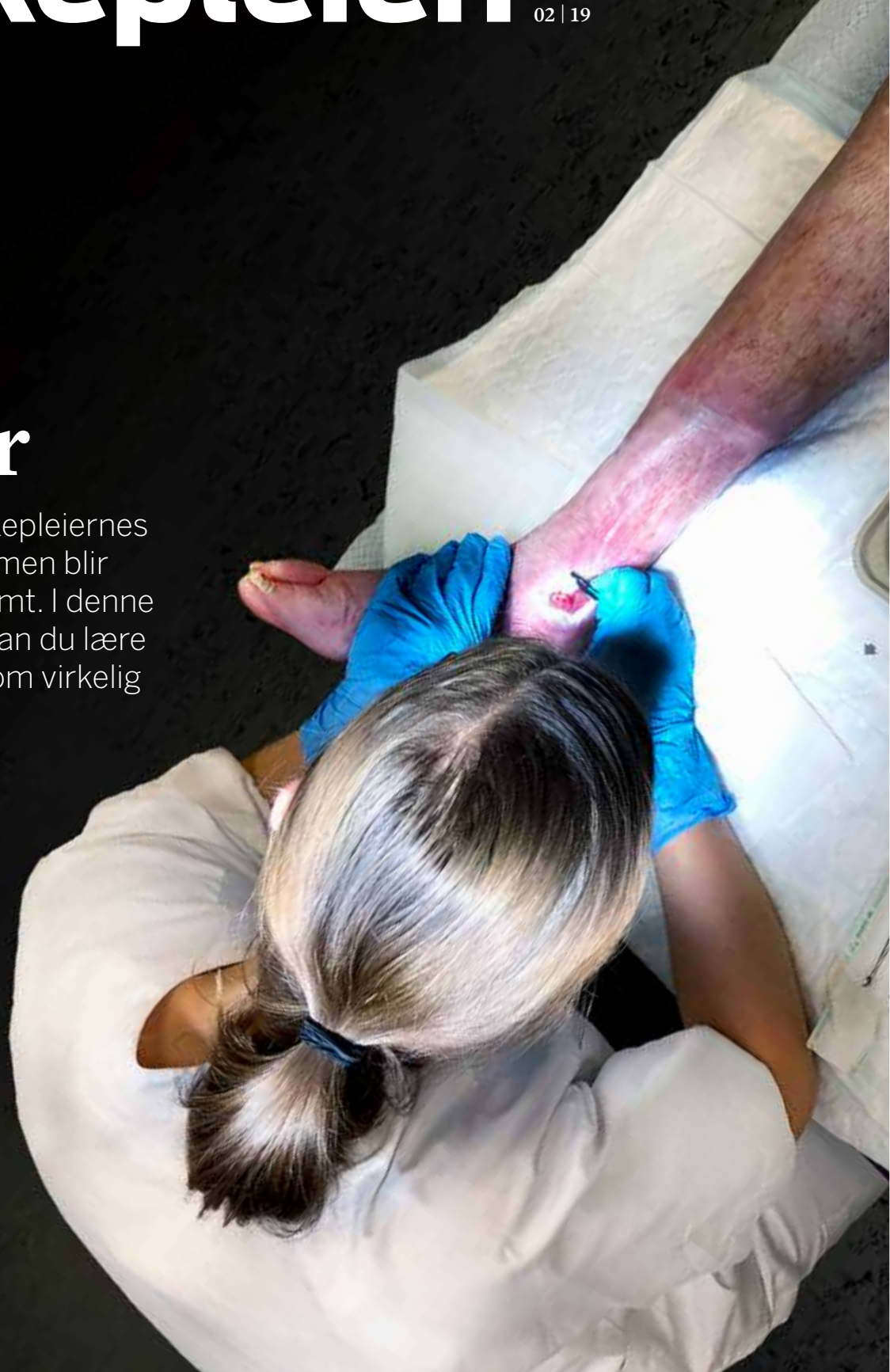


Sykepleien

02 | 19

#sår

Sår er sykepleiernes domene, men blir ofte forsømt. I denne utgaven kan du lære av dem som virkelig kan det.



Sedix[®]

Demper mild uro - letter innsovning

Omtrent en tredjedel av den voksne befolkningen rapporterer om søvnevansker i perioder¹. Mange strever med å sovne om kvelden. Det kan være ulike grunner til dette, men for noen dreier det seg om indre stress og uro. Virkestoffet i det plantebaserte legemiddelet Sedix (*passiflora incarnata*), har gjennom årtier vært benyttet til behandling av uro og innsovningsvansker.



- ✓ Virker beroligende
- ✓ Letter innsovning
- ✓ Ingen påvist avhengighet

 Reseptfritt på alle apotek

Sedix[®]

Plantebasert sedativum. Beroligende.

TABLETTER, filmdrasjerte 200 mg: Hver tablett inneh.: Tørket ekstrakt av pasjonsblomst (*passiflora incarnata*) 200 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel til bruk hos voksne og barn >12 år for å lindre milde symptomer på uro, som nervøsitet, bekymring eller irritabilitet, og for å lette innsovning. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon. **Dosering:** Lindring av mild uro: 1-2 tabletter morgen og kveld. Lette innsovning: 1-2 tabletter om kvelden, 1/2 time før leggetid. **Administrering:** Tas sammen med rikelig væske. Bør ikke brukes >6 måneder i strekk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn <12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. Samtidig bruk av syntetiske sedativer (f.eks. benzodiazepiner) anbefales ikke, med mindre anbefalt av lege. **Graviditet, amming og fertilitet:** Utilstrekkelig data. Anbefales ikke under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Seponeringsbivirkninger er lite sannsynlig. Ingen bivirkninger er rapportert. **Overdosering/forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel. **Pakning:** 28 stk. blisterpakning. Sedix SPC, sist endret: 30.08.2016

Referanser: 1 Bjorvatn et al. Insomni. Tidsskrift for Norsk Legeforening 2009;129:1766-8.

Sana Pharma Medical AS | Enebakkveien 117 A, 0680 Oslo | Tlf: 21 95 07 40 | E-post: post@sanapharma.no | www.sanapharma.no



Noen ganger
trenger såret
litt ekstra hjelp
for å gro

Kollagen -
imiterer
menneskelig
hud

Cutimed® Epiona – kollagenbandasje

Cutimed® Epiona er et innovativt sårkontaktlag som binder MMP¹, stimulerer granulasjonsvevet og sårhelingsprosessen. Produktet fungerer som et reisverk i oppbyggingen av nytt vev. Cutimed® Epiona kan brukes i alle kroniske sår og består av 90% naturlig kollagen og 10% kalsiumalginat og er dermed svært lik vår egen hud. Produktet kan brukes sammen med alle typer sekundærbandasjer.

Studier viser at Cutimed® Epiona reduserer sårflaten med 40 %² i løpet av tre uker og bidrar til raskere tilheling, noe som medfører tidligere mobilisering, reduksjon i behandlingstid og kostnader.

1. MMPs: Matrix metalloproteinase

2. Post-Marketing Surveillance Study Evaluating the Effectiveness of Cutimed® Epiona in Chronic Non-Healing Wounds. Data on file.

Cutimed® Epiona



Nyhet i
 + APOTEK 1



Mellommåltider som gir hverdagskrefter

Næringsstett mat og drikke fra TINE som har vært servert i sykehus og på sykehjem i flere år. Nå kan også hjemmeboende eldre med dårlig matlyst få kjøpt den smakfulle produktserien i apotek.

Som en del av et variert og balansert kosthold og sunn livsstil bidrar proteiner til å bygge og bevare muskelmasse.

www.epluss.no



BEHANDLING SKAL IKKE VÆRE EN SMAKSAK

Opptil 70 % av kreftpasienter opplever smaksforandringer under behandling¹. Dette kan ha en negativ påvirkning på ernæringsstatus og føre til vekttap.²

Bitre, metalliske og andre smaker som kan forårsake **kvalme**, samt en følelse av **munntørret**, er vanlige bivirkninger etter cellegift eller strålebehandling.³⁻⁵

Nutricia introduserer derfor 3 spesialtilpassede smaker i Nutridrink Compact Protein porteføljen – **Kjølede Røde Bær**, **Varmende Tropisk Ingefær** og en **nøytral** variant som er utviklet for å imøtekomme de smaksforandringene kreftpasienter opplever under behandling.

Produktene er utviklet i samarbeid med kreftpasienter.

For å lese mer om hvordan produktene virker gå til www.nutricia.no





**Kun et
rent sår
kan gro**

Effektiv
debridering

Cutimed® DebricClean – Rask og enkel debridering

Grundig debridering danner grunnlaget for god sårbehandling. Debrideringspadden har en myk og en ru del som gjøre det mulig å debridere alle typer nekrose og fibrin. Cutimed® DebricClean binder bakterier og fjerner biofilm på en effektiv og skånsom måte og bidrar dermed til raskere sårheling.

Cutimed® DebricClean

Innhold 02 2019 #sår

Leder: Sårene ingen vil ha s. 08
– Sår har lav prestisje s. 10

Sårskolen

Ansvar for pleie og behandling av sår hviler i dag tungt på sykepleierne. Har du kunnskapen inne?

Les fagartikler av lærere og forskere ved landets to eneste sårutdanninger på høyskolenivå, og reportasjer og intervjuer med dyktige klinikere.

LES OM:

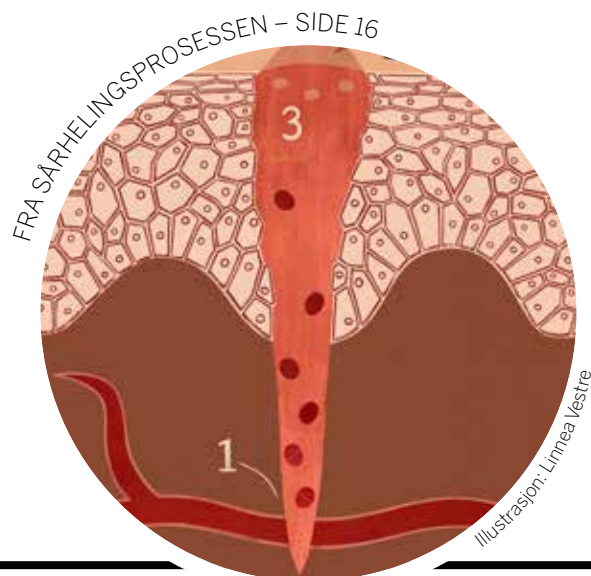
Sårheling og diagnostisering	s. 16, 28 og 30
Sårvurdering	s. 36
Infeksjon og biofilm	s. 44
Reportasje fra kurs i debridering	s. 50
Sårsmarter	s. 56
Et trykksårs vei mot heling	s. 60
Diabetesfoten	s. 70
Sår rundt stomien	s. 76
Valg av bandasjer	s. 82
Trykkavlastende madrasser	s. 89

Politikk og praksis

Dårlige finansieringsordninger, uklare retningslinjer og avvik i behandlingen. Hva skal til for å få sårbehandlingen til å gå på skinner?

LES OM:

Avvik i behandlingen	s. 92
Sår i feltsykepleie	s. 98
Pasientskadeerstatning ved sår	s. 100
Finansiering av sårbehandling	s. 102
Stortingspolitikker etterlyser pakkeforløp	s. 106
Sårsykepleie i primærhelseteam	s. 108



Sårene ingen vil ha

Smerter, infeksjoner og amputasjoner. Det er ikke bagateller elendig sårbehandling fører med seg.

• **Tekst** Liv Bjørnhaug Johansen, temaredektør

Normalt er det slik i helsevesenet at når vi står ovenfor en skade eller lidelse vi selv ikke kan så mye om, så sender vi problemstillingen til noen som har kompetanse på akkurat dette. Denne utreder seg frem til en diagnose og lager et opplegg vi alle forholder oss til videre. Sånn sikrer vi at pasienten får riktig behandling. Men jeg hadde ikke vært sykepleier mer enn en måned før jeg skjønnte at når det kommer til sår, gjelder ikke denne arbeidslinja.

Jeg tok imot en slagpasient som var «funnet på bade-gulvet». Der hadde han ligget på varmekablene i to døgn. Dermed hadde han fått noen sår som var trykksår,

men med svarte skorper i, som en forbrenning eller en tørr nekrose.

Jeg caller vakthavende lege – en nevrolog. Han var åpenbart like usikker som meg, men også langt mindre interessert og mente at dette var sykepleiegreier som jeg sikkert ville finne ut av.

Jeg ringte sårpoliklinikken, men de hadde lange ventelister og tok ikke imot inneliggende pasienter.

Jeg hentet så inn noen motvillige kollegaer, og sammen diskuterte vi litt. Noen mente det svarte var nekroser og måtte bort. Andre mente svarte nekroser kunne bli – det var gule som måtte fjernes. «Du må tilføre fukt», sa en. «Nei, tørt i tørt og vått i vått», sa en annen. Men ingen

Sykepleien

02 2019 #sår

Ansvarlig redaktør: Barth Tholens

Temaredektør: Liv Bjørnhaug

Johansen tlf. 97632910,

liv.bjornhaug.johansen@sykepleien.no

Fagredaktør: Eli Smedstad

Design: Nina Elisabeth Hauan Hauge

Illustrasjoner: Linnea Vestre

Journalister: Ann-Kristin Bloch Helmers,

Marit Fonn, Eivor Hofstad, Nina Hernæs,

Sissel Vetter og Ellen Morland

Forsidefoto: Hilde Rebård Evensen

Desk: Ellen Morland og Signe Marie Flåt

Grafisk: Nina Elisabeth Hauan Hauge

og Sissel Vetter

Mer om redaksjonen: Se sykepleien.no

Repro og trykk: Ålgård Offset AS

Takk til Edda Johansen og Arne Langøen

for initiativ og faglige innspill.

Utgivelsesdato: 4. april

Organ for Norsk Sykepleierforbund

PB 456 Sentrum, 0104 Oslo

Tlf 994 02 409



var sikre, og noen passende prosedyrer fant vi ikke. Til slutt skar en hjelpepleier gjennom og la på en bandasje hun mente ville rense såret, daterte og skrev «Ikke rør». De andre trakk seg unna. «Observeres videre», skrev jeg ullent i pleieplanen.

Det er vanskelig å se for seg at noen liknende ville ha hendt om pasienten hadde kommet inn med et brudd, eller egentlig noe som helst annen skade.

Sårbehandlingen preges av en vilkårlighet som er ganske enestående i somatikken. For hva styrer valgene dine når du står og kikker inn i det overfylte bandasjeskapet? Tilfeldig informasjon fra forrige gang en bandasjeforhandler hadde kurs på avdelingen? Tips fra en kollega? Og hvordan vurderer du om tiltakene du gikk for, var de rette når ingen systematisk har dokumentert endringene i såret?

Det hefter åpenbart noe ved sår som gjør at det ikke har fått noen ordentlig plass i vårt prosedyrestyrte og kvalitetsbevisste helsevesen. «Jeg kan telle på to hender de legene som er ordentlig interessert i sår», sier sårlege Marcus Gürgen til Sykepleien i et intervju i denne utgaven.

Sår er sykepleiernes domene. Men heller ikke i sykepleierutdanningen har sår noen stor plass. Vi lærer på

«Hva styrer valgene dine når du står og kikker inn i det overfylte bandasjeskapet?»

Liv Bjørnhaug Johansen, temaredeaktør



ingen måte nok til å kunne ivareta det store ansvaret vi faktisk har. Tilbudet til pasienter med kroniske sår er høyst varierende. Ventelistene er lange, og henvisningene til spesialistene kommer gjerne sent. Konsekvensene er smerter, funksjonsnedsettelse, infeksjoner og amputasjoner. Det er ikke bagateller.

Heldigvis finnes det en hel del sykepleiere, og noen leger, som er virkelig gode på sår. I denne utgaven har vi latt dem få dele, vise og fortelle hva du skal følge med på, hva du kan gjøre selv og hvem du absolutt må henvisse videre.

Pasientene treffer vi ofte. Bandasjeskapene er fulle av avansert utstyr. Har vi kunnskapen og systematikken i arbeidet inne, kan vi spare pasientene våre for mye lidelse. ●

ANNONSE

FOR HELSEPERSONELL



Twinrix
Hepatiitt A- og B-vaksine

www.twinrix.no

Juni 2018: NOR/TWI/0003/17a
©2018 GlaxoSmithKline group of companies. All rights reserved.

– Sår har lav prestisje

– Sårpasienter får ikke den behandlingen de trenger eller har krav på, sier lege Bodo Günther.

• **Tekst og foto** Eivor Hofstad

Man kan telle sårbehandlende leger på to hender, og vi blir raskt utbrent. Vi får så mye telefoner og blir nedsauset i arbeid, sier Bodo Günther.

– Sår har lav prestisje blant norske leger, slår han fast.

Günther er seksjonsoverlege ved kirurgisk seksjon ved Stord sjukehus, Helse Fonna HF, og den eneste mannen i styret til NIFS (Norsk interessefaggruppe for sårheling) hvor både sykepleiere, leger og fotterapeuter er medlemmer.

– **Hvorfor er det så lite prestisjefyllt?**

– Jeg vet ikke, for det er jo spennende å få det til å gro! Det er ingen andre fagområder hvor forskjellen kan ses så tydelig etter en vellykket behandling. Men området var lenge sykepleierstyrt, og leger har ikke sett på det som en legeoppgave. I andre land er dette i ferd med å forandre seg. Forhåpentligvis kommer Norge etter, sier Günther.

DÅRLIG FOREBYGGING

Han mener Norges helsevesen er dårlig på sårbehandling, for eksempler på fotsår hos diabetikere.

– Helsedirektoratet har bestemt at

alle diabetessår skal behandles på sykehus, men pasientene blir likevel ikke henvist. Og noen steder er det ikke engang et tilbud ved sykehuset. Ingen leger er interessert, sier Günther.

Og som om det ikke er nok at vi i Norge er dårlig på sårbehandling, legger Günther til at vi er enda dårligere til å forebygge sår.

– Diabetikere blir henvist for seint, først når fotsåret er oppstått. Retningslinjene sier at fastlegene SKAL sjekke diabetikere for fotsår en gang i året, men kun 35 prosent av diabetespasientene får denne oppfølgingen.

Han hevder at det er et stort potensial i å forebygge:

– Studier viser at vi kan forhindre 85 prosent av fotsårene til diabetikere hvis vi forebygger bedre.

VAGT OM DIABETES-FOTTEAM

Bodo Günther synes for øvrig at retningslinjene til Helsedirektoratet er altfor forsiktede. Der står det at alle helseforetak bør etablere diabetes-fotsårteam.

– Det burde ha stått «må», i stedet for «bør», mener Günther bestemt.

Han satt i arbeidsgruppen som

utarbeidet forslag til nye retningslinjer for forebygging og behandling av diabetiske fotproblemer.

– Flertallet i gruppen ville at det skulle stå «må». Men Helsedirektoratet sa nei.

Et fotteam er gjerne behandlere sammensatt av ulike faggrupper, som ortoped, karkirurg, infeksjonsmedisiner, endokrinolog, sårsykepleier, fotterapeut og ortopediingeniør.

Günther antar at Norge kun har fem–seks ordentlige fotteam, slik de skal være ut fra internasjonale retningslinjer.

– Alle spesialitetene skal vurdere pasienten sammen, som et team, og diskutere planen der og da, sier han.

I en artikkel i Tidsskriftet for Den norske legeförening fra 2017 kom det frem at under halvparten av norske sykehus har diabetes-fotsårteam. Av 41 sykehus som svarte på undersøkelsen, rapporterte 17 å ha diabetiske fotsårteam. Og få av dem brukte skriftlige rutiner for utredning og/eller et sårklassifiseringssystem.

RISIKO BØR HENVISES

Retningslinjene anbefaler at diabetikere med høy



KVINNEDOMINERT: Det er flest kvinner som bryr seg om sårbehandling, skal man dømme etter deltakerlisten på årets NIFS-kongress som gikk av stabelen i Oslo i februar. Bare 34 av de 482 kongressdeltakerne var menn (7 prosent), og av de 34 mennene var 13 der som foredragsholdere, slik som Bodo Günther.

risiko for å få fotsår bør henvises til spesialisthelsetjenesten.

– Det er også litt svakt. De bør alltid henvises videre, og sykepleiere skulle hatt henvisningsrett for alle typer sår. Det har de i Trondheim. Der kan til og med pasienten ringe sjøl og bestille time hos spesialisthelsetjenesten, sier Günther.

Men på ett punkt var Helse- direktoratet enig med arbeidsgruppen om at det ikke skal være noe slingringsmonn: Alle diabetikere med sår skal henvises videre.

NORGE VERSUS ANDRE LAND

Bodo Günther ramser opp noen eksempler på at Norge gjør det

«Det er jo spennende å få det til å gro!»

Bodo Günther, lege

dårligere enn andre land i Europa:

- I Tyskland får alle diabetikere tre årlige fotterapitimer dekket av det offentlige. I Norge får de ingen.
- I Norge utføres det hvert år rundt 500 amputasjoner på diabetikere (481 i 2016 og 519 i 2017), mens i Sverige, som har dobbelt så mange innbyggere som Norge, amputeres det årlig 700. Günther hevder

det er fordi diabetikere med sår følges bedre opp i Sverige.

- I England er kompresjonsstrømper, som kan forhindre venøse leggsår, på blå resept. I Norge må pasientene betale av egen lomme.

– Slike ting varierer fra land til land. I noen europeiske land får sårpatientene alle bandasjene kostnadsfritt, mens i andre land er det egenandel, sier Günther.

– DEN NYE PARIAKASTEN

– Sårpatientene er den nye pariakasten, og finansieringen er kanskje det området innen sårbehandling som fungerer dårligst, sier Arne Langøen, sykepleier og

dosent ved institutt for helse- og omsorgsvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet.

SYKEPLEIERANSVAR

Men det er ikke bare elendighet. I 2008 ble det på oppfordring fra NIFS opprettet videreutdanning for sykepleiere og vernepleiere i behandling av kroniske sår ved høyskolene i Drammen og Haugesund.

– Det er kanskje det viktigste Norge har gjort de siste årene. Ansvaret hviler tungt på sykepleierne nå. Vi samarbeider godt og snakker samme språk. Det går den riktige veien hvis bare flere leger kan bli interessert i sår, sier Bodo Günther.

Arne Langøen forteller at det foregår en del spennende initiativer rundt om i Norge.

– Blant annet har Stavanger universitetssykehus opprettet en sårdiagnostisk poliklinikk, som er ment som en forløper til sårpoliklinikken som kommer i det nye sykehuset, sier han.

– DEPARTEMENTET HAR VALGT Å SITTE MUSESTILLE

Men den virkelige løsningen tror Langøen er politisk:

– Kun Helse- og omsorgsdepartementet kan gjøre en vesentlig forskjell på kort sikt. Da tenker jeg dels på å få en finansieringsløsning, så vi ikke får dette svarteperspillet om hvem som skal betale for behandlingen, og dels på at departementet kan bidra til en ryddigere organisering av virksomheten, så vi slipper diskusjoner om for eksempel hvem som skal behandle



«Sårpatientene er den nye pariakasten.»

Arne Langøen, sykepleier og dosent ved HVL

diabetikere. Men departementet har valgt å sitte «musestille» og håpe det hele går over.

DEPARTEMENTET UTREDER FINANSIERINGSANSVAR

Statssekretær Anne Grethe Erlandsen i Helse- og omsorgsdepartementet svarer dette til Arne Langøens påstand:

– Departementet har så langt vurdert at det ikke er grunnlag for å gjøre endringer i finansieringen for sårprodukter spesielt. Helsedirektoratet har imidlertid fått i oppdrag å utrede et bedre system for fordeling av finansieringsansvar av medisinsk utstyr mellom spesialisthelsetjenesten og folketrygden. Direktoratet skal også utrede endringer i regelverket for

TILFELDIG OG MANGELFULL:

– Organiseringen av omsorgen for sårpatienter og opplæringen av helsepersonell er tilfeldig og til dels mangelfull, sier sykepleier og dosent Arne Langøen ved Høgskulen på Vestlandet.

folketrygdens finansiering av medisinsk forbruksmateriell. Dette skal skje i løpet av 2019.

– HAR IVERKSATT TILTAK – Finnes det planer for forbedringer på de områdene Bodo Günther nevner, der Norge ligger dårligere an enn andre europeiske land?

– Vi har iverksatt flere tiltak som skal gi et bedre tilbud for personer med kronisk sykdom og sammensatte lidelser. Det gjelder blant annet for personer med behandlingkrevende sår og personer som er i risikozonen for å utvikle sår som følge av underliggende sykdom. I tillegg har regjeringen lagt frem Nasjonal diabetesplan, hvor det overordnede målet er å forbedre helse- og omsorgstjenestens arbeid med å forebygge, følge opp og behandle personer med diabetes, svarer Erlandsen i en e-post og legger til:

– Mange helseforetak og enkelte kommuner har opprettet egne sår- og diabetespoliklinikker. Hvert år holdes det en rekke kurs for sykepleiere, allmennleger og deres medarbeidere om sårbehandling, og det er en egen videreutdanning innen sårpleie for personer med høyskoleutdanning. •

FAKTA

Sår i tall

Hvor mange kroniske, ikke-helende sår?

Den anslås at det til enhver tid er rundt 50 000 personer med kroniske sår i Norge. Men Norge har ikke noe eget register for dette, det har derimot Sverige, og det er gjort undersøkelser i andre land i Europa. Der viser det seg at 1–2 prosent av befolkningen har kroniske sår – derav tallet 50 000 (som trolig er noe lavt, da Norges befolkning nå har passert 5 millioner).

Kilde: NIFS v/Turid Thune, UIB, og Marcus Gürgen

Hvor mange diabetiske fotsår?

Prevalensen av diabetiske fotsår i Skandinavia varierer i ulike studier mellom 3 og 8 prosent, ifølge Tidsskrift for Den norske Legeforening.

Hvor mange trykksår?

Forekomsten av trykksår hos pasienter i Norge:

- 18 prosent på sykehus
- 25 prosent på sykehjem

Kilde: Skogestad m.fl., Bredesen m.fl. Og Hansen m.fl.

Hvor mange sårsykepleiere?

- Det er utdanning for sårsykepleiere i Haugesund og Drammen. Utdanningene ble opprettet i 2008.
- På Universitetet i Sørøst-Norge (Drammen) ble det i januar opprettet et engelsk emne i Wound Care and Prevention. Det har 11 studenter, og eksamen er i mai 2019. Studiet er nettbasert med samlinger.

Antall sårsykepleiere utdannet hittil i Norge:

- Haugesund (Høgskulen på Vestlandet): 421 fullført (t.o.m. 2017)
- Drammen (Universitetet i Sørøst-Norge): 242 fullført (t.o.m. 2017) – 24 studenter er i tillegg meldt opp til eksamen våren 2019

SUM: **663** sykepleiere har sårutdanning i Norge per i dag

ANNONSE

EN NY LØSNING MED SILENTIA SKJERMSYSTEM

Oppdag med **StoryPanels™**



«Et bilde sier mer enn tusen ord». Det kan til og med ha en beroligende og stimulerende effekt. Det er grunnen til at Silentia utviklet StoryPanels, en ny funksjon i Silentia-systemet for foldeskjermer og et effektivt hjelpemiddel for helsepersonell, pasienter og pårørende. Et barn som ligger på sykehus, er langt hjemmefra og må forholde seg til ukjente fjes. Men så begynner en sykepleier å snakke om de fargerike bildene med planeter og gøyale figurer. Dermed settes barnets fantasi og forestillingsevne i sving. Fokus skifter til noe nytt og positivt.

Kontakt oss i dag for mer informasjon, eller se StoryPanels på silentia.no.



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

Avalon Medical AS • Tel: 23 03 63 70

info@avalon-medical.no • www.avalon-medical.no
www.silentia.no

Finne ledige stillinger på

sykepleien.no



Aukra kommune

SYKEPLEIER

Aukra Omsorgssenter

100 % i heimetenesta, natt
100 % x 2 i institusjonstenesta

SØKNADSRIST:
30.04.19

STED:
AUKRA



Kunnskap for en bedre verden

**FØRSTEAMANUENSIS/
UNIVERSITETSLEKTOR**

Ved Institutt for samfunns-
medisin og sykepleie (ISM)

SØKNADSRIST:
09.04.19

STED:
TRONDHEIM



Oslo
universitetssykehus

INTENSIVSYKEPLEIER

Engasjement, vikar ved PO/
intensiv i Akuttklinikken

SØKNADSRIST:
30.12.19

STED:
OSLO



PERSONAL ASSISTANT

Do you want to see the
world as a personal
Wellbeing Assistant?

SØKNADSRIST:
20.04.19

STED:
MIDT-ØSTEN



MELØY
kommune

SYKEPLEIERE

Flere ledige stillinger
Fast, engasjement, vikar

SØKNADSRIST:
24.04.19

STED:
MELØY



Kunnskap for en bedre verden

**FØRSTEAMANUENSIS/
UNIVERSITETSLEKTOR**

Ved Fakultet for medisin og
helsevitenskap

SØKNADSRIST:
09.04.19

STED:
TRONDHEIM



Karlsøy
kommune

SYKEPLEIER

100 % i
hjemmesykepleien

SØKNADSRIST:
10.04.19

STED:
VANNØY

Scan qr-kode for flere
ledige stillinger på nett



Følg eller lik oss
på Facebook,
så får du sakene
rett inn i feeden

– men vil du ha
full oversikt og
nyhetene
før alle andre:
gå til

sykepleien.no

Sårskolen

Ansvaret for pleie og behandling av sår hviler i dag tungt på sykepleierne. Har du kunnskapen inne?

Sårhelingsprosessen – enkelt forklart.

Fagartikkel av Arne Langøen og Marcus Gürgen s. 16

«Alt det som omgir mennesket i hverdagen, kan virke inn på sårhelingen».

Reportasje fra sårpoliklinikken s. 22

Hva er en sårdiagnose, og hvorfor trenger vi den.

Fagartikkel av Arne Langøen og Marucus Gürgen s. 30

Bruk verktøyet TIMES til å vurdere sår strukturert.

Fagartikkel av Edda Johansen, Lena Leren, Ida Marie Bredersen og Guro-Marie Elken s. 36

Dette må du vite om biofilm.

Fagartikkel av Arne Langøen og Marcus Gürgen s. 44

Debridering av sår. Reportasje s. 50

Hvor vondt er det å ha langvarige leggsår?

Intervju s. 56

Seks måneder med trykksår. Reportasje s. 60

Hva kan du om diabetesfoten? Reportasje s. 70

Stomi og sår. Reportasje s. 76

Slik velger du riktig bandasje.

Fagartikkel av Edda Johansen, Lena Leren, Ida Marie Bredersen og Guro-Marie Elken s. 82

Slik velger du riktig madrass.

Fagartikkel av Edda Johansen, Lena Leren, Ida Marie Bredersen og Guro-Marie Elken s. 89

DEBRIDERING AV SÅR – SIDE 50



SÅRKLINIKKEN – SIDE 22



STOMI – SIDE 76



DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2019.74698

Hovedbudskap

Sårhelingsprosessen er grunnlaget for å forstå hva som skjer når et sår gror, men den er også viktig for å forstå hva som skjer når et sår ikke gror. Prosessen er komplisert og deles inn i ulike faser. Hvordan såret behandles, styres blant annet av hvilken fase såret er i.

Nøkkelord

- Sår
- Kroniske sår
- Ikke-helende sår
- Kirurgi
- Fysiologi

Sårhelingsprosessen – enkelt forklart

Det er viktig å forstå helingsprosessen, også når et sår ikke gror.



Arne Langøen
Dosent, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet



Marcus Gürgen
Allmennlege i spesialisering, Kvinnesdal legesenter, og overlege / spes. gen. kirurgi ved Kirurgisk avdeling, Sørlandet sykehus, Flekkefjord

På mennesket kan sår og skader hele på to ulike måter, enten ved regenerasjon eller ved reparasjon (1). Regenerasjon betyr at vevet heler til tilstanden det var i før skaden oppsto, mens reparasjon betyr at skaden leges, men det dannes arr.

Dersom skaden kun innebærer skade på epidermis og øvre del av dermis, kan kroppen regenerere skaden. Eksempler på dette er annengrads brannså, annengrads dekubitus og gnagsår. Er skaden dypere enn dermis, vil skaden bli reparert (1).

Dersom det utføres operasjon på et foster intrauterint, vil skaden uansett regenerere dersom operasjonen er før 22.–24. svangerskapsuke. Etter dette mister fosteret

evnen til å regenerere skader dypere enn dermis (2).

SÅRHELINGSPROSESSEN

Det er vanlig å dele sårhelingsprosessen inn i ulike faser. En måte å forstå sårheling på, er å dele den inn i to faser: en fase der det primært foregår opprenskning og reparasjon, og en fase der vevet heler (2).

Et sår som blir ikke-helende, stanser i den første fasen og kommer ikke videre. I den opprenskende fasen kan vi som sårbehandlere bidra aktivt med å rengjøre og debridere såret. I helingsfasen, derimot, skal såret ha ro, fuktighet og sjeldne skift. Debridering skal bare unntaksvis gjennomføres.

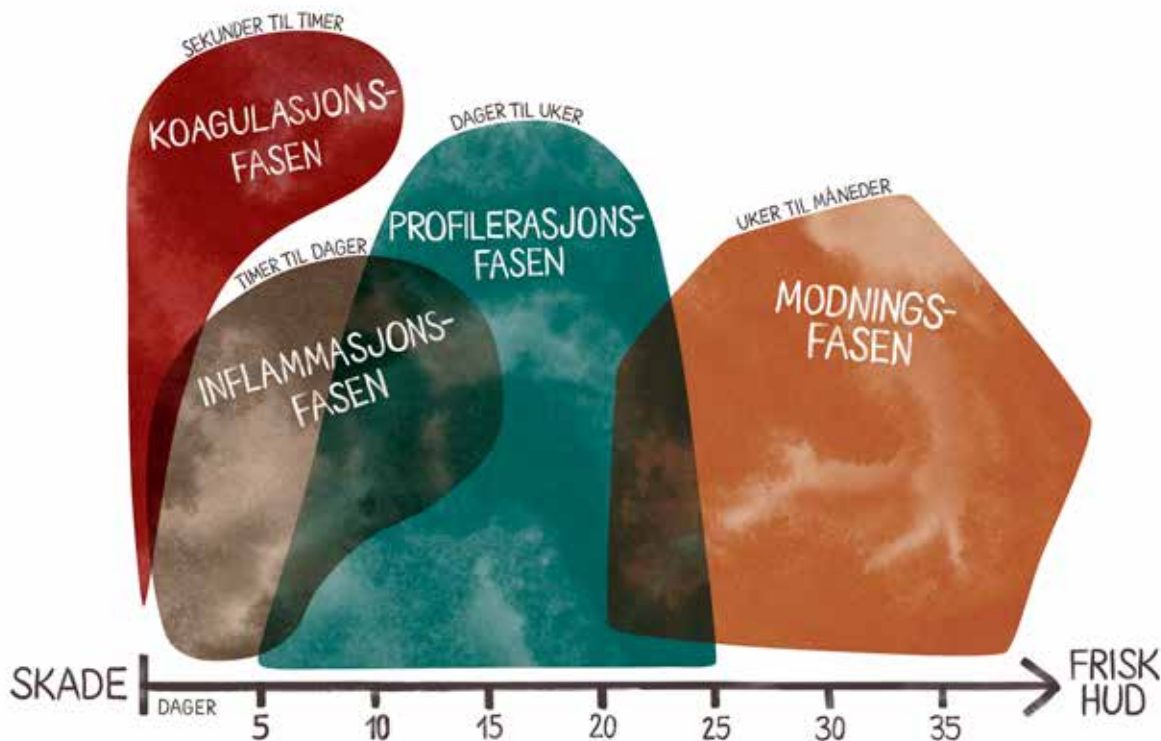
Det vanligste er imidlertid å dele sårhelingen inn i fire faser. Heretter

tar vi derfor utgangspunkt i sårhelingsens fire faser (2):

- koagulasjonsfasen
- inflammasjonsfasen (rengjøringsfasen)
- proliferasjonsfasen (nydannelsesfasen)
- modningsfasen

KOAGULASJONSFASEN

Når skade oppstår, enten på grunn av et planlagt, kirurgisk inngrep eller som et resultat av en skade, vil kroppen umiddelbart forsøke å stanse blødningen. Blodkarene kontraherer, og blodplater strømmer til det skadede stedet for å stanse blødningen. Blodplatene lager en plugg som tetter skadede blodkar.



SÅRHELINGENS FIRE FASER: Først må blodet stanses, så må såret rengjøres. Deretter dannes grunnsubstans, som fyller såret, før det til sist lukkes. Illustrasjon: Linnea Vestre

I det videre forløpet av koagulasjonsprosessen dannes det en mer solid plugg bestående av fibrin. Allerede i denne fasen frigis det vasoaktive stoffer, som histamin, samt vekstfaktorer. Vekstfaktorer er signalmolekyler som styrer og koordinerer reparasjonsprosessen.

Som en konsekvens av skaden på blodkar reduseres blodforsyningen til området. Denne reduksjonen fører til relativ hypoksi i såret og området rundt. Denne hypoksien har en signalfunksjon og informerer kroppen om at det er oppstått skade, og at reparasjonsprosessen må starte (3). Når den relative hypoksien opphører, stopper sårhelingsprosessen opp.

INFLAMMASJONSFASEN

Denne fasen kalles også rengjøringsfasen. Når blødningen er stanset, kan kroppen starte opprensningen i såret. Da trengs det mer blod. Blodkarene utvider seg og blir utette. Det siver ut væske fra blodkarene (4). Denne endringen i blodkarenes funksjon skjer som følge av økt tilgang på mastceller og dermed også histamin.

Alle som har vært gjennom et kirurgisk inngrep, vet at på den første postoperative dagen blir området rundt suturene rødt og hovent. Det er et signal om at opprensningen og reparasjonen har startet.

