



Omvårdnad av patienter med venösa bensår – en intervjustudie som beskriver distriktssköterskors strategier vid bensårsbehandling

Anna Brännström

Lisa Gustavsson

Anna Brännström och Lisa Gustavsson
Höstterminen 2015.

Självständigt arbete (Examensarbete), 15 hp.

Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, 75 hp.

Handledare: Åsa Hörnsten, professor, institutionen för omvårdnad, Umeå Universitet.

Omvårdnad av patienter med venösa bensår – en intervjustudie som beskriver distriktssköterskors strategier vid bensårsbehandling.

Abstrakt

Syfte: Syftet med denna studie var att beskriva distriktssköterskors strategier vid behandling av venösa bensår.

Bakgrund: Svårläkta sår är ett stort problem som orsakar försämrad livskvalitet för de som drabbas. Svårläkta sår innefattar venösa bensår som distriktssköterskan har ett stort eget ansvar för i primärvårdens verksamhet. Behandlingen är dock komplex och kan vara frustrerande både för patienter och personal då läkning uteblir. Viktiga delar i behandlingen är kontinuitet, helhetsperspektiv, utredning och förståelse för orsaken bakom såret.

Design: Kvalitativ design med semistrukturerade intervjuer.

Metod: Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Data insamlades september-oktober 2015.

Resultat: Resultatet visar på att distriktssköterskorna använder strategier som liknar omvårdnadsprocessen. Fem kategorier identifierades, anamnes, bedömning, åtgärder, dokumentation och uppföljning. Vissa strategier är genomgående hos alla distriktssköterskor medan andra varierar. Deltagarna lade mer tyngdpunkt på vissa delar i omvårdnadsprocessen, där de fokuserade mycket på bedömning och åtgärder och mindre på anamnes och uppföljning.

Slutsats: Distriktssköterskan utför självständigt behandlingen av patienter med venösa bensår men behöver ibland konsultera kollegor, allmänläkare och specialistsjukvården. Avsaknaden av skriftliga rutiner och behandlingsriktlinjer kan bidra till skillnader i behandlingen då den i nuläget baseras på beprövad erfarenhet. Det framträdde att alla distriktssköterskor har en strategi vid behandling av venösa bensår som liknar omvårdnadsprocessen.

Nyckelord: omvårdnad, primärvård, venösa bensår, omvårdnadsprocessen, strategier.

Nursing of patients with venous leg ulcers - an interview study that describe nurses' strategies for leg ulcers treatment

Abstract

Objective: The aim of this study was to describe nurses' strategies in the treatment of venous leg ulcers.

Background: Slow-healing wounds are a major problem causing reduced quality of life for those affected. The district nurse in primary health care has a great responsibility in care giving of slow-healing wounds included venous leg ulcers. The treatment is complex and it can be frustrating for both patients and staff when healing fails. Key elements of the treatment is continuity, comprehensive perspective, investigation and understanding of the cause of the wound.

Design: Qualitative design with semi-structured interviews.

Method: Qualitative content analysis with inductive approach. Data was collected September to October 2015.

Results: The results show that the district nurses use strategies that follow the nursing process. Five categories were identified, medical history, assessment, measures, documentation and follow-up. Some strategies are consistent for all district nurses, while others vary. Participants put more emphasis on certain parts of the nursing process; they focused much on assessment and measures and less on medical history and follow-up.

Conclusion: District nurses perform independent treatment of patients with venous leg ulcers, but in need of support are colleagues, general practitioners and specialist care consulted. The lack of written procedures and treatment guidelines may contribute to differences in treatment as it currently is based on proven experience. It emerges that all district nurses have a strategy in the treatment of venous leg ulcers similar to the nursing process.

Keywords: nursing, primary care, venous leg ulcers, nursing process, strategies.

Varför behövs studien?

- Tidigare forskning inom ämnet är av otillräcklig kvalitet vilket gör det svårt att dra några slutsatser av dem.
- Studien behövs för att belysa och strukturera kunskap om distriktssköterskans behandling av venösa bensår.

Vilka är huvudfynden?

- Distriktssköterskors strategier vid behandling av venösa bensår liknar omvårdnadsprocessens steg.
- Erfarenhet ligger till grund för flertalet distriktssköterskors val av behandlingsstrategi.

Hur kan resultatet användas i praktiken?

- Resultatet kan användas som stöd och vägledning för distriktssköterskor i deras yrke vid behandling av venösa bensår då studien integrerar teoretiska aspekter och praktiskt utförande vid omvårdnad av patienter med venösa bensår.

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	2
Bakgrund	2
STUDIEN.....	6
Syfte	6
Design	6
Urval och deltagare	6
Datainsamling	7
Etiska överväganden	7
Dataanalys	8
Trovärdighet	9
RESULTAT.....	10
Omvårdnadsprocessen tillämpad vid behandling av venösa bensår	11
Anamnes	11
Bedömning	11
Sårstatus	11
Diagnos	12
Patientupplevelser	13
Åtgärder	13
Sårtvätt	13
Mekanisk rensning	13
Materialval	14
Kompression	14
Information	15
Remiss	16
Dokumentation	16
Uppföljning	16
DISKUSSION	17
Resultatdiskussion	17
Begränsningar	21
SLUTSATS.....	23
Referenser	24

INTRODUKTION

Svårläkta sår hos äldre och sköra äldre personer är ett stort problem för dem som drabbas och kan innebära smärta och försämrad livskvalitet (SBU 2014). De flesta patienter med svårläkta bensår i Sverige är äldre, med en medianålder på ca 75-80 år och de behandlas inom hälso- och sjukvården (Lindholm 2012, s. 86). I Sverige är de äldre en växande grupp, vilket innebär att det i framtiden kommer vara ännu fler som drabbas (Forssgren & Nelzén 2012). Flertalet studier visar på att just venösa bensår påverkar patienters liv negativt både psykiskt, fysiskt och socialt (Jones et al. 2008, Mudge et al. 2006, Freeman et al. 2007). Enligt Salomé et al. (2015) upplever patienter med venösa bensår endast måttligt med hopp om att bli botade. Jones et al. (2008) påtalar att sjukvården bättre borde förstå hur olika symtom av venösa bensår och läkningsprocessen påverkar människors psykiska och fysiska hälsa.

