterier og andre fremmedlegemer. Da oppstår de karakteristiske tegnene på inflammasjon rundt skadestedet som er rubor (rødme), calor (varmeøkning), dolor (smerte), tumor (hevelse) og nedsatt funksjon. Leukocytene vil være til stede i vevet til såret er opprenset. Videre i sårtilhelingen vil makrofager - cellespisere, som finnes i bindevevet ha en stor betydning i inflammasjonsfasen. Makrofager frisetter tilvekstfaktorer som stimulerer fibroblastene og til dannelse av nye kar (Kristiansen og Sætren, 2002:14). Fibroblastene er viktig i dannelse av granulasjonsvev. Funksjonen til granulasjonsvevet er å beskytte såret mot bakterier og å bygge opp bindevev (Langøen, 2006:161). Tilhelingsprosessen kan ikke begynne før såret er fritt for nekrose og infeksjon. Det er ønskelig at fasen blir så kort som mulig, slik at såret kan gå over i neste fase (Kristiansen og Sætren, 2002:14).

Nydannelsesfasen

Epitelvevet vokser inn fra friskt vev i sårkantene; fra rester av hårsekker, svette- og talgkjertler. Nekrose må fjernes før epitelvevet kan vokse innover. Vevet som dannes tåler mer enn det skjøre granulasjonsvevet, men er likevel utsatt for skader og oppbløting på grunn av fuktighet. Det vil variere hvor lang tid en slik prosess vil vare. Dette delvis på grunn av hvor god tilførselen er av oksygen og næring, men også på grunn av størrelsen på det området som skal fylles. For eksempel kan et stort trykksår ta lang tid å fylle da substans tapet er stort. Såret trekker seg sammen samtidig som epiteliseringen skjer. Etter hvert danner såret en hinne som tåler både fuktighet, bakterier og til en viss grad fysiske traumer (Langøen, 2006:162).

Modningsfasen

Det første bindevevet som dannes kalles kollagen. Kollagenet har et geleaktig utseende og fungerer som en fuktighetsbevarende sårkappe. Dette vil etter hvert erstattes av bindevev med en bedre struktur. Som et tegn på at såret er i ferd med å gro, reduseres mengden av makrofager og fibroblaster. Oksygentilførselen til den nydannede huden øker på grunn av nydannede kar. Dermed reduseres også hypoksien (utilstrekkelig eller nedsatt oksygenforsyning til vevet) (Langøen, 2006:162-163).

4.4 Faktorer som virker inn på sårtilheling

For at et sår skal kunne hele må man identifisere og fjerne helingshemmende faktorer. Det første man bør gjøre er å finne og behandle den grunnleggende årsaken til såret. Lokalt trykk kan ofte være primærårsak til decubitus. Andre årsaker som vanskeliggjør sårtilhelingen kan være hypoksi, infeksjon, enkelte legemidler, gjentatte traumer og protein-, vitamin-, og mineralmangel. For å få et sår til å gro må man så langt det er mulig fjerne lokale helingshemmende faktorer som nekrose, infeksjon, sårsmarter og det lokale trykket (Lindholm, 2008:163).

Nekrose kan være svart, hard, læraktig, strengaktig seig, gulaktig eller noen ganger grønnaktig. Det kan forekomme i alle typer sår, men er vanligst i trykksår, leggsår og fotsår. Det er flere negative innvirkninger på sårtilhelingen ved nekrose.

Det forhindrer vurderingen av sårets omfang, dybde og status og forhindrer granulasjon og epitelisering. Sårtilhelingen vil bli forsinket, og man kan være utsatt for bakterievekst og infeksjon. Man kan også være utsatt for bakterier som kan avgi enzymer som bryter ned friskt vev. Nekrose kan føre til luktdannelse og inneholde toksiner som kan føre til økt sykelighet og dødelighet (Lindholm, 2008:199).

Selv om en mengde ulike bakterier er blitt identifisert i vanskelig helende sår, så er dette ikke ensbetydende med infeksjon. De vanligste sårbakteriene er *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* og en kombinasjon av disse. Bakterien *Pseudomonas aeruginosa* er et vanlig funn i slike sår (Lindholm, 2008:175-176).

Ved infeksjon av denne type bakterie kan man også kjenne en spesifikk lukt. Er det en infeksjon i såret kan man se de kliniske tegnene på sårinfeksjon. I enkelte vanskelige helende sår kan en mørkerød farge og tegn til blødning fra sårbunnen signalisere en infeksjon. Tidligere ble ikke rutinemessig prøvetaking utført i vanskelig helende sår. Den økende forekomsten av MRSA (Metacillin - Resistente -Staphylococcus - Aureus) har gjort at en tidlig prøvetaking anbefales. Er det mistanke om en klinisk infeksjon, må man foreta en mikrobiologisk undersøkelse (Lindholm, 2008:176-178).

Pasienter med vanskelig helende sår lider ofte av smerte. Smerte er en subjektiv opplevelse som alltid må tas på alvor. *"Smerte er hva pasienten sier det er"* (Lindholm, 2008:185). Ubehandlet smerte virker negativt inn på sårtilhelingen. Vevskade og inflammasjon øker følsomheten i de nerveender som formidler smertesignaler. Alle som arbeider med pasienter med smerte må bygge smertelindringen på kunnskap om smertens fysiologi og lydhørhet for pasientens signaler. Sykepleier har en nøkkelrolle i smertelindringen av pasienter med sår (Lindholm 2008:185).

Hvilket trykk som skal til for at decubitus skal oppstå hos en person kommer dels an på trykkets kraft og på hvor lang tid vevet blir utsatt for trykk. Dette varierer mellom pasienter, og for den enkelte pasient er trykkets lokalisasjon og den allmenne helsetilstanden avgjørende. På grunn av at variasjonen mellom ulike personer er store, kan det ikke angis noen absolutte trykkgrenser (Lindholm 2008:108).

Pasientens ernæringsstatus vil spille en stor rolle i sårtilhelingen. Det er viktig at pasienten får i seg nok proteiner, da disse er kroppens byggesteiner når det skal dannes nytt vev. Man har også et økt behov for proteiner når et sår skal heles, og man må være oppmerksom på at det kan tapes proteiner gjennom sårsekretet (Oland, 2001:59).

Vitamin C vil være viktig i alle faser av sårtilhelingsprosessen for at det skal kunne dannes nytt bindevev i sårområdet. Vitaminet virker også styrkende på immunforsvaret og vil bidra til å redusere infeksjonsfaren. Et annet vesentlig vitamin i sårtilhelingsprosessen er Vitamin A som inngår i prosesser som regulerer celleveksten (Oland, 2001:60).

Jern er nødvendig for å sikre oksygentilførselen til cellene, da cellene vil dø uten oksygen. Sink finnes i alle kroppens celler og er en viktig faktor i all celledeling og dermed også i nydannelsen av vev. Folsyre er et vitamin som er nødvendig for celledeling og cellevekst (Oland, 2001:60).