Store mengder hvite blodlegemer kommer til området, særlig granulocytter og makrofager, men også noen lymfocytter. Granulocytene skal

«På mennesket kan sår og skader hele på to ulike måter, enten ved regenerasjon eller ved reparasjon.»

angripe mikrober som befinner seg i sårområdet. Granulocytter gjenkjenner bakterier som inntrengere og dreper mikroorganismene. Makrofagene renser såret for rester etter celledøde og bakteriedrap.

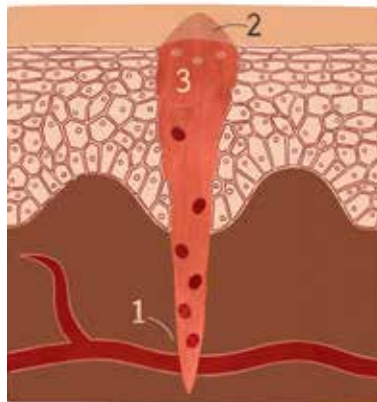
Begge celletypene styrer sårhelingen og produserer vekstfaktorer,

- › cytokiner (signalmolekyler som fremmer inflammasjon) og proteinaser (blant annet MMP, matriks metalloproteinaser) (5). Proteinaserne løser opp skadet vev, men også overskytende bindevev som lages under reparasjonsprosessen.

Når dødt vev er løst opp, veksten og utbredelsen av bakterier er under kontroll og det foreligger en ren sårflate, starter første delen av oppbyggingen. Oppbyggingen av vevet forutsetter bedre tilgang på oksygenrikt blod. For å oppnå dette, stimulerer makrofagene, via utskillelse av cytokiner, til dannelse av nye blodkar (angiogenese). Nye blodkar skal erstatte de skadede karene.

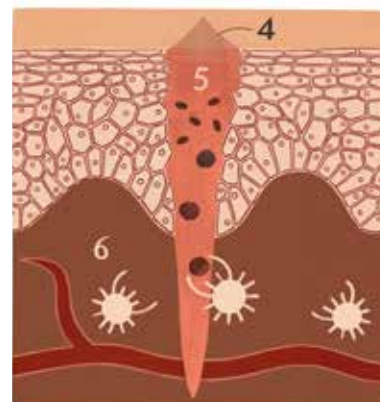
Angiogenesen er i tillegg en forutsetning for at det skal dannes granulasjonsvev. Fibroblastene, celler som produserer kollagen og elastiske fibre, danner kollagen type III, som fylles i såret. Dette kollagenet er midlertidig og blir erstattet av mer fullverdig kollagen av type I senere i forløpet (1).

FIGUR 1. Sårhelingsprosessen. Sårhelingen er en komplisert prosess som vanligvis deles inn i fire faser. Illustrasjon: Linnea Vestre



KOAGULASJONSFASEN:

1. Ved blødning settes trombocytterne fri.
2. Dannelse av en plateplugg.
3. Lokal vasodilatasjon, frigivelse av kjemotaktiske faktorer.



INFLAMMASJONSFASEN:

4. Pluggen stabiliseres.
5. Nøytrofile granulocytter renser såret.
6. Makrofager fester seg til ekstracellulær matriks.

PROLIFERASJONSFASEN

Denne fasen kalles også nydannelsesfasen. I denne fasen skal det skadede sårområdet fylles opp. De nye

blodkarene og kollagenet er allerede nevnt, men fibroblastene danner også grunnsubstans, som fyller sårhulen (2).

De nye blodkarene og grunnsubstansen er forberedelse til å danne granulasjonsvev. Grunnsubstans og bindevev er helt avgjørende for dannelsen av epitelvev, som etter hvert skal gro over såret.

Granulasjonsvevet består av forskjellige typer celler, slik som fibroblaster, celler som har evnen til å lage ulike typer vev (blant annet kapillærer, nerver og fettvev), samt immunceller (lymfocytter, makrofager og granulocytter).

Friskt granulasjonsvev uten skader gir god beskyttelse mot bakteriell infeksjon. Derfor er det viktig å behandle dette vevet med forsiktighet. Kompresser som setter seg fast i såret, skader granulasjonsvevet når bandasjene fjernes, noe

ANNONSE

Wima-labben:

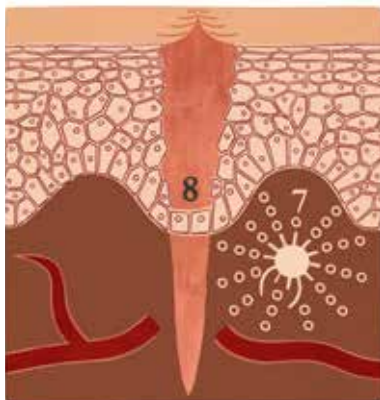
Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

- Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår
- Bedrer mulighetene for sårleging
- Behagelig i bruk - luftig, lett, stabil og varmeisolerende
- Les mer på wima.no

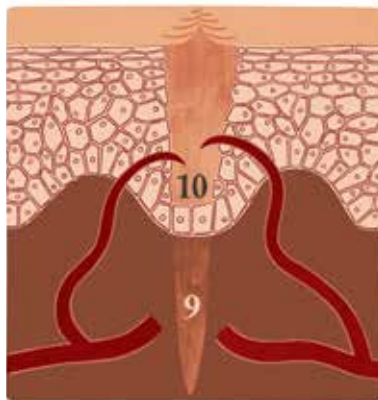
Wima® produkter

Tlf. 71 51 42 84 / 469 16 693 - wima@wima.no

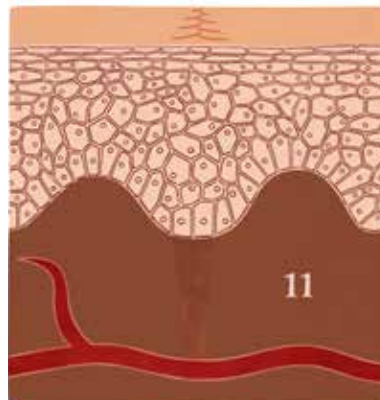


**INFLAMMASJONSFASEN:**

7. Aktiverte makrofager frigjør vekstfaktorer og cytokiner.
8. Vekstfaktorene tiltrekker fibroblaster.

**PROLIFERASJONSFASEN:**

9. Fibroblaster prolifererer og deponerer kollagen.
10. Neovaskularisasjon, sårkontraksjon.

**MODNINGSFASEN:**

11. Remodellering.

som gir økt risiko for infeksjon (4).

Når såret er fylt med granulasjonsvev, kan epiteliseringen starte. Keratinocytene danner hudceller, som vokser inn fra kantene. Når det foreligger en delhudsskade, kan epitel også vokse ut fra rester av sårsekker, talgkjertler og svettekjertler. Forutsetningen for at epitelet skal kunne vokse, er at granulasjonsvevet ikke er for svullent.

Når granulasjonsvev blir for stimulert, dannes det hypergranulasjonsvev (1). Dette er vev som er hovent og lettblødende, og som vokser høyere enn sårkanten. Det er ikke mulig for epitelvevet å vokse inn over det hovne vevet. Hypergranulasjon må derfor behandles før det er mulig å oppnå fullstendig epitelisering av såret.

MODNINGSFASEN

Såret lukkes nå ved hjelp av to

mekanismer. Den ene er sammen-trekning (kontraksjon) av såret (1). Da trekker sårkantene seg sammen, og arealet som skal fylles med granulasjonsvev og epitel, blir redusert. Myofibroblastene er ansvarlige for denne delen av sårlukkingen.

«Oppbyggingen av vevet forutsetter bedre tilgang på oksygenrikt blod.»

Den andre mekanismen er arrdannelse. Såret fylles med et tynt lag epitel over den resterende sårflaten. Hud har et høyt innhold av kollagen, og denne typen vev trenger lang tid for å oppnå tilfredsstillende styrke. Vi regner at styrken i dette vevet aldri kommer

over 85 prosent av normal styrke, og det tar 6–12 måneder å oppnå denne styrken (2).

Det første kollagenet erstattes da med mer funksjonelt kollagen (kollagen type I), som er med på å bygge styrken i vevet. MMP er involvert i denne prosessen ved å bryte ned overflødig og midlertidig kollagen (6). Det er denne prosessen som tar så lang tid. Mens tarmen, som har lite kollagen, har normal styrke etter ti dager, trenger huden et år på å oppnå tilnærmet opprinnelig styrke.

Over tid vil også arrvevet skrumpe, noe som i de fleste tilfeller er gunstig. Unntaket er blant annet sirkulære sår rundt armen, foten eller på kroppen – da kan arrskumpningen føre til redusert funksjonalitet. Arrets farge endres også fra rødt til hvitt. Arrvevet er uten talg- og svettekjertler, og det

- › mangler melanocytter, så det dan-
ner ikke pigment. Arr skal derfor
beskyttes mot sterkt sollys.

Noen ganger slutter ikke kroppen
å danne arr; vi får det som kalles et
hypertrofisk arr. Arret fortsetter da
å vokse en tid etter at såret er lukket.
Hypertrofisk arr vil etter hvert
minke igjen, og etter et år vil arret
være tilnærmet normalt. Det fore-
ligger ikke noen god forklaring på
hvorfor det dannes hypertrofiske arr,
men vi vet at dype brannså, infiserte
sår med forlenget helingsfase og sår
i områder med stort strekk og drag

på såret har høyere risiko for å danne
hypertrofiske arr (1).

En annen variant er keloide arr.
Disse arrene er også hypertrofiske,
men de vokser ut over området der
det engang var sår. Arret blir større
enn det opprinnelige såret (1). Det
er ulike mekanismer bak disse to
fenomenene. Hudtype 6 (mørk hud)
har større risiko for å utvikle keloide
arr enn lysere hudtyper. •

Fagartikler sendes inn via
<https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>

REFERANSER

1. Martin M. Physiology of wound healing. I: Flanagan M. red. Wound healing and skin integrity. 1 utg. West Sussex: Wiley-Blackwell; 2013.
2. Langøen A, Gürgen M. Sårbehandling, generelle prinsipper. I: Langøen A, red. Sårbehandling og hudpleie. 5 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
3. Chambers AC, Leaper DJ. Role of oxygen in wound healing: a review of evidence. J Wound Care. 2011;20(4):160-4.
4. Melby BØ. Sårhelingsprosessen. I: Bermark S, Melby BØ, red. Sår og sårbehandling. København: FADL; 2017.
5. Young A, McNaught C-E. The physiology of wound healing. Surgery (Oxford). 2011;29(10):475-9.
6. Caley MP, Martins VL, O'Toole EA. Metalloproteinases and wound healing. Adv Wound Care (New Rochelle). 2015;4(4):225-34.

ANNONSE

NÅR ET SÅR ER INFISERT,
ER DET FOR SENT Å FOREBYGGE

Det er da det
virkelig
begynner
å koste.



SORBACT® INFEKSJONSFOREBYGGENDE^{1,2} BANDASJE ALLEREDE FRA STARTEN

Et infisert sår kan føre til forsinket tilheling med lengere behandlingstid og kostnader, samt tid borte fra jobb og familie. Sorbact® kan brukes for å forebygge sårinfeksjoner ved naturlig å redusere den mikrobielle belastningen i sår. Gjennom den unike Sorbact®-teknologien bindes bakterier og sopp irreversibelt til kontaktflaten og fjernes når bandasjen byttes. Sorbact® er også godt egnet til behandling av allerede infiserte og vanskelig tilhelende sår.³

Les mer om våre forskjellige
Sorbact®-bandasjer på abigo.no.

LES MER PÅ
ABIGO.NO



Referanser: 1. Skinner R, Hampton S. The diabetic foot: managing infection using Cutimed Sorbact dressings. Br J Nurs. 2010 Jun 10-23;19(11):S30, S32-6. 2. Data on file. 3. Von Hallern B. Treatment of over 1500 critically contaminated and infected wounds by using hydrophobic dressings thus reducing the use of systemic antibiotics and antiseptics. EWMA 2007/P 108.



ABIGO Medical AS · Eidsbergveien 43 · 1811 ASKIM · Tel: 911 36 332 · abigo.no

Sorbact® is a registered trademark of ABIGO Medical AS

2019-29

Sårhelingsprosessen i bilder

Tekst Arne Jostein Langøen **Foto** Monika Dybdahl

En heroininjeksjon satt utenfor blodbanen har gitt dette såret. Her kan du se sårhelingen på nært hold.



BEHANDLINGSSTART: Heroininjeksjon utenom blodåren har ført til skade på vevet og dannelse av nekrose.

DAG 4: Noe av det nekrotiske vevet er avstøtt.



DAG 11: Alt nekrotisk vev er avstøtt, og det er begynnende granulasjonsvev i nedre del av såret. Det er i ferd med å bli et helende sår.



DAG 14: Det skjer to ting i såret. Delvis fylles det med granulasjonsvev og delvis reduseres sårets overflate.



DAG 20: Såret fylles gradvis med granulasjonsvev. Det er fortsatt ingen tydelig innvekst fra sårkantene.



DAG 25: Sårets flate er nå ferdig dekket med granulasjonsvev, og det er tydelig innvekst både øverst i såret og nederst i såret. Det har nå gått 28 dager siden skaden.



DAG 34: Granulasjonsvevet dekkes gradvis med epitel.



DAG 53: Såret er dekket med epitelvev og må ansees som helet.

– Det er litt som en krimsak, vi forfølger mange spor

Ett var et uskyldig skrubbsår som oppsto ved en fortauskant.

Et annet har seiglivet klamret seg fast i 35 år.

Det er som en detektivjobb å finne ut hvordan sår som ikke gror, skal heles, synes sårsykepleierne.

Tekst Sissel Vetter • **Foto** Hilde Rebård Evensen

Takk for nå, ha det bra!

En eldre dame kommer haltende ut fra dørnummer 59 på sårpoliklinikken på Diakonhjemmet sykehus. Hun har to ulike sko. En med borrelås og en med lisser.

Bak døren har to sykepleiere gjort seg klare for nestemann.

Rolf Kragerud er 89 år. Han er henvist av fastlege. Det er første gang han er her.

FØRSTE TIME

Rolf Kragerud ligger på behandlingsbenken uten sokker. Begge beina har tær i mange ulike farger – nyanser av rødt og gult, men også noe svart. Alle ti er farget.

– Men det er rart, for det hele startet på hælen, forteller han.

Han rykker til, spesielt når sykepleieren forsiktig prøver å rense såret mellom tærne ved hjelp av pinsetten. Han drar luft inn mellom tennene, holder pusten.

– Det gjør fryktelig vondt, sier han.

– Rolf, jeg vet det er forferdelig vondt. Prøv å slappe av, sier sårsykepleier Eva Kronholm Heiberg.

Heiberg har gjort dette utallige ganger før. Med 20 års erfaring som sårsykepleier, og som leder av Sårfaggruppa på Diakonhjemmet, har hun sett flerfoldige ulike sår.

SÅR NEDENFOR KNEET

Ved hjelp av blodtrykksmåling på leggen bekreftes de



SMERTEFULLT: Blodtrykksmålingen som sårsykepleier Eva Kronholm Heiberg og Vilde Groth Pettersen utfører på leggen, bekrefter at Rolf Kragerud har en arteriell svikt i beina.

kliniske observasjonene. Kragerud har en arteriell svikt i beina. Etter tilsyn av kirurg henvises han til rask karkirurgisk utredning. Han har gått lenge uten hjelp.

De fleste leggsår skyldes venøs svikt. Arterielle sår oppstår når blodtilførselen i beina er for dårlig. Slike sår er som regel svært smertefulle, og dersom de ikke behandles, kan de i verste fall føre til infeksjon, gangren og amputasjon.

EN «SÅR SAMTALE»

Etter sårbehandlingen snakker sykepleier Heiberg litt med Kragerud om livssituasjonen hans. Sårene tar plass, også i hverdagen. Og han sover dårlig med smertene.

– Rolf, får du mosjonert litt?

– Jeg prøver å gå litt i trappene, men det tar sin tid. Alt tar tid. Vi bor i leilighet og kan heldigvis ta heisen fra kjelleren og opp.

Han fortsetter:

– Jeg har en kone hjemme, men hun ser ikke lenger. Så det er jeg som gjør alle innkjøp og lager måltidene.

– Men hvordan vil det bli hvis du må legges inn på sykehus noen dager da, lurer sykepleieren på.

Kragerud beroliger sykepleieren med å forklare at de får hjelp av sønnen.

– MED LEGE TIL STEDE KAN VI GJØRE MER

– Vi har sårpoliklinikk hele uken, sier sårsykepleier Heiberg.

FAKTA

Leggsår

- Mange forskjellige sykdomstilstander kan føre til vanskelig helende leggsår, og ofte er det et resultat av flere årsaker. Sårene kan oppstå av et ubetydelig traume. Vanskelig helende leggsår er vanligst hos personer over 65 år. Det er flest kvinner som får leggsår. Omtrent 2 prosent av befolkningen får vanskelig helende leggsår i løpet av livet, og rundt 0,6 prosent har til enhver tid et slikt sår
- 72 prosent av alle vanskelig helende leggsår er venøst betinget, 12 prosent er arterielle sår, 10 prosent er sår med venøs og arteriell komponent, mens resten ikke er forårsaket av sirkulasjonsforstyrrelser

Typiske trekk ved venøse leggsår:

- Lokalisert fra nedre tredjedel til under mediale malleol
- Ofte ett enkelt sår med ujevne sårkanter
- Såret er ofte overflatisk, er dekket med fibrin (gult klebrig belegg) og væsker ofte
- Det er ofte hevelse i fot og legg, eksem og pigmentering

Typiske trekk ved arterielle leggsår:

- Lokalisert på tær, fot og distale del av leggen
- Ofte flere sår med helt avgrensede sårkanter
- Sårene er ofte dype og kan være dekket med gul og svart nekrose
- Huden rundt er ofte blek, kald og blålig
- Såret og beinet er smertefullt, særlig ved elevasjon

Kilde: Langøen, A og Gürgen, M (2012) Forebygging og behandling av sår. Etiologisk inndeling. I: Langøen, A (red.) Sårbehandling og hudpleie. s. 251–314. Oslo: Gyldendal Akademisk Lindholm, C. (2012) Sår. Oslo: Akribe

» På kirurgisk poliklinikk er det fem sykepleiere som jobber med sår, fire av dem med videreutdanning. Stort sett jobber to sykepleiere med sårbehandling gjennom hele dagen. Poliklinikken er sykepleierdrevet med egen «timebok».

– Det betyr at vi kan planlegge godt for de pasientene som kommer til oss, sier Heiberg.

– Vi har økter med lege til stede hver fjortende dag. Slike økter ønsker vi flere av. Med en lege til stede kan vi gjøre flere planlagte prosedyrer. For eksempel legge hud på såret når det er behov for det.

Poliklinikken har også en tverrfaglig fotpoliklinikk som mottar diabetespasienter. Da skal ortoped, indremedisiner, sårsykepleier fra kirurgisk poliklinikk, diabetes-sårsykepleier fra medisinsk poliklinikk



SKRUBBSÅR

Det startet med et lite sår (til venstre) i juli for snart to år siden for Wenche Nordtømme. Slik har et av sårene utviklet seg til i dag (til høyre). Foto: Privat / Hilde Rebård Evensen

og ekstern ortopediingeniør være til stede.

– Det er ikke mine ord, men vår indremedisiner mener at sårsykepleierne på fotpoliklinikken har reddet føttene til mange diabetikere.

– Pasientene våre er fra 16 år og oppover, men det er klart, det er flest eldre mennesker som kommer til oss.

Målgruppen bekreftes når neste pasient ankommer.

STARTET MED ET LITE SÅR

En liten spinkel dame har satt seg på behandlingsbenken.

Benken heises opp.

Nå er det sårsykepleier Vilde Groth Pettersen som tar frem saks og pinsett. Timen til 76 år gamle Wenche Nordtømme kan begynne.

– Det vil jo ikke gro, sier Nordtømme.

Hun fortsetter:

– Tror du det kan ha noe med kostholdet å gjøre, Vilde?

Nordtømme er på fornavn med begge sårsykepleierne.

Såret til 76-åringen så ut som et venøst leggsår da hun kom til sårpoliklinikken for første gang i juli. Men etter utredning hos karkirurg ble dette avkrefte. Såret har vært til stor plage i snart to år.

Det startet med at Nordtømme snublet i en fortauskant i Frankrike. Hun fikk et lite skrubbsår på leggen og brakk håndleddet. Hun tok det ikke så alvorlig. Hun fokuserte på å få håndleddet i orden.

– Får du noen gang et sår, så ikke tenk som meg at «pytt, pytt det er jo bare et sår, det ordner seg», sier den lille damen.



KLARGJØRES FOR KOMPRESJON: Såret til 76 år gamle Wenche Nordtømme behandles. Sårsykepleier Vilde Groth Pettersen er forsiktig, men nøye.

SYSTEMISKE SYKDOMMER VIRKER INN PÅ SÅRHELING

– Med systemiske sykdommer må sårene behandles riktig. Alt kan ikke behandles med antibiotika, slik det først ble prøvd på deg, sier Pettersen.

Nordtømme har fått påvist systemisk lupus (SLE).

– Jeg har jo falt en million ganger i løpet av livet og fått sår, men alt har jo ordnet seg fint, sier hun.

– Ja, men dette såret, som du fikk da du nylig falt igjen, er i samme område som det vi har fått til å gro, og da har du ikke så sterk hud. Huden er ikke klar for å takle nye traumer, svarer Pettersen.

– Og så er vi blitt enige om at du skal spise godt, Wenche. Det er viktig at du får i deg nok proteiner. Selv om ernæring alene ikke ordner opp i alt. Det er en kombinasjon, sier kollega Heiberg.

Hun fortsetter:

– Det er litt som en krimsak, vi forfølger mange spor på samme tid. Får vi det ikke til, ser vi på nye

«Får du noen gang et sår, så ikke tenk som meg at «pytt, pytt det er jo bare et sår, det ordner seg.» Wenche Nordtømme, pasient

muligheter. Slik er det også med sårheling.

Nordtømme, som er tidligere advokat, nikker bekreftende. Nesten i takt med saksen som Pettersen bruker for å klippe opp den gamle kompresjonen med.

KOMPRESJONSTEKNIKK

– Når vi skal ta av Coban 2, som er kompresjonen vi bruker, kan vi ta litt krem på tuppen for å få saksen til å gå langs huden uten å lage nye sår, sier Pettersen.

Sårsykepleieren forklarer mens hun behandler såret:

– Vi må ta vare på huden rundt såret. Først vasker vi



35 ÅR MED SÅR: Thone Marie Van Deurs er 58 år, men har hatt venøst betinget leggsår i 35 år. Her fjernes nekrose av sårsykepleier Vilde Groth Pettersen.

- › med mild såpe, så går vi over med vann. Leggen smører vi med krem der vi ikke skal feste med bandasje. Det er viktig å vaske mellom tærne og tørke godt etterpå.

Klart for kompresjon: To ruller. Og to lag. Innerlaget som beskytter og ytterlaget som lager kompresjon.

– Vi starter med å legge fra basis av tærne og fortsetter over fotryggen. Det er for å få bandasjeringen til å gå den veien som er naturlig for foten. Fra ankelnivå legges det sirkulært opp til rett under knehasen.

Nordtømme skyter inn:

– Så likte jeg godt det du gjorde forrige gang, ikke så stramt over vristen.

– Ja, det kommer mye an på hvilken utforming foten har og hvilken hevelse den har. Og du har jo høy vrist. Ved området der man er redd for å lage trykksår, som ved benframspring, kan man forebygge trykk ved å legge et ekstra lag polstring.

Sykepleieren fortsetter:

– Når jeg legger ytterlaget, skal jeg å ha full strekk. Riktig



Skann QR-koden og se sårsykepleier Vilde G. Pettersen utføre kompresjon av venøst leggsår.

teknikk er å holde rullen helt inntil beinet, hele tiden.

– I prinsippet kan denne kompresjonen ligge i en uke, informerer hun.

MYE KAN PÅVIRKE SÅRHELINGEN

Sykepleierne Heiberg og Pettersen snakker med pasientene om alt, ikke bare såret.

– Mange pasienter kan ha samme årsak til et sår, men de er jo totalt ulike individer, sier Heiberg.

Alt det som omgir mennesket i hverdagen, kan virke inn på sårhelingen. God hjelp med riktig ernæring, trening, underliggende sykdommer, medisiner, og

hjelp til røykestopp og tilbud om hjemmesykepleie er alle viktige faktorer å ta med.

– Vi prøver å sette av god tid. Sårbehandlingen tar den tiden den tar, men like viktig er det å kartlegge pasientens livssituasjon. Det holder ikke å tenke at vi har en prosedyre, og så lenge vi følger den, er vi reddet.

– Det viktigste med sårbehandling er å få stilt en diagnose i samråd med lege, så vi vet på hvilket grunnlag vi skal behandle, sier Heiberg.

Hun legger til:

– Enormt mye av sykepleiernes tid går med til å behandle sår. Da er det viktig at sårene er blitt diagnostisert riktig på forhånd, så sårene ikke behandles feil. Feil kompresjonsstyrke kan skape nye sår i form av trykksår.

På sårpoliklinikken er målet å behandle pasientene så raskt som mulig og helst smertefritt.

– Vi ønsker å se progresjon. Vi lykkes ofte, men noen pasienter går rundt med sår altfor lenge.

Noe som er tilfellet for neste pasient som sitter klar bak dør 59.

35 ÅR GAMMELT SÅR

Thone Marie Van Deurs har tatt plass på undersøkelsesbenken. Hun er 58 år gammel. Såret hennes er 35 år gammelt.

Leggsåret er venøst betinget, samtidig har hun diabetes. Såret sitter langt nede på leggen. Det er stort. Men det har vært større. Det har dekket nesten en tredjedel av leggen. Nå har hun gått på sårpoliklinikken på Diakonhjemmet i litt over ett år.

På pc-en er såret dokumentert med bilder. Sår-sykepleierne Heiberg og Pettersen sammenlikner bilder fra januar.

TRANSPLANTASJON OG AMPUTASJON

– Siden du var her sist har vi notert oss at det er mer nytt vev å se. Hva synes du selv, Thone?

– Litt fuktig, men det er vel ikke noe nytt, svarer hun.

– Ja, vi har et problemområde her som vi ikke helt får til. Bak malleolen er det mye arrvev, sier Heiberg.

Hun peker på området rundt såret:

– Vi har tatt hudbiter fra låret ditt. Og lagt på her.

– Ja, jeg blir snart et lappeteippe, ler Van Deurs.

– Bare de ikke kutter beinet av meg er det greit for meg, fortsetter hun.

– Ja, i 2004 tenkte man at du måtte amputere, så det er godt at du har begge beina. Og med et sår som er veldig mye mindre, svarer Heiberg.

SÅR ER IKKE FIRKANTET

Sykepleieren måler såret med papirlinjal.

– Det er ikke så lett å måle et sår, det er jo ikke akkurat firkantet.

Såret måler cirka det samme som forrige gang. 3,5 x 1 cm.

– Men det som er helt tydelig, er at såret er for fuktig. Det ser man på sårkantene.

Hun stikker nesen ganske nært såret. Lukter.

– Jeg mistenker ikke infeksjon, utover for mye væsning. Men så lenge det er så fuktig som nå, har vi et problem. Det gror sakte, og enhver form for hudtransplantasjon vil løsne, sier Heiberg.

«Vi tar litt krem på tuppen for å få saksen til å gå langs huden uten å lage nye sår.»



Vilde Groth Pettersen, sår-sykepleier

– Vi må tenke på om vi skal justere på bandasjen. Den bør suge i henhold til væskemengden og redusere eventuell bakteriebyrde.

Såret behandles. Kompresjon med to lag coban legges nøye på.

Heldigvis er livskvaliteten bedre enn før. Kompresjonen Van Deurs får nå, gjør at hun kan ta på sko og gå fint selv. Det er ingenting som lukter eller siver igjennom.

Benken heises ned.

Van Deurs forsvinner inn bak forhenget i hjørnet av rommet og kommer ut med sko på. To av samme sort.

– Ha det fint, vi ses!

For sår-sykepleierne Heiberg og Pettersen er ikke dagen over ennå.

Utenfor dør nummer 59 venter en ny pasient på å få hjelp med sår som ikke gror. ●

Kunsten å gi god sårbehandling

– Skal du lykkes, må du se hele pasienten, sier sårsykepleier Eva Kronholm Heiberg. Her er noen av hennes råd.

Tekst Sissel Vetter • **Foto** Hilde Rebård Evensen

Det viktigste er å få stilt en diagnose, så vi vet hvilken type sår vi behandler, sier Eva Kronholm Heiberg. Hun er klinisk spesialist med fordypning i sår og har master i sykepleievitenskap.

For å stille diagnose ser Heiberg etter: Hvordan såret har oppstått, varighet og utvikling. Hvor er såret lokalisert? Hvordan ser sårbunn og sårkanter ut? Er det sekresjon og lukt, og har pasienten smerter?

– Andre tegn jeg ser etter, er om pasienten har hovne ben og misfarging som kan tyde på venøs svikt. Er det svarte tær? Da er det ikke tvil om at det er arteriell svikt. Det kan også være et blandingssår hvor det foreligger både venøs- og arteriell svikt. Har pasienten en rød hæl, kan det være tegn på trykksår, som umiddelbart må avlastes, sier hun.

KARTLEGGER PASIENTEN

Det er mange årsaker til at et sår oppstår eller ikke heler som forventet. Pasienten kan ha autoimmune sykdommer som diabetes eller inflammatorisk tarmsykdom, som vanskeliggjør helingen.

– Jeg tar meg bestandig tid til å høre hva pasientens livssituasjon



er. Vi trenger å få kartlagt om andre sykdommer spiller inn. Noen trenger også støtte til å mestre livet.

MANGE INVOLVERTE

Heiberg mener at det nødvendigvis ikke er sårbehandling som tar tid. Men at det handler om å få til en god pakke for pasienten.

– De fleste av våre pasienter kommer tilbake for kontroll med økende intervall. Sårbehandling må i mellomtiden utføres ved fastlegekontor, hjemmesykepleie eller sykehjem. Vi ringer derfor og

informerer om pasient og sår. Vi sender med pasienten journalnotatet med sårprosedyre – slik oppnår vi en god arbeidsfordeling. Ofte ber vi sekretærene innhente svar fra andre spesialiteter som våre pasienter har vært hos. Da er vi forberedt når pasienten kommer hit til oss.

SKAL IKKE VÆRE VEDLIKEHOLDERE

Heiberg understreker:

– Ressursene må brukes riktig. Sykepleiere med videreutdanning i sår skal ikke drive med enkle

sårskift som pasienten selv eller andre kan gjøre. Sårsykepleiere har mer enn erfaringsbasert kunnskap om sårvurdering og behandlingsmuligheter. «Verktøykassen» som finnes på dette feltet, er etter hvert blitt betydelig. Sammen med legen er vårt mål å få rett diagnose og bringe såret fra den akutte fasen (inflammasjonsfasen) over i den mer helende fasen (granulasjonsfasen).

SÅRFAGLIG BEHANDLING

– Å holde såret fuktig er viktig. Det gror mye raskere enn hvis du bare legger på et plaster. Men det som er enda viktigere, er å være i stand til å vurdere når såret er for vått eller for tørt og hva som er årsaken til dette.

«Jeg tar meg bestandig tid til å høre hva pasientens livssituasjon er.»

Eva Kronholm Heiberg, sårsykepleier

Det Heiberg mener sårsykepleiere er gode på, er å debridere (fjerne nekrose/dødt vev) sår. De bruker mest saks og pinsett, men vakuumbehandling og fluelarver er også en del av sortimentet.

Dette er hennes råd for å få til raskest mulig heling:

- Debridere nekrose som hemmer og forsinker sårhelingen, men også vite når vi ikke skal røre nekroser
- Håndtere sekresjon
- Behandle sårkanter for å få oversikt over sårflatens reelle størrelse
- Forebygge infeksjon
- Foreta kompresjonsbehandling på alle sår der det er ødem eller risiko for ødem. Forutsetningen er adekvat arteriell sirkulasjon. •



Skann QR-koden og se klinisk spesialist i sykepleie Eva K. Heiberg gi en kort oppsummering om sårbehandling.



Akkurat som Jorunn på 85 år, kan også noen DU er glad i få næringsrike måltider levert hjem av våre hyggelige tidsverter fra Tid™ fra Tine!



Nå leverer TINE middagen hjem til eldre

«Det som er bra er at maten kommer helt hjem til meg, og da slipper jeg å gå og handle» Solveig, 92 år.

«Deilig mat leveres, samme person som kommer hver uke. Omsorg, omtanke og fleksibilitet. Kan anbefales på det varmeste»

Nina som har bestilt Tid™ til sin mor.

Vi leverer ferdige middagsmåltider, mellommåltider og desserter. Måltidene pakkes ferske og vi hjelper til å sette maten helt inn i kjøleskapet. Bestilling kan gjøres både på nett eller per telefon av enten pårørende eller senior selv.

Ønsker du som helsepersonell, eller som familiemedlem, mer informasjon om Tid™ send oss en mail eller ring oss for en hyggelig prat! Vi kommer gjerne på besøk til din arbeidsplass.



tid™

Ring oss på tlf 51 37 14 98
E-post: hei@tid.tine.no
Les mer: tid.tine.no

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2019.74815

Hovedbudskap

Under halvparten av alle pasienter med ikke-helende sår har en sårdiagnose. Sårdiagnosen er helt avgjørende for hvordan såret skal behandles og følges opp. Det er et stort problem at så få pasienter har en sårdiagnose. I denne artikkelen argumenterer vi derfor for at alle pasienter med ikke-helende sår skal få en slik diagnose i løpet av behandlingsforløpet.

Nøkkelord

- Hud
- Kirurgi
- Sår
- Sårbehandling
- Ikke-helende sår

Hva er en sårdiagnose, og hvorfor trenger vi den?

Mange ikke-helende sår er symptomer på en underliggende tilstand eller sykdom. Derfor er det viktig å stille en sårdiagnose og behandle årsaken til såret først.



Arne Langøen
Dosent, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet



Marcus Gürgen
Allmennlege i spesialisering, Kvinnesdal legesenter, og overlege / spes. gen. kirurgi ved Kirurgisk avdeling, Sørlandet sykehus, Flekkefjord

Ikke-helende sår, langsomt helende sår eller kroniske sår er begreper som dekker de samme sårene, altså sår som trenger lengre tid enn seks uker på å hele (1). I denne artikkelen benytter vi begrepet ikke-helende sår.

De aller fleste sår oppstår som følge av et traume. Men når de ikke gror, kan det skyldes systemiske sykdommer eller lokale forhold i såret. I mange tilfeller er det en kombinasjon av systemiske forhold og lokale forhold.

Med dette som utgangspunkt kan vi dele ikke-helende sår inn i to:

- Sår der systemisk sykdom er en vesentlig årsak til at såret ikke gror. Disse sårene er gjerne forårsaket av sykdommer som sirku-

«Å behandle sårets bakenforliggende årsak er i de fleste tilfeller viktigere enn lokalbehandlingen.»

lasjonssvikt (arteriell og/eller venøs), diabetes eller lammelser som fører til trykkskader.

- Sår der forhold i eller rundt såret er årsaken til at såret ikke heler, heretter kalt posttraumatiske sår. I denne gruppen finner vi postoperative komplikasjoner, hudavskrapninger, brannsår som ikke gror, og liknende. Posttraumatiske

sår er altså sår der en ytre skade, sammen med lokale forhold i såret, fører til et sår som ikke gror.

ÅRSAKEN TIL SÅRET

Det finnes også sår som oppstår spontant uten noen form for traume eller bare ved et ubetydelig traume. Disse sårene er forårsaket av systemisk sykdom som fører til dannelse av sår.

Sårtyper her er for eksempel kreftsår som følge av enten primær tumor til huden eller en metastase fra annen tumor, vaskulitter (betennelse i blodårene) eller pyoderma gangrenosum (ulcerativ, inflammatorisk sykdom som opptrer sjelden og spontant uten kjent årsak).

Prinsipielt er det viktig å skjønne

Pasient 1: FOTSÅR



Eldre mann med et lite sår på andre tå, venstre fot. Personalet i hjemmesykepleien forsøker ulike former for lokalbehandling uten effekt. En enkel ankel/arm-indeks-måling viser AAI (systolisk ankelblodtrykk / systolisk armblodtrykk) = 0,21 på venstre fot. Det foreligger altså kritisk iskemi i venstre fot, og lokal sårbehandling er nytteløst. Det er ikke aktuelt å gjennomføre rekonstruktiv behandling som blokkering eller bypass, og det foretas en amputasjon under kneet en tid etter at bildet ble tatt.

Pasient 2: TRYKKSÅR



Eldre dame på sykehjem som har et trykksår som ikke heler. Det forsøkes en lang rekke ulike lokale behandlingsløsninger uten at såret vil lukke seg. Sondring av såret viser at det er kontakt inn til halebeinet. Da foreligger det sannsynligvis en osteomyelitt. Denne må saneres før det er mulig å lukke såret.

Alle foto: Arne Langøen/Marcus Gørgen

Pasient 3: LEGGSÅR



Sår på leggen hos eldre dame. Såret kan oppfattes som venøst leggsår, men biopsi viser at det er basalcellekarsinom. Dette såret krever en helt annen behandling (radikal fjerning) enn det som gis til venøse leggsår (lokal sårbehandling og kompresjon).

Pasient 4: LEGGSÅR



Stort sår på leggen av ukjent årsak. Såret diagnostiseres i forløpet som pyoderma gangrenosum, et immunologisk sår. Dette såret skal ha en helt annen lokalbehandling enn andre typer sår. Blant annet skal det absolutt ikke debrideres i inflammert fase, og det skal ha omfattende medisinsk behandling med for eksempel kortison.

at mange ikke-helende sår er symptomer på en underliggende tilstand eller sykdom som gjør at såret ikke gror. Det er derfor meget viktig å utrede pasienten med tanke på å finne en eventuell bakenforliggende årsak. Å behandle sårets bakenforliggende årsak er

i de fleste tilfeller viktigere enn lokalbehandlingen.

SÅRPASIENTER I NORGE

Hvor mange sårpasienter finner vi i Norge? Det er utfordrende å svare på dette spørsmålet. Dels skyldes det at vi knapt har noen norske

undersøkelser som har kartlagt antallet. Samtidig spriker resultatene fra land rundt oss såpass mye at det er vanskelig å være eksakt.