Bakgrund

Ett svårläkt bensår innebär ett sår nedanför knäet som inte har läkt på sex veckor (Nelzén et al. 1991). De flesta patienter med bensår har andra sjukdomar som till exempel diabetes och/eller hjärt- och kärlsjukdom. Det finns livsstilsfaktorer som kan orsaka uppkomst av svårläkta sår, så som rökning, stillasittande, obesitas och nutritionsstörningar (SBU 2014).

Den vanligaste orsaken till svårläkta bensår är venös insufficiens eller åderbräck som orsakar 50-60 % av alla svårläkta bensår (SBU 2014). Näst vanligast är arteriell insufficiens det vill säga åderförkalkning, vilket orsakar 15-20 % av de svårläkta bensåren. Andra orsaker till bensår kan vara multifaktoriella som vid till exempel diabetes, annan småkärlssjukdom och tumörer. Vi har valt att inrikta vår studie mot venösa bensår och orsaken till venösa bensår beror på venös insufficiens. Det innebär att venernas klaffar är skadade och läcker, ett backflöde uppstår, blod rinner ner i benen och ett ökat ventryck bildas. Det visar sig genom åderbräck, bensvullnad och hudförändringar. Hudförändringarna kan ge eksem och till följd av detta kan sår uppstå. Vanligast är ytlig venös insufficiens, men den kan också vara djup (SBU 2014).

Idag saknas uppgifter om hur många personer i Sverige som lider av svårläkta bensår (SBU 2014). Enligt Lindholm (2012) beräknades 50 000 personer i Sverige vara drabbade. Av hela Sveriges befolkning uppskattas 0,12 – 1 procent drabbas av venösa bensår. Från 65 års ålder

sker en kraftig ökning av svårläkta sår och kvinnor drabbas mer frekvent än män (Lindholm 2012, s. 86).

Eftersom patienter med svårläkta ben- och fotsår ofta är drabbade av andra sjukdomar återfinns de i hela sjukvårdskedjan. Hud-, kärl-, infektions-, och plastikkliniker handlägger oftast de mest komplicerade fallen. Tidigare har de flesta av dessa patienter skötts via vårdcentraler i primärvården men rapporter visar på att upp emot 55 % av patienterna som lider av svårläkta sår sköts av den kommunala hemsjukvården eller på äldreboenden (Lindholm 2012, s. 88).

Distriktssköterskor handlägger ett stort antal patienter med venösa bensår (Adderley & Thompson 2014). I en studie av Friman et al. (2011) ansåg distriktssköterskorna att sårbehandling är en av deras mest tidskrävande uppgift och att de som arbetsgrupp upplever ett eget ansvar för dessa patienter. Distriktssköterskorna anser att arbetsuppgiften borde ha högre prioritet eftersom den är så pass tidskrävande. De ansågs sig ha större kunskap om sårvård i jämförelse med allmänläkare och de upplevde att läkarna litade på deras bedömningar. De ville gärna ha ansvaret och sköta såren själva då bedömning av sår sågs som en naturlig del i yrket (Friman et al. 2011). Distriktssköterskan har en viktig roll att upprätthålla kvalitet i vården genom diagnosättning och behandling (Adderley & Thompson 2014). Kontinuitet beskrivs i en studie av Friman et al. (2011) vara basen i all sårbehandling både gällande behandlingsstrategi och personal för att kunna utvärdera effekt. Det anses även betydelsefullt att se patienten som en helhet och hur såret påverkar patienternas liv och välmående. Distriktssköterskorna beskrev att de hade som uppgift att motivera, inge hopp och få patienten att delta i tillfrisknandet. God kommunikation kunde skapa förtroende och ett gemensamt samförstånd främst vid behandling av svårläkta sår. Det kan dock upplevas stressande att som distriktssköterska ensam ha ansvaret för patienter med venösa bensår (Friman et al. 2011). Enligt en studie av Eskilsson och Carlsson (2010) är det inte ovanligt att hälso- och sjukvårdspersonal upplever frustration vid behandling av svårläkta sår, eftersom det tar lång tid för såren att läka och personalen inte vet om de kommer att läka. Frustrationen kan ses som en utmaning för en del personal, och det kan göra att personalen också undviker dessa patienter, då det känns som att personalen inte kan göra tillräckligt mycket.

En komplexitet i sårbehandlingen är att ha förmågan att se och förstå orsaken bakom såret (Friman et al. 2011). I mötet med en patient som har venösa bensår är det betydelsefullt att

utgå från en helhetsbedömning innan behandling påbörjas, utreda vad såret beror på samt att utesluta arteriell sjukdom (Palfreyman et al. 2007). I en studie av French (2005) undersöktes hur sjuksköterskor hanterade dopplerundersökning för att säkerställa tillräckligt ankel-brachialtrycksindex vid kompressionsbehandling av venös insufficiens och venösa bensår. Studien visade att sjuksköterskor inte använde doppler på ett säkert sätt. Då det krävs konstant och noggrant användande vid dopplerundersökningar, bör enligt studien användandet begränsas till ett fåtal personer som får utbildning och möjlighet till att bibehålla kompetensen (French 2005). Felaktig diagnossättning påverkar enligt Adderley och Thompson (2014) läkningstid, patienters livskvalitet, patientsäkerhet och hälsoekonomi. I en studie av Friman et al. (2011) framkom det att riktlinjer kring ansvarsfördelning och organisationsstöd var bristfällig, vilket de ansåg kunna leda till sämre bedömning och behandling samt mer lidande för patienten. Adderley och Thompson (2014) utförde en jämförande analys av bedömningar gjorda av 18 sjuksköterskor samt 18 sjuksköterskor med specialistkompetens inom sårvård. Resultatet visade att sjuksköterskors kliniska bedömning och beslutsfattande vid bensår är komplext och osäkert. Deras bedömningar och behandling var inte så goda som de skulle kunna vara och forskarna ansåg att deras studie kunde bidra till en start till att skapa strategier och riktlinjer som stöd till sjuksköterskor och läkare som arbetar med venösa bensår. Det skulle kunna minska glappet mellan expertis och de som tillhandahåller största delen av vården till patienter med bensår (Adderley & Thompson 2014).