Væskebalansen er en viktig faktor fordi væskeunderskudd vil gi redusert sirkulasjon. Dette vil igjen føre til dårligere gjennomblødning av vevet. Andre faktorer som også vil ha en avgjørende betydning for sårtilhelingen er; nedsatt søvnkvalitet, - matlyst, - aktivitetsnivå og - livskvalitet (Oland, 2001:61-63).

4.5 Sykepleieteoretiker – Virginia Henderson

Virginia Henderson (1897-1996) var den første sykepleieren som prøvde å forklare sykepleierens særegne funksjon. I 1921 ble hun ferdig utdannet sykepleier og studerte da videre ved Columbia University Teachers College hvor hun også underviste i klinisk sykepleie fra 1930-1948. Senere presenterte hun sin sykepleiedefinisjon og i 1960 ga hun ut det hun kalte sykepleiens grunnprinsipper. I senere tid har Hendersons sykepleiedefinisjon og grunnprinsipper hatt stor innflytelse på flere senere sykepleieteorier (Kristoffersen m.fl. bind 4, 2005:35).

Henderson definerte i 1966 sykepleierens særegne funksjon som:

(...) å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han/hun ville ha gjort uten hjelp dersom han/hun hadde hatt tilstrekkelig krefter, vilje og kunnskaper. Og å gjøre dette på en slik måte at han/hun gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Kristoffersen m.fl. bind 4, 2005:35).

Dette vil si at sykepleieren skal hjelpe den enkelte pasient med å få dekket sine grunnleggende behov. Det innebærer å hjelpe den enkelte pasient med utførelse av gjøremål som har betydning for vedkommendes helse. Gjøremål som pasienten ville ha kunne dekket selv hvis han hadde hatt kunnskap, krefter og vilje (Kristoffersen m.fl. bind 4, 2005:35).

Hendersons tyngdepunkt ligger i beskrivelsen av sykepleierens ansvarsområde eller rolle. Henderson har laget 14 punkter som blir betegnet som grunnleggende sykepleieprinsipper. Punktene utgjør sykepleierens mest sentrale gjøremål og er knyttet til grunnleggende menneskelige behov (Kristoffersen m.fl. bind 4, 2005:36). Vi mener at punktene omfatter både det fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige.

Vi har valgt å presentere de behovene som vi mener er relevant for vår oppgave. Disse punktene vil her bli nevnt og senere utdypet i drøftingsdelen.

- Å spise og drikke tilstrekkelig
- Å fjerne kroppens avfallsstoffer
- Å opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling
- Å holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet (Kristoffersen m.fl. bind 4, 2005:36).

Virginia Henderson baserer sin sykepleietenking på en trinnvis logisk løsning av pasientens problem. De kan beskrives som en datasamling som tar utgangspunkt i de 14 punktene for å kartlegge pasientens behov for sykepleie. Pasientens behov bedømmes ut fra kunnskaper om menneskets normalfunksjon og pasientens ressurser for å ivareta disse. Videre formuleres en sykepleiediagnose eller et pasientproblem som tar utgangspunkt i hvordan behovet for sykepleie har oppstått. Tiltak planlegges og iverksettes. Sykepleieren assisterer pasienten i de gjøremål som er nødvendige for å dekke de grunnleggende behovene (Kristoffersen m.fl. bind 4, 2005:36-37).

4.6 Forebygging

Når det er en risiko til stede for å utvikle decubitus, må man sette i gang forebyggende tiltak. Det første tiltaket vil alltid være trykkavlastning (Langøen, 2006:256). All annen behandling er nyttesløs dersom man ikke fjerner trykket mot vevet (Gottrup og Karlsmark, 2008:323). Man avlaster det utsatte området ved stillingsendring og ved hjelp av trykkavlastende hjelpemidler. Trykkavlastende hjelpemidler kan deles inn i 3 grupper; manuelle metoder, madrasser og lokale trykkavlastende metoder. Alle

metodene har både positive og negative sider. Resultatet blir derfor best når flere hjelpemidler brukes sammen. Manuelle metoder innebærer snu-regime, gunstige posisjoner i sengen, å unngå friksjon ved forflytning og at pasientens hud beskyttes mot fuktighet, uttørring og sprekkdannelser. Det finnes mange ulike madrasser og hvilken type som velges avhenger av pasientens behov. Med lokale trykkavlastende hjelpemidler menes det bruk av bandasjer som for eksempel skumbandasjer, vannfylte – eller luftfylte hjelpemidler samt hjelpemidler som er fylt med fiber, skum eller gele. Forebygging vil derfor være noe av det viktigste i behandlingen av decubitus (Langøen, 2006:256-264).

4.7 Vakuumbehandling

VAC behandling (Vacuum-Assisted Closure Therapy) er en ny metode for sårbehandling. Teknikken går ut på å føre negativt trykk til såret, ved hjelp av en formklippet skumsvamp som dekker hele såroverflaten. En plastfilm blir deretter satt over skumbandasjen og bandasjen kobles til en vakuumpumpe. VAC-behandlingen kan være på i 2-4 dager og kan derfor erstatte hyppige, tidkrevende og smertefulle bandasjeskift. Vakuumbehandling har vist seg å være effektivt i behandling av dype -, overfladiske-, akutte -, og kroniske sår. Vakuumterapi er også effektiv i behandling av 3. og 4. grads trykksår. Behandlingen har vist seg å være kostnadseffektiv, trygg og effektiv i behandling av sår (Rodrigue, 2006 under overskriften ”311”).

Vakuumpumpe er et bærbart apparat som er lett å administrere for helsepersonell og kan også brukes i hjemmet. Fordelen med bruk av Vakuumpumpe er at det stimuleres til rask sårtilheling, reduserer smerter og medisinske kostnader. Den kan på denne måten bidra til økt livskvalitet hos pasienter (Rodrigue, 2006 under overskriften ”311”).

4.8 Beslutningsprosesser i sykepleie

Mellommenneskelig prosess

I utøvelse av sykepleie er et godt mellommenneskelig forhold av stor betydning. Sykepleie er en relasjon mellom to personer (Kristoffersen m.fl. bind 1, 2006:137). Relasjonene er et formål om å hjelpe pasienten og det er dette fundamentet profesjonell sykepleie bygger på. Det er viktig at sykepleieren ivaretar pasientens krav om å bli behandlet på en omsorgsfull, respektfull og faglig kyndig måte. Sykepleieren må også gi rom for tid slik at pasienten opplever at han er av betydning (Kristoffersen m.fl. bind 1, 2006:182-183).

For at pasienten skal få tillit til sykepleieren må hun vise empati og respekt. Væremåte og evnen til innlevelse er viktig for at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt (Kristoffersen m.fl. bind 1, 2006:137).

Problemløsende metode

Begrepet problemløsning gir en naturlig assosiasjon om at en står overfor en hindring eller en uønsket situasjon. Dette kan være et teoretisk eller praktisk ønske om å kvitte seg med eller overvinne noe. Den problemløsende metoden beskriver en framgangsmåte for systematisk tenkning. Metoden kan beskrives som en framgangsmåte i flere faser, der hver fase bygger logisk på den forrige. Den kan også være en prosess der de enkelte fasene overlapper hverandre. Det vil si at det ikke er skarpe grenser mellom de ulike fasene (Kristoffersen m.fl. bind 1, 2006:192).