I denne artikkelen bruker vi to ulike begreper som beskriver antallet sår i undersøkelser:

- Prevalensen av ikke-helende sår

Tabell 1. Ankel/arm-indeks-måling, tolkning og behandling

AAI*	Tolkning	Kompresjon	Debridering
>0,9	Normal arteriell sirkulasjon	Alle typer	Alle metoder
<0,9 >0,7	Begrenset nedsatt arteriell sirkulasjon	Kortstrekks-bandasjer	Primært skarp debridering
<0,7 >0,5	Vesentlig nedsatt arteriell sirkulasjon	Kun Coban 2 Lite	Skarp debridering, men bare med spesialist
<0,5	Kritisk iskemi	Ingen kompresjon	Ingen debridering

*AAI (systolisk ankelblodtrykk / systolisk armblodtrykk)

- er andelen personer som på et gitt tidspunkt har et sår som ikke gror.
- Insidensen av ikke-helende sår er andelen personer som jevnlig får et sår på grunn av for eksempel venøs svikt, komplikasjoner av diabetes eller lammelser som forårsaker trykksår.

En tysk epidemiologisk undersøkelse fant en insidens av ikke-helende sår på 1,07 prosent. Det vil si at 1 prosent av befolkningen hadde et ikke-helende sår i løpet av en treårsperiode (2). Khalil (3) hevder at 2 prosent av Australias befolkning har ett eller flere ikke-helende sår. Overført til norske forhold skulle det bety at mellom 50 000 og 100 000 personer har sår som ikke gror i løpet av en tidsperiode.

Forskjellen på disse tallene kan blant annet skyldes at den tyske undersøkelsen bare tok med sår forårsaket av systemisk sykdom. Ulike traumesår utgjør mellom 30 og 50 prosent av pasientene med ikke-helende sår. Hadde disse blitt inkludert i den tyske undersøkelsen, ville

«Vi ser at sår forårsaket av diabetes øker i antall og utgjør en stadig større del av sårbehandlernes arbeidstid.»

tallene vært likere.

Prevalensen av sår er naturlig nok mye lavere. Tall fra England tyder på at rundt 0,3 prosent av befolkningen til enhver tid har et ikke-helende sår (4, 5). Overført til norske forhold skulle det bety at vel 15 000 mennesker til enhver tid har ikke-helende sår.

FORDELING AV SÅRGRUPPER

Det varierer veldig hvordan sårene defineres. Generelt utgjør post-traumatiske sår den største gruppen. Jelnes (5) fant at 21 prosent av pasientene på sårpoliklinikken i Sønderborg i Danmark hadde ulike

former for posttraumatiske sår, mens Khalil (3) fant at hele 56,1 prosent av sårene som var behandlet på en distriktsklinikk i Australia, var posttraumatiske.

I en svensk undersøkelse gjort i kommunehelsetjenesten kom de frem til følgende fordeling (7):

- post-traumatiske sår 33,6 prosent
- trykksår 18,1 prosent
- venøse sår 15,8 prosent
- diabetessår 6,5 prosent

Hvordan gruppene defineres, og hvor undersøkelsen gjøres, vil i stor grad bestemme fordelingen mellom dem. Det har vært en utvikling over tid på dette området. Vi ser at sår forårsaket av diabetes (nevropatiske, iskemiske og nevroiskemiske sår) øker i antall og utgjør en stadig større del av sårbehandlernes arbeidstid. Årsaken er en økning i diabetes 2 i befolkningen – en økning vi ennå ikke har sett toppen av.

ULIKE SÅRDIAGNOSER

Det opereres gjerne med to typer sårdiagnooser (1):

Etiologisk sårdiagnose. Denne diagnosen sier noe om årsaken til at et sår oppstår. Den sier også noe om hvilken eller hvilke grunnsykdommer som forårsaker såret. Venøse leggsår er et eksempel på en etiologisk sårdiagnose.

Morfologisk sårdiagnose. Denne diagnosen sier noe om hvilken tilstand såret befinner seg i. Basert på inndelingen til Schultz og medarbeidere (8) har vi følgende seks klasser:

- rene, granulerende sår
- sår med nekrotisk vev

- sår med bakteriell ubalanse
- sår med betydelig væskeoverskudd
- dårlig oksygenerte sår
- sår med dårlig granulasjonsvev

Etiologisk sårdiagnose skal stilles av en lege, og det bør være en selvfølge at pasienter som sendes fra primærhelsetjenesten til kirurgisk, ortopedisk eller dermatologisk poliklinikk, skal komme tilbake med en pålitelig, etiologisk sårdiagnose (9).

Her er noen eksempler som illustrerer behovet for etiologisk og

morfologisk sårdiagnose:

Eksempelene er ment å illustrere hvor viktig det er å kjenne årsaken til at såret er oppstått, og eventuelt hvorfor det ikke heler. Uten denne kunnskapen risikerer vi at behandlerne gjør alvorlige feil. Slike feil kan føre til at såret ikke gror, blir verre eller fører til amputasjon, sepsis med videre.

RIKTIG SÅRDIAGNOSE

Den etiologiske sårdiagnosen er basisen for all behandling av såret



ANNONSE

Har du en medarbeider som fortjener heder?

30 ÅR HOS SAMME ARBEIDSGIVER
– et kvalitetsbevis

MEDALJEN FOR LANG OG TRO TJENESTE

Les mer på medaljen.no



Pasient 5: DIABETISK FOTSÅR



Diabetisk fotsår med infeksjon mellom første og andre tå. Det gjennomføres en operasjon der abscess åpnes, og puss fjernes. Operasjonen ble ikke vellykket, og en undersøkelse av tåtrykket viste et trykk under 30 mmHg. Det må gjennomføres PTaA (perkutan transluminal angioplastikk, blokkering) før det videre arbeidet med foten kan gjennomføres. Pasienten mister deler av forfoten etter dette.

Pasient 6: FOTSÅR



PASIENT 6: Eldre dame på sykehjem som har sår på føttene. Det legges kompresjonsbandasje. Undersøkelsen av foten viser en AAI = 0,25. Det skal IKKE anlegges kompresjonsbandasje ved kritisk iskemi (= AAI < 0,5).

Foto: Arne Langøen

- » (10). Det anses som nesten nytteløst å behandle sår uten at man adresserer årsaken bak såret. I praksis viser det seg at mindre enn halvparten av sårene har en slik diagnose. Friman (6) fant at bare 40 prosent av pasientene i deres undersøkelse hadde en etiologisk sårdiagnose.

Legene anser seg som ansvarlige for å stille en slik sårdiagnose, men synes arbeidet er tidkrevende og komplisert. Dessuten opplever de at

«Det anses som nesten nytteløst å behandle sår uten at man adresserer årsaken bak såret.»

utdannelsen ikke godt nok forbereder dem på denne oppgaven (11, 12). Utfordringen blir da å finne måter å

stille sårdiagnose på, slik at vi sikrer at de som daglig behandler sårene, har den informasjonen og kompetansen de trenger for å gjøre denne jobben på en akseptabel måte. •



Se ordliste på side 90

Fagartikler sendes inn via

<https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>

REFERANSER

- Langøen A, Gürgen M. Sårbehandling, generelle prinsipper. I: Langøen A, red. Sårbehandling og hudpleie. 5 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
- Heyer K, Herberger K, Protz K, Glaeske G, Augustin M. Epidemiology of chronic wounds in Germany: Analysis of statutory health insurance data. *Wound Repair Regen.* 2016;24(2):434–42.
- Khalil H, Cullen M, Chambers H, Carroll M, Walker J. Reduction in wound healing times, cost of consumables and number of visits treated through the implementation of an electronic wound care system in rural Australia. *Int Wound J.* 2016;13(5):945–50.
- Vowden KR, Vowden P. A survey of wound care provision within one English health care district. *J Tissue Viability.* 2009;18(1):2–6.
- Vowden K, Vowden P, Posnett J. The resource costs of wound care in Bradford and Airedale primary care trust in the UK. *J Wound Care.* 2009;18(3):93–4, 6–8, 100 passim.
- Jelnes R. Telemedicine in the management of patients with chronic wounds. *J Wound Care.* 2011;20(4):187–90.
- 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.
- Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, Ayello EA, Dowsett C, Harding K, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair Regen.* 2003;11 Suppl 1(s1):S1–28.
- Langøen A, Vee TS. Fører systematiske tiltak for å fremme sårbehandlingsoptimalisering, ødemkontroll og behandling av underernæring til bedret heling av sår. *Sår.* 2011;19(1):5–12.
- Langøen A, Gürgen M. Forebygging og behandling av sår. Etiologisk inndeling. I: Langøen A, red. Sårbehandling og hudpleie. 5 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
- Friman A, Wiegleb Edstrom D, Edelbrink S. Attitudes and perceptions from nursing and medical students towards the other profession in relation to wound care. *J Interprof Care.* 2017;31(5):620–7.
- Friman A. Samverkan och lärande kring sårbehandling – erfarenheter från olika professionsperspektiv i primärvård och utbildning. Stockholm: Karolinska institutet; 2017.

Er det trykksår, fuktskadet hud eller en kombinasjon?

Pasienter stoler på at helsepersonell kan skille mellom trykkskade og fuktskade og iverksette korrekt behandling, men er det slik?

Trykksår har fått stor oppmerksomhet de siste årene, ikke minst fordi det har vært 1 av 16 innsatsområder i Pasientsikkerhetsprogrammet. De fleste trykksårene oppstår på heler og sacrum (setet), og nærmere 60 prosent av alle trykksår er kategori 1, altså de defineres som rød intakt hud som ikke blekner ved trykk.

Rød, hel hud på setet kan altså være trykksår, men det kan også være fuktskadet hud forårsaket av urin, avføring, sårvæske og svette.

ULIK BEHANDLING

Det er viktig å kunne skille fuktskadet hud fra trykksår. Skademekanismen, forebyggende og behandlende tiltak er ulike. Og fuktskadet hud på setet øker risikoen for trykksår.

Trykksår er forårsaket av skader i huden og det underliggende vevet på grunn av trykk og/eller skyvekrefter og kan sees på som «bottom up injury». Fuktskadet hud er derimot et «top down»-problem der huden blir utsatt for skadelig fukt.

Trykksår må derfor ikke betraktes som et hudproblem. Hvis fuktskadet hud behandles med tiltak ment for trykksår eller omvendt, kan det ha

alvorlige konsekvenser for pasientene.

MÅ HA KUNNSKAP

Tidligere studier viser at omkring 60 prosent av trykksårene var kategori 1, og vi mistenker at fuktskadet hud på setet kan ha blitt registrert som kategori 1-trykksår. Det er uheldig sett i lys av at forskningen skal skaffe troverdige data og pasienter er avhengig av korrekt diagnostisering for å få riktig behandling. •



Teksten er forkortet. Les mer og få referansene ved å skanne QR-koden.

ANNONSE

NÅR KROPPEN SIER IFRA

Hjertelig velkommen til konferanse om hvordan vi kan forstå, og hvordan vi kan behandle medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) hos barn og unge. Det omhandler en stor gruppe pasienter som opptar stor kapasitet i helsevesenet, utredes mye, men som dessverre ikke har noe godt behandlingstilbud i dag. Konferansen er en oppfølger til fjorårets suksess «NÅR KROPPEN SIER IFRA», men er godt tilrettelagt også for dem som ikke deltok på konferansen i 2018.

Hvordan kan *infeksjoner, traumer, arbeidspress, belastninger og bekymringer* henge sammen med *alvorlige symptomer* som for eksempel *smarter, tretthet, søvnvansker, slitenhet, kramper og lammelser*? Og hvordan kan disse alminnelige symptomene lede til alvorlige konsekvenser som avhengighet av vanedannende medisiner, *uteblivelse* fra skole/arbeid og til *sosial isolasjon*. Vi har samlet nasjonale og internasjonale forskere med en fantastisk formidlingsevne. De vil presentere den vitenskapelige bakgrunnen som allerede er kjent, og samtidig gi oss innblikk i sine erfaringer fra klinisk praksis.

Les mer og meld deg på konferansen på www.nksi.no



DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2019.75698

Hovedbudskap

Strukturerte vurderinger av sår med TIMES samt vurdering av sårets størrelse, underminering, lokalisasjon, dybde og varighet bør utføres ved hvert bandasjeskift og benyttes av alle som deltar i pasientbehandlingen. Når alt helsepersonell benytter samme struktur, kan vi sammenlikne vurderingene med tidligere funn og avgjøre om behandlingen har effekt.

Nøkkelord

- Vanskelig helende sår
- Strukturerte vurderinger av sår
- TIMES
- Sårstørrelse
- Underminering

Bruk verktøyet TIMES til å vurdere sår strukturert

Sår må vurderes før de kan behandles.

Edda Johansen
Førsteamanuensis og sykepleier, Inst. for sykepleie- og helsevit., USN og Generell intensiv avdeling, Vestre Viken

Lena Leren
Doktorgradstipendiat, Inst. for sykepleie- og helsevit., USN

Ida Marie Bredeesen
Sykepleier, forsker og førsteamanuensis, Orto. klinikk, OUS, Ullevål og Inst. for sykepleie- og helsevit., USN

Guro-Marie Eiken
Høgskolelektor, Inst. for sykepleie- og helsevit., USN

Sår som oppstår på grunn av skade eller kirurgi, gror som regel i løpet av få dager ved å gå gjennom koagulasjonsfasen, inflammasjonsfasen, proliferasjonsfasen og modningsfasen (1).

Sår som er vanskelige å hele, er de som varer i uker eller måneder og gror dårlig på grunn av grunnlidelser hos pasienten. Andre årsaker kan være hemmende faktorer lokalt i eller omkring såret. De vanligste er venøse leggsår, trykksår, diabetesfotsår og arterielle sår.

MÅ VURDERE SÅRET

Hvis vi skal lykkes med å tilby beste praksis til pasienter med sår, er det viktig at det gjøres en grundig helsevurdering før vi vurderer selve såret og huden omkring. Det første vi må gjøre i all sårbehandling, er derfor å identifisere årsaken til at såret har oppstått, og korrigere de

utløsende årsakene (2).

Deretter må vi vurdere og om mulig korrigere systemiske forhold hos pasienten, for eksempel dårlig regulert diabetes eller mangelfull arteriell sirkulasjon, før vi strukturert vurderer såret med TIMES (2, 3). (Se figur 3 senere i artikkelen.)

Denne helhetstenkningen, med oppmerksomhet på både pasientens helsetilstand og lokale forhold i såret, omtales som sårbunns-optimalisering. Den har til hensikt å få kroppens egne prosesser til å virke positivt inn på sårhelingen (1).

HJELPEMIDDEL

Akronymet TIMES er utviklet for å gi klinikere hjelp til å strukturere vurderingen og behandlingen av vanskelig helende sår (2), men kan også benyttes for akutte sår. TIMES bør for øvrig brukes sammen med en vurdering av sårets størrelse,

underminering (hulrom), lokalisasjon, dybde og varighet (2). (Se også Langøen og Gürgens artikkel på s. 30). Sår bør vurderes ved hvert bandasjeskift og sammenliknes med tidligere funn for å avgjøre om såret heler (4).

TIMES er enkelt å bruke og kan integreres i de fleste dokumentasjonssystemer (2). Bruk av TIMES kan dermed legge til rette for kontinuitet, oppdaterte behandlingsplaner og redusert helingstid, ikke minst for de pasientene som får behandling fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samt oppfølging av fastlegen.

Denne artikkelen begrenser seg til å omtale strukturert vurdering med bokstavordet TIMES av selve såret og huden omkring, sårstørrelsen og underminering. Likevel må hovedprinsippet i møte med pasienter med sår alltid være en

helhetlig tilnærming til og forståelse av pasientbehandlingen.

DETTE ER TIMES

Bokstavene i akronymet TIMES har hver sin betydning. T står for «tissue», altså type vev i sårbunnen. I klargjør om det er inflammasjon eller infeksjon i såret. M står for «moisture» og beskriver sårvæsken. E står for «edge», altså sårkantene, og S står for «surrounding skin», altså huden omkring såret.

Ved å benytte TIMES kan helsepersonell ta avgjørelser om behandlingen og avgjøre om de må fjerne dødt vev, hvordan sårvæsken skal håndteres, og hvilke tiltak som kan iverksettes for å behandle eller forebygge eventuelle sårinfeksjoner. I tillegg kan de avgjøre hvordan de kan øke utbredelsen av friskt vev, og hvordan huden omkring såret må beskyttes eller behandles (2) (figur 3) (Se artikkel om bandasjevalg på s. 82.)

T – TISSUE

Hvilken type vev er det i sårbunnen? Vevet i sårbunnen kan beskrives ved å gjengi farger, beskrive strukturen i sårbunnen og forklare hvor stor andel i prosent det er av de ulike vevstypene (2, 5).

Som oftest kan friskt og dødt vev beskrives med fargene svart, grå, gul, hvit, rød og rosa (5). Friskt granulassjonsvev er rødt, mens svart, gult og grått vev indikerer at det er dødt vev i sårbunnen (5). Dødt vev i sårbunnen kan forsinke sårhelingen og gi grobunn for bakterievekst og sårinfeksjon (6). Derfor bør dette vevet fjernes av kvalifisert personell.

Lys rød eller burgunderdødt sårbunn som blør lett, kan være tegn på infeksjon eller iskemi (5, 8). Hypergranulert vev er ofte rødt, opphøyd,

blankt og blør lett. Det kan også være tegn på infeksjon (7). Lys rosa vev representerer epitelceller, friskt vev, og forekommer når såret er i ferd med å gro (5).

Epitelceller kan vokse fra sårkanten eller som «øyer» i sårbunnen og må ikke mistolkes som oppbløtt hud. Hvis det er mye sekresjon i såret, kan det være vanskelig å oppdage epitelcellene i sårbunnen (5).

I enkelte sår kan knokler (beinvev), ledd og sener være synlige, og

«Feiltolkning av vev kan medføre forsinket henvisning til videre utredning og behandling hos spesialister i sårbehandling.»

det er viktig at funn av synlige bein og sener dokumenteres (3, 5). I de tilfellene der sår er dype og mest sannsynlig går inn mot bein, ledd og sener, er det viktig å vite hva man ser og unngå å feiltolke sener og bein som annen type vev. Feiltolkning av vev kan medføre forsinket henvisning til videre utredning og behandling hos spesialister i sårbehandling (7).

Vanskelig helende sår kan befinne seg i flere sårfaser samtidig, for eksempel både inflammasjons- og proliferasjonsfasen, også kalt nydannelsesfasen. Det at sår befinner seg i flere sårfaser samtidig, er med på å forklare hvordan både friskt og dødt vev kan forekomme samtidig i sårbunnen. Generelt kan vi si at sår som heles, endrer farge fra eksempelvis svart eller gult til å bli rødt og

rosa før såret lukker seg med lys rosa arrvev (5).

Fargebeskrivelser av vevet alene er ikke nok for å vurdere vev i sår. Derfor bør vi i tillegg vurdere og dokumentere vevens struktur eller oppbygging. Vevet kan beskrives som fuktig, mykt, læraktig eller hardt (5). Ettersom fuktig, dødt vev som regel behandles ulikt et tørt, dødt vev, er vurderinger av vevets struktur avgjørende for å sikre pasienter med sår beste praksis.

Ved gjentatte vurderinger kan vi følge med på om prosentandelen friskt eller dødt vev øker eller minsker. En økning i prosentandelen friskt granulassjonsvev i forhold til dødt vev kan bety at såret heler.

I – INFECTION

I – er det infeksjon eller inflammasjon? Akutte sår gror som tidligere nevnt i løpet av få dager ved å gjennomgå fire overlappende faser: koagulasjonsfasen, inflammasjonsfasen, proliferasjonsfasen og modningsfasen (1). Inflammasjonsfasen er derfor en naturlig del av sårhelingen fordi den bidrar til å reparere skadet vev, men vanskelig helende sår kan stagnere i inflammasjons- og proliferasjonsfasen.

I inflammasjonsfasen øker blodgjennomstrømmingen til det skadede vevet. Høyere temperatur, ødemer, smerte og moderate til store mengder sårvæske kjenner tegner inflammasjonsfasen. Enkelte symptomer i inflammasjonsfasen likner dermed på infeksjonstegn, men det er viktig å klargjøre om såret er i inflammasjonsfasen, eller om det er en sårinfeksjon, fordi behandlingen er ulik.

Sårinfeksjon beskrives ofte som en sammenhengende

› linje fra kontaminering, kolonisering og sårinfeksjon til systemisk infeksjon og biofilm, som er en slimaktig overflate i såret som består av mikroorganismer (8).

Så godt som alle åpne sår er kontaminerte, enten av egen normalflora (endogen) eller av ytre (eksogen) smitte. Kontaminerte sår er derfor svært vanlige, men mikrobenene har ikke forårsaket lokal infeksjon.

Det er flere forhold, både hos pasienten og i såret, som kan gi kolonisering og sårinfeksjon. Vanskelig helende sår er som regel betydelig kolonisert med bakterier på grunn av dårlig blodsirkulasjon og fordi såret har vart over tid (2). Om såret blir infisert, forsinkes sårhelingen (8) (figur 1).

Risikoen for sårinfeksjon øker blant annet ved dårlig regulert diabetes, venøs hypertensjon, hjertesvikt og underernæring (4, 8, 11). Faren for sårinfeksjon øker også når inflammasjonsfasen varer over tid, slik vi ser ved vanskelig helende sår (10).

Hvis vi tar utgangspunkt i sårbunnen og T-en i TIMES, så vet vi at tilstedeværelse av dødt vev, nekrose, kan øke bakteriemengden og dermed også øke risikoen for sårinfeksjon (10). Faren for sårinfeksjon kan derfor altså øke på grunn av systemiske og/eller lokale forhold i såret.

Biofilm er ikke nødvendigvis synlig, og derfor bør man mistenke biofilm i sår som ikke gror til tross for optimal behandling (8) (les også Arne Langøens fagartikkel om biofilm på s. 44). Ettersom enkelte mikroorganismer kan skape biofilm og sårinfeksjoner i selv små mengder, kan både typen og mengden bakterier avgjøre sykdomsbildet (8).

FIGUR 1. Infeksjonstegn i akutte og vanskelig helende sår

Mulige infeksjonstegn i vanskelig helende sår	Mulige infeksjonstegn i akutte sår
<ul style="list-style-type: none"> • Hypergranulering • Lettblødende sårbunn • Lommedannelse/underminering • Økende størrelse på sår • Ytterligere forsinket sårheling • Ny eller økt smerte • Forverret lukt 	<ul style="list-style-type: none"> • Rødme/rubor • Lokal varme • Hevelse • Misfarget sårvæske • Forsinket sårheling • Ny eller økt smerte • Lukt

Kilde: International Wound Infection Institute (8).

Det kan være utfordrende å oppdage sårinfeksjon i vanskelig helende sår fordi de klassiske infeksjonstegnene, slik som varme, rødme, hevelse, lukt og smerte, ikke nødvendigvis er til stede. Noen ganger er tegnene så vage at det kan være vanskelig både for pasienten og helsepersonellet å oppdage sårinfeksjonen, ikke minst hos personer med diabetesfotsår (11).

Sårinfeksjon uten tydelige eller typiske infeksjonstegn øker faren for amputasjoner og systemisk infeksjon. Som helsepersonell er det viktig å være klar over forskjellen på infeksjonstegn i henholdsvis akutte og vanskelig helende sår samt det faktumet at infeksjonstegn kan være vage (figur 1).

M – MOISTURE

Produksjon av sårvæske er en naturlig reaksjon ved vevsskade (12). Det produseres for øvrig ulike mengder sårvæske i de ulike sårfasene. Det produseres mest i inflammasjonsfasen når kapillærene utvider seg og blir mer gjennomtrengelige for ulike stoffer og celler som skal bidra til å reparere vevsskaden.

Generelt avtar mengden sårvæske

når såret heles, men i vanskelig helende sår kan det forekomme store mengder sårvæske over tid fordi de er lenge i inflammasjonsfasen (12).

Vurdering av sårvæske eller fuktighet i såret faller inn under M-en i TIMES, og både mengde, farge, konsistens og lukt bør vurderes. Helsepersonell benytter ofte svært subjektive beskrivelser for mengden av sårvæske, for eksempel lite, middels og mye sårvæske. Andre benytter +, ++ og +++ for å angi volumet, men felles for disse kategoriene er at helsepersonell kan ha ulik forståelse av dem.

En metode som antakelig er bedre, er å angi mengden sårvæske basert på hvor ofte bandasjen skiftes, hvor gjennomtrukket bandasjen er når den fjernes, og hvor påvirket huden omkring såret er av sårvæsken når bandasjen fjernes (13). Oppbløtt hud rundt vanskelig helende sår er et av de vanligste hudproblemene vi ser i klinisk praksis (2).

Sårvæskens farge kan være serøs (vannaktig), hvit, gul, grønn, rosa eller lys rød (5). Lys klar eller serøs væske er ikke uvanlig rett etter at såret har oppstått, og er normalt i små mengder. Fargeforandringer

kan bety en forverring av sårets tilstand. Grønn sårvæske ser vi typisk ved infeksjoner forårsaket av bakterien *Pseudomonas aeruginosa*, mens rødlig sårvæske gir mistanke om blod i sårvæsken (13).

Ved blodig sårvæske må man vurdere om bandasjen eller andre faktorer kan ha skadet sårbunnen og forårsaket blødningen. Sårvæskens konsistens påvirkes av mikroorganismer og kroppsceller, og hvis sårvæsken er tykk, bør man mistenke en infeksjon.

Ifølge Schultz og medarbeidere er sårets varighet også av betydning når sårvæsken vurderes fordi sårvæsken

«Så godt som alle åpne sår er kontaminerte, enten av egen normalflora eller av ytre smitte.»

i akutte sår fremmer sårhelingen, mens sårvæsken i vanskelig helende sår hemmer sårhelingen (1). Sårets plassering og størrelse kan for øvrig påvirke både mengde og konsistens. Hvis pasienter har store sårflater, for

eksempel på en legg der det i tillegg er ødemer, kan det gi betydelige mengder sårvæske.

Fuktig sårbehandling er å anse som standardbehandling til vanskelig helende sår, og derfor må man unngå at sårbunnen tørker ut. En utfordring i sårbehandlingen kan være å sikre balansen mellom å holde sårbunnen tilstrekkelig fuktig for å fremme sårheling, og samtidig unngå at den blir for fuktig (13).

Når vi vurderer sårvæsken, er det viktig å vurdere om sårvæsken kan være påvirket av pågående behandling. Enkelte bandasjer, for eksempel

ANNONSE



Velg en skånsom bandasje

Hudvennlige produkter for optimal sårbehandling

Bandasjer med Safetac® teknologi er klinisk bevist å minimere smerte for pasienten og skade på såret¹. Bandasjene fester seg skånsomt til tørr hud, men ikke i fuktige såroverflater². Samtidig forsegles sårkantene slik at sårvæske hindres i å lekke ut på omkringliggende hud og gi oppbløtne sårkanter³.

Les mer om våre bandasjer med Safetac® teknologi på www.molnlycke.no

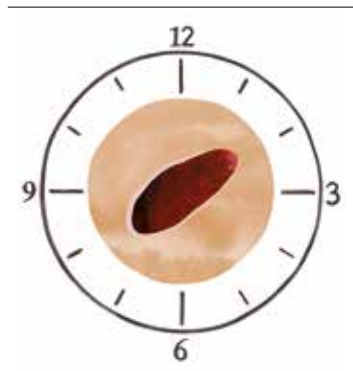
Molnlycke Health Care, Postboks 6229 Etterstad, 0603 Oslo, Telefon 22706370
The Molnlycke, Mepilex, Mepitel and Safetac names and logos, are registered globally to one or more of the Molnlycke Health Care Group of Companies. © 2019. Molnlycke Health Care. All rights reserved.

Referanser: 1. White R. A Multinational survey of the assessment of pain when removing dressings. Wounds UK 2008. 2. White R. Evidence for atraumatic soft silicone wound dressing use. Wounds UK 2005. 3. Wiberg AB et al. Preventing maceration with a soft silicone dressing: in-vitro evaluations. Poster presented at the 3rd Congress of the WUWHS, Toronto, Canada, 2008.



Molnlycke®

FIGUR 2. Klokkeskive for å angi underminering.



Illustrasjon: Linnea Vestre

- › de som inneholder jod eller sølv, kan gi brun eller gråfarget sårveske (13). Når vi vurderer lukt fra såret, må vi også vurdere om lukten kan være påvirket av pågående behandling og ikke bare selve såret.

E – EPITEL

Synlige epitelceller i sårkantene indikerer at såret er i heling (2). Det er flere forhold som kan gi tørr hud rundt såret, blant annet iskemi og nevropati. Tørr hud kan forsinke sårhelingen fordi produksjonen av friske epitelceller er hemmet uten fuktighet (2).

Tørr, hard og opphøyd hud, kallas oppstår ofte rundt diabetesfotsår. Hvis kallas ikke fjernes regelmessig av kyndige klinikere, bidrar det til forsinket heling (11). Ikke sjelden ses ødemer i sårkantene, og en medvirkende årsak er inflammatoriske faktorer.

Oppbløtt hud rundt såret er som tidligere nevnt et av de viktigste problemene i sårkantene. Også slike forhold hemmer sårtilhelingen.

S – SURROUNDING SKIN

Hudproblemer følger ofte vanskelig

FIGUR 3. Bruk av TIMES, sårstørrelse og underminering

Bruk av TIMES, sårstørrelse og underminering i klinisk praksis

T	Tissue – vev Vurder hvilken type vev det er i sårbunnen.
I	Infeksjon eller inflammasjon Vurder om det er inflammasjon eller infeksjon i såret – vær oppmerksom på ulike og vage infeksjonstegn.
M	Moisture – sårveske Vurder mengde, konsistens, farge og lukt.
E	Edges – sårkanter Vurder om det er epitelceller i sårkantene, eller om sårkantene krever tiltak mot for eksempel tørr eller oppbløtt hud.
S	Surrounding skin – huden omkring såret Vurder om huden er tørr, oppbløtt, oppskrapet, inflammet, eller om det er eksem i huden.

Underminering bør vurderes og dokumenteres med klokkefiguren.

Sårets størrelse kan måles med papirlinjal, plastfilm med ruter eller avansert digital teknologi.

Kilde: Dowsett C, Doughty D (2) og World Union of Wound Healing Societies (3)

helende sår, og huden kan være tørr, oppbløtt, oppskrapet, inflammet, ødematøs eller ha eksem (2). Flere forhold kan være til stede samtidig i huden, og i tillegg kan vi ofte se fargeforandringer, hyperpigmentering, hos personer med venøse leggsår. Ødemer ses ofte hos personer med leggsår, og ødemene kan virke negativt inn på sårhelingen.

Sårvesken kan skade huden slik at den blir irritert og inflammet, og kontaktdermatitt er ikke uvanlig (6). Inflammasjon i huden kan også oppstå på grunn av allergi mot bandasjer, kompresjonsbind, kremer og salver.

Eksem i huden kan oppstå hos enkelte pasienter, spesielt hos dem med venøse leggsår. Ettersom oppbløtt

eller oppskrapet hud, kontaktdermatitt, allergisk dermatitt, tørr hud og eksem krever ulike behandlinger, er det viktig å avklare hudens tilstand når vi vurderer vanskelig helende sår.

UNDERMINERING OG DYBDE

Underminering innebærer at det er hulrom, tunneler eller ganger under huden. I praksis betyr det at huden over hulrommet ikke er festet til underliggende vev (5, 14). Årsaken til underminering er stort sett oppvekst av bakterier og/eller infeksjon der fettvevet har gått tapt (5).

Lokalisasjonen av undermineringen kan beskrives ved hjelp av en klokkeskive der vi kan angi hulrom for eksempel mellom klokka 12 og 3 eller 8 og 9 (2, 5, 15) (figur 2). For

å angi riktig lokalisasjon av undermineringen kan 12-tallet plasseres mot hodet og 6-tallet mot føttene når vi bruker klokkeskiven.

Omfanget av underminering kan undersøkes med en steril pinne og angis i antall millimeter eller centimeter (14). I sår med underminering kan sårets egentlige omfang eller overflate være betydelig større enn det vi ser på hudoverflaten. Derfor er det klinisk viktig å vurdere underminering (14).

Hvis hulrommet inneholder dødt vev, må vi vurdere om det er

sannsynlig at huden vil feste seg til underliggende vev, eller om huden over hulrommet skal fjernes av ansvarlig lege (5).

Når vi vurderer underminering, er det naturlig at vi også vurderer og dokumenterer sårets dybde. Det gjøres ved hjelp av den samme sterile pinnen som vi benytter ved vurdering av underminering (15).

SÅRSTØRRELSE

Både lengde, bredde, omkrets og areal kan benyttes for å vurdere sårets størrelse og bør måles ved

første konsultasjon og deretter jevnlig (15). En vurdering med TIMES anbefales brukt ved hvert bandasjeskift, men måling av sårstørrelsen kan gjøres hver andre til fjerde uke (15). En reduksjon i sårets størrelse er en indikasjon på at såret heler (5).

Sårets lengde og bredde kan måles ved å benytte en papirlinjal som kan kastes etter bruk. Arealet regnes ut ved å benytte den lengste og bredeste målingen av såret, og det angis i cm². Vi bør imidlertid være klar over at en slik enkel metode kan gi variasjoner i målingene (15).



ANNONSE

sykepleiere med hjerte for faget.

#wecare

- Randstad Care tilbyr fast stilling opptil 100%
- Bestem når du vil jobbe og når du vil ha ferie
- Ekstra god lønn med gode tillegg for kveld, natt og helg
- Vi dekker reise og bolig ved pendling

Vil du vite mer om hva vi kan gjøre for deg?
Kontakt oss i dag for en hyggelig prat!

randstad.no/care
care@randstad.no
+47 400 21 410



 randstad

human forward.

› Alternativt kan vi tegne såret av på gjennomiktig plast med rutenett, der vi så kan regne ut sårets areal i cm². Tegningen av sårets areal kan fotograferes og kombineres med tekst for å sikre god dokumentasjon. Før vi fotograferer plastfilmen, kan vi tegne prosentandelen av de ulike typene av vev i sårbunnen på plastfilmen, slik at den inngår i dokumentasjonen (15).

Hvis man ønsker å benytte bilde-dokumentasjon, bør en papirlinjal legges ved siden av såret, slik at det

er enklere å vurdere sårets størrelse ut fra bildet. Det finnes ulike digitale løsninger for å måle sårets størrelse, men foreløpig er det få digitale løsninger som benyttes i klinisk praksis.

AVSLUTNING

Ved å vurdere TIMES, sårstørrelse og underminering kan vi ta stilling til hvorvidt behandlingen som er iverksatt, gir bedring. Når en slik strukturert tilnærming benyttes av alt helsepersonell og integreres

i dokumentasjonssystemet, kan vi legge til rette for kontinuitet i pasientbehandlingen.

Hvis vi ikke ser bedring i sårets tilstand i løpet av to til fire uker etter at optimal behandling er igangsatt, må vi revurdere behandlingen og bedømme om pasienten skal henvises til en eller flere spesialister (16). •

Fagartikler sendes inn via

<https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>

ANNONSE



Landås Menighets Eldresenter (LME) ligger i Landås bydel i Bergen. Vi er en diakonal stiftelse som har drevet eldreomsorg i over 40 år. Vår Visjon er at vi vil skape et godt sted å være for alle som har tilhørighet hos oss og våre verdier er respekt, åpenhet, trivsel og trygghet.

Vi har god faglig dekning og satser på en god grunnbemanning, stor grad av trivsel og muligheter for kompetanseheving.

SYKEPLEIERE SØKES!

Fram til 1. juli legger vi om driften på ene avdelingen vår fra aldershjem til sykehjem og vil etter det være et sykehjem med 80 plasser og et aktivitetssenter med 14 plasser. I den forbindelse må vi utvide staben vår, og søker i første omgang etter flere sykepleiere.

Vi søker etter følgende sykepleiere

- Nattavdelingssykepleiere til ny sykehjemsavdeling (fleksibel på stillingsstørrelse fra ca. 60–90 %)
- Sykepleier (todelt turnus) til ny sykehjemsavdeling
- Sykepleier med tilleggstudning i Psykisk helse, evt. sykepleier/vernepleier med interesse og/eller erfaring for alderspsykiatri (tilknyttet psykiaterisk post). Kan evt. kombineres med ass. avdelingslederstilling.

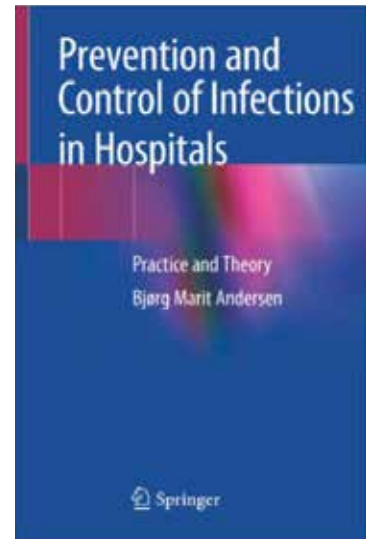
Vi har mulighet for skaffe rimelig leilighet i en overgangsperiode til evt. ansatte som kommer utenbys fra.