Vi valde som teoribas för uppsatsen att utgå ifrån Patricia Benners modell över sjuksköterskans utveckling; Från novis till expert - mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet, eftersom vi ville undersöka aktiva strategier hos distriktssköterskor i omvårdnadsarbetet och finner Benners modell applicerbar och passande. Hon har studerat och forskat på sjuksköterskors kunnande i den kliniska verksamheten och forskningen ligger till grund för hennes bok (Benner 1993, s. 9). Benner (1993) bygger teorin på Dreyfusmodellen som handlar om erfarenhetsinläring relaterad till kompetensutveckling och innebär att i samband med ökad erfarenhet uppnås ett skickligare utövande av yrket. Modellen utgår från att en debutant genomgår fem olika stadier: novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och slutligen expert (Benner 1993, s. 32). Enligt Benner (1993) har omvårdnadsarbetet främst studerats ur ett sociologiskt perspektiv vilket gjort att det inte finns mycket fakta om den praktiska kunskapen som härstammar och återfinns i det faktiska omvårdnadsarbetet (Benner 1993, s. 23). Benner (1993) anser att de kunskaper som sjuksköterskor besitter i praktiken systematiskt behöver dokumenteras för att bli erkända. Det är kunskaper som är subtila så

som exempelvis att lära sig känna igen små fysiologiska förändringar eller uppfatta tecken innan tydligt synbara förändringar uppträder. Ett annat exempel är sjuksköterskor som jämför sina olika kliniska bedömningar av sårhäkning vilket naturligt sker i praktiken men inte är dokumenterad kunskap. Det är av betydelse att sjuksköterskor påvisar eller illustrerar dessa kvalitativa kännetecken som de har lärt sig att urskilja, då de troligtvis härleds till många timmars patientobservationer och omvårdnadsarbete. Kunskapen består oftast av en perceptuell uppfattning som är kontextberoende och denna benämns som ”veta hur”- kunskap eller erfarenhetskunskap (Benner 1993, ss. 23-26).

För att bli expert krävs erfarenhet. Benner (1993, s. 48) definierar erfarenhet som olika transitioner eller övergångar som sjuksköterskan passerar. Det sker genom att sköterskans förutfattade förväntningar/föreställningar förändras av de kliniska upplevelserna antingen genom bekräftelse eller motsägelse av deras teoretiska bild. Benner (1993, s. 48) beskriver det som att erfarenhet antingen är förfinad, ifrågasatt eller falsifierad teoretisk kunskap och att sjuksköterskan i många situationer använder en slags reflektiv förmåga.

För att uppnå expertis anser Benner (1993, s. 17) även att det är av stor vikt att ha teoretisk kunskap, eftersom erfarenhetsbaserade färdigheter blir säkrare när de vilar på gedigen utbildningsgrund. Om sjuksköterskan skulle sakna den teoretiska kunskapen kommer det bli svårt att identifiera olika situationsrelaterade vårdproblem. Teoretiska kunskaper kan ses som ett redskap för erfarenhetsinläring.

Samtidigt som teoretisk kunskap är av vikt så har experten förmåga att frångå den teoretiska kunskapen om målet helgar medlen. Som expertsjuksköterska kan det då bli aktuellt att utifrån de fakta och de förmågor som finns i situationen, vara flexibel och göra det bästa för patienten trots annan teoretisk kunskap i ämnet. Benner (1993, s. 17) menar att sjuksköterskan som expert kan få en mer avancerad bild av vissa situationer utan att följa regelboken till punkt och pricka. Experten har förmågan att anpassa sig till situationer och göra det som anses förnuftigt och korrekt utifrån de faktorer som påverkade situationen snarare än utifrån rigida principer och regelböcker.

Under vår verksamhetsförlagda utbildning upplevde vi att stor del av distriktsköterskans tid på hälsocentral användes till vård av patienter med venösa bensår. Vi upplevde att omläggning och hantering av venösa bensår skilde sig beroende på instans och vilken

distriktssköterska som utförde behandlingen. Diagnossättning och kontroll av arteriella inslag utfördes ibland men inte alltid. Vissa patienter kom för omläggningar 2 – 3 gånger/vecka och hade behandlats under en lång tid utan förbättring, vilket upplevdes påfrestande både för patient och distriktssköterskor. Trots att vi tog del av vården under verksamhetsförlagda utbildning fick vi ingen känsla av konsensus beträffande vilka förband som skulle användas eller om det fanns behandlingsriktlinjer för patientgruppen. Det utmynnande i en önskan om att undersöka om det finns någon gemensam grundläggande behandlingsstrategi hos verksamma distriktssköterskor på hälsocentral.

STUDIEN

Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva distriktssköterskors strategier vid behandling av venösa bensår.

Design

En kvalitativ design valdes. Till studiens syfte valdes kvalitativ forskningsintervju, då det är ett bra sätt att söka kvalitativ kunskap då den har som mål att ge nyanserade beskrivningar av olika aspekter av intervjupersonens livsvärld (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 45-46).

Semistrukturerade intervjuer utfördes utifrån en intervjuguide (Kvale & Brinkmann 2009, s. 43) med bilder av venösa bensår i olika stadier (bilaga 4). Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant. Studien presenteras enligt gällande riktlinjer för publicering av artiklar i *Journal of Advanced Nursing* (bilaga 1).

Urval och deltagare

Urvalet var strategiskt, vilket enligt Polit och Beck (2011, s. 517) innebär att deltagare till studien valts ut för att de har mycket att tillföra forskningsområdet. Vid selektion av hälsocentraler valdes geografiskt närliggande hälsocentraler ut då önskan om intervju på plats fanns. Författarna ville undvika intervjuer via exempelvis videolänk då vi tror att distansen försvårar dialogen. Vi började med att kontakta avdelningschefer per telefon. Totalt tio hälsocentraler kontaktades utvalda inom Västerbottens läns landsting samt i privat regi belägna i Umeå eller i kranskommuner. Sex hälsocentraler valde att delta, varav en senare tackade nej. Avdelningscheferna informerade distriktssköterskorna och återkopplade sedan till

författarna vilka som var intresserade att delta i intervju. Information om studien skickades med e-post till berörda verksamhetschefer (bilaga 2), avdelningschefer (bilaga 2) och distriktssköterskor (bilaga 3). Tid för intervju bokades därefter med enskilda distriktssköterskor (n=7).

Personer som inkluderades i studien var distriktssköterskor som arbetade med omläggning av venösa bensår som en del av mottagningsarbete på hälsocentral. Tio distriktssköterskor tackade ja, tre valde sedan att inte medverka. Sju distriktssköterskor från fem hälsocentraler intervjuades. Deltagarna var alla kvinnor mellan 28 - 65 år och hade arbetat som sjuksköterskor i genomsnitt 27 år och cirka 15 år med mottagningsarbete på hälsocentral.