Fremgangsmåten for problemløsningen kan deles inn i 4:

- Datasamling
- Problemidentifisering
- Mål
- Sykepleiehandling
- Evaluering (Kristoffersen m.fl. bind 1, 2006:192).

Datasamling innebærer en systematisk og kontinuerlig innsamling av opplysninger fra og om pasienten. Opplysningene som sykepleieren innhenter skal være relevante, nødvendige, tilstrekkelige og gyldige. Hensikten med datasamlingen er å kartlegge og imøtekomme pasientens behov for sykepleie (Kristoffersen m.fl. bind 1, 2006:194).

I neste fase som kalles identifisering av behov skal sykepleier vurdere data, hvilke grunnleggende behov som er påvirket og å finne ut hvilke ressurser pasienten innehar (Kristoffersen m.fl. bind 1, 2006:205-206).

Mål er en fase der en klargjør hva en ønsker og kan oppnå. Målene kan deles inn i hovedmål og delmål, kortsiktige så vel som langsiktige. Noen ganger må man dele inn i hovedmål og delmål. Grunnen til dette er at man kan ha enkelte pasientsituasjoner hvor problemer skal forebygges, andre løses og andre skal lindres. Hovedmålet beskriver da det endelige resultatet, mens delmålene er noe man vil passere på vei til å nå hovedmålet. Kortsiktige og langsiktige mål sier noe om tidsfaktoren (Kristoffersen m.fl. bind 1, 2006:209-212).

I sykepleiehandlingen vil man finne frem til handlinger som kan endre den uønskede situasjonen til pasienten. I denne fasen vil man gjennomføre de tiltakene som man mener er relevante å starte med. Tiltakene vurderes i lys av pasientens totalsituasjon, hva som er ønskelig og akseptabelt for pasienten og tilgjengelige ressurser (Kristoffersen m.fl. bind 1, 2006:212-213).

Evaluerer er den siste fasen. Her vurderer man om handlingene har ført til ønsket resultat og om nye tiltak må settes i gang (Kristoffersen, m.fl. bind 1, 2006:213).

Dokumentasjon

Dokumentasjon i sykepleiefaget vil si et skriftlig uttrykk av vurderinger sykepleieren gjør i samhandling med pasienten. Sykepleiedokumentasjonen kan inneholde vurdering av pasientens behov for sykepleie, pleieplaner med intervensjoner og evaluering (Moen m.fl. 2002:14).

Dokumentasjon er lovpålagt i henhold til helsepersonelloven. Der står det at alle som yter helsehjelp har plikt til å føre journal (Helsepersonelloven § 39).

Klinisk fotografering kan brukes til å vurdere helbredelse av sår. En klinisk fotograf er faglig kvalifisert, og trent til å ta nøyaktige bilder av sår. Ved å ta bilder kan man vurdere fremdriften av sårtilhelingen, noe som brukes til å sammenligne helingen over tid. Å bruke klinisk fotograf vil gi en objektiv beskrivelse av såret (Fleming, 2007 under overskriften "Clinical Photography in Wound Management").

Dette er et godt verktøy, men man kan ikke stole blindt på det. Sår kan utvikle seg i forskjellige deler av kroppen og variere i størrelse og dybde. Selv om standardiserte fotografier kan gi nyttige mål, er de ikke nøyaktige nok til å bruke som grunnlag for å måle sår (Fleming, 2007 under overskriften "Clinical Photography in Wound Management").

Annet helsepersonell som er i kontakt med pasienten kan også involveres i fotograferingen av såret. Dette skjer ofte utenfor sykehuset. Juridisk uttalelse anbefaler at et skriftlig informert samtykke skal innhentes fra pasienter før fotografering (Fleming, 2007 under overskriften "Clinical Photography in Wound Management").

5.0 Drøftingsdel

5.1 Datasamling

Med datasamling menes det at sykepleieren skal samle relevante data om pasienten, som har betydning for videre behandling og oppfølging (jfr. 4.8). I sitt arbeid må sykepleier samle data allerede ved første møte med pasienten. Samling av data som kan være av relevans er nedsatt sirkulasjon, - søvnkvalitet, - matlyst, - aktivitetsnivå og – livskvalitet (jfr. 4.4).

Vi mener at det første man må gjøre er å kartlegge hvilket sår det dreier seg om. Hvordan ser såret ut? Hvor stort er det? Hvor er det lokalisert? Har pasienten smerter? Væsker såret? Isak har fått et stygt illeluktende sår på sacrum, som har oppstått på grunn av friksjon, trykk og fuktighet etter mye inaktivitet. Sykepleierne i hjemmesykepleien har målt såret til å være 7 cm i diameter (jfr. 3.0). Dette vil være en viktig del av datasamlingen for å ha en oversikt over videre utvikling av såret. Isak har lite sårmerter og har dermed ikke behov for smertestillende i forbindelse med sårstell. Dersom Isak hadde hatt smerter ville sykepleieren vært nødt til å smertelindre før hun startet med sårprosedyren (jfr. 4.4).

Hvorfor satte ikke hjemmesykepleien i gang behandling av Isaks trykksår tidligere? I hjemmesykepleien jobber det flere arbeidsgrupper som assistenter, helsefagarbeidere og sykepleiere. De forskjellige arbeidsgruppene som jobber i helsesektoren vil ikke sitte med den samme faglige kompetansen. Arbeidsgruppene vil derfor kanskje ikke ha de samme forutsetningene for å samle data. Med dette mener vi at det kan være vanskelig for en ufaglært å oppdage et begynnende trykksår, i motsetning til en sykepleier som skal kunne bruke det kliniske blikket i møte med pasienten. Kan dette være en medvirkende årsak til at Isak har fått trykksår? Vi mener ikke at det kun er sykepleieren som kan bruke det kliniske blikket, men det er kanskje sykepleiere som har de beste forutsetningene for å observere pasienten på en helhetlig måte. Vi mener at sykepleieren også har en veiledende og undervisende funksjon, noe som pålegger sykepleieren et visst ansvar ovenfor sine kolleger. Det vil derfor kanskje være en idé at sykepleieren underviser andre arbeidsgrupper på arbeidsplassen? Vi har erfart at det holdes interne

undervisninger om aktuelle emner som for eksempel observasjon av et trykksår. Dette vil være med på å utvide og friske opp kunnskapene til alle på arbeidsplassen. Vi ser at dette er et behov som gjelder gjennom hele året, siden det vil være mange som tar ekstravakter. Det vil være viktig at også de som går mest på helg, ferie og i høytider også har mulighet til å få noen form for undervisning eller kurs. Det er arbeidsgivers og kollegers ansvar å gi tilstrekkelig opplæring slik at tjenesten som ytes er av god kvalitet. Her synes vi at kommunen bør påta seg et ansvar, for å gjennomføre opplæring ute på arbeidsplassene. Innholdet i kursene kan for eksempel være opplæring i enkle prosedyrer, som kan heve kvaliteten på pleien og bety mye for den enkelte pasient. Vi mener at regelmessig kursing og opplæring vil bidra til at personale blir tryggere, og stoler på at kolleger utfører oppgavene korrekt.