Les mer og søk på stillingene på Sykepleienjobb.no

FAGARTIKKEL

REFERANSER

- Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, Ayello EA, Dowsett C, Harding K, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair Regen.* 2003 Mar;11 Suppl 1:1–28.
- Dowsett C, Doughty D. Looking beyond the wound edge with the Triangle of Wound Assessment. I: Advances in wound care: the triangle of wound assessment *Wounds International.* London: Wounds International; 2016. Tilgjengelig fra: https://www.coloplast.sg/Documents/Wound/WUWHS_POSITION%20DOCUMENT.pdf (nedlastet 18.06.2018).
- World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Diagnostics and wounds. A consensus document. London: Wounds International; 2008. Tilgjengelig fra: http://www.woundsinternational.com/pdf/content_29.pdf (nedlastet 15.02.2019).
- Naude L. The practice and science of wound healing: wound bed preparation and infection in chronic wounds. *Professional Nursing Today.* 2010;14(5):32–7.
- Keast DH, Bowering CK, Evans AW, MacKean GL, Burrows C, D'Souza L. Measure: a proposed assessment framework for developing best practice recommendations for wound assessment. *Wound Repair Regen.* 2004 May–Jun;12(3 Suppl):1–17.
- Dowsett C, Senet P. Using the Triangle of Wound Assessment in the management of VLU. I: Advances in wound care: the triangle of wound assessment *Wounds International.* London: Wounds International; 2016. Tilgjengelig fra: https://www.coloplast.com/Documents/Wound/WUWHS_POSITION%20DOCUMENT.pdf (nedlastet 15.02.2019).
- Münter C, Martinez JLL. Using the Triangle of Wound Assessment in the management of DFUs. I: Advances in wound care: the triangle of wound assessment *Wounds International.* London: Wounds International; 2016. Tilgjengelig fra: https://www.coloplast.com/Documents/Wound/WUWHS_POSITION%20DOCUMENT.pdf (nedlastet 15.02.2019).
- International Wound Infection Institute. Wound infection in clinical practice. *International Wound Infection Institute.* 2016. Tilgjengelig fra: <http://www.woundinfection-institute.com/wp-content/uploads/2017/03/IWII-Wound-infection-in-clinical-practice.pdf> (nedlastet 23.01.2019).
- Grothie L, Ousey K. Developing pathways to support clinical practice in the identification and management of wound infection. *Wounds UK.* 2014;10(4):34–43.
- Ousey K, Rogers AA, Rippon MG. Hydro-responsive wound dressings simplify T.I.M.E. wound management framework. *British Journal of Community Nursing.* 2016;21(Sup12):S39–S49.
- World Union of Wound healing Societies. Local management of diabetic foot ulcers. London: World Union of Wound Healing Societies (WUWHS); 2016. Tilgjengelig fra: https://legsmatter.org/wp-content/uploads/2018/04/WUWHS_DFU_web.pdf (nedlastet 15.02.2019).
- Dowsett C. Exudate management: a patient-centred approach. *Journal of Wound Care.* 2008;17(6):249–52.
- Nichols E. Wound assessment: exudate. *Wounds International.* 2016;7(3):30–3.
- Arora M, Harvey LA, Chhabra HS, Sharawat R, Glinisky JV, Cameron ID. The reliability of measuring wound undermining in people with spinal cord injury. *Spinal Cord.* 2017;55(3):304–6.
- Nichols E. Wound Assessment Part 1: How to measure a wound. *Wound Essentials.* 2015;10(2):51–5.
- Dowsett C, von Hallern B. The Triangle of Wound Assessment: a holistic framework from wound assessment to management goals and treatments. *Wounds International.* 2017;8(4):34–9.



Ny smittevernbok

ISBN 978-3-319-99921-0
eBook 118.99EU eller
separate kapitler

Bestilles fra:
<https://www.springer.com/gp/book/9783319999203>

TIMES på mobil og pc

Sykepleien har utviklet et digitalt verktøy for sår vurdering basert på TIMES.

Dokumenter sårets utvikling og få råd om behandling.



DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2019.74753

Hovedbudskap

Vi må aktivt bekjempe bakteriene for å få sår til å gro. De metodene vi tidligere benyttet, som bakterieprøve, behandling med antibiotika eller lokale antibakterielle midler, har endret seg de siste årene. Informasjonen fra bakterieprøver som penselprøver samt virkningen av antibiotika ved lokale infeksjoner i sår har vist seg å være svært begrenset. Vi må bruke ny kunnskap om hvordan vi kan bekjempe bakterier i biofilm, og betydningen av konsekvent behandling er helt avgjørende for å få ikke-helende sår til å gro.

Nøkkelord

- Hud
- Kirurgi
- Sår
- Sårbehandling
- Biofilm

Dette må du vite om biofilm

De fleste ikke-helende sår er dekket av bakteriell biofilm.

Det må vi ta hensyn til når vi velger behandlingsstrategier.



Arne Langøen
Dosent, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet



Marcus Gürgen
Allmennlege i spesialisering, Kvinnesdal legesenter, og overlege / spes. gen. kirurgi ved Kirurgisk avdeling, Sørlandet sykehus, Flekkefjord

Kunnskapen om bakterienes påvirkning på sårheling har økt voldsomt de siste ti årene. Det skyldes at vi har fått tilgang til nye teknikker for å studere bakterier, som PCR (Polymerase Chain Reaction) og M-FISH (Multiplex fluorescence in situ hybridization). Disse teknikkene har gjort det mulig å forstå bedre hva som skjer i ikke-helende sår, og de gir et klarere bilde av bakterienes rolle (1).

Da kunnskapen om sårbehandling først ble satt i system i Norge som et resultat av dannelsen av NIFS (Norsk interessefaggruppe for sårheling), rådet følgende, ene «sannhet»: Forutsetningen for at et sår skal gro, er at det kommer nok oksygenrikt blod til det området såret befinner seg. Det ble kommunisert på møter, konferanser og

forelesninger at oksygenrikt blod var det *eneste* som kunne få sår til å gro.

Sagt på en enkel måte: Behandlingen var karkirurgi ved sviktende arteriell sirkulasjon, og kompresjonsbehandling ved venøs insuffisiens. Påstanden er for så vidt riktig, men ikke lenger den *eneste* forklaringen.

ULIKE TYPER SÅR

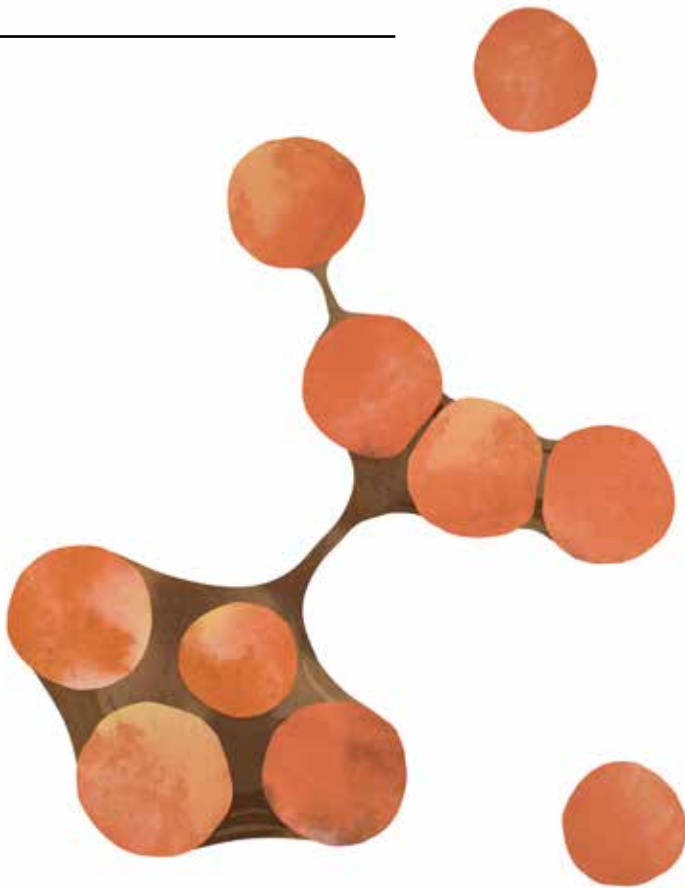
Alle som jobber med ikke-helende sår, vet at sår i områder på kroppen som både er godt sirkulert og har tilfredsstillende ødembehandling, likevel kan være vanskelige å få til å gro. Dermed må det være flere forklaringer på at sår ikke gror.

I 2003 kom det en artikkel i tidskriftet *Wound Repair and Regeneration* som forklarte noe om betydningen av lokalbehandling av sår (2).

Den så på forskjellen mellom akutte sår og ikke-helende sår og diskuterte i hvilken grad lokale forhold i såret hadde betydning for om såret helet eller ikke.

Forfatterne fokuserte videre på bakteriers betydning i ikke-helende sår. De laget følgende oversikt over sammenhengen mellom bakterier og sårheling:

- Kontaminerte sår, det vil si sår som er forurenset, har ingen betydning for sårhelingen.
- Koloniserte sår, sår der bakterier er etablert og formerer seg, har fortsatt ingen klar betydning for sårhelingen.
- Kritisk koloniserte sår var et nytt begrep forskerne innførte, som beskriver en tilstand der bakteriene hemmer sårhelingen.
- Infiserte sår, som er sår der det



BIOFILM DANNES: Bakterier dekkes av biofilm, som hindrer såret i å gro og gjør bakteriene motstandsdyktige både mot antibakterielle midler og kroppens forsvarsmekanismer mot bakterier. Illustrasjon: Linnea Vestre

foreligger en infeksjon med allmennsymptomer og stigning av CRP eller hvite blodlegemer, har ingen sårheling.

Problemet med artikkelen deres var at de ikke kunne forklare godt hva kritisk koloniserte sår var. De laget en diffus definisjon der antall bakterier var større enn 105 per gram vev (2).

BETYDNINGEN AV BIOFILM

I 2008 og utover på 2000-tallet kom det flere artikler i *Journal of Wound Care* der begrepet bakteriell biofilm ble presentert og tillagt betydelig ansvar for at sår ikke heler (3-5).

Grunnlaget til artiklene baserte seg på in vitro-forskning, forskning i et laboratorium, om hvordan bakterier samvirker og organiserer seg.

«Bakterien lar seg ikke eliminere med vanlige antimikrobielle strategier.»

Imidlertid har det vist seg å være vanskelig å definere bakteriell biofilm i sår, da den opptrer annerledes i klinikken enn på laboratoriet.

HVA ER BIOFILM?

Den klassiske definisjonen på biofilm er som følger (1): «Bacteria attached to surface, encapsulated in a self-produced extracellular matrix and tolerant to antimicrobial

agents», altså bakterier som sitter fast til underlaget og er dekket av en selvprodusert matriks (nettverk av fiberdannende proteiner og polysakkarider i vevet rundt cellene) som gjør dem motstandsdyktige mot antibakterielle midler (1).

Denne definisjonen passer ikke på biofilm i sår. Senere forskning viser at bakteriene i sårmiljøet ikke er avhengige av flater for å feste seg. Forskningen viser dessuten at matriksen består av stoffer bakteriene har tilgjengelige i sårmiljøet. Bakterien lar seg ikke eliminere med vanlige antimikrobielle strategier.

Derfor har WUWHS (World Union of Wound Healing Societies) valgt følgende definisjon på biofilm i ikke-helende sår: «an aggregate of bacteria tolerant to treatment and host defence» (1). Det sentrale er altså at bakterier som er dekket av biofilm, hindrer såret i å gro og er motstandsdyktige både mot antibakterielle midler, inklusiv antibiotika, og kroppens forsvarsmekanismer mot bakterier.

SLIK VIRKER BIOFILM

En metaanalyse anslår at det er bakteriell biofilm i 78,2 prosent av alle ikke-helende sår (6). Det hevdes av andre at *alle* ikke-helende sår har problemer knyttet til bakteriell biofilm (1). Å forstå biofilmens virkning i sår er derfor ensbetydende med å forstå hvordan ikke-helende sår skal behandles.

En *detaljert* beskrivelse av hvordan bakteriell biofilm hindrer såret i å hele, er utenfor denne artikkelens målsetting, men gode gjennomganger finnes i referansene (1, 6-7).

Enkelt sagt ønsker bakteriene å oppnå tre ting med sitt virke i såret (7):

- › **1. Unngå å bli drept og fagocyttert (eliminert) av kroppens hvite blodlegemer.** Granulocytter og makrofager er kroppens første forsvar mot uønskede mikroorganismer. En del sårpatogene mikroorganismer har evnen til å «lure» vertens immunsystem slik at de ikke oppdages av forsvarscellene. Deretter dannes den beskyttende matriksen som bakteriene omgir seg med. Denne beskyttelsen dannes dels av bakteriene og dels av kroppens eget materiale.
- 2. Sikre bakteriekoloniene nok næring.** Når bakteriene er godt skjult i ekstracellulær matriks, provoserer de verten til å angripe. Vertens forsvar mot bakterier innebærer å øke produksjonen av granulocytter, makrofager og proinflammatoriske cytokiner. Cytokinenes oppgave er blant annet å øke blodsirkulasjon i sårområdet. Bedre tilgang på næring til mikroorganismene er en viktig konsekvens av den økte inflammasjonen.
- 3. Unngå at såret lukker seg.** Hvis såret gror, blir bakterienes tilholdssted ødelagt, og bakteriene blir fjernet. Ved å ta livet av granulocytterne som verten sender inn i området, frigir de døde granulocytterne store mengder cytokiner og MMP (matriks metalloproteinaser). For eksempel gjør *Pseudomonas*-bakteriene dette ved å produsere rhamnolipid, som dreper granulocytter. MMP er potente enzymer som forekommer i økt konsentrasjon i områder med økt cytokinkonsentrasjon. MMP bryter ned kollagen (bindevev som cellene fester seg i) og vekstfaktorer (molekyler som koordinerer celleaktivitet i et sår). Konsekvensene av økt



BIOFILMER: Når bakteriene danner biofilm i såret, hemmes sårtilhelingen.

MMP-tilgang i såret er vevsnedbryting, nekrosedannelse, kronisk inflammasjon og til sjuende og sist manglende sårheling.

BEHANDLING AV SÅR

Det er også et annet forhold som har betydning for hvordan vi skal behandle sår med biofilm. Inne i biofilmen går bakteriene over i en form for dvaletilstand. De senker sin metabolisme nesten ned til null. Bakteriene blir da nærmest umulige å skade, både fra immunsystemets side, men også fra antibakterielle strategier (4).

«Det viser seg at både systemisk antibiotika og lokale antibakterielle midler er uten effekt på bakterier inne i en intakt biofilm.»

Det viser seg at både systemisk antibiotika og lokale antibakterielle midler er uten effekt på bakterier inne i en intakt biofilm (8). Men hvis biofilmen skades, for eksempel ved hjelp av debridering (fjerning av dødt, skadet eller infisert vev),

må bakteriene «jobbe» og reparere skaden. Det vil si at de må bli metabolsk aktive, og de er dermed mulige å elimineres fra sår (9).

MÅ SKADE BIOFILMEN

Vi har lenge håpet at det skulle komme et «vidundermiddel» som løser opp matriksen som bakteriene omgir seg med, og som gjør dem tilgjengelige for antibakterielle midler. En slik løsning er ikke kommet, til tross for at det er gjort intense forsøk.

Men det viser seg at dersom vi klarer å skade biofilmen ved hjelp av en eller annen form for debridering, så har lokale antiseptiske midler effekt. Debridering fører til at matriksen påføres skader, men den fjernes ikke. Biofilmen gir dermed ikke samme beskyttelse.

Minst like viktig er det at bakteriene da blir trigget til å bli metabolsk aktive og dermed sårbare. Det betyr at lokale antiseptiske midler alltid skal benyttes sammen med debridering, og antiseptiske midler uten debridering har en begrenset verdi (1).

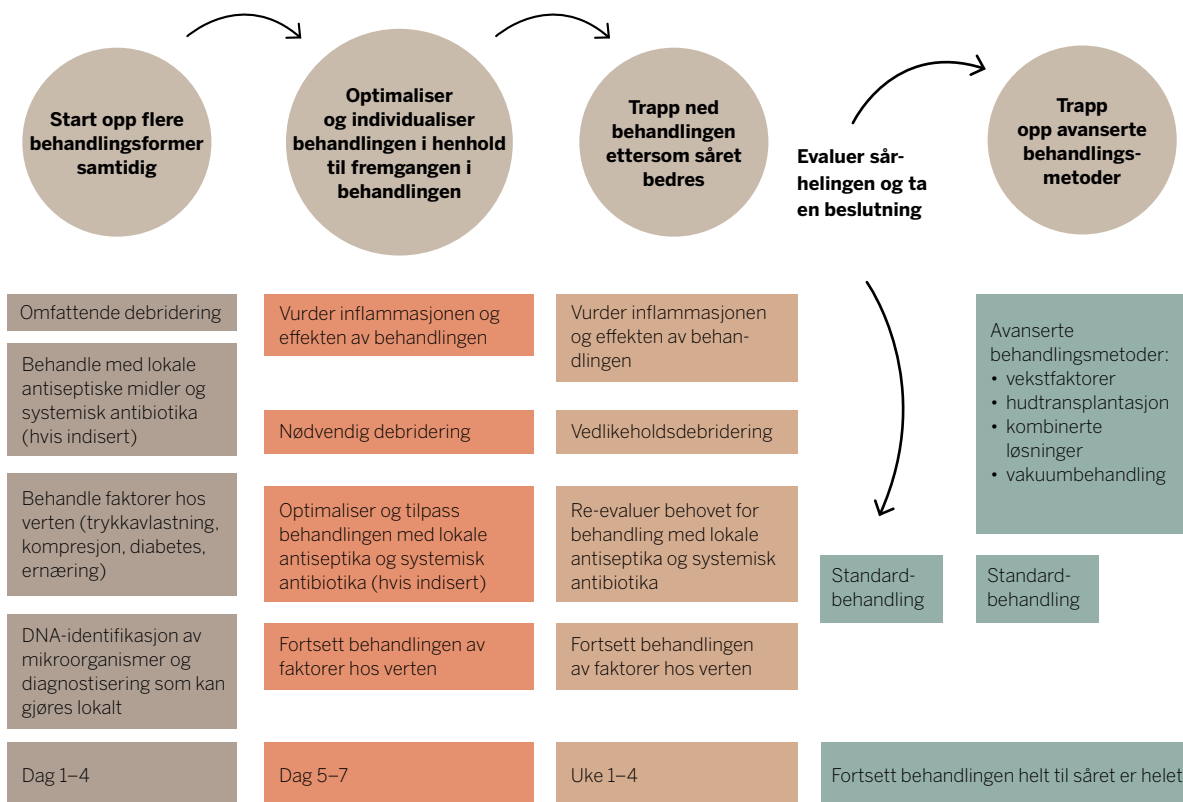
Utfordringen blir å finne en debrideringmetode som både er effektiv og gjennomførbar, det vil si ikke mer komplisert enn at de som behandler såret, er i stand til å utføre den.

DEBRIDERINGSMETODER

Den europeiske sårorganisasjonen EWMA (European Wound Management Association) laget i 2013 en oppsummering, kalt position document, der de beskrev alternative metoder for debridering (10). De delte debridering inn i følgende metoder:

Mekanisk debridering. Dette inkluderer bruk av vridde, våte gaseller bomullskompresser (wet-to-dry dressings), som tørker i såret og

FIGUR 1. Retningslinje for identifikasjon av biofilm i kronisk, ikke-helende sår



Kilde: Modifisert etter Schultz G, Bjarnholt T, James GA, Leaper DJ, McBain AJ, Malone M et al. Consensus guidelines for the identification and treatment of biofilms in chronic nonhealing wounds. *Wound Repair Regen.* 2017;25(5):744–57

rives ut. Videre er tannbørste, neglebørste og debrideringspad å regne som mekanisk debridering.

Autolytisk debridering. Da forsterkes kroppens egne debrideringsløsninger ved å holde såret fuktig. Hydrogel, honning, jod og antibakteriell gel virker på denne måten. Det er også mulig at noen av formene for autolytisk debridering har en viss skadelig virkning på bakteriene i biofilmen.

Biokirurgi. Dette er bruk av fluelarver til rengjøring av sår. Denne løsningen er gammel, men har fått sin renessanse (7).

Tekniske løsninger. På dette området er det de siste årene kommet løsninger som faktisk har debriderende virkning, som vakuumbeforsyning med periodisk skyl, høytrykksspyling av såret, lavfrekvent ultralyd med skyl, eller plasma-behandling. Felles for disse apparatene er at de er svært dyre i innkjøp og forholdsvis dyre i bruk.

Skarp debridering. Da benyttes skalpell, kyrette, skarp skjje eller saks.

Det er viktig å poengtere at ikke alle metodene er egnet for alle

pasienter og alle sår. Noen metoder, som debridering med vridde, våte saltvannskompresser, frarådes fordi de er lite selektive, det vil si at de skader også friskt vev.

KJEMISK DEBRIDERING

De siste årene er kjemisk debridering tatt i bruk (9). Det er tre grupper av løsninger som kan benyttes:

Løsninger med overflateaktive midler. Slike midler, også kalt tensider, finnes i rengjøringsmidler med lav pH, som sjampo og flytende såper. De fleste sår kan vaskes med

- › flytende såpe og skylles etterpå med rennende vann. Noen sårhjelpemidler og bandasjer inneholder tensider, slik som Prontosan og PolyMem.

Løsninger basert på syrer. Den syren de fleste har erfaring med, er acetic acid, eller eddiksyre. Denne løsningen har vært benyttet i sårbehandling i hundrevis av år. De siste årene er det kommet kommersielle løsninger der eddik er en bestanddel, slik som SoftOx og Optima. I land som India og Bangladesh gjøres det forsøk med å bruke eddikløsninger i sår fordi det er enkelt, virkningsfullt og billig (11, 12).

Superoksiderte væsker. Også denne gruppen av produkter er gamle løsninger som har fått sin renessanse de siste årene. Den mest brukte superoksiderte væsken var tidligere hydrogenperoksid 3 prosent (7). Hydrogenperoksid har sannsynligvis god effekt på bakterier, men kan også ha en uheldig virkning på granulasjonsvev, så den frarådes på dette grunnlaget. Men det er kommet nye og mindre skadelige superoksiderte væsker på markedet, som Microdacyn og SoftOx (inneholder også eddik).

ANTIBIOTIKAENS ROLLE

Siden vi snakker om bakterier, er det også viktig å se på rollen til tradisjonelle antibakterielle behandlingsmetoder som antibiotika. Bakteriene i biofilmen er som sagt tolerante for antibakteriell behandling og immunsystemets virkninger. Denne toleransen skyldes i hovedsak fire mekanismer (13, 14):

- Biofilmens «arkitektur», tredimensjonal, med surstoff- og næringsstoffgradienter, «mikromiljø» med forskjellig pH, pCO₂ og pO₂ som påvirker antibiotika.
- Forskjellige vekstvilkår avhengig av hvor i biofilmen bakteriene er lokalisert.
- Komponenter i matriksen som binder og/eller nøytraliserer antibiotika.
- Pumper som aktivt fjerner antibiotika fra biofilmen. Påvist for eksempel ved forekomst av Pseudomonas-bakterier.

STAFYLOKOKKER

Det er fortsatt nokså vanlig praksis å ta bakterieprøver fra ikke-helende sår. Oftest vil man dyrke frem stafylokokker fra disse sårene.

Stafylokokker, som de fleste andre sårpatogener, er biofilmdannere.

At et sår med en biofilm fremstår som rødt, hovent, væskende og smertefullt, skyldes imidlertid ikke en klassisk infeksjon, men immunsystemets reaksjon på biofilmen, som vi kaller en inflammasjon. Denne inflammasjonen vil neppe kunne behandles med antibiotika, verken gitt systemisk eller lokalt.

«Stafylokokker, som de fleste andre sårpatogener, er biofilmdannere.»

FOR MYE ANTIBIOTIKA

Det er et betydelig overforbruk av antibiotika i ikke-helende sår (15). Man antar at cirka ti prosent av all forskrivning av antibiotika i Norge handler om bløtvevsinfeksjoner. Unødvendig forskrivning av antibiotika bidrar til resistensproblematikken.

Kunnskapen om hvilken rolle biofilmen har i ikke-helende sår, hvilken

REFERANSER

1. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Florence Congress. Position Document. Wounds international; 2016.
2. Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, Ayello EA, Dowsett C, Harding K, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair Regen*. 2003;11(1 Suppl):S1–28.
3. Rhoads DD, Wolcott RD, Percival SL. Biofilms in wounds: management strategies. *J Wound Care*. 2008;17(11):502–8.
4. Wolcott RD, Rhoads DD, Dowd SE. Biofilms and chronic wound inflammation. *J Wound Care*. 2008;17(8):333–41.
5. Wolcott RD, Rumbaugh KP, James G, Schultz G, Phillips P, Yang Q, et al. Biofilm maturity studies indicate sharp debridement opens a time-dependent therapeutic window. *J Wound Care*. 2010;19(8):320–8.
6. Malone M, Bjarnsholt T, McBain AJ, James GA, Stoodley P, Leaper D, et al. The prevalence of biofilms in chronic wounds: a systematic review and meta-analysis of published data. *J Wound Care*. 2017;26(1):20–5.
7. Langøen A, Gürgen M. Sårbehandling, generelle prinsipper. I: Langøen A, red. Sårbehandling og hudpleie. 5 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018. S. 180–293.
8. O'Meara S, Al-Kurdi D, Ologun Y, Martyn-St James L, Richardson R. Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers – Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014. Tilgjengelig fra: https://www.cochrane.org/CD003557/WOUNDS_antibiotics-and-antiseptics-to-help-healing-venous-leg-ulcers (nedlastet 30.01.2019).
9. Langøen A. Kjemisk debridering. *Sår*. 2018;27(1):47–52.
10. Strohal R, Dissemond J, Jordan O'Brien J, Piaggese A, Rimdeika R, Young T, et al. EWMA document: Debridement. An updated overview and clarification of the principle role of debridement. *J Wound Care*. 2013;22(1):5.
11. Nagoba BS, Selkar SP, Wadher BJ, Gandhi RC. Acetic acid treatment of pseudomonas wound infections – a review. *J Infect Public Health*. 2013;6(6):410–5.
12. Kumara DU, Fernando SS, Kottahachchi J, Dissanayake DM, Athukorala GI, Chandrasiri NS, et al. Evaluation of bactericidal effect of three antiseptics on bacteria isolated from wounds. *J Wound Care*. 2015;24(1):5–10.
13. Walters MC, Roe F, Bugnicourt A, Franklin MJ, Stewart PS. Contributions of antibiotic penetration, oxygen limitation, and low metabolic activity to tolerance of Pseudomonas aeruginosa biofilm to ciprofloxacin and tobramycin. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 2003;47(1):317–23.
14. Mulcahy H, Charron-Mazenod L, Lewenza S. Extracellular DNA chelates cations and induces antibiotic resistance in Pseudomonas aeruginosa biofilms. *PLoS Pathog*. 2008;4(11):e1000213.
15. Gürgen M. Excess use of antibiotics in patients with non-healing ulcers. *EWMA Journal*. 2014;14(1):17–22.
16. Gottrup F, Apelqvist J, Bjarnsholt T, Cooper R, Moore Z, Peters E, et al. EWMA document: Antimicrobials and non-healing wounds. Evidence, controversies and suggestions. *J Wound Care*. 2013;22(5 Suppl):S1–89.

måte den fungerer på, og hvordan den er organisert, må få som konsekvens at det ikke tas rutinemessig bakterieprøver fra sår. Vi vet at det vanligvis er nyteløst å bruke antibiotika. Antibiotika skal kun gis til pasienter som er systemisk påvirket, og når såret er identifisert som den utløsende faktoren (16).

KONKLUSJON

Bakteriell biofilm spiller en rolle i de fleste ikke-helende sår, og det må vi ta hensyn til når vi velger behandlingsstrategier. Det eneste vi vet som virker, er å kombinere debridering med lokale antibakterielle midler, som PHMB (polyhexamethylene biguanide, tørrstoff som benyttes til desinfeksjon), sølv, jod og honning. Såret bør debrideres hver gang det behandles, inntil såret har fått en overflate av granulasjonsvev. Da kan både debridering og bruk av antibakterielle midler avsluttes (7).

Valg av debrideringsmetode må ta utgangspunkt i hva som er gjennomførbart. Hvis det i prosedyren legges opp til skarp debridering samtidig som de som behandler såret, ikke behersker denne metoden, fører det kun til inkonsekvent behandling og sabotasje av prosedyren. Alternativet er da å kun la personell med kompetanse innen skarp debridering utføre dette sårstedet.

Det er helt avgjørende at såret behandles konsekvent og i henhold til planen. Metode bør også velges avhengig av pasient- og sårrelaterte faktorer. Det er viktig å unngå smerte og ikke påføre sår tilleggsskade. ●



Se ordliste på side 90

Fagartikler sendes inn via

<https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>



Et skånsomt alternativ!



aminoJern er et lavdose jerntilskudd som er snill mot magen og samtidig gir et svært godt opptak. Man kan ta det til måltider og sammen med all type mat uten at effekten reduseres. aminoJern inneholder verken gluten, sukker, melk eller noen animalske ingredienser.

aminoJern er tilgjengelig hos Vitus/Ditt Apotek, i helsekostbutikker og på supervital.no.

Les mer på aminojern.no

For prøver, brosjyrer og oversikt over studier, send mail til ralph@vitalkost.no eller ring 33 00 38 76.



VITALKOST

Dokumentert effektiv og skånsomt!

Skal det være en debridert griselabb?

Noen griser fra Sandnes gjør nytte for seg etter sin død, men ikke som mat. Labbene deres er påført brannså, så sykepleierne får øvd på debridering av sår.

• **Tekst og foto** Eivor Hofstad

Den første sykepleieren kommer inn litt før klokka ti på møterommet på plastikk- og håndkirurgisk poliklinikk på Stavanger universitetssykehus en onsdag i januar.

– Er det her det er kurs, spør hun og får bekræftende svar fra kurslederne, sårsykepleierne Mari Robberstad og Bente Bilstad.

Hun kikker seg rundt i lokalet og får øye på 13 griselabber, påført minst tredjegrads forbrenning av Robberstad og hennes crème brûlée-brenner hjemme på kjøkkenet kvelden før. Det lukter ikke akkurat søndagsmiddag, kanskje mer brent hår.

– Jeg tror jeg skal gå og ta meg litt å drikke. Jeg har ikke spist frokost ennå, sier sykepleieren og forsvinner ut igjen.

FAKTA

Debridering

- Debridering vil si å rense opp et sår der alt vev som er dødt, skadet eller forurenset, fjernes, for å oppnå optimale groforhold.
- Man fjerner både nekrose, fibrin, biofilm og fremmedlegemer ved hjelp av skrapping, skjæring og klipping.

Labbene har Robberstad fått gratis fra slakternaboen sin i Sandnes, og nå ligger de pent dandert rundt møtebordet på hvert sitt underlag, med tilhørende utstyr for debridering: To typer curetter, to typer skalpeller, en



SEIGT VEV: Ellen Christiansen fra infeksjonssengeposten liker å utfolde seg med forskjellig utstyr. Hun synes grisevevet er seigere enn menneskevev.

saks, en pinsett, et par hansker og et plastforkle.

Det er første gang workshop i debridering av sår arrangeres ved Stavanger universitetssykehus.

- BØYGEN ER Å SKRAPE

Litt over klokken ti er det fullt rundt bordet av sykepleiere fra sykehusets ulike sengeposter. De har alle en spesialinteresse for sår og har sagt seg villig til å være sårkontakter på sin sengepost. Kun to av dem er sårsykepleiere.

Nå skal de ha en og en halv times kurs i debridering. Først teori, så praktiske øvelser. Alle har prøvd det før, men føler seg fremdeles usikre.

«Debridering er mer enn skraping. Det er også klipping og skjæring.»

Mari Robberstad, sårsykepleier

– Mangel på debridering er et stort problem, ikke at det debrideres for mye. Vi ser at bøyggen er å begynne å skrape eller å bruke skarpe instrumenter i sårbehandlingen. Derfor fikk vi ideen til dette kurset,

FØR OG ETTER DEBRIDERING AV SÅR



ET EKSEMPEL PÅ ET SÅR: Bildet til venstre viser såret før debridering, mens bildet til høyre viser det samme såret etter debridering. Foto: Marcus Gürgen

- › inspirert både av den europeiske sårkonferansen EWMA og Eva Kronborg Heiberg ved Diakonhjemmet sykehus, sier Robberstad til Sykepleien.
 - Det er stor forskjell mellom å behandle og å stelle et sår. Behandling innebærer også debridering, mens stelling kun er skifting av bandasje, opplyser Robberstad.

«Dere må få vekk biofilm og alt som er dødt, både fibrin og nekrose. Det døde er mat for bakterier.» Bente Bilstad, sårsykepleier

– Hvorfor bruke fremmedordet «debridering». Hvorfor kan dere ikke si skraping av sår?

– Debridering er mer enn skraping. Det er også klipping og skjæring.

TEORI

Kurset starter med teori fremført av kursholderne, ispedd filmer og bilder fra powerpointen. Først får de en kort innføring i TIMES-prinsippet (se fagartikkel på s. 36).

FAKTA

TIME-prinsippet

- **Tissue** – fjerne nekrotisk/dødt vev
- **Infeksjon** – forebygge infeksjon
- **Moisture** – håndtering av sårsekresjon: ulike typer bandasjer og kompresjonsbehandling
- **Epitel** – innvekst av nye hudceller

De konsentrerer seg om den første bokstaven, T for tissue, altså vev.

– Dere må få vekk biofilm og alt som er dødt, både fibrin og nekrose. Det døde er mat for bakterier. I tillegg til økt infeksjonsfare, gir dødt vev økt væsning og kan også bidra til luktproblem. Dessuten er det tid- og energikrevende for kroppen å løse opp og fjerne dødt vev selv. Og nye hudceller kan bare vokse over friskt vev, sier Bilstad.

– Hvor mye skal fjernes, lurer en på.

– Om mulig til det blir en ren sårbunn eller til det blør, hvis blodtilførselen er bra. Eventuelt til det gjør vondt for pasienten, dersom pasienten har følelse



13 LABBER: Kurslederne Mari Robberstad (til høyre) og Bente Bilstad forbereder til historiens første workshop i debridering med øvelser på griselabber ved Stavanger universitetssykehus.



UTEN FRYKT: Ved å øve med griselabber, blir det verken skader eller smerter. Det synes Ellen Christiansen (til høyre) er greit, selv om hun ikke har så høy terskel for å ta frem curetten til vanlig.



BRANNSÅR: Griselabbene som brukes på kurset, har fått minst tredjegrads forbrenning av kurslederens crème brûlée-brenner.

i området. Vær obs på pasienter med lammelser, redusert følsomhet eller nevropati.

Det som er dødt, blør ikke og kan aldri bli levende igjen, får de vite.

Robberstad viser to bilder som illustrerer hvordan

nekrose kan hindre oversikt over sårbunn og sårets egentlige størrelse. Det ene bildet viser såret før nekrosen er fjernet, det andre viser etter. Da ser man at sårene er mye dypere enn man kan få inntrykk av ved første øyekast.





NEKROSERÅD: – Mange av dere bruker curette, men ved nekrose kommer man ikke alltid langt nok med den. Da er det bedre å løfte med pinsett og skjære eller klippe, råder Bente Bilstad (i midten).

» SKALPELLENE

Så kommer den første oppgaven: Skjær vekk brent vev ved hjelp av skalpell, ikke dypere enn hud.

Det jobbes iherdig rundt bordet. De bruker utstyr som går ut på dato, så det ikke blir så dyrt for sykehuset. Begge skalpellene testes, en spiss og en butt.

– Her på kurset kan dere ikke gjøre feil, sier Robberstad.

– Dere har er en veldig samarbeidsvillig pasient, supplerer Bilstad med et smil.

– Hypergranulasjon er totter av det vi kaller villkjøtt. Det blør lett. Da må du skrape i «dalene», og da er absolutt en liten, butt skalpell det beste, råder Robberstad.

«Nekrose er vanskelig å få tak på – litt som å prøve å få tak i gelé med pinsett – helt umulig!»

Mari Robberstad, sårsykepleier

CURETTENE

Oppgave to er å bruke curette for å rense i sårbunnen og på sårkantene. Det viser seg at mange har brukt slike før, fremfor skalpell.

– Husk at curetten har en butt og en skarp side,

FAKTA

Biofilm

- Biofilm er en gul/gråaktig sukkerholdig gelé eller slim som bakteriene lager og omgir seg med. Det er både mat og beskyttelse for bakteriene.
- Majoriteten av kroniske sår har biofilm, så dette er en viktig grunn til at sår kan ha vanskelig for å gro.
- Biofilm ligger nedi selve sårbunnen (ikke oppå), og kan kun fjernes ved hjelp av debridering. Da svekkes den i to–tre dager etterpå.
- Prontosan brukes for å løse opp biofilmen slik at den blir lettere å fjerne.
- Biofilm må holdes i sjakk ved bruk av antibakterielle midler som Prontosan, honning, jod eller sølv.
- Når bakteriene trues, setter de inn ekstra gir for å bli sterke igjen. Det kan føre til eksplosjon av bakterier, men de gir opp etter hvert. Kan være lurt å rotere på bruken av ulike middel.

Kilder: Mari Robberstad og Bente Bilstad

akkurat som skalpellen, så vær obs på hvilken side dere bruker, minner Robberstad om.

Det var det ikke alle som visste.

Så ser de en film hvor fibrin skrapes vekk. Fibrin er et slags nekrotisk vev som er et fuktig, løst strengformet belegg i såret, vanligvis med gulaktig farge. Der er det gode groforhold for bakterier.

– Ser dere hvor fint det går? Slik vil du aldri kunne gjøre ved nekrose. Nekrose er vanskelig å få tak på – litt som å prøve å få tak i gelé med pinsett – helt umulig! Fibrin kan ofte løsne som et flak. Det er så kjekt når du klarer å skrape vekk et lag med fibrin, sier Robberstad.

– Vi har fortvilede pasienter som har vært hos lege og fått fire–fem antibiotikakurer uten at såret har blitt bedre. Men mange har ikke skrapet vekk biofilm eller fibrin og heller ikke fjernet nekrose, sier Bilstad.

LEKER MED UTSTYRET

Så er tiden kommet for den siste oppgaven: Bruk skalpell og curette og lek med utstyret.

– Jobb dere gjennom lagene. Test forskjellen mellom å debridere i et lite og dypt sår kontra et stort og overflatisk sår, sier Robberstad.

– Hvis dere ser en sene, sjekk om den virker vital. Er den hvit og frisk eller brunlig? Tenk på at den må



FERDIG: Etter endt kurs er det bare å samle sammen griselabber, avfall, utstyr og jakker. Mari Robberstad sier de fikk gode tilbakemeldinger og gjør det hele gjerne igjen.

holdes fuktig for ikke å dø, sier Bilstad.