Datainsamling

Data samlades in genom intervjuer. Innan den första intervjun gjordes utfördes en pilotintervju, för att kontrollera hur studien svarade mot syftet samt för kontroll av hur bilderna med sår kunde tolkas av distriktssköterskorna. Pilotintervjun föll väl ut och efter diskussion med handledare togs en kontrollfråga bort från intervjuguiden. Intervjuerna ägde antingen rum på deltagarnas respektive hälsocentral eller i hemmet hos en av författarna. Intervjuerna spelades in med AudioMemos. Intervjuguiden (bilaga 4) som användes omfattade bakgrundsdata, om ålder, kön, antal år inom yrket samt antalet yrkesverksamma år på hälsocentral, vilket är nödvändiga frågor för att vid tolkning av texten kunna förstå kontexten (Lundman & Graneheim 2012, s. 189). Intervjuguiden innehöll även ett kort patientfall, tre bilder på olika venösa bensår samt en fråga om hur distriktssköterskorna skulle vilja att vården av dessa patienter såg ut om de själva fick bestämma. Deltagarna fick sedan berätta fritt om hur de skulle handlägga patientfallet. Intervjuerna varade mellan 14 och 35 minuter. Tanken med bilder på sår var att alla deltagare skulle se samma bilder och på så sätt ha samma utgångspunkt i samtalet och samtidigt utifrån bilderna kunna beskriva vad de lägger vikt vid i bedömning av venösa bensår. Under alla intervjuer deltog båda författarna. Data insamlades under september-oktober 2015.

Etiska överväganden

Kvale och Brinkmann (2009, s. 77-79) anser att intervjuundersökningar kan liknas med ett moraliskt företag och det gäller både medlen och målet. Inom hälso- och sjukvården bör etiska dilemman beaktas och från studiens start bör etiska aspekter tas hänsyn till. Alla olika

faser under en studie har olika etiska aspekter att förhålla sig till. I exempelvis planeringsstadiet är den etiska svårigheten att erhålla deltagarnas informerade samtycke, att säkra konfidentialitet och överväga konsekvenserna för deltagarna, medan det i analysdelen handlar om hur djupt intervjuerna kan analyseras (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 77-79). Författarna har under studiens faser tagit dessa etiska aspekter i beaktande. Innan studien hade författarna farhågor att deltagarna skulle känna stress av antingen prestationskrav eller av att intervjun spelades in, då studien syftade på att beskriva enskilda distriktssköterskors strategier. I informationsbrevet (bilaga 3) som e-postades till alla deltagande distriktssköterskor framgick dock att studien var helt frivillig och att de när som helst kunde avbryta medverkan. Innan intervju skrev distriktssköterskorna under informerat samtycke och informerades om att allt material behandlades konfidentiellt (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 87). För att minimera känslan av prestationskrav underströk författarna att det inte fanns några rätt och fel svar och att studien var konfidentiell. Efter etiska överväganden så anser författarna att målet med studien överväger de etiska frågeställningarna. Granskning av etikprövningsnämnd är inte utförd, då studien omfattar personal och inte patienter och utförs som ett studentarbete som inte skall publiceras.

Dataanalys

Intervjuerna skrevs ut ordagrant och avidentifierades. Texterna analyserades sedan med kvalitativ innehållsanalys utifrån induktiv ansats, vilket innebär en förutsättningslös analys av texten (Lundman & Graneheim 2012 s.188). Kvalitativ innehållsanalys har en fördel att den kan anpassas till olika syften, data av varierande kvalitet och forskarens erfarenhet (Lundman & Graneheim, 2012 s. 199). Båda författarna läste intervjuerna upprepade gånger och de meningar som författarna identifierade utifrån att de svarade mot studiens syfte kondenserades, abstraherades och kodades (Tabell 1). Kondensering innebär att texten förkortas, men kärninnehållet bevaras. Att abstrahera innebär att höja texten till en högre logisk nivå. En kod är en etikett som beskriver innehållet i textenheten (Lundman & Graneheim 2004., Lundman & Graneheim, 2012, s. 190). Koder jämfördes utifrån likheter och olikheter och sorterades i grupper benämnda som underkategorier och kategorier. Ett tema identifierades som genomsyrade kategorierna.

Tabell 1. Exempel på meningsenhet, kondensering och kod.

Meningsenhet	Kondensering	Kod
och så sen när man har lindat benen och såret läker fint och man kan börja gå över till stödstrumpor så då ska hon ju definitivt ha det hela tiden, och då blir det ju, om hon inte klarar av stödstrumporna själv så är det ju hemtjänsten som man måste... involvera	När såret är läkt ska patienten fortsätta med stödstrumpor istället för lindning.	Kompression
man skulle vilja att dom inte skulle ha någon smärta i såren, men alltså det där tycker jag är jättesvår bit alltså att få dom tillräckligt bra smärtstillade, som vi säger ett nekrotiskt sår där lär ju ha djävulskt ont. Och just det här äldre och gå på något morfika-varianter är ju inte så lyckat med fallrisk och allting som blir hemma	Jag skulle vilja att patienterna inte behövde ha ont, men jag tycker att det är svårt att få dem tillräckligt smärtstillade och morfin ger gamla fallrisk i hemmet.	Smärta
Äre infekterat, tanken att det kan vara infekterat om hon har en CRP-stegring eller något sånt, eller då Aquacel använder vi hemskt mycket. Ehh lagervis. Man behöver inte bara lägga ett, man kan lägga två, man kan lägga fyra beroende på om vätskan är mycket kan man lägga flera lager aquacel.	Vid misstanke om infektion kontrolleras CRP. Aquacel till omläggning används frekvent och kan läggas i flera lager.	Bedömning infektion. Val av omläggningsmaterial.