Når sykepleieren samler data skal hun ikke bare bruke det kliniske blikk, men også snakke med pasienten for å få hans subjektive opplevelse av situasjonen. En kombinasjon av hva sykepleieren ser og hva pasienten opplever, vil være den beste forutsetningen for en fullstendig og god datasamling.

Videre må sykepleieren kartlegge Isaks kosthold, da dette er viktig for sårtilhelingen (jfr. 4.4). Det er hjemmesykepleien som tilrettelegger alle måltider til Isak (jfr. 3.0). Vi mener derfor at det i dette tilfellet er det sykepleiers ansvar å gi Isak informasjonen han trenger om kostholdet. Hun må påpeke sammenhengen mellom god ernæring og sårtilheling (jfr. 4.4). I samtale med Isak kommer det frem at han er villig til å prøve annen mat som kan få såret til å gro bedre. Isak er inkontinent for urin, som også er en viktig opplysning i datasamlingen. Å kartlegge om Isak er inkontinent, vil ha betydning for sårtilhelingen da såret er lokalisert på sacrum. Når såret og huden rundt kommer i kontakt med urin kan dette føre til at det blir et fuktig miljø.

5.2 Problemidentifisering

Etter en grundig datasamling skal sykepleieren finne ut hvilke grunnleggende behov som er berørt (jfr. 4.8). Virginia Henderson har delt de grunnleggende behovene inn i 14 punkter. Ut i fra disse punktene er det fire som vi mener er aktuelle for Isak (jfr. 4.5). Når man skal behandle et trykksår er det ikke bare selve sårstedet som er behandlingen. Her vil det være mange andre faktorer som vil spille inn på sårtilhelingsprosessen. De to punktene som vi mener er mest relevant for Isak er *"å holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet"* og *"å opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling"* (jfr. 4.5). Hvis vi skal tolke punktene opp mot vår problemstilling, så mener vi de sier noe om at sykepleieren skal utføre sårprosedyre når såret har utviklet seg. Videre skal sykepleieren også hindre at nye oppstår ved stillingsendring i både seng og stol. Vi mener dette innebærer at sykepleier har både en forebyggende - og behandlende funksjon. Det beste vil være om sykepleier klarer å forebygge og unngå at trykksår oppstår. Dersom det har oppstått et trykksår, vil god behandling sammen med forebygging være nødvendig. Det er viktig at forebygging og behandling brukes i kombinasjon, da vi mener at de hver for seg ikke vil ha sin rette funksjon. Hvis sykepleier for eksempel kun behandler såret til Isak og ikke avlaster det trykkutsatte området, vil ikke såret gro og det er fare for at nye oppstår. Det samme vil skje hvis man kun forebygger. Såret vil da heller ikke gro, men tvert i mot utvikle seg. Vi mener derfor at det vil være helt nødvendig å forebygge før - og mens behandlingen pågår.

Det vil også være viktig *"å spise og drikke tilstrekkelig"* og *"å fjerne kroppens avfallsstoffer"* (jfr. 5.4). Isak er glad i mat som kanskje ikke er den beste for sårtilhelingen (jfr. 3.0). Vi mener det vil være sykepleierens ansvar å motivere og tilrettelegge for et bedre kosthold hos Isak. Det vil være viktig at sykepleier legger opp til en god dialog med Isak, hvor hun forklarer nødvendigheten av å spise riktig. Kosthold har stor betydning for sårtilheling, og må derfor tas i betraktning når man tenker behandling. Isaks inkontinens må også tas hensyn til når behandlingen av trykksåret starter. Urin kan kontaminere såret og bleiebruk kan føre til fukt.

5.3 Mål

Vi mener at hovedmålet for Isak vil være en total sårtilheling. Dette selv om han er noe immobil og inkontinent, noe som kan være kompliserende faktorer. Total sårtilheling vil være et langsiktig mål. Det er likevel viktig å ha delmål underveis for å nå hovedmålet (jfr. 4.8). Realistiske delmål for Isak kan være at man skal hindre at såret utvikler seg og forebygge at nye oppstår. Det er også viktig å sikre god ernæring og hindre at urin forurenses og at såret blir infisert.

Virginia Henderson sier noe om at sykepleieren skal hjelpe pasienten til god helse, eller helbredelse eller til en fredfull død (jfr. 4.5). Vi har tidligere nevnt at vi synes denne definisjonen er noe svart/hvitt (jfr. 2.3). Det er ikke alltid realistisk å tro at alle sår vil gro, og det kan derfor hende at man underveis må justere mål som ikke er oppnåelige. Hva legger Henderson i sin definisjon? Mener hun at pasienten enten skal bli helt frisk, eller at sykepleier skal hjelpe pasienten til en fredfull død? Vi synes Henderson tenker noe snevert i sin definisjon av hva sykepleie er. Hva med de kronisk syke, som for eksempel de med decubitus? Vi synes at hun utelater en stor pasientgruppe, og vi stiller oss undrende til hvilke pasientgrupper hun snakker om i sin definisjon.

5.4 Sykepleiehandling

Sykepleiehandling er tiltak sykepleieren setter i gang for å endre pasientens uønskede situasjon (jfr. 4.8). Da Isak har et trykksår vil det være nødvendig å igangsette tiltak. Det første tiltaket som må settes i gang vil være trykkavlastning (jfr. 4.6). Grunnen til dette er for å hindre at trykksår utvikler seg, og hindre at nye oppstår. Dette vil være spesielt viktig for Isak, da han stort sett ligger og sitter.

Her ser vi behovet for å involvere andre yrkesgrupper i behandlingen av Isak. Fysioterapeut kan dra på hjemmebesøk for å vurdere pasientens aktivitetsnivå, og sette opp en plan med øvelser som er realistiske for han å gjennomføre. Vi mener at fysioterapi i form av gåtrening kan gi økt sirkulasjon, samt gi en totalavlastning av setet for en kort periode. Vi mener at dette kunne vært et godt tiltak for Isak, siden han kun er oppe og går med følge fra seng til bad og stue. Vil det være realistisk å tro at dette blir

igangsatt? Vi har erfart at i hjemmesykepleien blir ikke fysioterapeut involvert i behandlingen av pasienter med decubitus. Vi mener det er uheldig da vi tydelig ser behovet hos denne pasientgruppen. Ville det ikke vært lønnsomt å involvere fysioterapeut allerede i et tidlig stadium av trykksår? Kostnadene av forebygging og behandling slik vi ser det, bli vesentlig redusert sammenlignet med et mer alvorlig stadium. Blir såret mer alvorlig må man bruke mer tid, penger og ressurser på å forebygge og behandle. Dette vil igjen koste kommunen mer, enn om det hadde blitt håndtert tidligere.