Til slutt får de med seg gode råd på veien: Begynn! Øvelse gjør mester. Sett av tid og ta litt om gangen. Gled dere over fremgangen, og husk at godt utstyr letter arbeidet.

Karen Haga Vange, en sårsykepleier fra infeksjonsmedisinsk sengepost, har tatt turen innom kurset. Hun advarer om at det er lett å skjære seg på curretten.

– Det er en av de vanligste skadene vi har på vår sengepost. Jeg bruker å ha et lite beger med Prontosan-væske som jeg skyller curretten i, sier hun.

– KJEKT MED PRAKTISK FAGLIG PÅFYLL

På den ene bordenden sitter Ellen Christiansen fra sengepost 3F, infeksjonsmedisin. Hun er godt fornøyd med kurset.

– Jeg har ikke hatt så veldig høy terskel for å debridere, men føler meg litt tryggere nå. Dette ble en bekreftelse på det jeg kan fra før. Dessuten er det veldig kjekt med faglig påfyll som er praktisk.

– Hvordan var følelsen av å gjøre dette på grisehud?

– Grisehuden er mye seigere enn menneskehud. Men det var fint å kunne utfolde seg med utstyret uten å tenke på at man gjorde noe galt.

Hvis det går som Mari Robberstad og Bente Bilstad håper, blir det et nytt debrideringskurs før sommeren.

– Da skal jeg anbefale det til kollegene mine, sier Christiansen. ●

Hvor vondt er det å ha langvarige leggsår?

Noen har sår i måneder og år. Lena Leren undersøker hvor smertefullt det er.

• **Tekst** Marit Fonn

Lena Leren har fått over 200 pasienter med kroniske legg- og fotsår til å fortelle om sine sårsmarter.

Leren er sykepleier og doktorgradsstipendiat ved Universitetet i Sørøst-Norge.

– Eksisterende forskning om smerter og sår handler i stor grad om prosedyrerelatert smerte, påpeker hun.

Nå ønsker hun å skaffe kunnskap om smerter hos personer med vanskelig helende sår som ikke er knyttet til prosedyrer, som for eksempel sårskift.

– Vi vet at det kan ta måneder og år før et sår er helet, så sårsmarter kan være plagsomme over lang tid. Men hvordan smertene faktisk arter seg, er det lite forskning om, sier hun.

Målet med kartleggingen er å bedre omsorgen for disse sårpatientene.

BESKREV SMERTEN

Pasientene i undersøkelsen er fra to sårpoliklinikker på Østlandet.

Lena Leren har tatt bilder av alle sårene. Hun har også registrert

«Kanskje har man sparket borti en åpen dør på en oppvaskmaskin.»

Lena Leren, sykepleier og doktorgradsstipendiat ved UiT



Foto: Knut J. Meland/USN

kliniske data, for eksempel tegn til infeksjon i sårene, om pasientene har følbart puls perifert på foten og om det er synlige ødemer i foten.

Deltakerne i studien har i tillegg svart på et spørreskjema. Der har de fortalt om de har sårsmerte og i så fall beskrevet smertens intensitet og karakter og hvordan den varierer gjennom døgnet. Også livskvalitet og søvn er kartlagt i spørreskjemaet.

Leren er ferdig med å samle inn data og skal i gang med å analysere dem.

– Planen er å publisere resultatene i løpet av året, forteller hun.

– **NOEN HAR ALLTID VONDT**

– **Hvordan beskriver de smertene?**

– De fleste har ikke like vondt hele døgnet, det vil si at intensiteten varierer. Noen har smertefrie perioder. Andre har alltid vondt, men vondere innimellom, forteller Leren.

Hun føyer til:

– At noen har vondt hele tiden er jo bekymringsfullt.

– **Mange av deltakerne har kanskje diabetes?**

– Ja.

– **Og de fleste av pasientene i utvalget ditt er eldre?**

– En del er i arbeid, en del er eldre og flere er eldre med sammensatte lidelser, sier Leren.

TRAUMATISK UTLØSTE SÅR

Det er mange typer sår, for eksempel venøse og arterielle leggsår. Leren

er foreløpig usikker på om hun skal skille på sårtyper i kartleggingen.

– Det er smerten som er i sentrum, sier hun.

Mange av sårene er traumatisk utløst:

– Det vil si at de kommer av en skade. Kanskje har man sparket borti noe. Det kan være i en rullator eller en åpen dør på en oppvaskmaskin. Det er flere grunner, både systemiske faktorer hos pasienten og lokale forhold i såret, som kan bidra til at såret ikke gror.

KAN SKYLDES VENØS SVIKT

Årsakene til at sår vedvarer over tid kan for eksempel være venøs svikt, redusert arteriell sirkulasjon eller diabetes.

– Men jeg undersøker smerte uavhengig av sårdiagnoser eller hva som er bakenforliggende årsaker til at sårene ikke gror eller gror sakte, sier Leren.

Hun håper studien kan skaffe kunnskap som på sikt fører til bedre pasientbehandling.

– Skal man lykkes med å gi bedre behandling, må man ha pålitelig kunnskap, understreker hun.

HVEM SKAL FØLGE OPP?

Leren påpeker at sårpatienter mottar helsetjenester fra mange instanser: Hjemmesykepleien, fastlegen og sårpoliklinikker i spesialisthelsetjenesten.

– Det gjør det utfordrende å vite hvem som har ansvaret for å følge opp behandlingen av sårsmerte. Noen vil si det er fastlegens jobb. Men med så mange aktører blir det utydelig hvem som har ansvaret for hva. Ikke minst er det slitsomt for pasientene å forholde seg til så mange instanser.

LEGG SÅR



Foto: Privat

TYPISK SÅR: – Det er lett å se at slike sår gjør vondt, sier Lena Leren. Dette såret er representativt for pasientene hun selv har undersøkt i studien.



VARIERER: Ikke alle sier at sårene gir dem smerter. Det syns Lena Leren er merkelig.

– Gir de ulike råd, tror du?

– Det vet jeg ikke. De pasientene jeg har snakket med, er i spesialisthelsetjenesten, det vil si hos ekspertene, så forhåpentlig får de den rette behandling. Men det er påfallende at det ikke snakkes mer om smerter.

NOK SMERTELINDRING?

– Kan disse pasientene få det mindre vondt?

– Antakelig er det rom for forbedring. Kanskje er løsningen å ha strukturerte kartleggingsamtaler om smerter.

I undersøkelsen har Leren kartlagt hvilken smertelindring pasientene får.

– Men jeg vet ikke om de har tatt det som er foreskrevet, for jeg har ikke sett på resultatene ennå. Av erfaring vet vi jo at en del eldre antakelig har høy terskel for å ta smertestillende og på den måten ikke får optimal behandling.

Det blir interessant å se om pasientene i studien er tilstrekkelig smertelindret, syns Lena Leren.

– Det vil si, de er jo ikke det. For ellers hadde de ikke rapportert om sterke smerter, sier hun. ●

Pasienter med fotsår fikk telemedisin

Pasienter med diabetiske fotsår ble fulgt opp med telemedisin, men måtte likevel ofte inn til konsultasjon.

Årlig foretas det 400–500 amputasjoner over ankelnivå hos personer med diabetes i Norge. 85 prosent av disse skyldes diabetiske fotsår, ifølge Norsk helseinformatikk.

Diabetes øker risikoen for nerveskader og nedsatt blodsirkulasjon i beina.

Diabetiske fotsår skyldes hovedsakelig komplikasjoner av diabetes: Nevropati og arteriosklerose (åreforkalkning)

Nevropati i føttene er vanligste årsak til at fotsår oppstår. Nedsatt sirkulasjon gir vevet mindre oksygen og næringsstoffer, slik at kroppens evne til å hele sårene reduseres. Høyt blodsukker er med på å øke risikoen for infeksjon.

OPPFØLGING PÅ SKJERM

Høgskulen på Vestlandet og Stavanger universitetssykehus samarbeider om et forskningsprosjekt for å undersøke om oppfølgingen av diabetespasienter med fotsår kan gjøres like godt telemedisinsk i primærhelsetjenesten med oppfølging i poliklinikk.

Det første resultatet, som ble klart i 2018, viste at tiden det tar før sårene var helet, var ganske lik for de to oppfølgingsmetodene. I gjennomsnitt ble såret helet på 3,4 måneder i telemedisin gruppe vs. 3,8 måneder i gruppen med tradisjonell poliklinisk oppfølging. Men det var færre amputasjoner i gruppen

som fikk telemedisinsk oppfølging: 6,4 prosent, mot 14,8 prosent i gruppen som fikk oppfølging på poliklinikk.

BLE BARE SUPPLEMENT

De to gruppene pasienter besto av 88 pasienter som fikk tradisjonell oppfølging i poliklinikker og 94 pasienter som ble fulgt opp med telemedisin i primærhelsetjenesten.

– Vi bruker en web-basert samhandlingsplattform, en slags sårjournal, der både spesialist- og kommunehelsetjenesten har tilgang til de samme opplysninger om pasienten. Tilgang er enten via pc eller smarttelefon/mobil for å kommunisere via tekst og bilder. På denne måten har helsepersonell begge steder samme informasjon tilgjengelig, forklarer professor Marjolein M. Iversen ved Høgskulen på Vestlandet.



DIAFOTO: Illustrasjonen er fra filmen Stavanger universitetssykehus har laget om prosjektet. Skann QR-koden og se filmen.

Studien viste at bruk av telemedisin ikke førte til et lavere antall konsultasjoner. Slik blir telemedisin bare et supplement til den tradisjonelle behandlingen. Derfor vil forskningen fortsette i to år til for å finne mer ut av dette, forteller hun.

– Meningen med å ta i bruk telemedisin er at dette kan lette situasjonen for pasientene ved at de slipper å reise til sykehus eller legesenter. For helsepersonell i kommunehelsetjenesten er målet at de får mer kompetanse og et tettere samarbeid med klinikken. Dessuten skal innovasjonen gi besparelser for helsevesenet. Vi ønsker nå å finne ut hvorfor resultatet ble slik med tanke på antall konsultasjoner, sier Iversen.

VIL FØLGE OPP SÅRENE

Det kan være flere grunner til at pasienter som brukte telemedisin, likevel måtte inn til konsultasjon: at pasienten hadde så kompliserte sår at de måtte ha mer omfattende behandling enn hjemmetjenesten kunne gi, eller at hjemmesykepleien eller fotteamet på sykehuset følte seg usikker, forklarer Iversen.

– I videre studier ønsker vi også å finne ut hvordan det gikk med de sårene som ikke var helet etter de tolv månedene pasientene ble fulgt. Og om hva som ligger bak tallene for amputasjoner, sier hun.

I videreføringen av studien i 2019–2020 vil forskerne også innlemme leggsår i studien. ●

Trykkammer kan tilhele sår



Ved å skanne QR-koden, kan du lese Sykepleiens forskningsartikkel om behandling i trykkammer.

Diabetiske fotsår er en av tilstandene som kan ha effekt av behandling i trykkammer.

Pasienter med ulike sykdomstilstander blir her behandlet med 100 prosent oksygen under forhøyet

omgivelsestrykk. Kombinasjonen av høy oksygenkonsentrasjon og høyt omgivelsestrykk gjør at store mengder oksygen blir tatt opp i blodet. Økt oksygenmengde stimulerer til dannelse av nye blodkar i oksygenfattig vev. ●

Skolding er den vanligste brannskaden hos barn

Rundt 700 barn legges årlig inn på norske sykehus med brannskader.

30–40 prosent av alle pasienter innlagt ved brannskadeavdelingen på Haukeland, er barn.

Den vanligste årsaken til brannskader hos barn er skolding forårsaket av varme væsker. Ofte i ansiktet, på halsen, brystet og magen. Det er også en del kontaktskader, det vil si at barn tar på varme overflater som ovn og komfyr, noe som gir skader i håndflaten og fingrene, ifølge Norsk barnelegeforening.

NY PROSEDYRE

I 2017 kom en ny sykepleieprosedyre for barn som blant annet omfatter brannskadebehandling. Prosedyren omhandler barn som

innlegges med brannskader i sengepost. Altså ikke for små skader som kan behandles på legevakt, og ikke de mest alvorlige sårene, som må behandles på brannskadeavdelingen på Haukeland.

I tillegg til å vurdere hvert enkelt sår, noe som gjøres av legen, er det ekstra hensyn å ta til barn.

– Foreldrene er sammen med barna på sykehuset og opplever ofte skaden som en kjempepåkjenning. De har ofte skyldfølelse og opplever å måtte se barnet gå gjennom mange smertefulle prosedyrer. En viktig



Foto: Robert Kneschke / Mostphotos

oppgave for sykepleierne er å gi trygghet til både foreldrene og barna, sier barnesykepleier Karin Kvande Anda ved OUS Ullevål.

VIKTIG Å AVLEDE

Å klare å avlede barnet er viktig. For å kunne trygge barnet best mulig er det viktig at sykepleieren vet hva som fungerer best for hvert enkelt barn, forklarer Anda. ●



I 2014 skrev Sykepleien om brannskader da brannskadeavdelingen på Haukeland universitetssykehus feiret 30-årsjubileet. Skann

QR-koden og les artiklene, på sykepleien.no.

ANNONSE



Gaven som redder liv

En gave til Leger Uten Grenser kan være et godt og livsviktig alternativ i forbindelse med
bryllup, bursdag eller jubileum.

Ring oss på tlf **21 04 24 52**, eller gå inn på www.legerutengrenser.no.
Kontonummer: **5005 06 36728**.

Merk innbetalingen med navn på jublant/brudepar, samt navn på giver(e) av gaven.



– Dette såret har vært en mare

Kerstin Bang fikk et digert trykksår. Det tok over et halvt år før hun kom seg tilbake i jobb. Grunnen til såret? En varm sommer og stivbente regler hos Nav, tipper hun.

• **Tekst og foto** Eivor Hofstad

Det er 11. desember 2018. På et adventsfritt rom på Sunnaas sykehus finner vi 60 år gamle Kerstin Bang. Hun ligger på siden med en vakuumpumpebandasje over sitteknuten sin. Der har hun fått et trykksår som hun oppdaget i august. Hun har fått vakuumbehandling på Sunnaas siden 3. desember.

Trykksår deles inn i fire kategorier etter hvor dypt de går. Kerstin Bangs sår er kategori tre. Det går gjennom flere vevslag. Subkutant fett kan være synlig, men ben, sener eller muskler er ikke blottlagt.

VAKUUMBEHANDLING

En svak during kommer fra vakuumpumpa som henger på sengen. På siden henger den gjennomsliktige engangsbeholderen som samler opp sårveske. I såret hennes er det lagt en sort svamp med en film over som det er klippet hull i. På denne ligger selve paden som lager vakuomet. Den har en slange koplet til pumpa, og man kan velge om man vil ha kontinuerlig behandling eller behandling med intervaller.

– Kerstin får kontinuerlig trykk. Vakuumbehandling

fremmer granulasjonsvev, fjerner ødemer og unødvendig væske som den presser ut. Vi bytter forbindelse tre ganger i uken, sier Hanne Haugland, en av to sårsykepleiere ved Sunnaas sykehus som har ansvaret for Bang.

Med til sårteamet hører også en lege og en ergoterapeut. Her jobbes det tverrfaglig.

Kerstin Bang har fire valg der hun ligger og må avlaste sårområdet: Hun kan benytte seg av en av Norges flotteste sykehusutsikter over Oslofjorden, hun kan lese, høre radio eller se tv. Det har blitt mye av det siste, også da hun lå hjemme i høst, 100 prosent sykmeldt fra jobben som regnskapskonsulent.

– Spør meg om en hvilken som helst tv-serie. Jeg har sett alt denne høsten. Fra Vietnamkrigen til svenske hollywoodfruer, sier hun på svensk og ler.

HAVNET I RULLESTOL I 2004

Bang kommer opprinnelig fra Linköping og havnet i Norge på 1980-tallet. Hun var 43 år da det ble oppdaget en tumor mellom skulderbladene hennes. Den satt så dypt i ryggmargen at det ikke gikk an å operere den



MENS SÅRET GROR: – Spør meg om en hvilken som helst tv-serie. Jeg har sett alt denne høsten. Fra Vietnamkrigen til svenske hollywood-fruer, sier Kerstin Bang fra senga på Sunnaas sykehus der hun lå i ti dager for å få vakuumbehandling.

vekk. Legene sa de ikke visste hva det kom av, men de mente den var godartet. Kan hende hadde hun hatt den siden hun ble født.

– To-tre år etterpå ramlet jeg, og det ble verre. I 2004 havnet jeg i rullestol fordi tumoren klemte på nerver, slik at jeg ble lam nedenfor der tumoren sitter. Heldigvis kan jeg fremdeles bruke armene, sier hun.

Bang sluttet i jobben i et IT-selskap da hun ble syk. Men siden 2010 har hun jobbet 80 prosent som regnskapskonsulent i Drammen. Hun bodde i Lier, men etter at hun skilte seg, flyttet hun til Oslo.

ØDELAGT LUFTPUTE

I begynnelsen av mai 2018 gikk luftputen hun satt på i rullestolen i stykker. Ventilen sluttet å fungere. Hun

«Hele prosessen ble også forsinket fordi jeg måtte gå via ergoterapeuten.» Kerstin Bang, pasient

ville derfor søke Nav om en ny luftpute.

– Men for å søke måtte jeg gå på kurs i Oslo for å få et såkalt «brukerpass». Det må man ha for å kunne bestille enkle hjelpemidler. Jeg hadde brukerpass i Drammen, men det kunne ikke brukes i Oslo. Neste brukerpas kurs skulle ikke holdes før til høsten.

Derfor tok hun kontakt med ergoterapeuten og fikk henne til å bestille ny pute. Etter en stund fikk



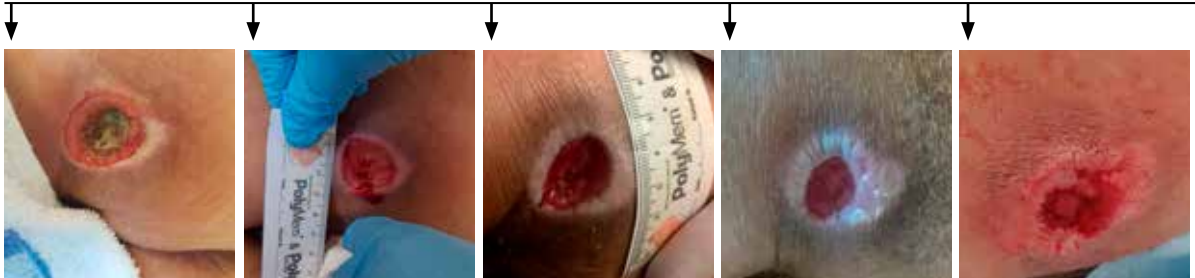
STORE KONSEKVENSER: – Trykksår på sitteknuten er den typen sår som gir størst konsekvenser, sier sårsykepleier Hanne Haugland (til venstre) og Anne Riisøen Selsjord ved Sunnaas sykehus.

› ergoterapeuten vite at denne puten ikke var prisforhandlet. Dermed måtte de bestille en annen pute fra Nav. Den fikk hun ikke før i slutten av juli, etter at hun selv hadde ringt Nav og etterlyst den. Den nye puten var heller ikke like god som den hun hadde hatt før.

– Hele prosessen ble også forsinket fordi jeg måtte gå via ergoterapeuten. Det burde være unødvendig å kople inn ergoterapeut ved enkle bestillinger av hjelpemidler som skal byttes ut. De har jo nok å gjøre med mange andre arbeidsoppgaver, sier Bang.

UTVIKLING AV SÅRET, FRA OPPDAGELSE 07.08.18

Etter 2 dager (09.08.18) Etter 15 dager (22.08.18) Etter 51 dager (27.09.18) Etter 86 dager (01.11.18) Etter 118 dager (03.12.18)



Str.: 3 cm x 2,5 cm
Dybde: ca 1,2 cm

Str.: 3,2 x 2,2
Dybde 3mm

Str.: 2,5 x 2,2cm.
Dybde: 2 mm

Str.: 1,8 x1,2 cm
Dybde: 2mm

1 cm i diameter. Etter skraping ble det 2 cm.

– En rullestolpute er forbruksmateriell hos en rullestolbruker, og det burde derfor være en enkel sak å kunne skifte den ut ved behov, supplerer lege Ingebjørg Irgens i sårteamet på Sunnaas.

Dermed gikk sommeren. Kerstin Bang hadde bare en skumgummipute liggende fra før. Den satt hun på ut mai, hele juni og mesteparten av juli. Og som vi alle husker: Sommeren 2018 var rekordvarm.

Bang mener de stivbente reglene hos Nav og den varme sommeren er hovedgrunnene til at hun fikk trykksåret, og sårsykepleier Hanne Haugland på Sunnaas sykehus sier det godt kan være tilfellet.

– Skumgummi er i utgangspunktet klamt å sitte på. Med svært varmt vær i tillegg, øker fuktigheten ytterligere. Fuktig hud er utsatt for å få sår og rift, og dersom man i tillegg har mistet følesansen, blir det vanskelig å oppdage at et sår er under utvikling, sier lege Irgens.

ØKNING I TRYKKSÅR ETTER VARM SOMMER

– Da vi kom tilbake fra ferie på sensommeren, var det en merkbar økning i telefonhenvendelser fra folk som hadde fått trykksår, sier Haugland.

En av de telefonene var fra Kerstin Bang den 7. august.

– Jeg brukte et speil og kikket der bak, som jeg jo har lært at jeg skal gjøre. Det har alltid vært helt greit der, så jeg har liksom ikke sjekket så nøye. Har kanskje tenkt at det der med trykksår ikke skjer meg. Jeg er jo verken

diabetiker eller røyker. Dessuten har jeg godt grokjøtt.

Men denne gangen oppdaget hun et digert sår på den venstre skinka ved sitteknutene. Siden hun er lam, kunne hun jo ikke kjenne noen smerte. Bang fikk poliklinisk time hos Sunnaas den 8. august.

Såret viste seg å være 1 cm dypt og 3,5 x 2 cm i omkrets.

«Jeg skjemtes litt for at jeg ikke hadde tatt vare på meg selv.»

Kerstin Bang, pasient

– Jeg syntes det så fælt ut. Og så skjemtes jeg litt for at jeg ikke hadde tatt vare på meg selv. Men her på Sunnaas var de helt avslappet. Hanne Haugland sa «Det her skal vi få orden på.» Da slappet jeg også av.

SUNNAAS HJALP HJEMMESYKEPLEIEN

Hjemmesykepleien ble koplet på da Kerstin Bang kom hjem igjen den 8. august. De skiftet på såret og stelte det så godt de kunne, annenhver dag til å begynne med. De fikk veiledning fra sårteamet på Sunnaas, der det sto at de måtte rense såret og legge på sølvbandasje og skumbandasje.

– Vi bruker TIME (se s. 36) som verktøy for vurdering av sår. Det viktige er å sørge for optimalisering

Etter 135 dager (20.12.18) Etter 167 dager (21.01.19) Etter 174 dager (28.01.19) Etter 183 dager (06.02.19) Etter 205 dager (28.02.19)



Str.: Ca 1,2 x 1,2 cm.

Str.: 0.7 cm og 0.5 cm.
Dybde: ca 1mm

Str.: Mål 0.3, 0. 4. Cm

Etter skraping

Etter skraping



VIDEOKONFERANSE: Sykepleierstudent Hedvig Tangen (til høyre) holder kameraet slik at det tverrfaglige sårteamet fra Sunnaas ser såret godt, og hjemmesykepleier Kalaivany Kamalahasan får kvalitetssikrede råd til videre sårstell.

- » av sårbunnen, væskekontroll og friske sårkanter, sier Haugland.

I oppfølgingen fra Sunnaas fikk Kerstin Bang også besøk fra ergoterapeut i ambulant rehabiliteringsteam, hvor de gikk gjennom tilrettelegging i hjemmet, tekniske hjelpemidler og rutiner for avlastning.

HARDE SÅRKANTER

Hjemmesykepleien fikk også hjelp via videokonferanser hver tredje uke med sårteamet på Sunnaas. Likevel oppsto problemer med harde sårkanter slik at såret ikke ville gro.

– Noen av hjemmesykepleierne ville ikke skrape ned de harde kantene på såret fordi de følte seg usikre, forteller Bang.

Løsningen ble innleggelse på Sunnaas i ti dager for behandling med vakuumpumpe.

«Jeg blir slapp og mister muskler.» Kerstin Bang, pasient

– Sårkantene må ha kontakt med sårbunnen. Harde kanter er arrvev, det er ikke grovev. Da må man skrape. Det skrapes ofte for lite, men sykepleiere har ikke lov å skrape i sår som går inn til sener eller bein. Da er det en legeoppgave, sier Haugland.

– KROPPEN FORVITRER

Kerstin Bang lengter etter å røre på seg igjen.

– Jeg ligger jo bare og har gått opp i vekt. Har ikke fått stelt håret siden før sommeren. Jeg blir slapp og mister muskler. De jeg hadde i magen er helt borte, så jeg blir

FAKTA

Trykksår

- Trykksår er en lokalisert skade på huden og/eller underliggende vev, vanligvis hvor bein er fremtredende.
- Trykksår er resultatet av trykk, eventuelt i kombinasjon med skjærende krefter.
- Trykket eller trykk i kombinasjon med skjærende krefter kan redusere eller hindre blodtilførsel til hud og underliggende vev, gi oksygenmangel, mangel på næringsstoffer, celledød og opphopning av avfallsstoffer.
- Celledød av iskemi kan komme i løpet av timer, mens direkte celledød kan ta bare noen minutter.
- Rullestolbrukere eller sengeliggende personer er spesielt utsatt for å få trykksår.
- Fukt på grunn av inkontinens eller varme gir økt risiko for trykksår.
- Hos dehydrerte pasienter og hos pasienter med dårlig ernæringsstilstand vil hud og vev ha dårligere polstrings-egenskaper, noe som kan føre til at trykkskader kan utvikle seg raskt.
- Trykksår er en alvorlig komplikasjon og påvirker hele livssituasjonen. Det kan blant annet gi smerter, redusert aktivitetsnivå, redusert nattesøvn, sosial isolering og nedsatt livskvalitet. I tillegg vil full avlastning kunne medføre økt risiko for å pådra seg flere sår.
- Det kan ta fra dager til år å få et trykksår til å gro. Når det har oppstått et trykksår, vil ikke det døde vevet uten videre bli erstattet med nytt vev. Omfattende og langvarig sårbehandling blir konsekvensen, og området blir lett utsatt for nye trykksår.

Kilde: Hanne Haugland og Norsk helseinformatikk

sliten bare av å løfte veska mi. Kroppen forvitrer.

Hun løfter litt vekter og har fått fysioterapi en gang i uka siden midten av oktober. Hun har alltid nektet å sitte i elektrisk stol. Hun liker å holde seg i form og har derfor foretrukket manuell rullestol, samtidig som hun har trent to–tre ganger i uka.

– Dette såret har vært en mare. Men jeg har holdt humøret oppe!

Hjemme er det litt mer puls enn på Sunnaas. Hun har hatt venninner på besøk, og de har kost seg med rødvin og kjeks eller champagnefrokost i senga.

– Min psykiske helse er jo også viktig å ta vare på!

Det ser ut til å ha fungert, for såret er blitt mye mindre nå. Det har gått fra å være litt større enn en

femkroning til omtrent som en tiøring på fire måneder.

– Tror du at du vil kunne komme i jobb igjen i slutten av januar?

– Jeg håper det, men vi får se.

Hun får reise hjem fra Sunnaas dagen etter. Da har såret fått ti dager med vakuumbehandling.

GOD FREMGANG

Over en måned senere, den 23. januar, er Kerstin Bang på soverommet sitt sammen med hjemmesykepleier Kalaivany Kamalahasan og sykepleierstudent Hedvig Tangen, som er i sin andre praksisuke.

«Åh, jeg blir så glad. Denne dama skal snart på jobb.»

Kalaivany Kamalahasan, hjemmesykepleier

– Jeg har blitt mer aktiv siden sist, men kan nok ikke begynne i jobb ennå. På Sunnaas snakker de om slutten av mars, forteller Bang.

Hun har fjernet bandasjene selv og ligger med rumpa bar i senga, klar for videokonferanse med sår-ekspertisen på Sunnaas. Kamalahasan, som har hatt hovedansvaret for såret hennes de siste månedene i hjemmesykepleien, får nesten tårer i øynene av synet. Såret er merkbart bedre. Det er på størrelse med en liten perle, og mindre enn en millimeter dypt.

– Åh, jeg blir så glad. Denne dama skal snart på jobb, ler hun.

– Jeg tror nesten ikke det er samme såret, sier student Tangen, som så det sist for en uke siden.

Såret måles til å være 0,3 cm x 0,4 cm og snaue 0,1 cm dypt. Det har altså gått ned i størrelse fra en femkroning i august til en tiøring i desember og en liten perle i slutten av januar.

De rigger til for videokonferanse ved å ta bordlampen til Bang og legge den i sengen ved såret. Bang kopler seg selv opp med passord på pc-en og skruer opp lyden.

JUSTERER PROSEDYREN

Det er tekniske problemer med nettverket hos Sunnaas-gjengen, sår-sykepleier Hanne Haugland, lege Ingebjørg Irgens og ergoterapeut Unn Svarverud.

Såret har ikke noe fibrin lenger, men er litt tørt rundt

» kantene, så Kamalahasan bruker tiden til å skrape litt rundt det med en curette. Foten til Bang rykker til av og til.

– Jeg kjenner ingen ting, men det autonome nervesystemet mitt gjør at jeg får slike små kramper, forklarer Bang.

I prosedyren som hjemmesykepleierne har fått av Sunnaas, står det at de skal bruke barrierefilm på huden rundt såret. Den skal gi en beskyttende hinne på utsatt hud, men Kamalahasan mener det tørker ut huden og tviler på at det blir riktig å bruke nå når huden er så tørr.

EKSPERTRÅD

Det nærmer seg tid for at hjemmesykepleien må gå. De har en halv time til rådighet hos Bang. 20 minutter til bløtlegging av såret og 10 minutter til sårstell. Det ender med at videokonferansen må foregå med lyd via mobiltelefon, men bildene lar seg overføre. De kan ikke ta det via Facetime fordi bildene må sendes på en sikker måte.

Ekspertisen er enige i at det er stor fremgang, og Kamalahasan får medhold i at hun kan la være å bruke barrierefilm.

– Du bør heller bruke en fuktighetskrem. Vi har god erfaring med fuktighetskremer uten for stort fettinnhold. De trekker godt inn uten å etterlate en film av olje på huden, sier Hanne Haugland og legger til at de ikke bør bruke skrapen mer, med mindre det er fibrin i såret.

– Bruk bare hydrofiberbandasje og fukte den litt med saltvann i midten, så har du skumbandasjen over.

Kamalahasan klipper til bandasjen, så den dekker såret akkurat, og fukter den godt med saltvann.

– Ta en tre ganger så stor bit av hydrofiberbandasjen og bare et par dråper saltvann i midten, så det ikke blir fuktig i kantene, råder såreksperterne på skjermen.

– VAKUUMBEHANDLING GJORDE SUSEN

De rekker å avtale ny videokonferanse om to uker før de to fra hjemmesykepleien må løpe av gårde til neste pasient på listen.

Tilbake i senga ligger Kerstin Bang med et smil om munnen.

– Vakuumbehandlingen på Sunnaas gjorde susen. Det var gull verdt å ligge der, mener hun.

– Riktignok var jeg litt deppa rett etter nyttår fordi

jeg ikke syntes det var noen særlig fremgang. For to uker siden var såret to centimeter, men nå går det tydeligvis bedre, sier Bang.

– Hvor lenge er du oppe om dagene nå?

– Seks-sju timer. Det er nok litt lenger enn de anbefaler på Sunnaas, men jeg tenker det er viktig for sårhelingen å holde min psykiske helse ved like også. Det gjør stor forskjell å kunne sitte ved bordet og spise, i stedet for å ligge i senga. I går var jeg til og med en tur på butikken.

– Hva tenker du om å komme tilbake i jobb?

– Med denne framgangen kan det hende det blir tidligere enn i slutten av mars. Jeg håper å få jobb halv dag til å begynne med, slik at jeg kan kjøre hjem etter lunsj.

«Det gjør stor forskjell å kunne sitte ved bordet og spise, i stedet for å ligge i senga.»

Kerstin Bang, pasient

Jobben er i Drammen. Bang har bilen i kjelleren, så hun klarer å komme seg rundt uten å måtte trille så mye ute i snøen.

25. FEBRUAR

Neste gang Sykepleien treffer Kerstin Bang kommer hun trillende i rullestolen på jobb hos Uloba i Drammen. Det er den 25. februar, og hun har vært i jobb siden 14. Foreløpig frem til lunsj og med fri hver onsdag.

– Det er «jätteskönt» å være tilbake i jobb igjen. Kollegene har savnet meg, og jeg har savnet dem.

– Det tok sin tid å bli frisk?

– Ja, gud! For å holde motet oppe var det bra jeg ikke visste hvor lang tid denne sårhelingen skulle ta. Jeg forsto jo at det ville ta flere måneder, men det er forskjell på tre og sju måneder!

– Vil du anbefale sårsykepleierne å holde litt tilbake med realitetsorienteringen på akkurat det punktet?

– Jeg valgte selv å ikke spørre hvor lang tid det ville ta. Men dette er jo veldig individuelt. Noen vil sikkert vite så eksakt som mulig. Sårsykepleiere bør naturligvis være ærlige på at dette vil ta lang tid, men det ene

FAKTA

Slik forebygges trykksår:

Sårsykepleierne ved Sunnaas opplever at brukere får trykksår på akuttstusykehus, hjemme, i ambulansen og på andre institusjoner. Her er deres råd til sykepleierkollegaer både i kommune- og spesialisthelsetjenesten:

GENERELT

- Se etter alle tegn til endringer i huden. En trykkskade starter ofte med et rødt merke, en kvise, en hudavskrapning eller en blemme.
- Hos immobile og pasienter med aktivitetsbegrensninger og/eller tap av hudsensibilitet bør en vurdere tilleggsfaktorer som kan øke faren for trykksår. For eksempel tørr eller fuktig hud, redusert sirkulasjon og oksygentilførsel til vevet, røyking, økt kroppstemperatur, under- og feilernæring, dehydrering, svekket helse og høy alder.
- Ved sår i kategori 1 og 2 har det allerede skjedd en skade ned i vevet. Det vil si at disse sårene skal behandles med full avlastning.

UTSTYR OG BEKLEDNING

- Unngå kraftige sømmer, knapper og nagler på bukser.
- Unngå undertøy med tykke kanter eller sømmer.
- Vær oppmerksom på bind og bleier som kan krølle seg.
- Bruk gjerne fottøy som er ett til to nummer for store.
- Kontroller jevnlig korsett og skinner.

SITTESTILLING OG LIGGESTILLING

- Trykket bør fordeles på størst mulig flate.
- Det vil si å sitte godt inn i stolen slik at trykket fordeles på setet, lår og rygg. Viktig at armlener og fotstøtter har riktig høyde.
- Liggestilling: Det anbefales 30 grader sideleie, slik at trykket fordeles på størst mulig flate. Dette er i tillegg en god stilling for å avlaste skuldre. Rullestolpute med luft kan brukes på ambulansébåren for å forebygge trykksår. Bygg da opp med puter for å stabilisere kroppen.

STILLINGSENDING I STOL OG SENG

- Det anbefales stillingsendring minst fire ganger i timen. Sitteknutene og halebenet avlastes ved at brukeren lener seg frem mot et bord. Er det tilt på stolen, kan denne benyttes og ryggen legges tilbake. Viktig å tilte setet først før ryggen legges

ned for å unngå skjærende krefter ved at en skli frem i stolen når ryggdelen legges ned.

- Snu hver andre–tredje time hvis pasienten avlaster 100 prosent i seng. Hvis pasienten sitter noe oppe, må snuregimet prøves ut individuelt.
- Hev fotenden før hjertebrettet heves for å unngå at pasienten gli ned i sengen når vedkommende skal sitte med hjertebrettet hevet.

VALG AV UTSTYR

- Ta hensyn til blant annet stabilitet, trykkforhold (kan trykkmåles hos dem som har utstyr) og fuktighet ved valg av rullestolpute og madrass.
- Sirkulasjonsmadrass anbefales til dem som har hatt eller er i høy risiko for trykksår eller som tidligere er operert for trykksår.
- Tilpass hygiene/komfortpute til dusj/toalettstol.
- Tilpass bilsete. Unngå varme i bilsetet på grunn av faren for brannskader.
- Informer om at rullestolputen bør være med på andre aktiviteter, reiser etc.
- Sørg for opplæring av hjelpemidler til brukeren og hjelperne.

VALG AV FORFLYTNINGSHJELPEMIDLER

- Det anbefales bruk av brett og slide i forflytninger.
- Bruk en tykk slide når brukeren forflyttes fra seng til toalettstol og tilbake, grunnet naken hud og fuktighet.
- Silkelaken i sengen gjør snuingen lettere.
- Bruk i tillegg en tynn slide/forflytningsduk under stikkklakenet når brukeren skal snus i sengen. Det letter forflytningen og forebygger skjærende krefter.
- Ved bruk av personløfter: Sjekk at forflytningsduken ikke har harde kanter som kan gi trykk.

Kilder: Hanne Haugland og Anne Riisøen Selsjord, sårsykepleiere ved Sunnaas sykehus



BACK IN BUSINESS: Kerstin Bang kom seg på jobb til slutt, godt over seks måneder etter at hun oppdaget trykksåret.

- › såret er ikke likt det andre, og slike ting varierer fra person til person, sier Bang.

RÅD MOT NYE SÅR

Når man først har hatt et trykksår, er det lett at det kommer tilbake, særlig det første året etter tilheling. Sårteamet på Sunnaas har sagt at Bang bør legge seg ned i løpet av arbeidsdagen til å begynne med, at hun forandrer sittestilling og tilpasser sittetiden med hvor mye huden der såret har vært, tåler. En stårlullestol kan også være til god hjelp, sier de.