Trovärdighet

För att beskriva hur trovärdig en studie är används begreppen giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet (Lundman & Graneheim 2012, s. 197). Giltighet i en studie handlar till exempel om författarna har redovisat vad som är representativt eller typiskt utifrån vad som var tänkt att beskrivas i studien (Long & Jonsson 2000). Giltigheten i studien har stärkts genom att analys och resultat validerats av sakkunnig, handledare, men begreppet validering är ett omdiskuterat begrepp (Lundman & Graneheim 2012, s. 197). Båda författarna utförde alla intervjuer tillsammans för att minimera olikheter och meningsskiljaktigheter gällande exempelvis följdfrågor. Författarna har försökt att presentera

resultatet på ett så neutralt och sanningsenligt sätt som möjligt. Under analysfasen förde författarna en diskussion mellan varandra för att texten skulle analyseras på ett likartat sätt. Koderna jämfördes utifrån likheter och olikheter och diskussioner föranledde även förändringar av benämningar av kategorier och tema vilket därmed stärkt tillförlitligheten i analysen (Lundman & Graneheim, 2012, s. 193). Författarna har försökt ha ett objektivt synsätt på insamlat data och vid analysen diskuterat utifrån hur deltagarna kan ha tänkt och menat. Författarna har även försökt vara noggranna med att presentera urval, deltagare, datainsamling och analys, vilket hjälper läsaren att bedöma om resultatet är äkta och överförbart eller inte (Lundman & Graneheim 2012, s. 198-199).

RESULTAT

Studiens syfte var att beskriva distriktssköterskors strategier vid behandling av venösa bensår och utifrån syftet identifierades fem kategorier med tillhörande underkategorier. Kategorierna handlade om anamnes, bedömning, åtgärder, dokumentation och uppföljning. Ur kategorierna bildades temat, *Omvårdnadsprocessen tillämpad vid behandling av venösa bensår* (se tabell 2).

Tabell 2. Tema, kategorier och underkategorier.

Tema: Omvårdnadsprocessen tillämpad vid behandling av venösa bensår	
Kategorier	Underkategorier
Anamnes	Livsstil Social situation Sårets uppkomst
Bedömning	Sårstatus Diagnos Patientupplevelser
Åtgärder	Sårsvätt Mekanisk rensning Materialval Kompression Information Remiss
Dokumentation	Storlek Utseende Val av material
Uppföljning	Omlägningsintervall Kontinuitet

Omvårdnadsprocessen tillämpad vid behandling av venösa bensår

Det tema som identifierades och som gick igenom alla kategorier utan att det efterfrågades eller användes som mall för analysen handlade om omvårdnadsprocessen.

Omvårdnadsprocessen tillämpades vid behandling av venösa bensår även om några av kategorierna lades större vikt vid och beskrevs mer uttömmande. Dessa var kategorierna bedömning och åtgärder.

Anamnes

De intervjuade distriktssköterskorna beskrev hur de tog anamnes i varierande utsträckning. De ställde alla frågor om **livsstil** till exempel om kost, rökning och aktivitet samt om **social situation** så som hemsituation och socialt nätverk. En av distriktssköterskorna använde sig av ett särskilt formulär framtaget för patienter med venösa bensår och fyllde sedan i det tillsammans med patienten. I det formuläret ingick även status och rökning. En annan distriktssköterska frågade efter läkemedel för kunna skapa sig en helhetsbild av patienten. Gemensamt för distriktssköterskorna var att de frågade patienten om **sårets uppkomst**, hur länge såret förekommit, hur de fått såret och hur patienten skött såret hemma.

Bedömning

Bedömningen handlade om sårstatus, diagnos och patientupplevelser och har egna rubriker nedan då de var mer omfattande underkategorier.

Sårstatus

Vid bedömning av sårstatus beskrev distriktssköterskorna hur de använde olika sinnesintryck så som syn, känsel och lukt. Bedömningen genomsyrades dock främst av okulära intryck. Genom inspektion noterades lokaliseringen och storlek både i diameter och djup. Sårbottnen, sårkanter och omkringliggande hud inspekterades gällande blekhet, rodnad, irritation, gul nekros, torr hud, eksem, ödem, behåring och renhet.

I relation till sårstatus beskrev de återkommande att det var viktigt att leta efter infektionstecken. Det kunde misstänkas vid värmeökning, rodnad och irriterad hud. Endast rodnad ansågs kunna vara orsakat av såret, men vid stort rodnat område och tillkomst av värmeökning stärktes misstanken om infektion. Vid komplikationer och försämring av sårstatus reflekterade distriktssköterskorna på vilka förändringar som skett sedan senast, i form av storlek, djup, tillkomst av nekros, rodnad, irritation, torrhet, färgförändringar och bedömning av eventuell dålig lukt från såret. Blågrön missfärgning av såret ansåg vissa tydde

på infektion av bakteriell orsak, vissa bedömde det som pseudomonas och andra som nekros beroende på erfarenhet. Vid försämring ansåg de att behov av eftertanke vara viktigt. De fokuserade ytterligare på eventuell infektion som borde uteslutas och vid avsaknad av synliga infektionstecken kunde provtagning av CRP bidra i utredningen. Några nämnde bakterieodling, vilket en av distriktssköterskorna ansåg skulle göras vid debut av geggigt/vätskande sår eller vid komplikationer innan antibiotika sattes in. En annan uttryckte att vid bakterieodling blir svaret oftast att det är koloniserat vilket antibiotika sällan hjälper mot. En deltagare menade att odling var bra att ta innan patienten skickades till specialistmottagning så att de kunde se odlingssvaret. Andra reflektioner vid komplikation eller försämring var att det skett en förändring i patientens levnadsmönster, trauma mot såret, reaktion på förbandsmaterialet, missanpassat/felaktigt förbandsmaterial eller självkritiskt tänkande att aseptiken brustit. En deltagare uttryckte känslor av personligt misslyckande vid tillkomst av infektion i ett venöst bensår.