Sammen med trykkavlasting blir det viktig å lage en god sårprosedyre som alle følger for å sikre kontinuitet i behandlingen. Sykepleier velger å bruke siste oppdaterte prosedyre av stell av decubitus grad 3. Det første hun gjør er å finne frem og klargjøre utstyret (vedlegg 1). Dette gjøres for at alt skal være klart før sårstellet skal begynne. God planlegging hindrer at såret blottlegges unødvendig lenge. Blottlegges såret for lenge kan dette være en inngangsport for bakterier. Hvis sykepleieren for eksempel forlater pasienten etter at hun har tatt av den skitne bandasjen, kan det også føre til at såret blir nedkjølt og uttørket, noe som vil forsinke sårtilhelingsprosessen. Sårskiftet bør foregå på en plass med normal romtemperatur, som vi mener ligger på rundt 20 - 25°C. Dette kan imidlertid variere fra pasient til pasient. I Isaks tilfelle mener vi at det mest optimale vil være å utføre sårstellet i sengen, da han har et sår på sacrum. Sykepleier må derfor sørge for god romtemperatur før sårstell, slik at såret ikke blir ytterligere nedkjølt. God romtemperatur vil også gjøre sårstellet mer komfortabelt for Isak. Ved å utføre prosedyren i sengen vil det gjøre det lettere for sykepleier, samt sikre en riktig arbeidsstilling. Å ligge i sengen under sårstellet vil nok også være det mest behagelige for Isak. Etter at gammel bandasje er tatt av skal såret rengjøres og skylles (vedlegg 1).

I prosedyren står det at det skal skylles med kroppstemperert vann og mild flytende såpe (vedlegg 1). Å bruke såpe er noe ingen i gruppen har erfaring med. Vi er kjent med at det blir brukt olje til for eksempel å fjerne rester av sinksalve i sårkanten. Vi tenker at ved bruk av olje får vi fjernet gammel salve på en skånsom måte, men det vil kanskje ikke være det mest optimale når ny bandasje skal festes. Dette begrunner vi med at olje er vanskelig å fjerne, siden den er vannavstøtende. Oljerester kan ligge igjen på huden, noe som gjør det vanskeligere å feste bandasjen. På den ene siden ser vi at det kan være

mer heldig å bruke såpe for å fjerne rester av kremer og gammelt sårsekret. Såpe vil også fjerne eventuell urin og svette som irriterer huden. På den andre siden tenker vi at såpe kan være med på å fjerne noe av den normale bakteriefloraen. Vi mener derfor at om såpe skal være hensiktsmessig å bruke, forutsetter dette at såpen har en lav pH verdi.

Deretter skylles såret med kroppstemperert NaCl 9 mg/ml. Alternativt kan springvann brukes når pasienten bor hjemme slik som Isak (vedlegg 1). Grunnen til at man skal bruke kroppstemperert vann fremfor kaldt vann vil være å forhindre at såret blir nedkjølt. Nedkjøles såret vil de nydannede kapillærene kontrahere, noe som hemmer sårtilhelingen (Kristiansen og Sætren, 2002:139).

Isak har nekrose i såret. Man skal da først skylle såret godt og deretter klippe bort eventuell løs nekrose. Man skyller såret for å rense det for døde bakterier og dødt vev. Videre må man legge på aktuell bandasje (vedlegg 1). Isaks sår er illeluktende, noe som tyder på at det kan være bakterier i såret (jfr. 4.4). Her ser vi viktigheten av å ta en sårprøve for å kartlegge hvilke bakterier som finnes i såret. Dette spesielt for å utelukke forekomst av den multiresistente bakterien MRSA (jfr. 4.4). Vi tenker derfor at det kan være aktuelt for Isak å bruke sølvbandasje, siden den har en antibiotisk effekt uten å skape resistensproblemer (Lindholm, 2008:207).

I praksisperioden i Namibia opplevde vi denne kulturens sårbehandling.

Vi erfarte at helsepersonell benyttet en salve som het Betadine (vedlegg 2), der hovedingrediensen er jod. Salven ble brukt i behandlingen av alle typer sår, som for eksempel trykksår, brannskader og operasjonssår (vedlegg 2). Jod er et bredspektret antiseptikum som renses opp sår gjennom absorpsjon av sårsekret og dødt vev (Lindholm, 2008:197). Vi har opplevd bruken av denne salven som meget effektiv, så vi stiller oss undrende til hvorfor jodbaserte preparater ikke brukes i Norge? Vi tenker at årsaken til dette kan være at jod er allergi- og sykdomsfremkallende. Vi har søkt i faglitteratur for å finne svar på dette spørsmålet. I litteraturen fant vi informasjon om jodholdige produkter. Her nevnes både fordeler og ulemper ved bruken av jod i sårbehandling. Blant ulempene ved bruken av jod kommer det frem at personer med jod allergi og thyreoidealidelse ikke skal bruke jod. Jod har også som oftest en negativ virkning på det nydannende granulasjonsvevet, derfor skal det brukes kun i en kort

periode på 4-5 dager. Fordelen med bruken av jod er at det har en opprensende funksjon, ved at det absorberer bakterier og væske fra urene sår. Jod vil også være med på å opprettholde et fuktig sårmiljø (Gottrup og Karlsmark, 2008:106). I Namibia opplevde vi ikke vi noen form for kontroll over hvem som skulle få behandling med salven Betadine. Dette til tross for at både bivirkninger og forsiktighetsregler er nevnt i pakningsvedlegget (vedlegg 2). Vi kan se for oss at hvis denne salven skulle blitt brukt i Norge ville kontrollen og eventuelle bivirkninger vært fulgt nøye opp. Vi tror at grunnen til at den ikke brukes i Norge kan være fordi bivirkningene er større enn effekten.

Til slutt i prosedyren skal man beskytte trykkutsatte steder, og smøre inn huden med krem for å gjøre huden smidig (vedlegg 1). Det vil være spesielt viktig at sykepleieren gjør dette hos Isak. Vi begrunner dette med at han er inkontinent og det er da viktig å smøre på en vannavstøtende salve eller en barrierefilm. Dette vil være med på å forhindre at urin tilføres såret (vedlegg 1).

Det er også viktig at det blir avklart hvor ofte sårskiftet skal utføres. Vi har erfart at trykksår skiftes på både daglig og 3 ganger i uken. Så hvor ofte skal et sår skiftes på? Det vi tenker er det mest optimale er å skifte tre ganger i uken. Dette begrunner vi med at ved å skifte daglig vil ikke såret få ro og den rette temperaturen som skal til for at sårtilhelingen settes i gang (Oland, 2001:78). Ved å ta av bandasjen vil det være fare for at det skjøre granulasjonsvevet rives opp (jfr. 4.3). På en annen side kan det være bra å skifte på såret en gang om dagen, om det kommer mye puss og væske som siver igjennom bandasjen. Vi mener at det vil være individuelt og man må derfor vurdere hvert enkelt sår. I Isaks tilfelle mener vi at det beste vil være å skifte 3 ganger i uken. Selv om det er fastsatt at såret skal skiftes på 3 ganger i uken, må man bruke sunn fornuft når bandasjen vurderes. Bandasjen kan for eksempel være gjennomtrukket av sårsekret og urin, og må da skiftes på oftere enn hva sårprosedyren tilsier. Dersom bandasjen er tørr og fin mener vi at det ikke skader at den ligger på lengre, da dette vil være gunstig for dannelse av granulasjonsvev (jfr. 4.3).