– Kommer du til å klare å gjøre det de anbefaler?

– Ikke helt. Jeg synes det blir vanskelig å legge seg ned i løpet av arbeidsdagen. Og stårlullestol tror jeg ikke er noe for meg. Men jeg er mer obs nå og sjekker meg selv oftere med speil der bak. Dette har vært en dyr lærepenge.

– Har du fått deg en ny og god luftpute nå, da?

– Jeg har kjøpt meg en selv til 4000 kroner. Den jeg fikk fra Nav er litt for myk. •

FAKTA

Så dyrt ble det

I stedet for at Kerstin Bang fikk den puta hun trengte til 4000 kroner i mai i fjor, har det blitt over et halvt år med hjemmetjenester tre ganger i uka, sårmateriell, en poliklinisk konsultasjon og innleggelse på Sunnaas i ti dager, tolv videokonferanser med sårteamet på Sunnaas og hjemmetjenesten, samt 100 prosent sykmelding fra jobb i nesten sju måneder.

Sunnaas døgnpris (2013): 8096 kr x 10 døgn	80 960 kr
Videokonferanse pris (2013): 3924 kr x 12	47 088 kr
Poliklinisk konsultasjon (2013):	4326 kr

Sum (cirkapris) i 2013-kroner	132 374 kr

Kilde: Hanne Haugland og Evalueringsrapport om teledisinsk behandling fra 2013

Nav beklager misforståelser

• **Tekst** Eivor Hofstad

Man kan søke om nye hjelpemidler selv, uten å måtte gå veien gjennom ergoterapeut, og uten å ha brukerplass. Det tok to måneder for Kerstin Bang, noe hun mener bidro til at hun fikk trykksår.

– Her har det nok skjedd noen misforståelser på begge sider, og jeg kan ikke annet enn å beklage fra vår side, sier Bente Kaldheim, avdelingsdirektør for Navs Hjelpemiddelsentral i Oslo og Akershus.

BRUKERPASS VAR GÅTT UT

Kaldheim ser at Bangs brukerplass i Buskerud var gått ut i desember 2010. Derfor ble hun rådet til å ta brukerplasskurs.

– Vi kunne ha informert Bang om at hun kunne fått nytt brukerplass gjennom et telefonmøte. Det kunne hun fått uten å måtte vente til høsten, sier Kaldheim.

Nav har et landsomfattende arbeid pågående denne våren for å gjøre brukerplassordningen lik og bedre tilgjengelig for hele landet.

– Men hvorfor alt dette snakket om brukerplass hvis hun ikke trengte det?

– Jeg kjenner ikke til hva som ble sagt i den første henvendelsen, men det kan virke som vi kunne vært tydeligere på at det ikke er noe i veien for å søke selv, dersom man klarer det, sier Kaldheim.

Hun mener det ikke er enkelt å vite akkurat hvilke sitteputer man skal velge fra rammeavtalen i hjelpemiddeldatabasen til Nav. Man må også begrunne hvorfor man trenger

en annen pute enn de som er rangert som førsteprioritet i rammeavtalen.

– Derfor er det ofte enklere at en terapeut som har denne kunnskapen, gjør den jobben, sier Kaldheim.

UKLART OM BRUKERPASS

På nettsidene til Nav står det at med brukerplass kan du «ta direkte kontakt med hjelpemiddelsentralen eller hjelpemiddelfirma, og du trenger ikke gå veien om kommunal terapeut.»

– Da virker det jo som du må gå veien om terapeut dersom du ikke har brukerplass?

– Ja, jeg ser at det kan leses slik, sier Kaldheim, men siterer også dette fra Navs nettside:

«Alle som har langvarig behov for hjelpemidler kan søke. Hvis du er usikker på hva du trenger, er det best å søke råd hos noen som kan hjelpe deg. Vi anbefaler at du tar kontakt med helsetjenesten i kommunen du bor. De har god erfaring med å utrede behov og å søke, og vil også kunne følge deg opp hvis du ønsker det.»

«Det er Navs mål at de som kan klare seg selv, får mulighet til det.» Bente Kaldheim



FAKTA

Hva er et brukerplass?

- Brukerplass er en fullmakt som gir hjelpemiddelbrukere større innflytelse og ansvar i egen sak.
- Du kan ta direkte kontakt med hjelpemiddelsentralen eller hjelpemiddelfirma, og du trenger ikke gå veien om kommunal terapeut.

Kilde: Navs nettsider

FLERE MISFORSTÅELSER

Det har vært enda flere misforståelser i Kerstin Bangs sak. Kaldheim ser at Nav misforsto første henvendelse i mai og sendte av gårde en reparasjons-kit til luftputen. Den 27. juni fikk Nav en ny henvendelse: Puten måtte byttes og det hastet. Men ergoterapeuten hadde ikke skrevet noen begrunnelse, noe som er påkrevd. Her burde Nav ha tatt kontakt med ergoterapeuten på telefon og med det spart et par uker, medgir Kaldheim.

– Men Kerstin Bang kunne altså søkt selv fra første stund, så hadde kanskje to måneder blitt spart?

– Ja, hvis hun begrunnet behovet, hadde hun kunnet det, sier Kaldheim.

Kerstin Bang er glad for at ikke reglene er så stivbeinte som hun først trodde:

– Men dette er i beste fall et eksempel på dårlig informasjon fra Nav. For jeg fikk klar beskjed i telefonen om at jeg ikke kunne søke om ny pute selv, sier hun. ●

Finn risikoføttene!

– Du trenger bare tre verktøy for å risikosjekke den diabetiske foten: øynene dine, fingrene dine og et monofilament, sier lege Bodo Günther.

• **Tekst og foto** Eivor Hofstad

Føttene til diabetespasienter skal sjekkes minst én gang i året hos fastlegen, fordi de oftere enn andre føtter kan utvikle fotsår. Men bare en av tre diabetespasienter får denne risikovurderingen.

– Undersøkelser har vist at det varierer veldig fra lege til lege. Noen veldig få sjekker 100 prosent, mens andre bare sjekker 18 prosent, sier Bodo Günther, seksjonsoverlege ved kirurgisk seksjon på Stord sjukehus.

Han underviser også nordiske sykepleiere som tar det nye emnet Wound Care and Prevention ved Universitetet i Sørøst-Norge, i kunsten å finne risikoføttene hos diabetespasienter.

– SYKEPLEIERE BØR HENVISE HØYRISIKOFØTTENE

Günther mener nemlig at sykepleiere, særlig hjemmesykepleiere, bør hjelpe til.

– Med god forebygging kan vi forhindre 85 prosent av fotsår hos diabetespasienter. Sykepleiere bør lære seg å undersøke diabetesføtter og henvise alle med høy risiko for å utvikle fotsår til en sårpoliklinikk eller et diabetesfotteam, sier han.

FAKTA

Diabetiske fotsår

- Diabetiske fotsår defineres som sår under ankelnivå som skyldes nedsatt kapillær- og/eller arteriell sirkulasjon, nevropati og fotdeformiteter.
- Prevalensen av diabetiske fotsår er usikker, men anslås til 0,5 prosent, ifølge overlege Tore Julsrud Berg.
- 7-10 prosent av diabetespasienter hadde hatt diabetisk fotsår, viste to studier fra HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) publisert i 2008 og 2014.
- 2,7 prosent av diabetespasientene hadde hatt et diabetisk fotsår i ROSA 4-studien publisert i 2017.

– Men sykepleiere har vel ikke henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten?

– Egentlig skal det alltid gå via fastlegen, ja. Men erfaringen fra Norge og de fleste andre land er at det oftest oppstår en betydelig forsinkelse om sårpasienter skal henvises via fastlegen. De fleste sårpoliklinikker vil ha pasienten inn så tidlig som mulig, og har innsett at de må kutte ut forsinkende ledd hvis de skal lykkes.

Günther hevder at de

sårpoliklinikkene med de beste resultatene, er de som tar imot henvisninger fra både sykepleiere, fotterapeuter og leger. Hos disse kan til og med pasientene henvise seg selv – dette gjelder da oftest dem som har diabetesfot.

– Slik praktiserer vi det på Stord, og jeg vet de gjør det slik i Trondheim også. Men om en hjemmesykepleier henviser en pasient direkte til sykehuset, bør selvsagt fastlegen eller tilsynslegen bli informert om dette. Det er jo ikke meningen å holde legene utenfor sårbehandling, vi vil bare kutte ut forsinkende ledd, forsikrer Günther.

TYPE 2 IKKE SÅ SNILL

Diabetespasienter med både type 1 og type 2 bør sjekkes.

– Det er en myte at diabetes type 2 er den snille typen. Den kan komme snikende og får ofte gjort mye skade før den oppdages. Pasientene med denne typen får minst like mange, om ikke flere, komplikasjoner som de med type 1 diabetes, sier Günther.

Pasienter med høy risiko for sår trenger innleggssåle og brede nok sko, og de har rett til refusjon fra Helfo for ortopediske sko.



PALPERING: Bodo Günther (til venstre) viser nordiske studenter hvordan de skal bruke fingrene for å kjenne etter pulsen på føttene til diabetikere. Studentene tar Wound Care and Prevention ved Universitetet i Sørøst-Norge.

– Men for å få det, må pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten. Husk å skrive i søknaden til Helfo at det er et varig behov, ellers får de ikke dekket skoene, tipser legen.

TRENGER TRE VERKTØY

– Det er tre verktøy du må bruke for å undersøke den diabetiske foten: øynene og fingrene dine og et monofilament, sier Günther.

Monofilamentet er et verktøy som tester følsomheten under fotsålen. Det koster bare noen få kroner og

blir ifølge Günther ofte utdelt gratis på kurs og kongresser.

– Dette er så enkelt at du klarer å gjøre det selv om du bare har ett øye og én arm, påstår Günther, og legger til at hvis du jobber med sår på din arbeidsplass, men ikke har monofilament tilgjengelig, må du sørge for at det blir bestilt.

5 TING DU MÅ GJØRE

Dette må du gjøre:

1. Ta av pasienten på begge føtter. Både sko og sokker.

«Mange sykehus avviser fortsatt henvisninger når pasienten ikke har sår. Da må du klage.»

Bodo Günther, lege

2. Se på føttene, også når pasienten står, både forfra og bakfra. Se etter feilstillinger og hyperkeratose



MONOFILAMENT-TESTEN: Her settes spissen av monofilamentet under stortåen, som er et av fire punkter som skal sjekkes under hver fot.

› (hard hud). Farge kan også gi et hint om sirkulasjon.

– Føtter som er dårlig sirkulert, er ikke nødvendigvis hvite. Husk at de ofte er rødlige, minner legen om.

3. Kjenn etter puls for å vurdere sirkulasjon mens pasienten ligger. Kjenn på fotpulsårene arteria dorsalis pedis og arteria tibialis posterior. Kjennes pulsen ved berøring, er den såkalt palpabel. Det er et godt tegn. Kjennes den ikke, er det en risikofaktor.

4. Bruk monofilamentet til å finne ut om pasienten har sensorisk nevropati (nerveskade). Verktøyet er et plasthåndtak der det er festet en 4 cm lang monofilamenttråd som likner på

«Diabetesfotsår er ikke for amatører.»

Edda Aslaug Johansen,
førsteamanuensis

et tykt fiskesnøre. Tråden skal bøye seg ved et trykk på mer enn 10 gram.

Prøv først monofilamentet ut i hånden til pasienten, og be vedkommende si ifra når filamentet kjennes på huden. Plasser det så mot fire ulike punkter under begge fotsåler: Under stortåen, under tåballen og under metatarshodet til tå 3 og 5. Press til spissen bøyer seg i en C-fasong i et

sekund. Unngå områder med hard hud, arr eller sår. Pasienten skal ikke se hva du gjør og må selv angi om det kjennes eller ikke når du spør.

Fremgangsmåten er mer utførlig beskrevet på nettsiden Wounds.no, som Bodo Günther har laget, og på Helsedirektoratets nettside.

5. Noter funnene og les av i tabellen (se neste side) som angir hvilken risikosone pasienten tilhører og hvilke tiltak som må gjøres.

FINN FOTTERAPEUT

– De med høy risiko for å utvikle sår må du henvise til en sårpoliklinikk eller et diabetesfotteam, sier Bodo Günther, selv om det i

TILTAK FOR DIABETESFOTEN

Type fot	Normal fot	Moderat risikofot	Høy risikofot	Fot med sår
Funn	Normal sensibilitet + palpable pulser + ikke tidligere sår Ingen fotdeformiteter Intakt syn	Manglende sensibilitet ELLER Ikke palpable pulser ELLER Betydelig nedsatt syn ELLER Annet fysisk handicap (f.eks. adipositas eller apoplexi)	Tidligere fotsår ELLER Ikke palpabel puls + nevropati ELLER Hyperkeratoser + risikofaktorer (nevropati, iskemi, deformitet) ELLER Tidligere amputert	Sår
Tiltak	Skal følges opp av fastlege en gang årlig.	Fotterapeut hver 4. til 12. uke. I tillegg skal fastlege sjekke føttene minimum en gang årlig.	Henvises til sårpoliklinikk eller diabetes fotteam. Er det ikke fotterapeut med i fotteamet, skal pasienten også henvises til regel- messig behandling hos fotterapeut med fordypning i diabetesfot.	Alle med sår skal henvises til diabetes fotteam/ sårpoliklinikk

Kilde: Bodo Günther

Helsedirektoratets retningslinjer bare heter at de «bør» henvises.

Hvis det ikke er en fotterapeut med i teamet, skal pasienten også henvises til regelmessig behandling hos fotterapeut med fordypning i diabetesfot.

Det finnes en database over fotterapeuter og deres spesialkompetanse på nettsiden finnphotterapeut.no.

– Den nettsiden anbefaler vi våre studenter som tar videreutdanning i sår, som tilbys sykepleiere og vernepleiere, sier sykepleier og førsteamanuensis Edda Aslaug Johansen.

Hun jobber ved Universitetet

i Sørøst-Norge og ved generell intensiv avdeling på Drammen sykehus. Hun var med å starte både videreutdanningen i sår fra 2008 og det nye emnet i Wound Care and Prevention, som fra januar 2019 tilbys på engelsk og er spesialtilpasset masterstudenter i Norden.

– Diabetesfotsår er ikke for amatører. Personlig tør jeg ikke å ta ansvaret for disse pasientene ettersom jeg ikke jobber klinisk med denne pasientgruppen, sier hun.

HVIS SYKEHUSET SIER NEI – SLIK KLAGER DU

– Mange sykehus avviser fortsatt henvisninger når pasienten ikke har

sår. Da må du klage, sier Günther.

Han har laget en mal du kan bruke ved henvisning, som gjør at sykehuset lettere tar imot pasienten ved første forsøk:

«Pasienten har diabetes og jeg har oppdaget at vedkommende har XX og XX (risikofunnene du har gjort), hvilket setter han/henne i høyrisikogruppe for utvikling av fotsår.

Etter retningslinjene har pasienten rett til vurdering av fotteam i spesialisthelsetjeneste for vurdering av sirkulasjonsutredning og rettigheter med hensyn til ortopediske hjelpemidler til avlastning.

Mvh hjemmesykepleier XY.» ●



SPISER DØDT VEV: Larvene av gullflue egner seg som sårbehandlere. Foto: Jiri Vaclavek / Mostphotos

Fluelarver kan rense såret smertefritt

Å la fluelarver spise det døde vevet i sår har vært en kjent metode i flere hundre år.

Det er larven *Lucilia sericata*, gullflue på norsk, som brukes.

Larvene lever av det infiserte og døde vevet i såret. De utskiller enzymer som bryter ned det døde vevet til væske, som de så suger opp og fordøyer. Er det bakterier i væsken, brytes de ned i larvenes fordøyleskanal.

MÅ IKKE DRUKNE

Ikke alle sår egner seg for fluelarvebehandling. Såret må ikke være for fuktig, da kan larvene drukne, men heller ikke for tørt, for larvene er avhengig av fuktighet. Såret må være åpent for at larvene skal få oksygen.

Larveterapi brukes særlig der konvensjonell behandling ikke har gitt resultater, og der kirurgi ikke er aktuelt.

Flere kliniske studier tyder på at larvebehandling har god effekt som preoperativ behandling før kirurgisk

lukking av sår, ved trykksår og ved diabetiske fotsår. I sin femteårsoppgave på medisinstudiet beskrev Birgit Margrethe Falch flere av forsøkene. Hennes arbeid ble presentert i en artikkel i Tidsskriftet for Den norske legeförening i 2009.

– Larveterapi er en skånsom måte å rense sår på i forhold til kirurgi. Særlig for diabetikere, som stadig får nye sår, er larveterapi et godt alternativ, sa Birgit Margrethe Falch til Tidsskrift for Den norske legeförening.

LØSE ELLER I POSE

Larvene legges i såret inni en løsmasket tynn pose, der de klarer å spise gjennom posen. Larvene kan også plasseres løst i såret. Såret dekket til med bandasje. Etter tre dager fjernes larvene. De kan eventuelt erstattes med nye larver.

Noen leger har erfart at larvene i posene ikke har like god effekt som de som er løse i såret. De kommer ikke til i alle «krokene» og langs sårkantene.

BARE EN NORSK LEVERANDØR

Larvene produseres i fabrikker under sterile forhold. I Europa er det nå bare legemiddelfirmaet Biomonde som produserer larver til dette formålet i en fabrikk i Tyskland. I høst inngikk det norske firmaet Partnermed en avtale om å levere til det norske markedet.

Larvene er klassifisert som et uregistrert legemiddel på resept i Norge. Det betyr at legen må søke om tillatelse fra Legemiddelverket om å få bruke behandlingen.

Fra larvene leveres, må de tas i bruk innen to til tre dager.

SKEPTISKE SYKEPLEIERE

Daglig leder Trine L. Setterberg i Partnermed forteller at rundt åtte sykehus i Norge bruker metoden, men at det er en del skepsis blant helsepersonell.

Dette er også Birgit Margrethe Falchs erfaring.

– Vi har opplevd at pasientene er positive til å forsøke larveterapi, mens



sykepleierne ikke ønsket å være med på behandlingen fordi de syntes det var ekkelt. Det er beklagelig, sa hun til Tidsskriftet for Den norske legeforening.

Setterberg opplever nå økt interesse fra primærhelsetjenesten, der det drives mye med sårbehandling.

– I England er dette en helt vanlig metode i primærhelsetjenesten. Den er effektiv til å fjerne biofilm og smertefri for pasientene. Problemet vårt er at det er vanskelig å nå ut med informasjon om metoden fordi det ikke er anledning til å markedsføre uregistrerte legemidler, sier hun.

Hun anslår at det nå er rundt 40–50 pasienter årlig som får slik behandling i Norge.●

NATURLIG :

Larvene til behandlingen dyrkes frem i laboratoriet, men i naturen ville de blitt til gullfluer. Foto: Magnus Knutsson / Mostphotos

Intensivsykepleier

PO/intensiv i Akuttklinikken

Ønsker du å jobbe som ekstravakt ved PO/intensiv i Akuttklinikken ved Oslo universitetssykehus (OUS)?

Personalformidling ansetter nå ekstravakter i stillingsgruppen intensivsykepleier. Vi kan tilby variasjon i arbeidshverdagen, et bredt faglig nettverk og mange spennende utfordringer ved ulike enheter ved Akuttklinikken i OUS. Du vil være en ressurs både ved akutte og planlagte behov. Søk nå og ta del i arbeidshverdagen ved Norges største sykehus.

Pasientsikkerheten står i fokus i alt arbeid som utføres ved OUS. Vi har derfor store ambisjoner om å holde høy faglig kvalitet i pleien av hver enkelt pasient. Nå søker vi deg som har et faglig engasjement og et ønske om å gi det lille ekstra.

Personlige egenskaper

- Ansvarsbevisst med høy arbeidsmoral
- Fleksibel og løsningsorientert - flink til å prioritere
- Gode kommunikasjonsevner med kolleger og pasienter
- Faglig engasjert med en interesse for ulike pasientgrupper
- Vi ønsker at våre ekstravakter skal jobbe etter Oslo universitetssykehus sine verdier – åpenhet, respekt, kvalitet og nytenkning

Vi tilbyr

- Vakter ved ulike enheter ved Akuttklinikken.
- Trivelig arbeidsmiljø med høyt faglig kompetansenivå
- Gode faglige og personlige utviklingsmuligheter
- Utfordrende og variert arbeid
- En arbeidsplass som er en inkluderende arbeidsliv(IA)-bedrift

Kontaktinfo: Tiril Friid-Hauglund, enhetsleder, tlf. 23 07 51 29 / e-post tirfri@ous-hf.no

Ref.nr. 4026133209

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionsykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 20 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.



Det gjelder å holde huden rundt stomien tørr

Jo nærmere magesekken stomien er, jo mer etsende er avføringen.
Da gjør det vondt når den kommer på huden.

• **Tekst og foto** Marit Fonn

Det var så himla vondt. Som salt i åpent sår. Eller verre, sier Villa Wahl Stranger. Hun snakker om såret hun hadde rundt stomien sin.

Nå er hun på besøk hos stomisykepleier Grethe Følstad Lund på Radiumhospitalet, slik hun har vært mange ganger før. Nærmere bestemt på poliklinikken.

Lund er en av dem som bidro til at såret grodde. En viktig del av jobben hennes er å sikre at de med stomi *unngår* sår. Men får de sår, er det som regel på huden rundt stomien. Ikke så lett å feste stomiposen da.

– Hovedårsaken til sår hud er at avføring eller urin kommer på huden og irriterer den. Eller at huden rundt stomien er ekstra følsom, sier Lund.

Stomi er navnet på en kunstig kroppsåpning, der tarmen eller urinveier er ført ut til hudens overflate. Det er tre hovedtyper stomi: Tynntarm-, tykktarm- og urostomi.

ETSER MEST MED TYNNTARMSSTOMI

Det er som regel tarm- eller underlivskreft som er årsaken til at Lunds pasienter har fått stomi.

FAKTA

Vanligste årsaker til stomi:

Hos barn: Medfødte misdannelser.

Ungdom og unge voksne: Tarmsykdommer som Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt.

Voksne: Kreft. Ulike lammelser, for eksempel som følge av MS eller en stupeulykke. Kvinner som har avføringslekkasje etter fødsler.

Kilde: Stomisykepleier Grethe Følstad Lund

– Når en svulst har vokst gjennom eller mot tarm, eller skader urinveiene, kan stomi være løsningen.

Her på Radiumhospitalet foregår store operasjoner som gjør at mange får to stomier. Da er det som regel tykktarm og urinveier som er utlagt.

– De som er mest utsatt for sår, er de med tynntarmsstomi, opplyser Lund.

Stranger nikker. Hun er en sann.

– Det er mye syre i magesekken, og jo nærmere endetarmen stomien er, jo mindre sur er avføringen.



FIKSET SÅR: Stomisykepleier Grethe Følstad Lund var god å ha da Villa Wahl Stranger hadde det som vondest.



Og omvendt: Jo høyere opp, altså jo nærmere magesekken, jo mer etsende er den, forklarer Lund.

Cirka en liter væske per døgn skal ut.

En tykktarmsstomi er oftest plassert helt på slutten av tarmen, altså nær endetarmen.

– Der etser avføringen mindre?

– Ja, den er som vanlig. Også lukten.

TO SMÅ SÅR BLE TIL ETT STORT

Villa Wahl Stranger ble kreftoperert i juni i 2014. Hun hadde eggstokkreft med spredning. Svulsten hadde vokst inn i tynntarmen.

– Den hadde vel vokst inn i det ene og det andre, forteller hun.

I oktober begynte hun å bli sår.

– Det ble sårere og sårere. Jeg viste det til mannen min, som fortsatt levde da. «Jeg orker ikke se, du må gjøre noe», sa han til meg.

Såret var inn mot det hun kaller «tutten». Altså den utlagte tarmen. Platen som stomiposen er festet til,

» løsnest. Det ble lekkasjer hele tiden.

– Det var ingenting å feste posen på. Det ble vondere og vondere, jeg skifta til jeg ble blå.

Stomisykepleier Lund har funnet frem bildene fra den gangen. De lyser på den store pc-skjermen.

Det begynte med to mindre sår. Så økte de i omfang og ble til ett stort.

– Det var så sinnssykt vondt. Tårene spratt. Det var jo et krater på en centimeter. Fytterakkern hvor ekkelt det var, erindrer Stranger.

KJENTE IKKE SVIEN

Hun brukte mye smertestillende på den tiden.

– Det var en ulempe, for jeg våknet ikke om natten når det begynte å lekke, jeg kjente jo ikke smerte. Nå bruker jeg ikke mer «dop» enn at jeg kan våkne av lekkasjesignaler. Det vil si svie.

Det var mannen hennes som fikk henne til å handle den gangen.

Hun dro først til Diakonhjemmet sykehus.

– Da sykepleieren plukka av posen, sa han: «Oi!» Legen sa: «Å, herregud!» Legen var redd for å sy inn infeksjonen. De satte bedøvelsessprøyte og rensset nøye.

Så havnet hun hos stomieksperten på Radiumhospitalet.

– Det var mye prøving og feiling. Men vi kom i mål, sier Grethe Følstad Lund.

«Det ble vondere og vondere, jeg skifta til jeg ble blå.»

Villa Wahl Stranger, pasient

På et av bildene er huden lillafarget. Det skyldes linimentet krystallfiolett, som er smurt på for å unngå fukt som kunne irritere såret. Allerede etter et par dager var det mindre hissig og rødt.

– Ikke bruk fete kremer eller salve, for da fester ikke limet, råder Lund.

KORT VEI TIL EKSPERTISEN

Lund sto for bandasjeringen: Det ble lag på lag for å unngå fukt som kunne irritere såret. Allerede etter et par dager var det mindre hissig og rødt.

– Men det gikk over en måned før såret var grodd. Nå har jeg fått remedier som jeg kan bruke om behov:

FAKTA

Tre hovedtyper stomi:

- Ileostomi for utlagt tynntarm
- Kolostomi for utlagt tykktarm
- Urostomi for utlagte urinveier

FAKTA

Stomisykepleiere i Norge

- Det er maks 100 stomisykepleiere, men ikke alle jobber på sykehus. De fleste har småstillinger, årsverkene er bare 22.
- Så å si alle befinner seg på Østlandet, i Bergen og i Trondheim, ifølge Grethe Følstad Lund, som er aktiv i faggruppen for stomisykepleiere.
- Nord for Trondheim er det én stomisykepleier, i Harstad, og hun er i 20 prosent stilling, ifølge Lund.

Sårpulver, Aquacel og så videre, sier Stranger.

– Du burde kanskje vært innlagt den gangen, mener Lund.

– Ja, men jeg hadde mann hjemme da, sier Stranger, som syns hun har vært heldig:

– Det tar meg bare sju minutter å kjøre til begge sykehusene. Jeg er ydmyk, tenk hvor heldig jeg er med hensyn til helsetjenester, sier hun.

– Det kunne skjedd en i Vardø. Hvordan få hjelp da? spør Lund.

Nå kommer Stranger til poliklinikken bare av og til.

– Mest fordi det kommer nytt utstyr hele tiden. Jeg har gått over til nye poser. Pluss nye tetningslister, som jeg kaller det, sier hun.

Altså de viktige ringene som må ha akkurat passe store hull for å hindre at avføringen renner ut.

SVEKKET IMMUNFORSVAR

– De fleste merker at det svir på huden når det lekker. Jeg våknet jo ikke av svie, men fordi det var vått i sengen. Det var full vask, sier Stranger.

– Jeg tror ikke du får sår igjen. Jeg tror det skjedde fordi du hadde svekket immunforsvar på grunn av cellegiften, påpeker Lund.

– Og når jeg nå får begynnende sår, så vet jeg hvordan



TIPS: – Se her, på baksiden av tetningsringen: Hvis det er mye fukt der, er det på tide å skifte, er rådet fra stomisykepleier Grethe Følstad Lund til Villa Wahl Stranger.

jeg skal hindre at det utvikler seg, sier Stranger.

– Etterpå gjorde du mye for sikkerhets skyld for ikke å få sår. Du hadde et arsenal. «Trenger du den? Og den?» spurte jeg, sier Lund.

Svaret var ofte nei.

Stranger, snart 68, er pensjonist, men jobber fortsatt tre dager i uken.

– Jeg har at aktivt liv, men sover mye. Før jobbet jeg 120–160 prosent.

Hun har flere seinskader av kreftbehandlingen: Smerter, artrose, plager i føtter og fingertupper på grunn av polyneuropati, bivirkninger av medisiner.

VIL GJØRE STOMIPASIENTEN TRYGG

– En viktig del av vår jobb er å finne utstyr som passer og gi god opplæring. Slik kan lekkasjer forebygges og sår unngås, sier Lund.

Hun legger til:

– Det handler mye om å gjøre stomipasienten trygg. Mange tør ikke gå ut.

– Ja, dette er fryktelig viktig, samtykker Stranger.

Da hun fikk stomi, sa hun til seg selv: «Nå er det fare for at du utvikler sosial angst.»

– Det må bearbeides fra dag én. Jeg har hørt andre si at de aldri reiser på ferie lenger. Man må hive seg ut i det.

Nylig var hun på badhotell med barnebarna. Hun tok

vannsklie i full fart, med fare for at posen ville løsne.

– Gjennomgangstener jeg hører er historier om smerte, isolasjon, angst, vansker med å sove i frykt for lekkasje. Særlig i fremmed seng, sier Stranger.

HAR OFTE FEIL STOMIUTSTYR

– Vi formidler at selv om man har stomi, så kan man leve som før: Spise som vanlig, ha sex, være sosial. Ulempen er at mange ikke får oppfølging. Har man sår eller er redd, skal det være enklest mulig å få hjelp, sier Lund.

Hva som er et sår eller sår hud, kommer an på øyet som ser, er Lunds erfaring.

– Pasientene kan rapportere at de ikke har sår hud, mens helsepersonell likevel ser at huden er sår.

– Men er det ikke smertefullt?

– Ikke nødvendigvis. Mange tror at det skal være sånn, de har vent seg til det. Når det lekker, tenker mange at det er fordi de selv gjør noe galt. Som regel gjør de ikke det, men de har feil utstyr. Vi kan se hva som passer, så avføring og urin ikke kommer utenfor.

– MANGE ÅRSAKER TIL SÅR

Årsakene til sår hud avhenger av hvor i behandlingkjeden de er, påpeker Lund.

– Nyopererte kan fort få sår på grunn av lekkasjer, men de er som oftest på sykehus og hjelpen er nær.

- › Mest kritisk er den første tiden hjemme, før man har fått tilpasset utstyret helt.

Men det kan også skje senere: Kroppen kan forandre seg. Noen går ned i vekt. En kulemage kan bli til en valkemade.

– Da kan stomien komme i en grop som ikke var der fra før. Da oppstår det lettere sår.

Lund tror en vanlig feil er at festeplaten skiftes for sjelden, og at avføring eller annen fukt ikke fjernes raskt nok fra huden.

– Pluss at det er feil utstyr. Det skal ikke komme fukt på hud. Stomien er skapt for å tåle det. Men ikke huden rundt.

«Menn har gjerne en glatt kulemage uten valker.»

Grethe Følstad Lund, stomisyepleier

– Er det mulig å unngå lekkasje helt?

– Ja. Det gjelder bare å finne det rette utstyret.

En sjelden gang, bare i 4 prosent av tilfellene, er allergi årsaken til sår hud.

– Men en del kan få allergiske reaksjoner, sier Lund.

VANSKELIG MED STORE MAGER

Hvor skal stomien være? Ikke mellom to valker. Det er viktig at det markeres ordentlig før operasjonen, så stomien blir plassert riktig sted.

– Er det vanskelig?

– Som regel ikke, men de som er veldig overvektige, er utsatt. Tarmen dras jo gjennom bukveggen og ut, og det kan være vanskelig å få den dradd langt nok ut. Blir den ikke det, kan stomien bli altfor kort og blodforsyningen blir for dårlig.

Det er enklest med slanke mager:

– Menn har gjerne en glatt kulemage uten valker. Damer kan ha mer valk på valk. Stomien skal helst være på toppen av en valk. Noen kan ha mye over-skuddshud på grunn av vekttap eller arr etter tidligere operasjoner. Det kan også være en utfordring.

Grethe Følstad Lund har bilder av alle slags stomier og sår. Ett viser en mørk <tutt>:

– Den har ikke fått nok blodsirkulasjon, i verste fall kan det føre til nekrose, altså dødt vev.

En pasient har fått stomien plassert midt i en

FAKTA

Tips fra stomisyepleieren

- Det viktigste for å forebygge sår hud er at den enkelte har riktig tilpasset stomiutstyr, og at det skiftes etter den enkeltes behov.
- Åpningen på stomiplaten må tilpasses diameteren på stomien. Ofte er årsaken til sår hud at hullet klippes for stort.
- Er det lekkasje, så tenk: Hvorfor? Det er ikke bare å fortsette som før. Kanskje er løsningen nytt utstyr eller å skifte oftere.
- Hvor ofte det bør skiftes, kommer an på utstyret. Todelt stomiutstyr (pose og plate for seg): Hver eller annenhver dag. Er pose og plate i ett: En til tre ganger i døgnet.

Kilde: Grethe Følstad Lund

tatovert blomst. En annen har stomien i operasjons-såret, fordi det ikke passet noe annet sted.

ALOE VERA FOR Å LINDRE

Lund anbefaler pasientene å ha en egen veske med stomiutstyret. Villa Wahl Stranger har med seg sin:

– Jeg går aldri noe sted uten den, opplyser hun.

Nå syns hun det verste med å ha stomi er senge-tøyskiftene om natten.

– Men det skjer ikke så ofte lenger. Det kan gå mange uker imellom.

Stranger setter seg opp på benken. Hun mener hun er sårfri.

Tarmtutten minner om en brystvorte. Stranger selv syns den likner en liten guttetiss.

– Se, den beveger seg! Det gjør den hele tiden. Da jeg var på konsert, ble den helt vill. Jeg visste ikke at tarmen er så følsom for lyd.

Lund kikker på huden.

– Jeg syns huden er litt sår, jeg. Det er små marginer.

Hun legger på en tetningsring med aloe vera, den skal lindre.

Og viser et triks:

– Se her, på baksiden av tetningsringen: Hvis det er mye fukt der, er det på tide å skifte.

Lund har vært borti sår fra hele skalaen: Fra eksem til brannså.

– Av den grunn er jeg blitt god på sårbehandling. Vi kan også avdekke sykdom. Vi kan blant annet oppdage kreftsår på stomiens slimhinne eller på huden like ved stomien. Et tegn på spredning, sier hun. •

Sår som stomisyepleieren har behandlet:

PSORIASIS-UTBRUDD: Likner eksem og utslett

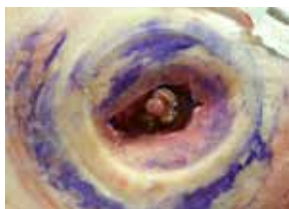


Alle foto: Radiumhospitalet, OUS

Psoriasis er lett å forveksle med eksem eller utslett. Denne kvinnen har prøvd de fleste produkter, men her er det ikke stomiutstyret som har skylden. Hun har psoriasis-utbrudd flere steder på kroppen.

– Av og til oppstår det utbrudd under stomiplaten. Det klør og svir. Jeg har prøvd å legge på aloe vera-plater. Jeg ville teste ut medisinsk honning, men hadde det ikke tilgjengelig. Kunne kanskje brukt kortisonsalve, men det har hun prøvd før. Kanskje trenger hun en form for medikament. Dette er ikke løst ennå. Jeg vil nok henvise til hudlege, sier Grethe Følstad Lund.

UROSTOMI: Stingene løsnet



Stingene rundt denne urostomien løsnet noen dager etter operasjonen, og stomien gikk under hudnivå. Det kan gi komplikasjoner på sikt.

– Jeg behandlet med sårbandasjer inne i gropen og konvekse plater oppå. Riktig stomiutstyr kan hindre at det blir en forsnevring (stenose), sier Grethe Følstad Lund.

UROSTOMI: Urin på huden



– Denne mannen med urostomi hadde hatt urin på huden i tre år, men ble ikke fulgt opp. Krystaller i urinen har farget huden lilla. Urinen er aldri steril, den inneholder mye slim, sier Grethe Følstad Lund.

Etter tre ukers behandling er huden bedre, fordi lekkasjen er stoppet. Pasienten bruker nå et nytt produkt.

FISTEL: Tetter med lag på lag



Pasienten, som har hatt strålebehandling og operasjon, har to stomier. Kroppen har dannet en fistel, i dette tilfellet en egen kanal for avføring som kommer ut i et nytt hull. Såret er vanskelig å hele fordi det ligger i en grop. Det kommer ofte og mye avføring, som er tynn og veldig etsende. Slangen brukes for å styre vekk avføringen, slik at det blir lettere å bandasjere.

– Jeg tettet ved å legge lag på lag med tetningsplater og ulike bandasjer. Det kunne ta en time. Slike sår er fryktelig smertefulle, de kan bli som et brannså. Legen behandlet årsaken til fistelen, og såret grodde, sier Grethe Følstad Lund.

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2019.75816

Hovedbudskap

Sårbehandling er ikke bare å legge en bandasje eller et plaster på et sår. Sykepleiere og annet helsepersonell må også ha kunnskap om og holde seg oppdatert på hvilke egenskaper de ulike typene bandasjer har, fordi valg av egnet bandasje vil kunne stimulere sårhelingen.

Nøkkelord

- Sykepleie
- Sår
- Bandasjer

Slik velger du riktig bandasje

Det finnes ikke én bandasje som har alle optimale egenskaper.