Diagnos

Alla uttryckte medvetenhet kring det komplexa förhållandet mellan venösa och arteriella bensår. Det varierade mellan läkare och distriktssköterskor vem av dem som satte diagnos. Trolig diagnos eller så kallad arbetsdiagnos förekom vanligtvis. Distriktssköterskorna hade olika strategier för att bedöma patienternas cirkulation för att stödja diagnosen. Varierande tekniker användes. Att palpera pulsationer i foten, att använda doppler, ankelmått, alternativt att mäta ankelbrachialindex/ankeltryck, inspektion av fot och ben samt bedömning av venös återfyllnad utfördes enskilt eller tillsammans med läkaren beroende på vem som hade ansvar att bedöma. Stora sår, sår på tårna, blåmärken, svarta förändringar, nekroser, lågt blodtryck, inga kännbara pulsationer samt nattlig smärta stärkte misstanken om arteriella inslag. Uteslutande av arteriell orsak var viktigt inför val av behandlingsstrategi och vidare behandling. I diagnosen ingick inte endast att utesluta arteriella orsaker utan även att bedöma andra medicinska sjukdomar, vilket det inte alltid fanns tid till och därför ibland uteslöts. Diabetes beskrevs återkommande och betonades av varje deltagare som viktigt att utesluta vilket gjordes med blodsockerkontroll (b-glukos). Vid svullna underben kunde även hjärtsvikt misstänkas och eventuellt fanns behov av läkarbedömning och vätskedrivande behandling. En av distriktssköterskorna beskrev också att hon kontrollerade blodtryck vid nydebuterat venöst bensår. Vid komplikationer/försämring i sårstatus framkom det att distriktssköterskor kunde behöva konsultera andra för sin bedömning eller uppdatera sin kunskap. Deltagarna beskrev att såväl kollegor som litteratur, vårdhandboken, personliga anteckningar, läkare och specialistmottagningar kunde bidra för att underlätta bedömning och strategival. De ansåg det

önskvärt att det fanns specialistkompetens bland kollegor inom ämnet vid svårare bedömningar samt att specialistmottagningar skulle var lättare att kontakta för konsultation.

Patientupplevelser

Distriktssköterskorna uttryckte sig inkännande gällande patienter med venösa bensår. Då de flesta patienterna var gamla upplevdes det beklämmande att de skulle behöva passa mottagningstider, utsättas för tidspress och behöva samordna tider för omläggning med hemtjänst. Distriktssköterskorna uttryckte patienters lidande och att de förstod att patienter inte upplevde behandlingen som trevlig. Kompressionslindorna kunde till exempel upplevas obekväma, varma och skapa svårighet att bära skor. Odör och sårvätska kunde upplevas mycket påfrestande för patienterna. Motgångar som att råka stöta emot något och slå upp ett nytt sår hade iakttagits vara ett nederlag för patienterna. Smärtor som orsakade sömnsvårigheter och andra svårigheter att få såren att läka ansågs nästan kunna skapa depression. En distriktssköterska uttryckte att bli gammal och att det ska få ta tid och att bli omhändertagen inte existerar i vården längre. En annan distriktssköterska uttryckte att det var betydelsefullt för behandlingen att ta in patientens upplevelse och behandla dem utifrån deras behov, samt ha tolerans och lita på deras omdömen då detta skulle gagna vården eftersom behandlingen bör ske i samarbete mellan patient och sjuksköterska. Förslag om att behandla dessa patienter i hemmet i ökande utsträckning framkom.

Åtgärder

Åtgärderna som beskrevs omfattade sårtvätt, mekanisk rensning, materialval för omläggning, kompression, information och remiss till annan vårdgivare

Sårtvätt

Gemensamt för alla distriktssköterskor var att de skulle rengöra såret före omläggning. Distriktssköterskorna berättade utifrån erfarenhet om arbetsprinciper som att hålla såret rent, använda rena kompresser, utöva ren rutin samt handhygien och att ha ett aseptiskt arbetssätt. Likaså att inte överarbeta och att låta såret vila om det inte var infekterat beskrevs vara väsentligt för att bevara den vävnad som nybildats. Olika strategier vid tvätt av såret användes; rikligt med vatten, tvål och vatten och sterila vätskor som koksalt, sårskölj, klorhexidin och väteperoxid. Omkringliggande hud tvättades med vatten eller tvål och vatten.

Mekanisk rensning

Mekanisk rensning som att plocka bort det som var löst i såret eller nekroser utfördes med pincett eller sax av några deltagare. En deltagare ansåg att sårkanterna skulle hållas rena och

därför plockades det som låg runt om sårkanterna bort en gång i veckan. En annan fann att mörka förändringar kunde misstas som läkningsprocess men var viktiga att ta bort då det kunde vara grogrund till bakterier. En distriktssköterska begränsade sig gällande mekanisk rengöring då hon reflekterade över en eventuell synlig sena på bilden som visades, vilket gjorde att hon avstod mekanisk rensning i det fallet, eftersom det ökade risk att åsamka vårdskada. Gemensamt för de distriktssköterskor som skulle använda sig av mekanisk rensning var att de utförde det utifrån egen erfarenhet.

Materialval

Tre deltagare ansåg utifrån beprövad erfarenhet att val av förbandsmaterial hade liten betydelse i läkningen av venösa bensår. Ekonomi och förbandsmaterial diskuterades och att omläggingsmaterial kunde påverka frekvens på besök och kostnader. En ansåg att det fanns behov av att använda material som inte fanns upphandlat då det kunde skynda på läkningsprocessen och bli mer ekonomiskt i längden. En såg inte något problem alls i detta utan använde det som fanns tillgängligt och en annan ansåg att några få förband var allt som behövdes. Genomgående nämnde alla frekvent användning av Aquacel. Olika motiv till detta framkom, till exempel att det med fördel användes vid stark sårsekretion eller för att behålla fukten i såret. Vikten av att bevara fukt i såret påtalades av många. Principen att använda fuktigt material på fuktiga sår uttalades samt att vid misstänkt blottade sensor behålla såret fuktigt för att inte orsaka ytterligare skada. Fuktspärri i form av tätslutande förband och plastfilm ansågs verksamt och praktiskt vid till exempel dusch. Reflektioner om vikten av att inte stänga in ett sår med infektion framkom också. Sårkanter och frisk vävnad skyddades av vissa deltagare med zinksalva, Cavilon eller inte alls beroende deras erfarenheter. Vid sårsekretion påtalades betydelsen av att materialet hade absorberande egenskaper, och här nämndes Aquacel, zinkstrumpa, Duoderm, Solvaline och absorptionsförband. Vid riklig sårsekretion ansågs dock inte Solvaline och Duoderm ha tillräcklig hög absorptionsförmåga. Vid infektionsmisstanke eller behov av att rensa ur såret nämndes produkter som Sorbact, Duodermgel, Intracidgel, Jodosorb och Aquacel AG. Ättiksyra föreslogs som behandling mot pseudomonas. Samtliga omläggingsmaterial redovisas i bilaga 5.