For at sykepleieren skal kunne gi Isak en best mulig behandling må hun holde seg faglig oppdatert. Sykepleier må være oppdatert på hva som finnes for å velge riktig behandlingstiltak. Den nyeste behandlingen av decubitus er vakuumenterapi, som har vist

seg å ha god effekt på trykksår grad 3 og 4 (jfr. 4.7). Er dette et aktuelt tiltak for Isak? Vi mener at ved å sette i gang dette tiltaket, så kan hjemmesykepleien tjene mye i form av tid, penger og ressurser. Det positive i form av tid, er at en vakuumpumpe kan være koblet til i opptil 4 dager (jfr. 4.7). Det betyr at den tiden sykepleier ville ha brukt på eventuelle smertefulle sårstell, kan brukes til andre formål. Det vil også være lønnsomt for hjemmesykepleien med tanke på at hyppige sårstell og bruk av bandasjer vil koste mye over tid. Ved å ta i bruk en vakuumpumpe vil såret få ro og det vil igjen fremme sårtilhelingsprosessen (jfr. 4.7). Dette vil så være med på å effektivisere og utnytte ressursene bedre. Forutsetningene for at dette tiltaket skal bli brukt i hjemmet, er at helsepersonellet får en tilstrekkelig opplæring i bruken av apparatet (jfr. 4.7). Vi har ikke erfart vakuumenterapi selv, men har hørt kun positive uttalelser om den type behandling. Hvis vi skal tenke oss til noe negativt med denne behandlingen, vil det være at det kan bli ubehagelig for Isak. Dette fordi han sitter mye og såret er lokalisert på sacrum.

Det finnes mange behandlingsmetoder ved decubitus, derfor vil det være viktig at alle følger en og samme prosedyre. Vi har erfart at sårprosedyrer ikke blir fulgt, og at flere behandler såret på den måten de selv mener er riktig. Dette vil gi dårlig kontinuitet i behandlingen og det blir vanskelig å evaluere den opprinnelige sårprosedyren.

For at et sår skal kunne gro må man ha et riktig sammensatt kosthold, som vil være med på å fremme sårtilhelingen. Kostholdet til Isak bør inneholde proteiner, vitamin A og C, folsyre, jern og sink. (jfr.4.4). Her vil det være sykepleierens ansvar å motivere Isak til å spise matvarer som inneholder disse næringsstoffene. Matvarer som inneholder disse er egg, kjøtt, fisk, frukt og grønnsaker for å nevne noen. Et godt tiltak kan også være å gi Isak kosttilskudd. Vi mener at det også er viktig at han får i seg nok væske. Dette fordi det vil sikre økt blodtilførsel til såret og det omkringliggende vevet (Kristiansen og Sætren, 2002:25).

Pasienter med urininkontinens har lett for å få huden oppbløtt, noe som igjen fører til økt fare for sår (Kristiansen og Sætren, 2002:25). Isak er inkontinent for urin og bruker derfor bleie. Inkontinens og bleiebruk vil være en uheldig kombinasjon ved trykksår, da det fører til et fuktig miljø i bleien og på huden. Dette kan igjen skape friksjon ved at

bleien gnis frem og tilbake, noe som vil være ugunstig for sårtilhelingen. Tiltak som vi mener kan være fordelaktig for Isak er å forsøke uridom, eller kateter over en viss periode, for å forhindre tilførsel av fukt til såret. Ved kateterisering er det alltid en infeksjonsfare til stede (Almås bind 2, 2003:583). Vi mener derfor at uridom kan være det beste tiltaket å prøve i første omgang.

Andre tiltak som kan iverksettes er hyppig skift av bleien. Det vil være viktig at hjemmesykepleien skifter bleie og vasker nedentil ved hvert bleieskift. Ved lekkasje i seng vil det også være viktig å skifte på det bløte. Jo våtere bleie og bandasje er, jo oftere må man skifte på såret. Dette vil være forstyrrende og forlenge sårtilhelingen.

5.5 Evaluering

Sårbehandlingen må evalueres underveis for å sikre at riktig behandling er igangsatt. Tiltakene som er satt i gang må evalueres kontinuerlig, for å se at behandlingen fungerer som den skal og gir ønsket resultat (jfr. 4.8). Dersom behandlingen ikke har effekt må andre tiltak vurderes. For å sikre at behandlingen blir fulgt opp er det viktig at sykepleier dokumenterer. Etter at sykepleier har skiftet på såret til Isak, er det nødvendig at hun skriver ned hvordan hun utfører prosedyren og observasjoner hun gjør i forhold til såret. Observasjoner sykepleier må fokusere på er for eksempel om såret har grodd, om det er noe nekrose og om det har oppstått forandringer siden sist. Dette skal dokumenteres i journal. Helsepersonell har i følge loven plikt til å dokumentere (jfr. 4.8).

Denne type dokumentasjon vil være en subjektiv måte å dokumentere på. Sykepleieren som steller såret gjør sine egne individuelle observasjoner, og det er disse som blir nedtegnet i journalen. Vi har flere ganger opplevd å ha lest i journaler om sår, for så å gå inn til pasienten og se noe helt annet enn det som er beskrevet. Er dette en tilstrekkelig måte for å dokumentere et sår? Her tenker vi at man kan ta i bruk andre hjelpemidler, som for eksempel en klinisk fotograf. Ved å ta et fotografi vil det gi en objektiv vurdering av såret (jfr. 4.8). Hva vil det beste være i Isaks tilfelle? Dokumentere i journal eller benytte seg av en klinisk fotograf? Vi mener at det vil være et godt tiltak å bruke en klinisk fotograf da det vil gi en objektiv vurdering (jfr. 4.8).

Dette både for at helsepersonell og pasienten skal kunne få se et bilde av såret. Ved å ha et bilde av såret vil Isak selv kunne se hvordan såret ser ut, slik at han får en forståelse av problemet, og på den måten bli mer motivert og delaktig i behandlingen. Vi tenker også at det ikke alltid vil være hensiktsmessig å vise såret til pasienten, da det kan virke demotiverende. Det vil derfor være viktig at sykepleier vurderer dette nøye fra pasient til pasient.

Vi kan på en annen side se flere aspekter som må tas hensyn til. Lukt og dybde vil for eksempel ikke komme frem på et fotografi (jfr. 4.8). Et fotografi er slik vi ser det ikke et endelig verktøy og kan derfor aldri erstatte en sykepleiers subjektive vurdering og kliniske blikk. En kombinasjon av disse to kan derfor være det mest optimale, da de kan utfylle hverandre på en hensiktsmessig måte.

6.0 Konklusjon

Vi har i denne oppgaven besvart vår problemstilling som er ”*Hvordan kan sykepleier gi god sårbehandling hos pasienter med decubitus?*”.