Guro-Marie Eiken
Høgskolelektor,
Inst. for sykepleie- og helsevit., USN

Ida Marie Bredeesen
Sykepleier,
forsker og førsteamanuensis,
Orto. klinikk,
OUS, Ullevål
og Inst. for sykepleie- og helsevit., USN

Lena Leren
Doktorgrads-
stipendiat, Inst.
for sykepleie- og helsevit., USN

Edda Johansen
Førsteamanuensis og sykepleier, Inst. for sykepleie- og helsevit., USN og Generell inntrending avdeling, Vestre Viken

Når vi skal velge lokal sårbehandling, er det viktig at sykepleieren har gjort en grundig helsevurdering på forhånd samt kartlagt hva som bidro til at såret oppsto, og hva som bidrar til at såret ikke gror (1). De hemmende faktorene kan være systemiske forhold hos pasienten eller faktorer lokalt i eller rundt såret.

Artikkelen til Johansen og medarbeidere (2) (les artikkelen på s. 36–43) beskriver hvordan strukturerte sårvurderinger med TIMES, sårstørrelse og underminering kan bidra til å avgjøre hva som er korrekt lokalbehandling, og som dermed fremmer sårbunnsopptimaliseringen. Artikkelen om strukturerte sårvurderinger gir dermed verdifull bakgrunnskunnskap for å lese denne artikkelen om bandasjer (2).

I artikkelen vår begrenser vi oss

til å omtale bandasjer. I møte med pasienter med sår må imidlertid alltid en helhetlig forståelse og tilnærming i pasientbehandlingen være et hovedprinsipp:

«Look at the whole patient before you look at the hole in the patient.»

Utagnet er et kjent uttrykk i fagmiljøet. Vi må poengtere at vår artikkel ikke omtaler rensing av sårbunnen, kalt debridement, skylling av sårflater med sterilt vann, NaCl 9 mg/ml, kranvann, sårskyllevæske tilsatt polyhexanid (PHMB) eller liknende og bruk av salver eller kremer på huden omkring såret, som også er viktige tiltak i den lokale sårbehandlingen.

UTFORDRENDE Å VELGE

Selv om sykepleieren har en klar hensikt med sårbehandlingen og bruker TIMES som en god struktur for

å gjøre sårvurderinger, kan det være utfordrende å velge korrekt bandasje. Det finnes utallige typer bandasjer, og selv om det finnes gode metoder for å strukturere sårvurderingene og en klar hensikt med behandlingen, kan det være utfordrende å velge korrekt bandasje (3, 4).

En av årsakene er at ulike firmaer har produkter innen samme produktgruppe, for eksempel skumbandasjer, men produktene har svært forskjellige navn. Hvis helsepersonell mangler kunnskap om de ulike gruppene av bandasjer og egenskapene ved de ulike bandasjene, kan det skape usikkerhet når bandasjer i samme produktgruppe har svært ulike navn.

ANBUDSREGLER

I Norge må de ulike helseforetakene og kommunene forholde seg



SÅRVURDERING: Det kan være vanskelig å velge korrekt bandasje. Illustrasjonsfoto: Sykepleien

til lokale anbud, som gjør at helseforetak og tilhørende kommuner ikke nødvendigvis har det samme utvalget av bandasjer.

For eksempel kan det i en sårprosedyre fra en kirurgisk poliklinikk stå at det skal legges på en Mepilex Border, men kommunen har Allevyn Gentle Border på sin anbudsliste. Da er det avgjørende at sykepleieren vet at bandasjene i gruppen «skumbandasjer» har relativt like egenskaper, og at den ene ofte kan erstatte den andre uten at det endrer på pasientbehandlingen.

En fordel med anbud er at sykepleiernes kunnskap om egenskapene og bruksområdene til bandasjene kan bli bedre når utvalget av bandasjer er begrenset. Siden klinikere har tilgang til ulike bandasjer i forskjellige sektorer og nivåer av helsetjenesten, er det viktig å vite hvor man kan finne informasjon om bandasje-gruppene.

MANGLER NY FORSKNING

Forskning på nye bandasjer holder ikke følge med utviklingen av nye bandasjer, og det kan være

«Look at the whole patient before you look at the hole in the patient.»

Uttrykk i fagmiljøet

utfordrende å skaffe generaliserbar kunnskap om bandasjer gjennom randomiserte kontrollerte studier (RCT, randomized controlled trial). Det er viktig å være klar over at det

Tabell 1. Et utvalgt av nettressurser

	Nettressurser
Norsk interessefaggruppe for sårheling	www.nifs-saar.no
Dansk Selskab for Sårheling	www.saar.dk
Wounds International	www.woundsinternational.com
European Wound Management Association	www.ewma.org
European Pressure Ulcer Advisory Panel	www.epuap.org
Wound Source	www.woundsource.com
Wounds Canada	www.woundscanada.ca
Dressings.org	www.dressings.org
Journal of Wound Care, Wound Care Handbook	www.woundcarehandbook.com

- » finnes en del informasjon i oppsummert forskning (5), konsensusdokumenter laget av sår eksperter (6), ulike pensumbøker (7–10), artikler (11, 12) og nettsider (tabell 1).

Ettersom de ulike firmaene stadig utvikler nye produkter med nye navn og egenskaper, kan det være utfordrende for både forskere og klinikere å holde seg oppdatert. Det er viktig å anerkjenne at de ulike firmaene er eksperter på sine produkter, og skriftlig materiale om produktene er ofte lett tilgjengelig på firmaenes nettsider.

Vowden og Vowden (11) påpeker at en annen utfordring kan være at sykepleiere tar utgangspunkt i egne erfaringer og preferanser når de velger bandasje. Det er imidlertid viktig å støtte seg til den nyeste kunnskapen og sikre at pasienter med sår får en behandling som bygger på den nyeste forskningen.

HENSIKTEN MED BANDASJEN

Ikke sjelden stiller vi følgende spørsmål til oss selv eller samarbeidende helsepersonell:

«Pasienten har et sår foran på leggen / på tåen / på hælen / på

setet / på underarmen / på ryggen / i ansiktet. Hvilken bandasje er den beste til å legge på såret?»

Valg av bandasje er avhengig av hva som er hensikten med bandasjen. Bandasjer kan blant annet virke direkte inn på vevet i sårbunnen (T i TIMES), bakteriemengden (I i TIMES) og sårets fuktbalanse (M i TIMES) (13, 14). Hensikten med bandasjen er derfor avgjørende for valget (tabell 2).

FUKTIG SÅRMILJØ

Historisk sett har man trodd at sår ikke skulle dekkes til, men være eksponert for mest mulig luft. Denne ideen henger fortsatt igjen, både hos pasienter og helsepersonell. I moderne sårbehandling er imidlertid fuktig sårbehandling et anerkjent prinsipp fordi det skaper optimale forhold for sårheling (11, 15).

Et fuktig sårmiljø er avgjørende for de inflammatoriske prosessene, nydannelsen av epitelceller (hudceller) og nedbryting av dødt vev, kalt autolytisk debridering (14–16). Imidlertid skal ikke såret bade i sår væske.

En tommelfingerregel er at sårflaten bør være like fuktig som

ganen. Mange bandasjer er derfor utviklet og designet for å opprettholde et fuktig sårmiljø, enten ved å kontrollere væsketapet, avgi væske til sårflaten eller absorbere over-skuddsvæske (11), slik at et optimalt fuktig miljø opprettholdes.

Bandasjen skal etterlikne hudens funksjon ved å skape en beskyttende barriere for å unngå at såret kontamineres av bakterier, samtidig som sår væske absorberes (5, 11). Det er logisk å tenke at vev under huden befinner seg i et fuktig miljø med mindre hudbarrieren er brutt. Det er derfor naturlig å tenke seg at det er ønskelig med fuktig sårbehandling.

I tillegg til å beskytte såret mot mikroorganismer, har enkelte bandasjer til hensikt å bekjempe veksten av mikroorganismer i sårbunnen, såkalte antimikrobielle bandasjer. Vanligvis inneholder slike bandasjer sølv, jod eller honning (tabell 3).

VURDERINGER

Uttrykket «Look at the whole patient before you look at the hole in the patient» innebærer at helsepersonell må løfte blikket opp fra såret og stille følgende to spørsmål:

Tabell 2. Mulige bandasjvalg basert på TIMES

<p>T (Tissue – vev)</p>	<p>Skal bandasjen gjøre noe med vevet i sårbunnen? For eksempel beskytte granulerende vev eller løse opp nekrotisk vev.</p>	<p>Granulerende sår: Skumbandasjer, hydrokolloide bandasjer, hydrogel (eller andre lite heftende bandasjer) Sår med fibrin, gul eller svart, våt nekrose: Skumbandasjer, hydrokolloide bandasjer, hydrogel (se begrensninger ved bruk i tabell 1)</p>
<p>I (Infeksjon eller inflammasjon)</p>	<p>Skal bandasjen redusere bakterieveksten?</p>	<p>Kritisk koloniserte eller infiserte sår: Bandasjer tilsatt sølv, honning eller jod, eller produkter tilsatt PHMB</p>
<p>M (Moisture – sårveske)</p>	<p>Skal bandasjen tilføre eller absorbere fukt fra såret?</p>	<p>Lite til moderat væskende sår: Hydrokolloide bandasjer, skumbandasjer eller hydrogel Sterkt væskende sår: Hydrofiberbandasjer, alginatbandasje eller superabsorberende bandasjer</p>

Kilder: Johansen E, Leren L, Bredesen IM, Eiken GM (2), Armstrong DG, Meyr JA (5), Melby B (10) og Vowden K, Vowden P (11)

- ett til pasienten: «Hvordan fikk du såret?»,
 - og deretter følgende spørsmål til seg selv: «Hvorfor gror ikke såret?»
- Et sår er kun et symptom. Derfor er skademekanisme, pasientens grunnlidelser og lokale forhold i og rundt såret av stor betydning og må adresseres før vi velger bandasje.

Det spiller liten rolle hvilken bandasje sykepleieren legger på et sår om det ikke samtidig kombineres med andre relevante tiltak, som for eksempel kirurgi, trykkavlastning, kompresjonsbehandling og tverrfaglig tilnærming. Helsepersonell må derfor være klar over at en bandasje alene ikke får sår til å gro.

SÅRHELINGSFASER

Både akutte og kroniske sår heler i følgende fire overlappende sårhelingsfaser: koagulasjon,

«Det er viktig å anerkjenne at de ulike firmaene er eksperter på sine produkter.»

inflammasjon, nydannelse, og så kalt proliferasjon, og modning. For eksempel må en bandasje til et sår i inflammasjonsfasen ha andre egenskaper enn bandasjen til et sår i modningsfasen, blant annet på grunn av mengden sårveske. Sykepleieren må derfor ha inngående kunnskap om samtlige sårfaser for å kunne velge egnet bandasje.

TIMES er til god hjelp for å kunne gjøre en strukturert vurdering av blant annet hvilken sårfase såret

befinner seg i. Det vil gi sykepleieren et godt grunnlag for å kunne velge egnet bandasje til såret (1, 17).

HENSYN VED VALG

En sykepleier som skal velge bandasje, må blant annet ta hensyn til pasientens ønsker og preferanser, sårets plassering på kroppen, slik som ansikt, fingre, legg, fot, tær, hæler, sakralområdet med mer. Sykepleieren må også ta hensyn til om bandasjen skal ligge under kompresjonsbind, eller om bandasjen vil innskrenke pasientens mobilitet, kostnad og skiftetrekvens.

Det er vanskelig å finne forskning på hvor ofte en bandasje bør skiftes. Helsepersonell bør være klar over at hver gang en bandasje skiftes, forstyrres sårhelingsprosessen, blant annet fordi temperaturen i såret senkes.

Derfor er det utviklet bandasjer

Tabell 3. Bandasjeoversikt

Produkt	Kjennetegn	Indikasjon	Virkning	Begrensninger	Produktnavn
Sårbunnsbeskyttelse	Netting av silikon eller netting innsatt med medisinsk vaselin	Overflatesår, brannsårl grad 1, hudtransplantater, donorflater	Beskytter sårflaten, reduserer smerter ved bandasjeskift	Ingen absorberende evne. Krever en sekundær bandasje. Vaselinning må skiftes daglig.	Mepitel One, Mepitel, Silflex, Jelonet (vaselin)
Semipermeabel/transparent film	Gjennomsiktig bandasje eller film	Overfladiske forbrenninger, hudavskrapninger, rene, granulerende sår med lite sekresjon. Styrker overflaten på sår i modning. Sekundærbandasje. Fiksering av bandasjer, kanyler, kateter, dren og slanger.	Beskytter mot bakterier og virus. Skaper et fuktig sårmiljø. Vanntett, men samtidig pustende.	Vanskelig å sette på. Ingen/minimal absorberende evne. Skjør hud, «kortisonhud», kan skades når bandasjen fjernes.	Mepore film, Opsite Flexifix, Tegaderm Roll filmbandasje
Enkle, lite heftende og selvklebende bandasje	Selvklebende bandasje med glatt pad eller flate som vender inn mot såret	Postoperative sår med liten sekresjon. Kutt og hudflenger. Beskyttelse av suturer. Sekundærbandasje ved bruk av for eksempel hydrogel.	Absorpsjon av små mengder sårveske.	Begrenset absorberende egenskap. Kan sette seg fast i sårflaten. Blir festekanten våt, limer den seg veldig til huden og kan gi hudskader ved fjerning.	Melolin kompress, Mepore selvhæftende kompress, Mepore Pro dusjett bandasje, Primapore plaster
Skumbandasjer	Laget av polyuretan- eller silikonskum. Mange ulike former, størrelser, med/uten silikonheftende flate, med/uten festekant, med/uten antimikrobielle egenskaper, med/uten rensende effekt på sårflaten	De fleste typer sår, fra lett til rikelig væskende sår	Absorberer og binder sårvesken inni bandasjen. Skaper fuktig sårmiljø. Skader ikke nytt vev i sårflaten. Skal gi lite smerter ved bandasjeskift.	Dyre bandasjer ved behov for hyppige bandasjeskift.	Allevyn Adhesive: Gentle Border, Sacrum, Life, Gentle Border Lite, Non-adhesive Ag, Aquacel Foam. Biatain: Silicone Ag, Non-adhesive, Border, Super. Mepilex: Border Lite, Border Flex, Transfer Ag, XT, Border Sacrum Ag, Sårbact Foam, PolyMem, Tegaderm Foam.
Hydrofiber og alginater	Gelédannende fiberbandasjer med stor absorberende egenskap. Med og uten sølv.	Alginat har en lett hemostatisk effekt.	Alle sår med moderat til stor væskeproduksjon. Sårhuler.	Absorberer og binder store mengder sårveske og blir til en gelémasse. Fjernes i ett stykke. Sår med liten sekresjon.	Aquacel: Aquacel extra. Durafiber: Algisite M (alginat)

Produkt	Kjennetegn	Indikasjon	Virkning	Begrensninger	Produktnavn
Antimikrobielle bandasjer	Bandasjer tilsatt sølv, honning, PHMB eller jod	<p>Sølvbandasjer: sår med klinisk infeksjon, mistanke om infeksjon eller forsinket sårheling.</p> <p>Honning og PHMB: sår i inflammasjonsfasen, sår med infeksjon eller mistanke om infeksjon.</p> <p>Jod: mistanke om biofilm eller Pseudomonas.</p>	<p>Sølv: virker antimikrobielt / dreper bakterier.</p> <p>Honning: antiinflammatorisk og antimikrobiell virkning.</p> <p>PHMB: bryter ned biofilm og virker dermed antimikrobielt.</p> <p>Jod: har bredspektrert antimikrobiell effekt, bryter ned biofilm.</p>	Dyre bandasjer, sølv bør maksimalt brukes i tre uker om gangen, svie ved bruk av sølv og honning (oftest kortvarig).	Bandasjer tilsatt sølv heter produktnavnet + Ag. Medihoney som gel, gelkompress og apinatekompress. Idosorb jodbandasje.
Hydrogel	Gel som for det meste består av vann	Til sår og sårhuler med liten til moderat sekresjon. Til sår som trenger fuktighet. Sår med gule eller svarte fuktige nekroser.	Avgir væske til sår med liten sekresjon eller absorberer sårveske fra sår med moderat sekresjon. Skaper en fuktig sårflate uten å okkludere. Løser opp fibrin og mindre nekroser.	Sår med mye sekresjon. Ikke til infiserte sår eller tørre, svarte nekroser på føtter og tær.	Askina Gel, DuoDerm Gel, Intrasite Gel, Prontosan Gel
Hydrokolloider	Bandasjeplater med kontaktflate som omdannes til en gelémasse ved kontakt med sårveske (stomiplater og «gnagsårplaster»)	Rene, granulerende sår med liten til moderat sekresjon. Donorsteder, trykksår grad 1 og 2, sår med fibrin og fuktige nekroser.	Sikrer fuktig sårmiljø. Okkluderende bandasje.	Skal ikke brukes ved sårinfeksjon, diabetiske eller arterielle fotsår.	Comfeel Plus, DuoDerm, Tegaderm Hydrocolloid
Absorberende bandasjer		Moderat til kraftig væskende sår	Bandasjer med store evne til å håndtere sårveske	Sår med lite sekresjon. Benyttes nesten utelukkende som en sekundærbandasje.	Curea P1, Cutisorb Ultra, Mesorb, Multisorb.

Listen over produktnavn er ikke fullstendig.

Kilder: Armstrong DG, Meyr JA (5), Melby B (10) og Vowden K, Vowden P (11).



Her finner du en utskriftsvennlig versjon av tabellen. Skriv ut og heng på bandasjeskapet.

Artikkelen fortsetter på neste side 

» som ifølge leverandørene kan ligge på såret i opptil sju dager før det er behov for bandasjeskift. Ved alle bandasjeskift skal det for øvrig gjøres en strukturert vurdering av såret.

Derfor vil det være en kombinasjon av bandasjens egenskaper og resultatet av de strukturerte vurderingene som danner grunnlaget for videre behandling og skiftefrekvens (2). Ved sårinfeksjoner, diabetiske fotsår og nekrotiske sår undersøkes de oftere på grunn av komplikasjonsfarene.

STORT UTVALG BANDASJER

I Norge har vi tilgang til et stort utvalg av sårbandasjer av høy kvalitet, men dessverre finnes det ikke én bandasje med alle de optimale egenskapene (se faktaboks). Derfor må helsepersonell beslutte hvilke egenskaper som er viktigst, og noen ganger kombinere ulike bandasjetyper for å oppnå optimal lokal sårbehandling. For eksempel kan pasienten ha behov for å fylle sårhulen med en type gel og deretter dekke såret med en dekkende bandasje.

FAKTA

Egenskaper ved den optimale bandasjen

- Absorbere overskuddsvæske samtidig som den opprettholder et fuktig miljø
- Beskytte såret fra videre mekanisk skade
- Forebygge invasjon og spredning av bakterier (er ugjennomtrengelig for bakterier)
- Slutte seg til sårets form og flate samt eliminere «dødrom»
- Stor nok til å dekke nødvendige områder rundt såret
- Bidra til jevn temperatur i såret
- Rense (debridere) nekrotisk vev
- Ikke bløte opp (maserere) omkringliggende hud
- Ikke gi lokale allergiske reaksjoner
- Være lett å fjerne uten å etterlate seg bandasjerester i sårflaten
- Være behagelig å ha på
- Ikke gi smerter i forbindelse med og mellom bandasjeskift
- Minimalisere antall bandasjeskift
- Være billig, tilgjengelig og kan sitte på over lengre tid

Kilder: Armstrong DG, Meyr JA (5) og Vowden K, Vowden P (11)

BEGRENSET UTVALG ER NOK

Det er som regel nok å ha tilgang til et begrenset utvalg av bandasjer. Dermed har helsepersonell god oversikt over og kunnskap om hvilke produkter som er tilgjengelige på deres avdeling.

En helhetlig vurdering av pasienten danner det første grunnlaget for valg av bandasje. Deretter må sykepleieren ta en beslutning om sårets diagnose, sårfase og resultatet

av strukturerte vurderinger basert på TIMES. Fuktig sårbehandling er et grunnprinsipp som må følges når vi velger bandasje, og det enkle kan ofte være det beste. •



Se ordliste på side 90

Fagartikler sendes inn via

<https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>

REFERANSER

1. Wounds International. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Florence Congress. Position Document. Advances in wound care: the Triangle of Wound Assessment. London: 2016. s. 4–11. Tilgjengelig fra: https://www.coloplast.com/Documents/Wound/WUWHS_POSITION%20DOCUMENT.pdf (nedlastet 18.06.2018).
2. Johansen E, Leren L, Bredesen IM, Eiken GM. Bruk verktøyet TIMES til å vurdere sår strukturert. Sykepleien. 2019;107(2):36–43.
3. Ousey K, Rogers AA, Rippon MG. Hydro-responsive wound dressings simplify T.I.M.E. wound management framework. Br J Community Nurs. 2016 Dec;21(Sup12):S39–S49.
4. Wounds International. International Best Practice Guidelines: Wound Management in Diabetic Foot Ulcers. London: 2013. Tilgjengelig fra: <file:///C:/Users/sigfla/Downloads/best-practice-guidelines-wound-management-diabetic-foot-ulcers.pdf> (04.03.2019).
5. Armstrong DG, Meyr JA. Basic principles of wound management [internett]. UpToDate; 2018 [oppdatert 20.08.2018, siter 23.02.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/basic-principles-of-wound-management>.
6. Harding K. Simplifying venous leg ulcer management. Consensus recommendations. London: Wounds International; 2015. Tilgjengelig fra: http://www.3mlearning.co.uk/media/1072/3m_14_4_consensus_web.pdf (nedlastet 23.02.2019).
7. Lindholm C. Sår. 4 utg. Oslo: Akribes Forlag; 2018.
8. Gottrup F, Karlsmark T, red. Sår. Baggrund, diagnose og behandling. København: Munksgaard; 2008.
9. Langøen A. Sårbehandling og hudpleie. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
10. Melby B. Behandlingsmuligheter. I: Bermark S, Østgaard Melby B, red. Sår og sårbehandling. København: Fadl's forlag; 2018. s. 82–97.
11. Vowden K, Vowden P. Wound dressings: principles and practice. Surgery. 2017;35(9):489–94.
12. Abdelrahman T, Newton H. Wound dressings: principles and practice. Surgery. 2011;29(10):491–5.
13. Johansen E, Eiken, GM. Sykepleie til personer med vanskelig helende sår. I: Knutstad U, red. Utøvelse av klinisk sykepleie – Sykepleieboken 3. 4 utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2019. s. 896–932.
14. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Florence Congress. Position Document. Local management of diabetic foot ulcers. London: Wounds International. 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.woundsinternational.com/download/resource/5928> (nedlastet 04.03.2019).
15. Jones V, Grey, JE, Harding, KG. Wound dressing. I: Grey J, Harding, KG, red. ABC of wound healing. London: Blackwell Publishing; 2006.
16. Wounds UK. Effective debridement in a changing NHS: a UK consensus. London; 2013. Tilgjengelig fra: https://lohmman-rauscher.co.uk/downloads/clinical-evidence/Effective_debridemen.pdf (04.03.2019).
17. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Diagnostics and wounds. A consensus document. London: World Union of Wound Healing Societies; 2008. Tilgjengelig fra: <file:///C:/Users/sigfla/Downloads/diagnostics-and-wounds-wuwhs-consensus-document.pdf> (04.03.2019).

Les om trykkfordelende madrasser

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2019.75679

Hovedbudskap

Enkle grep kan bidra til å redusere forekomsten av trykksår, blant annet ved å velge hensiktsmessig underlag i sengen og stolen til risikopasienten. I dag finnes det mange ulike typer madrasser. Hensikten med denne artikkelen er å gi en oversikt over madrass typer og samtidig understreke at madrasser alene aldri kan redusere forekomsten av trykksår.

Nøkkelord

- Hud
- Kunnskapsbasert sykepleie
- Forebyggende behandling
- Medisinsk-teknisk utstyr

Forfatterne er: Ida Marie Bredesen, Guro-Marie Eiken, Lena Leren og Edda Johansen

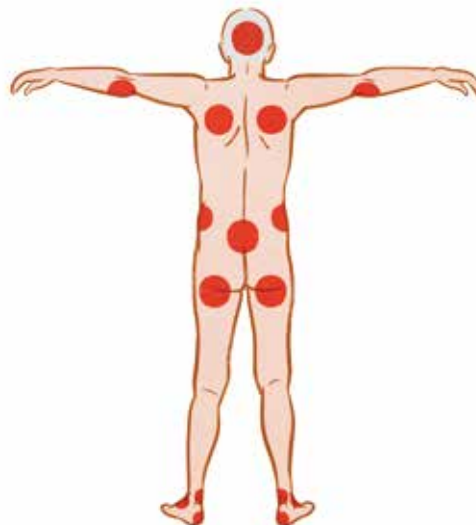
Det finnes en mengde ulike madrasser. På sykepleien.no får du en oversikt som kan hjelpe deg med å velge madrass typen som er best for hver enkelt sårpatient.

Forekomsten av trykksår hos pasienter i Norge har vist seg å være opp mot 18 prosent på sykehus og rundt 25 prosent på sykehjem. Å velge hensiktsmessig underlag i seng og stol hos risikopasienten kan være et viktig grep for å redusere forekomsten av trykksår.

Trykkfordelende madrasser har vært i produksjon siden 1960-tallet, og det finnes en rekke ulike typer på markedet. I denne artikkelen kan du lese mer om hvordan du identifiserer risikopasienten og hvilke ulike fordeler og ulemper de ulike madrass typene har. ●



Les fagartikkelen «Slik velger du riktig trykkfordelende madrass» på sykepleien.no ved å skanne QR-koden.



HER OPPSTÅR TRYKKSÅR: Trykksår oppstår hyppigst over beinfremspring som korsbein, hæler og hofter for sengeliggende pasienter og over sitteknutene hos stolavhengige pasienter. Illustrasjon: Linnea Vestre

FAKTA

Ordforklaringer fra fagartiklene

ANKEL/ARM-INDEKS (AAI):

Mål på sirkulasjonen i bena. Måling vil si noe om arteriell sirkulasjon, som avgjør hvilken kompresjonsbandasje pasienten skal ha.

CYTOKINER:

Peptidhormoner som produseres i mange typer celler. De formidler signaler mellom cellene.

DECUBITUS:

Trykksår.

DEBRIDERE:

Rengjøre et sår, fjerne dødt, skadet eller forurenset vev.*

DERMIS: Lærhuden.

EPIDERMIS: Overhuden.

FAGOCYTTER:

De hvite blodcellene som er i stand til å «spise» celler. De utgjør 75 prosent av det totale antallet hvite blodceller. Fagocytter dannes og modnes i knokkelmargen. Noen fagocytter beveger seg rundt i kroppen, mens andre ligger fast i lymfeårene. Fagocytterne kan spise både mikroorganismer, ødelagte celler, fremmede celler og utslitte celler fra egen kropp.

GRANULASJONSVEV:

Vev som er bygd opp av nydannede, små blodårer (kapillarer) og unge bindevevsceller. Granulasjonsvev finnes der sår eller skade er i ferd med å hele.

HYPOKSI:

En tilstand der tilførselen av oksygen til et vev eller en organisme er utilstrekkelig i forhold til oksygenbehovet cellene har for å drive en normal aerob metabolisme.

INSIDENS:

Mål for sykdoms- og dødshyppighet i en befolkning.

KELOID: Overvekst av arrvev som fremstår som knuter eller større flater som hever seg over hudoverflaten og utover det opprinnelige såret.

KERATINOCYTTER:

Den mest dominante typen celle i epidermis. De befinner seg i det øverste laget i epidermis. Keratinocytter produserer keratin som gir huden styrke og danner en barriere som beskytter huden mot blant annet infeksjon og stråling.

MASTCELLER:

En celletype som ligger spredt i lærhuden og i kroppens slimhinner.

MATRIKS:

Cellestrukturer av fiberdannende proteiner og polysakkarider i vevet rundt cellene.

M-FISH (MULTIPLEX FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION):

En avansert måleteknikk av kromosomer.**

MELANOCYTTER:

Produserer det svarte pigmentet melanin. Finnes i overgangen mellom lærhuden, dermis, og overhuden, epidermis.

PCR (POLYMERASE CHAIN REACTION):

Ny teknikk for å studere bakterier.

PREVALENS:

Tallet på personer som har en viss sykdom i en viss befolkning på et visst tidspunkt.

PROTEINASER:

Blant annet MMP, matriks metalloproteinaser. Proteolytiske enzymer som katalyserer spaltningen av peptidbindinger i proteiner og peptidkjeder. Eksempler er de viktige fordøyelsesenzymene pepsin, trypsin og kymotrypsin.

PYODERMA GANGRENOSUM:

Hudsår som ikke vil gro. Denne inflammatoriske sykdommen opptrer sjelden og spontant uten kjent årsak.

RCT, RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL:

Randomisert klinisk forsøk er en undersøkelse der pasientene tildeles en bestemt behandling ut fra tilfeldighet, oftest ved hjelp av en datamaskin-generert fordelingsnøkkel.

VASKULITT:

Betennelse i blodårene. Vaskulitt er en inflammatorisk revmatisk sykdom.

VASOAKTIVE STOFFER:

For eksempel histamin. De virker på blodkar slik at blodkarene lekker mer. Dermet øker væskemengden i vevet rundt blodårene, og man får ødem.

Kilder:*Langøen A. Kjemisk debridering. Sår. 2018;27(1):47–52

**Mackinnon RN, Chudoba I. The use of M-FISH and M-BAND to define chromosome abnormalities. Methods Mol Biol. 2011;730:203–18

Alle andre definisjoner er hentet fra Store medisinske leksikon (sml.snl.no).

Politikk og praksis

Dårlige finansieringsordninger, uklare retningslinjer og avvik i behandlingen. Hva skal til for å få sårbehandlingen til å gå på skinner?

Les om:

Kroniske sår følges ikke opp riktig.

Fagartikkel av Arne Langøen og

Ingrid Gilje Heiberg s. 92

Hos feltpleien handler sårstell om mye

mer enn selve såret. Reportasje s. 98

Trykksår etter ortopedisk behandling er

gjengangeren blant sårsaker hos Norsk

pasientskadeerstatning. Intervju s. 100

Finansieringsordningen gjør sårpatientene

økonomisk ugunstige. Intervju s. 102

Er pakkeløp for sårpatienter en løsning?

Intervju med stortingspolitikere s. 106

Primærhelseteam kan følge

opp sårpatientene. Reportasje s. 108

FINANSIERING – SIDE 102



FELTPLEIEN – SIDE 98



PRIMÆRHELSETEAM – SIDE 108



DOI-NUMMER: 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.

Nøkkelord

- Dermatologiske sykepleiere
- Undervisning
- Fagutvikling og forskning

Kroniske sår følges ikke opp riktig

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



Arne Langøen
Dosent, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

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.



Ingrid Gilje Heiberg
Førstelektor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

AVSLUTTENDE EKSAMEN

Den avsluttende eksamenen på sårutdanningen går ut på at studentene, heretter kalt sårstudentene, følger opp sårbehandling 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).

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.

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).

Over til høyre er et vanlig eksempel fra eksamensrapportene (se eksempel 1 over).

Manglende kontinuitet og manglende oppfølging av sårbehandlingen er en kjent utfordring som skaper

FAKTA

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 ukens 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.



HISSIG: Venøst leggsår. Alle foto: Ingrid Gilje Heiberg

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

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/

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	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: 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.

- › sårbunn, infeksjon/inflammasjon, væske, sårkanter) (7) er et godt hjelpemiddel for sårbehandlere.

Under er TIME brukt på et klassisk venøst leggsår.

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 vurderingen 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

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

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 (se eksempel 2 til høyre).

Eksempelet til høyre 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).

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 sårhelings-tiden 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

FAKTA

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.



MÅLER SIRKULASJONEN: Måling av ankel/arm-indeks.

FAKTA

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.



KOMPRESJONSBANDASJE: Denne er ansett som gullstandarden i behandling av venøse leggsår.

» viser at bare 50 prosent av pasienter med venøse leggsår får kompresjonsbehandling (16).

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 (se eksempel 3 nederst på forrige side). 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

FAKTA

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).



DEBRIDERING: Skarp debridering utført ved hjelp av engangskyrette.

andre gjøremål (se eksempel 4 over til høyre).

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 sårhelingshastigheten. 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

REFERANSER

- Hofstad E. Liten nytte av å melde avvik. Sykepleien 12.03.2015. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2015/03/1-av-2-ser-ikke-nytt-en-av-melde> (nedlastet 12.02.2019).
- Micaelsen T, Grung R, Knutsen TK, Ruiter 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/?all=true> (nedlastet 14.02.2019).
- Langøen A, Vee TS. Fører systematisk tiltak for å fremme sårbonnsopptimalisering, ødemkontroll og behandling av underernæring til bedret heling av sår? Gjennomgang av 33 behandlingssaker. Sår. 2011;19(1):5–12.
- 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.
- Graham ID, Harrison MB, Moffat C, Franks P. Leg ulcer care: nursing attitudes and knowledge. The Canadian Nurse. 2001;97(3):19–24.
- 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.
- 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).
- 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.
- Rønson JH, Kristiansen IS. Kronisk leggsår i hjemmesykepleien. Sår. 2014;22(3):5–9.
- Langøen A, Gørgen M. Kapittel 5. Sårbehandling, generelle prinsipper I: Langøen A, red. Sårbehandling og hudpleie. 5 utg. Oslo: Gyldendal; 2018. s. 180–292.
- Hampton S, Kilroy-Findley A. Top tips: taking photographs of wounds and data protection. Wounds International. 2015;6(4):10–3.
- Slagsvold C-E, Stranden E. Venøse leggsår. Tidsskr Nor Legeforen. 2005;125(89):1–

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 (se eksempel 5 til høyre).

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

FAKTA

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 inflammert. 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.



INFLAMMERT: Denne pasienten har et infisert venøst leggsår.

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. ●

! Se ordliste på side 90

Fagartikler sendes inn via

<https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>

- Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2005/04/medisin-og-vitenskap/venose-leggsar> (nedlastet 14.02.2019).
- Bügelmeier R. Sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk – fra pasientens perspektiv. (Masteroppgave.) Stavanger: Universitetet i Stavanger, Det helsevitenskapelige fakultet; 2018.
- Friman A, Klang B, Ebbeskog B. Wound care by district nurses at primary health-care centres: a challenging task without authority or resources. *Scand J Caring Sci.* 2011;25(3):426–34.
- Bing-Jonsson PC, Hofoss D, Kirkevold M, Bjørk IT, Foss C. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nurs.* 2016;15:5.
- Rønsen JH. Kostnader for behandling av kroniske leggsår i hjemmesykepleien. (Masteroppgave.) Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn; 2012.
- 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.
- 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. *Plebology.* 2018;33(9):618–26.
- 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).
- 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.
- Gundsersen S, Fuskeland K, Glesaaen A, Hartgill U, Lossius A, Paulsen L, et al. Sårstell – debridering av venøse og arterielle sår [internett]. Oslo: Oslo universitets- sykehus; 2017 [siteret 10.01.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/sarstell-debridering-av-venose-og-arterielle-sar>.
- 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).
- Smith-Strom H, Iglund 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.

Steller sår rett fra gata

Hos Feltpleien handler sårstell om mye mer enn selve såret.

• **Tekst og foto** Nina Hernæs

et gult og rødt murbygg, sånn cirka midt imellom Oslo S og legevakten, tar Morten Indreiten seg av mennesker som har få andre steder å gå.

Indreiten er sykepleier i Feltpleien, som holder til på Prindsens mottakssenter – et gratis tilbud om helsetjenester til rusbrukere.

De fleste kommer hit på grunn av sår. Det er venøse sår, både på beina og andre steder på kroppen, abscesser, operasjonssår og brann-sår. Eller små sår som bare trenger et plaster.

– Men også kuttskader innimellom, sier Morten Indreiten.

Her kan de stelle bein med ett stort og flere små sår, noen med Pseudomonas i, noen uten, og med ekstremt skjør og tynn hud.

Dagen før brukte han to timer på én pasient.

– Selve sårstellet tok ikke to timer, men det å trygge pasienten, få av klærne og få dem på igjen, krevde at jeg brukte tid. Hvis ikke ville jeg ikke fått gjort sårstellet, forklarer han.

Indreiten er akkurat ferdig med dagvakt, kollega Kristin Horten er

FAKTA

Sår hos Feltpleien

Tre hovedgrupper:

- **Abscesser, både åpne og lukkede, og operasjonssår:**

Abscesser er et pussfylte hulrom i vevet, og skyldes ofte feilinjisering, at stoffer er satt utenfor venen. Det irriterer vevet og kan forårsake infeksjon.

- **Brannsår:** For eksempel etter å ha ligget for lenge på varmekabler.

- **Venøse sår:** Både på beina og andre steder på kroppen. Skyldes venøs svikt på grunn av skadde eller ødelagte årer.

klar for kveldsvakt. De er som regel en til to sykepleiere på vakt her, med lege tilgjengelig noen timer på dagtid.

Kristin Horten peker på at feltpleien er lavterskel. Hit kommer mennesker rett fra gaten, noen har fullt kaos i livet. En stor andel har både rusproblemer og psykisk sykdom.

Omstendighetene gjør at de ikke vil ha nytte av tilbudet til en vanlig såravdeling.

– De ønsker å følge opp sårene sine, men situasjonen de er i, kan gjøre at de ikke får det til, sier Morten Indreiten.

– Det kan føre til at sår som egentlig er ganske uproblematisk, til slutt må behandles på sykehus.

SKAL FØLE SEG VELKOMNE

Når pasientene har ventet med å komme, kan de være redde for hvordan det er med såret.

– De vet de burde fått stelt det en gang i uken, og de kan ha vært på vei hit, men så skjedde det noe, og de utsatte det, sier han.

Kristin Horten sier hun møter pasientene med et «så hyggelig at du kom». Her skal de føle seg velkomne og ikke oppleve at de blir korrigeret.

Hun tror pasientene opplever det som trygt å komme hit. At de føler seg respektert.

– Her møter vi dem som mennesker, sier hun rolig.

– Vi stiller oss inn der de er.

Hun kan oppleve at såret har grodd, men at pasienten fortsetter å komme.

– Jeg tror vi betyr noe for de



VET ALDRI HVILKE SÅR SOM KOMMER: Morten Indreiten og Kristin Horten jobber i felten midt i Oslo sentrum.

psykososiale behovene deres. For noen kan vi være de eneste nyktre menneskene de snakker med.