Kompression

De flesta distriktssköterskor var starkt övertygade utifrån erfarenhet om vikten av kompression. Det genomsyrade intervjuerna, som den viktigaste behandlingsprincipen vid venösa bensår. Principen att få bort vätska och svullnad för att öka cirkulationen i benet ansågs mest effektiv för sårsläkningen. Vid sår utan svullnad nämnde en deltagare att

kompression inte var nödvändigt. Kriterier för att utföra kompressionsbehandling beskrevs varierande, och några lindade inte benet förrän man arteriell orsak uteslutits. Andra ansåg att det räckte med palperbara pulsationer i foten för att kompressionsbehandla. Lindning förekom även utan kontroll av ankeltryck trots vetskap om att distriktssköterskorna borde försäkra sig om arteriell påverkan. En distriktssköterska ansåg att det ibland var svårt att helt utesluta arteriell orsak vilket gjorde att hon ibland lindade lösare. Vid lindning och kompression nämnde endast en distriktssköterska att det gick att välja olika typer av lindor med olika tryck. Lågelastisk linda (Comprilan) användes till patienter med lågt vilotryck och högt arbetstryck och kompressionslindan Coban 2 till patienter med konstant vadtryck. Ingen annan av deltagarna gjorde några reflektioner kring val av kompressionslinda utifrån tryck. En deltagare rekommenderade att sätta Tubifast utanpå lindan för att den inte skulle hasa ner innan nästa omläggning. Smärtbedömning utfördes och smärtlindrande läkemedel ansågs av distriktssköterskorna vara viktigt för att få patienten följsam till kompressions-behandlingen. Att kompressionsbehandlingen i sig är smärtsam ansågs vara särskilt viktigt att påtala för patienterna så att de var förberedda på det. En deltagare hade en strategi utifrån beprövad erfarenhet som innebar ökad smärtbehandling och att inte komprimera så hårt första gången man lindade benet för att inte avskräcka patienten. Det upplevdes finnas svårigheter att få patienter smärtlindrade och farhågor om att morfinliknande preparat ger denna patientgrupp ökad fallrisk bidrog till dålig smärtlindring. Endast en av deltagarna påtalade att uppföljningen av smärtan var av vikt. Beskrivning av kompressionsmaterial finns i bilaga 5.

Information

Information gavs till patienterna gällande orsak och behandling av venösa bensår. Muntlig information behövdes många gånger upprepas och på en hälsocentral gavs även skriftlig information som en specialistklinik utformat. En deltagare ritade sambandet mellan ödem och kompressionsbehandling då hon ansåg att patienterna bättre förstod än om endast muntlig information gavs. Vikten av att upplysa om symtom som patienten bör vara vaksam på som ökad smärta, feber, frossa och försämrat allmäntillstånd påtalades av en distriktssköterska. En av de intervjuade berättade att när distriktssköterskorna på hälsocentralen träffade patienter med svullna ben, alltid rekommenderade stödstrumpor oavsett vad de sökt för. Likaså när de venösa såren var läkta påtalade de för patienten hur viktigt det var med stödstrumpor i vardagen för att undvika nya sår.

Remiss

På distriktssköterskornas inrådan skrev läkarna vid behov remisser till mottagningar som kärllkirurgi, hud, och plastik. Remissförfarandet skedde vid misstanke om arteriell påverkan, infektioner som de på hälsocentralen inte behärskade eller vid oläkta sår efter mer än två – tre månaders behandling. En deltagare berättade att åderbråcksoperationer är bortprioriterade i dagens vård, men vid sår finns ännu möjligheten till specialistbedömning och eventuell operation vilket ansågs viktigt att ha i åtanke. Trots vetskapen om att patienter bör remitteras till specialistklinik var det vissa distriktssköterskor som beskrev att patienter inte remitterades vidare trots överskriden behandlingstid. Missnöje beskrevs också av en deltagare gällande specialistmottagningarnas tillgänglighet då kontakt med dem i vissa fall kan motverka onödiga remisser.

Dokumentation

Distriktssköterskorna beskrev att anamnes och om patientansvarig sjuksköterska utsetts alltid dokumenterades. Några av distriktssköterskorna fotograferade såret vid första mötet av patienten, för att sedan föra in det i datajournalen. Vid försämring av såret fotograferades såret ånyo, men om såret läkte bra togs inga fler fotografier. De som inte fotograferade ansåg det ändå viktigt att skriftligt dokumentera hur såret såg ut för att andra som skulle lägga om såret skulle kunna bilda sig en uppfattning om sårets **storlek** och **utseende**. En distriktssköterska beskrev att hon alltid mätte såret vid första mötet och dokumenterade detta. En annan orsak till dokumentation som angavs under intervjuerna var att beskriva **val av material** för kollegor i syfte att undvika ändring i omlägningsstrategi.

Uppföljning

Uppföljningen omfattade i huvudsak utvärdering av omlägningsintervall och personalkontinuitet som ansågs vara viktigt. Vad gäller **omlägningsintervall** så ansåg distriktssköterskorna att såren skulle läggas om mellan 2-3 gånger per vecka eller låta såret vara i fred upp till en veckas tid. Vid försämring framkom att omläggning kunde behövas varje dag. De intervjuade ansåg att utvärdering och omprövning av sina behandlingsstrategier berodde på hur sår läkning gick och på patientens upplevelser. En deltagare ansåg att vid försämring eller till exempel ökad smärta måste man vidta åtgärder och fundera på eventuella orsaker. Vad gäller **kontinuitet** så framkom det att hälsocentralerna där distriktssköterskorna arbetar hade olika organisation kring patienter med venösa bensår. En hälsocentral använde