For å sikre den beste behandlingen av trykksår er det viktig at sykepleier til enhver tid holder seg faglig oppdatert, da det stadig kommer nye behandlingsmetoder. Sykepleier må være oppdatert på hvilken behandling som finnes, siden behandlingen er individuell. For å finne ut hvilken behandling som skal brukes hos den aktuelle pasient må man først samle data, for deretter å finne ut pasientens problem og ut fra dette utarbeide realistiske mål. Når målene er satt, kan man iverksette tiltak for å nå disse. Gjennom hele prosessen er det viktig at man evaluerer for å se om tiltakene gir ønsket resultat. Under prosessen vil også dokumentasjon være helt nødvendig for å sikre kvaliteten på tiltakene og behandlingen som er iverksatt. Dokumentasjon av trykksår kan gjøres på flere måter. Det er for det første viktig at sykepleier dokumenterer sine observasjoner og tiltak i journalen. Dette må gjøres på en grundig måte slik at alt som er av betydning blir nedtegnet. Man kan også ta i bruk en klinisk fotograf, for å dokumentere såret på en objektiv måte. På denne måten slipper man tolkningsfeil av hva det er man ser. Vi har for eksempel opplevd episoder der nekrose forveksles med puss. Har vi et bilde av såret kan slike situasjoner unngås.

Hovedfokuset i oppgaven har vært behandling av decubitus, noe som omfatter forskjellige behandlingsmetoder, forebygging og ernæring. Forebygging innebærer at man avlaster det trykkutsatte hudområdet, og på den måten hindre at såret utvikler seg og nye oppstår. For at sårtilhelingen skal bli optimal er det også viktig med et godt, variert og næringsrikt kosthold. Behandling av trykksår er ikke bare selve sårstellet, men også en del av et større bilde. Det er viktig at sykepleier ser hele pasienten og ikke bare selve såret. Der det lar seg gjøre bør pasienten involveres i behandlingen. Dette vil være med på å skape trygghet, tillit og en god relasjon mellom sykepleier og pasient.

For at pasienten skal få best mulig behandling er det viktig med et tverrfaglig samarbeid. Der det er mulig vil det optimale være at flere arbeidsgrupper engasjeres i behandlingen, som for eksempel fysioterapeut eller en sårspesialist. Det er også viktig at det stilles en medisinsk diagnose slik at riktige tiltak igangsettes.

Nye problemstillinger som kunne være interessant å jobbe videre med, ville vært vakuumbehandling av trykksår, ernæring og klinisk fotografering i forhold til dokumentasjon av trykksår.

Etterord

Samarbeidet innad i gruppen har fungert svært godt. Vi har jobbet strukturert og målrettet gjennom hele skriveprosessen. De to som var i Norge satte i gang med å samle stoff, artikler og bøker på biblioteket rett etter endt praksis, mens de to som var i Namibia samlet stoff på Universitetets bibliotek. Vi begynte arbeidet med oppgaven så fort de to andre kom hjem fra Namibia. De første dagene bestod av fastsetting av gruppregler og ”brainstorming”. Vi diskuterte oss frem til en problemstilling alle var tilfreds med og tok tidlig kontakt med veileder for å fortelle hva vi ønsket med oppgaven og for å finne ut om vi var på rett spor. Vi har konsekvent valgt å møtes på skolen for å jobbe med oppgaven alle hverdager fra tidlig morgen til ettermiddag. Vi føler at vi har vært disiplinert, ved at alle i gruppa har bidratt og møtt til avtalt tid. Alle i gruppa har hatt like stor deltagelse i utformingen av oppgaven. Til tider har vi stått fast i skrivningen, men vi har da snakket oss frem til en løsning på problemet isteden for å gi opp for dagen.

Vi har valgt å skrive hele oppgaven sammen, i stede for å fordele arbeidsoppgaver. På den måten har vi lettere kunne ta en felles avgjørelse på hva som skulle være med og ikke i oppgaven. Vi har brukt prosjektor under skriveprosessen, dermed har vi i fellesskap fulgt med på hva som ble skrevet og kommet med innspill underveis. I arbeidet med oppgaven har det vært flere diskusjoner innad i gruppen. Vi har derfor vært nødt til å begrunne og argumentere våre meninger for hverandre på flere områder. Her har det faglige spilt en viktig rolle. Vi har oppsøkt litteratur for å finne fram til de riktige løsninger, og for at vi skulle komme til en felles enighet støttet opp av litteratur og forskning. All litteratur og forskning som vi har valgt å bruke har hjulpet oss til å forstå stoffet bedre, slik at vi kunne dra god nytte av det i oppgaven.

Ved å bruke en case har dette bidratt til flyt og en rød tråd, slik at vi har hatt en situasjon å forholde oss til og noe konkret og skrive- og drøfte ut fra. Vi har valgt å ta med en case i oppgaven for å sikre at leseren har kunnet følge vår tankegang, og det vi har ønsket å fokusere på.

Vi har vært ute etter å skrive en oppgave med mest mulig læringsutbytte og rom for utvikling. Vi ville se det store bildet, og forstå at sårbehandling ikke bare dreier seg om å stelle selve såret, men at det er flere faktorer som er avgjørende for god sårbehandling.

Vi hadde i utgangspunktet tenkt å skrive en oppgave om forskjellen på hvordan sårstell utføres i Norge kontra Namibia. Etter at to av oss hadde vært i praksis i Namibia innså vi at dette kunne bli vanskelig, da vi ikke fant tilstrekkelige sårprosedyrer og relevant stoff. Vi valgte derfor å skrive en oppgave der vi i stedet valgte å dra inn noen erfaringer fra vår praksis. Selv om oppgaven ikke ble som først tenkt, føler vi at vi har nådd målet som var å skrive en god og solid oppgave og vi er stolte over sluttresultatet.

Til slutt vil vi poengtere at sykepleiefaget stadig vil være under utvikling, og vi har derfor et ansvar for å holde oss faglig oppdatert. Selv om vi snart er ferdig utdannede sykepleiere, er vi likevel ikke utlært!

Litteraturliste

Almås, Hallbjørg (2003) *Klinisk sykepleie bind 2* (3. utg.).

Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, Olav (2008) *Metode og oppgaveskriving for studenter*

Gyldendal Norsk Forlag AS

*Fleming, Carol (2007) Clinical Photography in wound management, I: *Journal of visual communication in medicine*. Vol 30 Issue 1, p 32 – 35 [online], URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=15&sid=5a00f6e0-131c-4184-9337-e30630c0236a%40sessionmgr11&bdata=JmxvZ2lucGFnZT1sb2dpbi5hc3Amc2l0ZT11aG9zdC1saXZl#db=afh&AN=25136011#db=> (21.04.2010)

*Gottrup, Finn og Tonny Karlsmark (2008) *Sår – baggrund, diagnose og behandling* (2. utg.). København: Munksgaard Danmark

Helsepersonelloven (2001) *Lov om helsepersonell*, paragraf 39.[online]

Lovdata. URL: <http://lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (21.04.2010)

*Kristiansen, Barbro og Ragnhild Sætren (2002) *Behandling av kroniske sår - prosedyrehåndbok*

Akribe Forlag

Kristoffersen, Nina Jahren m.fl. (2006) *Grunnleggende sykepleie bind 1* (1. utg.).