FÅR REN BANDASJE

Om hvordan det er å jobbe her, svarer Kristin Horten: – Utrolig fint.

– Det er så mange møter i løpet av en arbeidsdag, og jeg vet aldri hvordan dagen blir.

Sykepleierne følger de fleste sårene til de er grodd. Noen over flere år. Noen pasienter ser de bare én gang, og noen går det lang tid mellom hver gang de ser. Noen kan de være nesten i mål med, så er det på'n igjen. Noen sårstell kan de bruke lang tid på, andre må de være fornøyd med å bare få gjort delvis. For eksempel hvis en psykisk ustabil

«Vi må gjøre det beste ut av hver enkelt situasjon.»

Morten Indreiten, sykepleier

pasient får en dårlig følelse underveis og ikke lar seg roe eller trygge.

– Da må jeg tenke: Om ikke såret ble rent, så fikk det i hvert fall en ny bandasje, sier Morten Indreiten.

– Vi må gjøre det beste ut av hver enkelt situasjon.

KAN IKKE TVINGE

Noen ganger må han gi slipp. Det kan være hvis en pasient nekter å dra til legevakten, selv om såret krever

behandling feltpleien ikke kan tilby. Som antibiotika eller kirurgi.

– Om grunnen til at pasienten ikke vil til legevakten bunner i angst, og at han eller hun takler å gå dit hvis jeg er med dem, følger jeg dem bort, sier Morten Indreiten.

Og det er ikke sjelden at han eller en av de andre sykepleierne blir med bortover Storgaten til Oslo kommunale legevakt.

– Men om grunnen er at de ikke gidder å sitte der borte og vente?

Han løfter opp hendene.

– Nei, da kan ikke jeg hjelpe.

Han kan lokke og motivere. Og passe på at de er klar over konsekvensene av å ikke gå på legevakten.

– Vi må ansvarliggjøre, men selvfølgelig ut fra den enkeltes forutsetninger.

ULIKE PASIENTER

De to sykepleierne opplever at pasientene stort sett er takknemlige.

– De kan uttrykke at det er godt å få stelt sårene, sier Kristin Horten.

– At det gir dem velvære. Jobben jeg gjør med såret, er viktig for dem.

Men hun må tåle dem som ikke er fornøyd. De som overfører frustrasjon og fortvilelse over på henne. Det kan hagle med mishagsyttringer. Fysisk utagering skjer sjelden, verbal utagering forekommer. Da handler det om å roe situasjonen. Sette klare grenser. Bruke seg selv og sykepleiefaget. Skille mellom ufin oppførsel og uttrykk for sykdom.

– I går spilte jeg musikk for en pasient, sier Indreiten.

– Det fungerte for ham.

Men å si for mye generelt om pasientene her, er vanskelig.

– Alt vi sier, gjelder for noen. Og det som hendte i dag, hendte ikke i går. ●

– I noen av sakene er det svikt i helt grunnleggende sykepleie

Mellom 2014 og 2018 har det blitt utbetalt 4,1 millioner kroner i erstatning etter trykksår, liggesår eller sårbehandling.

• **Tekst og foto** Ann-Kristin B. Helmers

Av sakene som Norsk pasientskadeerstatning (NPE) har behandlet har 28 fått avslag, mens 24 har fått medhold, viser NPEs tall.

– Dokumentasjon er et nøkkelord, sier Fredrik Hetmann, intensivsykepleier og en av fire faglærere ved videreutdanning og master i intensivsykepleie ved Oslomet.

Han er også avtalesakkyndig for Norsk pasientskadeerstatning og gir faglige vurderinger i saker som involverer sykepleiere.

FLEST SAKER ETTER ORTOPEDISK BEHANDLING

De fleste sakene er fra somatiske sykehus.

– En overvekt av sakene gjelder trykksår etter ortopedisk behandling, sier Hetmann.

– Ofte er det eldre pasienter med for eksempel lårhalsbrudd som blir liggende og vente på operasjon uten trykkavlastning. Mange ligger også lenge uten trykkavlastning etter operasjon. Og så har de fått sår.

INGEN SPOR AV TILTAK

Hetmann mener mange av disse pasientene kunne unngått sår.

– I noen av sakene er det svikt i helt grunnleggende sykepleie. Det kan være sykepleiere som har observert at pasienten begynner å få røde hæler. To dager etter er det så begynnende nekrose. Når jeg leser gjennom journalen og annen dokumentasjon, er det ingen spor av tiltak fra første observasjon til nekrotisk sår, sier han.

– Jeg tenker at dersom man ikke har klart å dokumentere, så har man kanskje heller ikke klart å observere utviklingen.

Hetmann mener manglende dokumentasjon er gjennomgående i sår-sakene som får medhold hos NPE.

GLEMTE KOMPRESSER I SÅRET

I en av sakene som har fått medhold, utviklet pasienten liggesår med store verkebyller og abscesser på baken på grunn av et langt sykehusopphold.

Pasienten ble behandlet med saltvannskompresser som ble skiftet daglig. Etter hvert utviklet pasienten en infeksjon.

Det viste seg at det var gjenglemte kompresser i liggesårene. Kompressene medførte infeksjon og forlenget sykeleie. Kompressene ble ikke oppdaget før etter nærmere to måneder.

Det er ikke i tråd med god praksis å la kompresser ligge igjen, konkluderte NPE.

– I mange saker ser det også ut til at pasienten har vært dårlig smertelindret. Da kan det være vanskelig å snu på pasienten for å unngå trykkskade. Sårene kommer typisk på hælene eller på setet hos eldre, tynne pasienter med utstikkende bein, sier Hetmann.

GODE OPPSKRIFTER

Når det gjelder avlagssakene, er den typiske konklusjonen at det ikke har vært svikt ved behandlingen, og at utvikling eller forverring av trykksår eller liggesår skyldes grunntilstanden til pasienten.

**VURDERER SKADESAKER:**

Intensivsykepleier Fredrik Hetmann er avtalesakkyndig for Norsk pasientskadeerstatning.

Det kan ha vært svikt, men svikten har ikke ført til en skade som har gitt pasienten et økonomisk tap.

– I noen saker er det god dokumentasjon på hvilke skifteprosedyrer som er valgt. Lege har vært involvert, og det er dokumentert at prosedyrene er fulgt. Likevel har det blitt sår. Da kan det være forhold ved pasienten, for eksempel dårlige kar, sier Hetmann.

– Dersom skifteprosedyren for sårstellet er godt dokumentert, sikrer man en god oppskrift som kan følges, selv om mange er innom.

Hetmann sier det ikke er mange saker som gjelder kroniske sår.

– I de sakene om kroniske sår jeg har behandlet, er inntrykket mitt at det har vært gode systemer for at hjemmesykepleien melder videre

«Ofte er det eldre pasienter med for eksempel lårhalsbrudd som blir liggende og vente på operasjon uten trykkavlastning.»

Fredrik Hetmann, intensivsykepleier og sakkyndig i NPE

dersom de mener såret er slik at det er behov for undersøkelse. Så er det fastlege som må ta det videre. Jeg vurderer ikke hvilken jobb fastlegene har gjort, det er det leger som gjør sier han.

VIL GIL LÆRING

Når Hetmann har fått et bilde av situasjonen, sender han sin uttalelse til saksbehandlerne i NPE, som oftest er jurister.

Underveis i prosessen får både

pasienten og behandlingsstedet lese hans uttalelse og komme med innspill. Til sist er det saksbehandlerne som tar stilling til om det er grunnlag for erstatning eller ikke.

– Jeg forsøker å skrive en uttalelse som det er mulig å lære noe av. Ofte har flere fagfolk vært innom saken for å få et helhetsbilde av hvor svikten eventuelt ligger. Da er det bra å kunne gi tilbakemelding i en slik form at den kan brukes til å for eksempel endre eller forbedre rutiner, sier han. ●

– Ingen vil egentlig ha disse pasientene, fordi de er økonomisk ugunstige

– Pasienter har kommet til legekantoret med lommeørklær i sårene, sier fastlege Marcus Gürgen. Han vil ha bandasjer på blå resept.

• **Tekst og foto** Ann-Kristin B. Helmers

Marcus Gürgen har vært engasjert i situasjonen for pasienter med kroniske sår siden han begynte å jobbe i Norge for 20 år siden.

– Dagens finansiering fører til at pasienter med kroniske sår blir skjøvet mellom fastlege, hjemmesykepleie og poliklinikker på sykehus, mener han.

– Ingen vil egentlig ha disse pasientene, fordi de er økonomisk ugunstige.

I dag er Gürgen fastlege tilknyttet Kvinesdal legesenter. Han jobber også en dag i uken på sårpoliklinikken ved Flekkefjord sykehus.

MÅ KJØPE DYRE STRØMPER

– Så lenge jeg har jobbet i norsk helsevesen, har det vært slik. Sårbehandling er et stebarn i medisinen. Sårbehandling har ikke status, og helsemyndighetene har ikke vist vilje til å forbedre sårpasientens situasjon, sier han, og utdyper:

– Jeg tenker for eksempel på

kompresjonsstrømper, som er en viktig del av behandlingen av de fleste leggsår som ikke er betinget av nedsatt arteriell sirkulasjon. Strømpene koster mellom 400 og 600 kroner per par. Selv om det er en medisinsk indikasjon, finnes det ingen refusjonsordning for disse strømpene.

DREV SÅRPOLIKLINIKK

Før han startet som fastlege i 2015, var han overlege og avdelingsleder ved kirurgisk avdeling i Flekkefjord. Gürgen har drevet sårpoliklinikken ved sykehuset i Flekkefjord siden 2000.

Han har lenge ønsket å endre finansieringsordningen.

– Bandasjemateriell til pasienter med kroniske sår bør komme på blå resept, sier han.

KAN FÅ BIDRAG

Helfos regelverk er slik:

- Man kan få bidrag til nødvendige utgifter til bandasjer, medisinsk

forbruksmaterieil og liknende. Materiellet brukes ved kroniske og alvorlige sår og fistler, som kreftsår, trykksår, venøse leggsår, diabetiske sår og arteriosclerotiske sår.

- Materiellet må kjøpes på apotek eller hos bandasjist. Behovet for materiellet må vare minst tre måneder i løpet av et år.
- Man får ikke bidrag til bandasjer og liknende dersom sårbehandlingen blir utført av hjemmesykepleien.
- Hvis sårstellet er fordelt mellom brukeren/pårørende og hjemmesykepleien, kan man få bidrag til materiellet som brukeren/pårørende kjøper og benytter i sårbehandlingen.
- Når hjemmesykepleien utfører sårstellet, er det hjemmesykepleien som er ansvarlig for å dekke utgiftene til bandasjemateriellet, det medisinske forbruksmateriellet og de reseptfrie legemidlene.

KOMMER AN PÅ BEHANDLER

Denne ordningen mener Gürgen



FAKTA

Marcus Gürgen

- Marcus Gürgen er fastlege ved Kvinesdal legesenter, og jobber en dag i uken ved sårpoliklinikken ved sykehuset i Flekkefjord, Sørlandet sykehus HF.
- Han er spesialist i generell kirurgi og allmennlege, og har jobbet med sår siden 1992.
- Før han startet som fastlege i 2015, var han overlege og avdelingsleder ved kirurgisk avdeling i Flekkefjord. Gürgen har drevet sårpoliklinikken ved sykehuset i Flekkefjord siden 2000.
- Han har også vært med i styret av Norsk Interessentfaggruppe for Sårheling (NIFS) fra 2003 til 2008, og satt i styret av European Wound Management Association mellom 2007 og 2010.

ikke er god nok, han mener den gir incentiver til å skyve sårpatienten over til andre:

– I dag er lovverket slik at finansieringen kommer an på hvor og av hvem såret behandles. Om hjemmesykepleien utfører sårstellet, skal kommunen betale for materiellet.

Er det fastlegen som utfører sårstellet, må pasienten betale egenandel for konsultasjonen, og så søke Helfo om refusjon for bandasjene som de selv har kjøpt inn i forkant.

– Kommunene slipper altså å betale dersom pasienten går til fastlegen.

EGENANDELER

Gürgen har sårpatienter som selv har bestemt seg for å bli behandlet

hos fastlegen, eller som hjemmesykepleien ikke tar.

– Det er kommuner i Norge som har den ordningen at om du skal få behandling av hjemmesykepleien, skal du ikke være i stand til å komme deg ut av din bopel og komme til legen.

«Vi har nå unødvendig lange forløp.»

Marcus Gürgen, fastlege

Noen av hans pasienter må da til fastlege to til tre ganger i uka.

– De må betale egenandel på transport dit, de må betale egenandel for behandling og for materiell som brukes ved hvert sårskift.

LANGVARIG BEHANDLING

Refusjonen fra Helfo krever at bandasjer kjøpes hos bandasjist eller apotek. Kjøp hos fastlegen, selv om fastlegen har de bandasjene det er behov for, må man betale for selv.

For pasientene slår det derfor mest uheldig ut når fastlegen *både* utfører behandlingen *og* står for bandasjer og materiell, mener han:

– Hvis pasienten av ulike årsaker ikke har med seg bandasjer eller har feil bandasjer, kan fastlegen kreve et beløp for hver bandasje pasienten bruker.

Et sårstell kan fort ta 40 minutter, forteller han. Noen må komme tre til fire ganger i uka i flere måneder, kanskje år.

– Det kan bli ganske store summer.

› Ikke alle har penger til det. En av mine pasienter måtte betale 23 000 kroner fra egen lomme i fjor, forteller han.

Gürgen understreker at dette var et spesielt tilfelle, men det at pasienter betaler av egen lomme er ikke uvanlig.

LOMMETØRKLÆR I SÅRET

– Jeg har hatt pasienter som har vært arbeidsledige eller som har levd av sosialstønad fra Nav, som har kommet med lommeterklær i sine sår, fordi de rett og slett ikke har hatt råd til å betale bandasjer, forteller Gürgen.

– Lommeterklær i sår er så elendig sårbehandling at pasienten like gjerne kunne gått uten, mener han.

Gürgen sier at mye av sårbehandling som foregår på hans legesenter, er det senteret selv som bekoster.

– Hvis vi hadde utnyttet det vi har av muligheter til takstbruk og alt, så hadde det påført pasienten til dels enorme kostnader. Det synes jeg ikke er riktig. Vi har derfor gitt ut bandasjer gratis for at pasienten skal ha en optimal sårbehandling, sier han.

BØR FORENKLES

Gürgen mener hele ordningen bør forenkles.

Også for pasientene som har klart å bestille riktige bandasjer til sårskiftet hos fastlegen, er det et dårlig system, mener han:

– Det hadde vært enklere og billigere for pasienten om disse bandasjene var på blå resept. Da hadde pasienten sluppet å måtte kjøpe bandasjer på apotek, legge ut for disse, ta dem med til fastlegen og så få refusjon etterpå.

Hvis fastlegen endrer behandlingsregime etter hvert som såret endrer



MÅ BETALE: Helfo kan gi støtte til inntil 90 prosent av utgiftene. Pasientene må selv legge ut før Helfo betaler tilbake. Illustrasjonsfoto: Sykepleien

seg, risikerer pasienten å sitte igjen med en haug med ubrukte bandasjer.

– Og det er ingen hemmelighet at bandasjer du kjøper på apotek, er mye dyrere enn kjøpt hos lege eller bandasjist, sier Gürgen.

VIL HA SÅRSPEKIALISTER

– Det viser seg at oppfølging av sår av spesialiserte sykepleiere, hjelpepleiere og leger gir raskere behandlingsforløp. Ideelt sett bør hver kommune eller legekantor

ha dedikerte «sårfolk». Alle sykehus bør ha egne sårpoliklinikker, gjerne under ledelse av karkirurg eller generell kirurg med interesse og kompetanse innen sår, sier han.

– Har du tro på at primærhelseteam kan avhjelpe i sårbehandlingen?

– Ja, akkurat i sårbehandling har jeg tro på primærhelseteam. Det er stor interesse for sår blant sykepleierne, og mange har fordypet seg i sårbehandling. Det kunne gitt en kontinuitet i sårbehandlingen dersom de var tilknyttet en lege som kunne tatt seg av diagnostiseringen. Men det må være en finansiering som ikke belaster sårpatientene unødvendig. Det er en viktig forutsetning, sier Gürgen.

TROR BLÅ RESEPT HADDE BLITT BILLIGERE

Bedre og raskere sårbehandling ville blitt billigere for staten, tror Gürgen.

– Vi vet at 60–70 prosent av kostnadene i sårbehandling går til personalkostnader. Så hvis pasienten får kortere forløp, færre skiftninger og bruker gode behandlingsmetoder, vil vi få ned kostnadene, sier han. ●

Kvinesdal kommune: Økonomien avgjør ikke

– Jeg synes det er en ordning som er litt rar, sier Torhild Kvinlaug, enhetsleder i Åpen omsorg og rehabilitering i Kvinesdal kommune, hvor Marcus Gürgen er fastlege.

– Men vi hadde ikke tatt flere sårstell om vi hadde sluppet å betale for bandasjene, sier Kvinlaug.

– Det er pasientens behov som avgjør hvilken hjelp som skal gis, ikke økonomi, sier hun.

– Jeg mener at utgifter til bandasjer kan sammenliknes med for eksempel blodprøver og influensavaksine. Hjemmesykepleien skal ikke ta dette dersom pasienten er i stand til å komme seg til lege selv, sier Kvinlaug.

– Det er i praksis legen som følger opp denne typen pasienter. Vi utfører tjeneste etter bestilling fra lege dersom pasienten kvalifiserer til helsehjelp i hjemmet, sier hun. ●

DEPARTEMENTET:

Foreløpig nei til bandasjer på blå resept

• **Tekst** Ann-Kristin B. Helmers

Det er ikke lagt opp til å se spesielt på finansiering av sårprodukter når Helse- og omsorgsdepartementet skal vurdere finansieringsordningene senere i 2019. (se også sak s. 10)

– Departementet har så langt vurdert at det ikke er grunnlag for å gjøre endringer i finansieringen for sårprodukter, skriver Maria Jahrmann Bjerke, statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, i en e-post til Sykepleien.

Hun viser til et brev helseminister Bent Høie sendte til Helse- og omsorgsdepartementet i mai 2017.

HØIES SVAR I 2017

Høie skrev i dette brevet at han er kjent med at Pasient- og brukerombudene (POBO) får en del henvendelser fra pasienter og pårørende om sårbehandling.

«Inntrykket er at både kompetanse og praksis i tjenestene er varierende og ulik, både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og på sykehus. Noen opplever at det som omhandler dekning av utgifter til materiell for sårbehandling kan virke tilfeldig og varierende», står det i brevet.

EGNE TAKSTER

Høie peker videre på at Helfo gir bidrag til utgifter til bandasjemateriell dersom pasienter steller eller skifter sår selv, eller får hjelp av pårørende eller liknende:

«Pasienter som går til fastlegen

for å få hjelp til sårbehandling, må selv dekke kostnader til bandasjemateriell brukt ved sårskiftet. For enkelte typer materiell er utgiftene definert gjennom egne takster (takst 10b: 90 kroner og takst 10d: 171 kroner). For utstyr som ikke er definert, må pasientene dekke legens kostander. Utgiftene inngår ikke i frikortordningen.

Kommunens ansvar for å yte helsetjenester i hjemmet følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Når pasienter innvilges helsehjelp i hjemmet til sårbehandling, er kommunen ansvarlig for at pasienten tilbys nødvendig sykepleiefaglig behandling, herunder nødvendige sykepleieartikler.

Kommunen kan ikke kreve vederlag for dette. For dem som er innvilget helsetjenester i hjemmet til sårbehandling, dekkes derfor ikke de samme sykepleieartiklene gjennom bidragsordningen.»

– MÅ IVARETA KRONIKERNE

På spørsmål om organiseringen og finansieringsordningen ved kroniske sår er god nok i dag, svarer statssekretær Maria Jahrmann Bjerke:

– Vi jobber hele tiden med å bedre helsetilbudet, og det er særlig viktig å sørge for at pasienter med kronisk sykdom, inkludert kroniske sår, blir godt ivaretatt av helse- og omsorgstjenesten, mener hun, og sier regjeringen har satt i verk en rekke tiltak

«Vi jobber hele tiden med å bedre helsetilbudet.»



Maria Jahrmann Bjerke,
statssekretær

for å gi kronikerne et bedre tilbud.

– Her vil jeg trekke frem pilotene med primærhelseteam og oppfølgingsteam, hvor et av målene er at sykepleiere og leger samarbeider tettere om pasientene, slik at de får en bedre oppfølging.

IKKE PAKKEFORLØP

Ingvild Kjerkol, som sitter i helse- og omsorgsdepartementet for Arbeiderpartiet, tar til orde for en form for pakkeforløp for pasienter med kroniske sår. (Se s. 106.)

Men det er ikke vurdert av departementet, ifølge statssekretær Maria Jahrmann Bjerke.

– Det er viktig med gode rutiner og systematikk ved langvarig behandling. Personer med kroniske sår og kronisk sykdom generelt er avhengig av koordinerte tjenester og god samhandling, sier hun. •

– Vi trenger pakkeforløp for sårpasienter

Flere stortingspolitikere tar til orde for å få kroniske sår høyere opp i helsedebatten.

• **Tekst og foto** Ann-Kristin B. Helmers

Utfordringen med kroniske sår er større enn man kan få inntrykk av. Dette er ikke langt fremme i helsedebatten.

Ingvild Kjerkol (Ap) sitter i helse- og omsorgskomiteen på Stortinget. For halvannet år siden fremmet hun sammen med flere partifeller fra Arbeiderpartiet og Kjersti Toppe (Sp) et representantforslag om å få utredet tilbudet til pasienter med kroniske sår. Forslaget ble nedstemt.

OPPDAGE TIDLIGERE

Nå mener hun det bør komme en form for pakkeforløp for disse pasientene.

– Det kan være vanskelig for pasienter som har kroniske sår. Det er stigmatiserende, og sårstell kan være forbundet med ubehag for pasienten, sier hun.

Organiseringen er ikke optimal, mener hun.

– Hvis vi kan oppdage og behandle sår tidligere, slik at de ikke utvikler seg, er det bedre for pasientene.

Det finnes faglige retningslinjer for sårbehandling, men de mer alvorlige sårene bør komme inn i en form for pakkeforløp, mener hun.

– Det var det vi foreslo, uten at vi

brukte ordet pakkeforløp. Dette vil vi se på igjen, sier hun.

IKKE KOMMET MED GODE NOKLØSNINGER

Kjerkol mener helseminister Bent Høie (H) ikke har kommet med gode nok samhandlingsløsninger på kroniske sår i primærhelse-meldingen eller i noen av de overordnede sakene Stortinget har behandlet fra regjeringen.

«Dette er pasienter som trenger økt kompetanse nærmere der de bor.»

Kjersti Toppe (Sp)

– Jeg anser behandling av kroniske sår som en del av helsetjenestens faglige ansvar, men helsemyndighetene burde kanskje ha sterkere føringer og gjerne et pakkeforløp for kroniske sår, sier hun.

– Arbeiderpartiets holdning er at uansett hva som feiler deg i vår felles helsetjeneste, så skal du få et helhetlig pasientforløp. Men når det gjelder kroniske sår har man nok

organisert seg på en måte som ikke fremmer kompetanseutvikling.

SÅRKLINIKKER

Sår som er lette å behandle, og som er forbigående, skal man lære om i løpet av utdanningen, mener Kjerkol.

– Kroniske sår kan være medisinsk kompliserte, gi alvorlige plager og komplikasjoner. Det kan også føre til isolasjon hvis sår blir sjenerende eller smertefulle på en måte som hindrer bevegelsesfriheten. Da må man ha mer samhandling, og tjenesten må bygge rundt en effektiv behandling. Sårklinikker kan være en løsning, mener hun.

– I vårt representantforslag fra 2017 ba vi om å få dette utredet, for det er vanskelig for Stortinget å peke på ett effektivt virkemiddel, sier hun.

– Om pasienter som behandles hos fastlegen, får en uforholdsmessig stor økonomisk byrde av måten kroniske sår finansieres og organiseres på, må vi se på det.

KJERSTI TOPPE (SP): – MYE KAN GJØRES BEDRE

Kjersti Toppe, nestleder i helse- og omsorgskomiteen på Stortinget, mener mye kan gjøres bedre i



IKKE OPTIMALT: Organiseringen rundt pasienter med kroniske sår er ikke optimal, mener Ingvild Kjerkol (Ap) i helse- og omsorgskomiteen på Stortinget.



ØNSKER SÅRKLINIKKER: Det er tilfeldig hvor sårklinikkene blir opprettet, mener Kjersti Toppe (Sp), som sitter i helse- og omsorgskomiteen.

behandlingen av kroniske sår. Det har både pasientene og samfunnet mye å spare på, sier hun.

– Det er behov for et sammenhengende behandlingssløp mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for denne gruppen pasienter. For eksempel er det veldig tilfeldig om det opprettes sårklinikker i helseforetakene eller i distriktsmedisinske sentra, sier hun.

– Fremdeles er det slik at det er lite systematiske finansieringsordninger og uklare ansvarsforhold.

– Dette er pasienter som trenger økt kompetanse nærmere der de bor. Det er ikke helsevesenet vårt tilrettelagt for, mener hun.

– Hvilke konsekvenser har dagens finansiering og organisering, mener du?

– Det gjør at helseforetak ikke har

noen incentiv til å opprette slike sårklinikker eller prosjekter som kan få kompetanseoverføring til kommunene. Dette er jo også en stort behandlingsutfordring for brukere i eldreinstitusjoner, og kompetanse er svært viktig, understreker Toppe.

– Men dette er pasienter som «lønner» seg dårlig og som derfor ikke blir prioritert. Konsekvensen er at pasienter ikke får den oppfølgingen som de skal ha fra helsetjenesten, sier hun.

– Er det fremdeles nødvendig med en gjennomgang av organisering og finansiering for pasienter med kroniske sår, slik du ser det?

– Ja. Det trengs, dette er en relativt stor pasientgruppe som koster både samfunnet og pasientene mye. Mye kan gjøres med bedre behandling, og mye kan spares, både for pasientene og for samfunnet, mener Toppe.

CARL-ERIK GRIMSTAD (V):

– VI MÅ BLI BEDRE

– Det er variasjoner i tilbudet til pasienter med kroniske sår, dessverre, og for Venstre er det viktig med et godt og likeverdig tilbud til alle.

Det sier Carl-Erik Grimstad, som sitter i helse- og omsorgskomiteen for Venstre.

– Vi må bli bedre på både forebygging og behandling av pasienter med kroniske sår. Vi må også jobbe videre for å sikre et helhetlig og sammenhengende behandlingstilbud for denne pasientgruppen som for alle andre grupper, mener Grimstad.

– Ulik finansiering, avhengig av hvor tjenesten ytes, er en problemstilling som gjelder mange områder og som vi må fortsette arbeidet med å finne gode løsninger på, mener han. ●

– Jeg har tid til å følge opp sårpatientene

En fot full av sår som må overvåkes nøye, er det sykepleier Janicke Hoff Fraser i primærhelseteamet må vurdere på dagens hjemmebesøk hos en eldre mann.

• **Tekst og foto** Ann-Kristin B. Helmers

Da har vi en avtale? Janicke Hoff Fraser holder blikket til den eldre mannen lenge. Han holder det tilbake.
– Ja. Vi har en avtale.

BAKTERIEPRØVER

Fraser er på hjemmebesøk hos en pasient som til sammen har åtte sår på kroppen. De fleste er på den ene foten. Hun har akkurat tatt bakterieprøver fra flere av sårene. Nå tar hun en blodprøve mens mannen ligger i senga.

Han ble lam i bena etter en ulykke for mange år siden. I fjor måtte han amputere venstre ben opp til midten av låret. Årsaken var sår som ikke ville gro.

OVERTAR OPPGAVER

Janicke Hoff Fraser er en av de første primærhelseteam-sykepleierne. Hun jobber ved Gransdalen legekontor i bydel Alna i Oslo.

Ideen med primærhelseteam er at sykepleieren skal kunne overta oppgaver som fastlegen gjør. Og de skal gi en bedre oppfølging av pasienter som ikke får den oppfølgingen de har behov for i dag. Akkurat hvilke oppgaver sykepleierne skal overta, er noe av det som

skal klargjøres gjennom pilotprosjektet.

Etter snart et års fartstid i jobben peker hun på oppfølging av kroniske sår som en oppgave sykepleiere i primærhelseteam gjerne kan ta.

HJEMMEBESØK

– Jeg har fulgt opp tre–fire pasienter med kroniske sår siden jeg startet for snart et år siden. Det er lettere å gi riktig sårbehandling når det er én person som følger opp og koordinerer.

Pasienter som har behov for hjelp til å stelle sår, får for det meste enten hjelp hjemme, eller de kommer til legekantoret om de er i stand til det.

Noen ganger vokser såret seg «over hodet» på hjemmesykepleien. Det er det som er i ferd med å skje med flere av sårene hos pasienten hun besøker i dag.

NEKROSE

Mens den eldre mannen ligger i senga, steller hjemmesykepleieren såret på ryggen, liggesåret på hofta, det røde og nakne såret i knehasen, såret på leggen, som det har gått nekrose i, og de mange sårene som til sammen dekker store deler av fotbladet og hælen.



NYE MULIGHETER: Janicke Hoff Fraser er sykepleier i en av helsevesenets nyvinninger: Primærhelseteam.

Det er mye fibrin i sårene, og både gul og svart nekrose. Sårkantene er tørre, og benet sees i såret på hælen. En stram, søtlig lukt kommer fra flere av sårene.

Hjemmesykepleieren er godt kjent med mannen, og det er Janicke Hoff Fraser også. Begge er bekymret for utviklingen i noen av sårene. Såret på hofta har begynt å bli litt bedre. Men det på ryggen har væsket gjennom bandasjen.

– Hm, er det ikke varmt her? spør hjemmesykepleieren.

Hun og Janicke Hoff Fraser legger hendene på huden. Er det varmere der, rett ved såret? Det kjennes slik ut.

Pasienten finner frem termometeret. 34,7. Da er det i alle fall ikke feber.

NY PROSEDYRE

Fraser skal sende inn bakterieprøvene, men hun har bange anelser. Det er bra han ikke har feber. Crp-en,

«Jeg har fulgt opp tre–fire pasienter med kroniske sår siden jeg startet for snart et år siden.» Janicke Hoff Fraser, sykepleier

som har vært høy i flere år, følges nøye. Øker den, eller han får feber, kan det være tegn på blodforgiftning. Da må det handles raskt.

– Bandasjen går ikke helt ut her, men jeg har smurt sink rundt. Hva tror du om det? spør hjemmesykepleieren og peker på en bandasje.

– Det ser bra ut, men det er du som er eksperten her, sier Fraser.



RENSER :
Sårene stelles.
De dekker store
deler av fotbla-
det og hælen,
men pasienten
har også sår
andre steder på
kroppen.



BLODPRØVE: Gransdalen legesenter i Oslo har sagt ja til å prøve ut ordningen med primærhelseteam. Janicke Hoff Fraser har nå jobbet snart et år i teamet.



ÅTTE SÅR: Til sammen er det åtte sår å passe på hos den eldre mannen, som er lam i bena.

› Det er ikke Janicke Hoff Fraser som steller såret, men hun er innom og ser på det hver tredje uke.

Nå er det behov for en ny sårprosedyre, mener hun.

Fastlegen har derfor på forhånd sendt en henvisning til Villa Derma på Rikshospitalet. De har fått en avtale der førstkommande mandag.

SPASMER

Mannen begynner selv å innstille seg på at det går mot amputasjon av denne foten også. Han ser ikke lyst på det. Det har vært en prosess å vende seg til at den andre er borte.

Det er slitsomt med spasmen etter amputasjonen. Han har måttet lære seg en ny måte å finne balansen på etter den forrige amputasjonen.

Mandagens avtale er han ikke helt klar for. Det er kronglete med reiseveien, mener han, og han er ikke sikker på hva som vil komme ut av besøket.

– Vi får i alle fall en ny sårprosedyre, og det er bra, sier Janicke Fraser.

– Jeg synes du skal dra, sier Fraser, og får støtte av hjemmesykepleieren og datteren, som også er innom.

Den eldre mannen nøler.

FORDELER TIDEN

Ettersom primærpsykepleier er en ny rolle, må veien bli til mens den går. En av fordelene hun har i jobben, er at hun kan koordinere de ulike tjenestenivåene.

Hun fordeler tiden mellom å ta imot pasienter på

kontoret sitt hos fastlegen og å reise ut på hjemmebesøk.

Kalenderen styrer hun selv, og hun har egne takster for sykepleierkonsultasjoner. Det gjør at hun kan være fleksibel og prioritere tidsbruken der hun ser det er ekstra behov.

I utgangspunktet hadde hun bare avtale om å ta blodprøven og bakterieprøver hos pasienten denne dagen. Men det viser seg med ett at fleksibiliteten skal bli avgjørende for å finne løsningen mannen trenger.

LØSNINGSORIENTERT

– Jeg ser ikke poenget med å dra dit, sier han.

– Om ikke annet får vi en ny og oppdatert sårprosedyre, sier Janicke Hoff Fraser.

– Det er bare en dag, sier hjemmesykepleieren mens hun jobber rundt foten som henger i en slynge fra taket.

– Det er mye snø og vanskelig å komme seg opp bakken. Ikke kan jeg ta vanlig taxi, sier mannen.

Da tilbyr Fraser:

– Jeg kan bli med!

– Jeg kan komme hit og bli med i taxien. Vi bestiller en rullestol-taxi. Det kommer til å gå helt fint, jeg hjelper deg, sier hun.

Nølingen går over i en slags nikking.

– Vil du dette? Har vi en avtale? spør Janicke Hoff Fraser igjen.

De ser på hverandre. Lenge.

– Ja, vi har det, sier mannen.

De har en avtale. Mandag klokken ett. ●

VID
vitenskapelige
høgskole

Videre- utdanning i kreft- sykepleie!

Studiet kan tas på heltid over ett år eller på deltid over to år. Hvert semester inneholder både ukesamlinger og praksisperioder. Studiet kan tas både ved VID Bergen og VID Oslo. VID har også et bredt utvalg av andre studier, skreddersydd for sykepleiere:

Videreutdanninger VID Bergen

- Akuttmedisinsk sykepleie
- Avansert gerontologi
- Kreftsykepleie
- Palliativ sykepleie
- Veiledning

Videre- og masterutdanninger VID Sandnes

- Forebygging og håndtering av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming
- Medborgerskap og samhandling

Videreutdanninger VID Oslo

- Psykisk helsearbeid
- Psykososialt arbeid med barn og unge
- Rus- og avhengighetsproblematikk
- Livsstyrketrening
- Familieterapi og systemisk praksis
- Nyresykepleie
- Kreftsykepleie

Masterutdanninger VID Oslo

- Tjenesteutvikling til eldre
- Sykepleie og helsesøsterutdanning
- Familieterapi og systemisk praksis
- Verdibasert ledelse
- Diakoni

Søknadsfrist 15. april
Etter dette praktiseres fortløpende
dersom ledige plasser

For mer informasjon
om våre studier, se vid.no



VID

MEDIYOGA

Utdannelse for helsepersonell



Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
Tlf.: +46 85 40 882 80



66.000

følgere kan ikke ta feil.
Følg oss på Facebook du også!



facebook.com/Sykepleien

Sykepleien

Hold deg opplyst.
Hver dag,
året rundt:

sykepleien.no



NSFs Sykepleierkonferanse innen psykisk helse og rus

THON HOTEL STORO, OSLO 13.-14. JUNI 2019

LIVSVIKTIG KOMPETANSE - likeverdige og tilgjengelige helsetjenester

Konferansen ønsker å tydeliggjøre hvordan sykepleiernes kompetanse gir pasienter, brukere og pårørende gode helsetjenester. Hvordan kan sykepleiere være en viktig del av fremtidens løsninger?

FÅ MED DEG:

- Bent Høie
- Eli Gunhild By
- Leo Ajkic
- Ingeborg Senneset
- Marit Myklebust
- Silje Marie Strandberg
- Unn Hammervold m.fl.

Spennende paralleller om utdanning, tjenesteutvikling, fag og forskning.

POSTERPRESENTASJON

NSF inviterer forskning- og fagutviklingsprosjekter til å delta med posterpresentasjoner under konferansen.

NSF ønsker postere som viser forskning- og fagutviklingsprosjekter som er gjennomført, igangsatt, eller under planlegging, og som kan knyttes til feltet psykisk helse og rus.

De beste posterne blir vurdert og premiert av en fagkomité.

Frist for innsendelse: 1. mai

Abstraktet sendes til: PRK@nsf.no

Meld deg på nå!
Påmeldingsfrist: 13. mai

Fullstendig program, mer informasjon og påmelding finner du på www.nsf.no



NSFs FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE
INNEN PSYKISK HELSE OG RUS



sykepleien.no/forskning

Send inn din forskningsartikkel!

Sykepleien Forskning er den naturlige kanalen å publisere sykepleieforskning i, enten du er forsker eller tar en mastergrad.

Sykepleien Forskning er et heldigitalt, fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift på nivå 1.

VI TILBYR

fagfellevurdering, redaksjonell vurdering og språkvask



publisering på sykepleien.no, Facebook og Twitter



oversetting av forskningsartiklene til engelsk



indekserte artikler i CINAHL og SveMed+



gode lesertall og lang levetid på sykepleien.no



Les mer i
forfattervei-
ledningen

sykepleien
forskning



Sykepleier eller spesialsykepleier til spennende jobb

Vi har flere ledige oppdrag enn noen gang fra Tromsø i Nord till Oslo i Sør. Du vil følges opp av en sykepleier som ordner det praktiske, og som er spesialisert på bemanning til sykehus og kommuner over hele Norge. Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse. Vi dekker din reise og bolig.

Vi har i år meget god sommerbonus for deg som er sykepleier og spesialsykepleier. Book deg før 1. mars og få 2500,- ekstra i sign-on-fee i tillegg til sommerbonus. Kontakt oss for mer info om denne!

www.dedicare.no/nurse

+47 74 80 40 72 rekruttering@dedicare.no

DEDICARE