Gyldendal Norsk Forlag

Kristoffersen, Nina Jahren m.fl. (2005) *Grunnleggende sykepleie bind 4* (1. utg.).

Gyldendal Norsk Forlag AS

*Langøen, Arne (2006) *Huden – pleie, pleiemidler og sårbehandling* (3. utg.).

Gyldendal Norske Forlag AS

*Lindholm, Christina (2008) *Sår* (2. utg.).

Akribe Forlag AS

*Moen m.fl. (2002) *Dokumentasjon og informasjonshåndtering*

Akribe Forlag

*Oland, Ingunn (2001) *Sår og sykepleie*

Universitetsforlaget

PPS, praktisk prosedyrer i sykepleietjenesten, digitaldokumentasjonsbase med tilgang via Class Fronter, Akribe. [online], URL:

<http://home.ppsnett.no/visProsedyre.aspx?pn=92&mn=1> (12.04.2010)

*Rodrigue, Debra (2006) Enhanced quality for oncology surgical patient with vacuum-assisted closure (vac) therapy, I: *Oncology nursing forum*. Vol 33 Issue 2, p 482 – 483 [online], URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=11&sid=8f4d4d48-bc5c-4779-9b12-33d403f354e6%40sessionmgr14&bdata=JmxvZ2lucGFnZT1sb2dpbi5hc3Amc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=afh&AN=26746962> (21.04.2010)

* = selvvalgt litteratur

Vedlegg 1: Såreprosedyre til 3. grads decubitus

- Kartlegg pasientens risiko for å utvikle trykksår
- Ta pasienten med til et egnet sted for skifting
 - o Påse at rommet har normal romtemperatur og at vinduer er lukket
 - o Skjerm pasienten
- Klargjør utstyr
 - o Finn fram nødvendig utstyr
 - o Utfør håndhygiene
- Fjern gammel bandasje og eventuelt sårplater / plastfilm
 - o Ta på stellefrakk / plastforkle og hansker
 - o Fjern gammel bandasje og eventuelle sårplater eller plastfilm som har løsnet eller er skrukkete, og kast alt i avfallsposen.
 - o Ta av hansker og utfør håndhygiene
- Rengjør huden og skylt såret
 - o Ta på hansker
 - o Rengjør hudområdet med kroppstemperert vann og mild flytende såpe
 - o Skylt såret med kroppstemperert sterilt NaCl 9 mg/ml (med kroppstemperert vann på sår med fast sårbunn hvis prosedyren utføres i hjemmet)
- Ved trykksår uten nekrose, eventuelt med granulasjonsvev: unngå å tørke sårbunnen
 - o Ikke tørk sårbunnen
 - o Klapp / tørk huden forsiktig inn mot sårkanten med ren kompress
- Ved trykksår med nekrose: skylt såret og klipp bort løs nekrose
 - o Skylt såret med kroppstemperert sterilt NaCl 9 mg/ml
 - o Klipp forsiktig bort eventuell løs nekrose. Den som klipper nekrose, skal ha erfaring og kompetanse
- Legg på aktuell bandasje
 - o Legg på skumbandasje, hydrofiberbandasje, sårgel og / eller hydrokolloid sårplate.
 - o Ikke stapp og dytt bandaser ned i sårhuler!
 - o Fest bandasjen med en sekundærbinding

- Beskytt trykkutsatte steder
 - Bytt til rene hansker, de brukte kastes i avfallsposen
 - Beskytte trykkutsatte steder med hydrokolloid sårplate eller semipermeabel platfilm
 - Smør inn huden med hudkrem og eventuelt vannavstøtende salve eller barrierefilm
 - Fjern brukt utstyr og rydd opp
 - Ta av hansker og stellefrakk / plastforkle og utfør håndhygiene
- Lag pleieplan og sett i verk tiltak for å forebygge nye trykksår
 - Dokumenter i pasientjournal (PPS)

Vedlegg 2: Pakningsvedlegg til Betadine

SCHEDULING STATUS: **S0**

PROPRIETARY NAME: **BETADINE®**
ANTISEPTIC OINTMENT
(AND DOSAGE FORM) **(OINTMENT)**

COMPOSITION:
Each 1 g contains povidone-iodine 100 mg, equivalent to 10 mg available iodine in a water soluble base.

PHARMACOLOGICAL CLASSIFICATION:
A 13.1 Antiseptics, disinfectants, cleansing agents

PHARMACOLOGICAL ACTION:
Povidone-iodine is a multivalent broad spectrum local antiseptic having bactericidal and fungicidal properties. The effect on vegetative cells of various bacteria and fungi is due to the liberation of free iodine from the complex. Many viruses, protozoa, yeasts, cysts and spores are also susceptible.

INDICATIONS:
As an antiseptic in:
Skin infections
Decubitus ulcers
Wounds, cuts and abrasions
Burns
Postoperative wounds

CONTRAINDICATIONS:
Sensitivity to povidone-iodine. Povidone-iodine should not be used on patients with non-toxic nodular colloid goitre. Application to large areas of broken skin should be avoided as excessive absorption of iodine may occur.

WARNINGS:
1. Not to be used by persons who are allergic to iodine.
2. Not to be used in pregnancy or by lactating women.

DOSAGE AND DIRECTIONS FOR USE:
The affected area should be cleaned and dried. Apply **BETADINE ANTISEPTIC OINTMENT** liberally and cover with a dressing or bandage. **BETADINE ANTISEPTIC OINTMENT** may be used as often as required.

SIDE EFFECTS AND SPECIAL PRECAUTIONS:
Hypersensitivity and local irritation may occur. However, if irritation, swelling or redness occur, discontinue treatment and consult your physician. Hypothyroidism may occur after topical application to neonates. Absorption of povidone-iodine may interfere with thyroid function tests.

KNOWN SYMPTOMS OF OVERDOSAGE AND PARTICULARS OF ITS TREATMENT:
Systemic effects include metabolic acidosis, hypernatraemia and renal impairment. These effects could occur if applied to large areas or denuded skin. Treatment is symptomatic and supportive.

IDENTIFICATION:
BETADINE ANTISEPTIC OINTMENT is an amber coloured ointment, having a characteristic iodine odour.

PRESENTATION:
Plastic tubes of 25 g and plastic jars of 500 g.

STORAGE INSTRUCTIONS:
Store below 25 °C.
KEEP OUT OF REACH OF CHILDREN.

REFERENCE NUMBER:
G1574 (Act 101/1965)

NAME AND BUSINESS ADDRESS OF THE APPLICANT:
Adcock Ingram Limited
3011 William Nicol Drive
Bryanston
Private Bag X69
Bryanston 2021
www.adcock.co.za

DATE OF PUBLICATION OF THIS PACKAGE INSERT:
23 January 1987

Under license from: Mundipharma AG, Switzerland

252933
02/2008
BRITEPAK

(Pakningsvedlegg til Betadine® Antiseptic Ointment)