sig av patientansvarig sjuksköterska, medan övriga hälsocentraler bytte sjuksköterska beroende av schema. Det framkom också att det kunde bli olika omläggingsmaterial beroende på vem som lade om såret och det kunde upplevas förvirrande både för personal och patient. Den patientansvariga sjuksköterskan hade som uppgift att dokumentera, ta beslut och följa upp patienten. Patienten bokades alltid till den patientansvariga sjuksköterskan i den mån det var möjligt, för att hon skulle kunna bedöma om såret läkte eller försämrades.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva distriktssköterskors strategier vid behandling av venösa bensår. Ur kategorierna identifierades temat ”omvårdnadsprocessen tillämpad vid behandling av venösa bensår”, och även om distriktssköterskorna inte uttalade att de valde strategi utifrån efter omvårdnadsprocessen så kunde kategorier liknande omvårdnadsprocessens faser identifieras vid analysen. Omvårdnadsprocessen innebär ett tankesätt vilket alla sjuksköterskor utbildas i. De olika stegen innebär datainsamling, problemidentifiering, målidentifiering, genomförande och utvärdering, vilket kan jämföras med kategorierna anamnes, bedömning, åtgärder, dokumentation och uppföljning. Processen är ständigt i rörelse och vid behov återgår processen till steg ett och sedan sätts nya mål upp (Skaug & Dahl Andersen 2005, ss. 192-193). I Patricia Benners teori ”Från novis till expert” framhålls att erfarna sjuksköterskor har förmågan att se helheter i praktiska situationer, vilket kan ses som en direkt kontrast till omvårdnadsprocessen, som är linjär och kontextfattig och uttrycker ett systematiskt tillvägagångssätt. Vid problemlösning för sjuksköterskor som nått expertnivå sker identifiering av omvårdnadsprocessens steg utan medvetenhet (Grahn 1993, 190). I föreliggande studie finner författarna det sistnämnda liktydigt med resultatet då distriktssköterskorna i denna studie omedvetet tänker i omvårdnadsprocessens steg, men inte benämner sina strategier så.

Under kategorin bedömning så framkom det att erfarenhet tydligt sågs stärka distriktssköterskorna i deras bedömningar. Vid bedömning verkade de mera erfarna distriktssköterskorna mer beslutsamma än distriktssköterskor med mindre erfarenhet av venösa bensår. Utifrån erfarenhet väljer distriktssköterskan behandlingsstrategi men utan erfarenhet kan det bli bristande behandling och felaktig behandling. I och med att alla

hälsocentraler utom en inte arbetade utifrån tydliga rutiner kring behandling av bensår, anser författarna till denna studie att risken finns att patienterna får längre behandlingstider och därmed också ett ökat lidande. Eftersom beprövad erfarenhet ligger till grund för val av strategi istället för utformade rutiner försvåras valet av strategi för personal med begränsad erfarenhet. Författarna till denna studie anser att den beprövade erfarenheten borde tas tillvara och tillsammans med ytterligare forskning av god kvalitet borde ligga till grund för skapandet av riktlinjer av behandling av venösa bensår. I en litteraturstudie av Ylönen et al (2013) visade det sig finnas kunskapsluckor angående fysiologiska orsaker till venösa bensår, dess läkningsprocess och behandling. Resultatet visar på risker för att patienterna får otillräcklig omvårdnad och behandling och att sköterskorna inte utför vård utifrån evidensbaserade principer.

Författarna till denna studie finner det intressant att vid bild tre (bilaga 4) var det flertalet av deltagarna som bedömde komplikationen som nekros i såret istället för psuedomonas som bilden visade. Vid misstanke om nekros i såret valde alla dessa distriktssköterskor att konsultera någon kollega eller läkare som förhoppningsvis gjorde korrekt bedömning vilket därmed kunde motverka felaktig diagnos och behandling. Enligt författarna påverkas bedömning och behandling av erfarenhet, men utöver detta är även självkänedom om sin egen kunskap och sina egna begränsningar betydelsefullt och påverkar val av strategi i behandlingen av venösa bensår. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2011) ska även alla sjuksköterskor jobba evidensbaserat. Det innebär en kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård som ska ge bästa resultat. Sjuksköterskorna ska utifrån varje patients förutsättningar och tillgänglig forskning utforma vården på bästa sätt (Svenska sjuksköterskeförening 2011).

Distriktssköterskorna hade olika metoder för bedömning av cirkulation i benet, trots att alla påpekade att det var angeläget att utesluta arteriell insufficiens för att våga använda kompression. Olika anledningar till detta nämndes, att inte ha tillgång till utrustning, att inte ha fått kunskap att använda exempelvis doppler eller att det bara inte görs. Författarna till denna studie har fört olika diskussioner om varför den teoretiska kunskapen inte används i praktiken. Enligt Lindholm et al (2013) ska orsaken till ett bensår fastställas av läkare då diagnosen påverkar resten av behandlingen. Det skilde sig åt mellan deltagarna i denna studie och författarnas uppfattning är att det sällan utförs av läkare utan att distriktssköterskorna själva gör bedömningen om det är ett venöst eller arteriellt sår.

Under kategorin åtgärder var det i synnerhet sårtvätt och valet av rengöringsmetod som varierade mellan de olika distriktssköterskorna vilket författarna anser vara intressant. Enligt

Lindholm och Grauers (2015, s. 6-7) bör det tas i beaktande vilket sår som ska läggas om och även den förväntade mikrobiella kontaminationen. De menar att svårläkta venösa bensår redan är kontaminerade/koloniserade med bakterier i 90 % av fallen och att tillförsel av en liten mängd lågpatogena mikroorganismer inte har någon större betydelse. Därför kan ren rutin innefattande kroppstempererat kranvatten användas vid svårläkta bensår. De påpekar dock att det är angeläget att ha i åtanke att vid infektionskänslighet eller om sår är i kontakt med led eller vid osäkerhet bör steril rutin användas (Lindholm & Grauers 2015, 6-7). Det framkom i denna studie rädsla bland distriktssköterskorna för att orsaka infektioner i såren, vilket skulle kunna vara en anledning till att en del distriktssköterskor använder sterila vätskor i stället för ren rutin. En annan intressant fråga är hur distriktssköterskorna reflekterar över val av rengöringsmetod. Det kan handla om slentrian att det är enklast att ta färdiga förpackningar eller att de använder samma rutin till alla sår, alternativt av rädsla för att orsaka infektion. Författarna till denna studie vill dock framhålla att det enligt Lindholm och Grauers (2015, s. 6-7) är tillräckligt med vanligt kranvatten vid rutinmässig rengöring av venösa bensår.

Vad gäller materialval så uttryckte flera deltagare i studien att det fanns en uppsjö av förband att välja på. Det framkom att förbandens förmågor var vad som intresserade distriktssköterskorna, som till exempel att absorbera vätska eller åstadkomma smärtfrihet. Vissa deltagare uttryckte att betydelsen av förband inte påverkar sårhäkningsprocessen vid venösa bensår, medan andra ansåg att vissa förband kunde påskynda läkningsprocessen. Enligt en systematisk sammanställning av tidigare studier gjord av Palfreyman et al. (2007) har det visat sig att det förband som väljs under kompressionsbandaget inte nödvändigtvis bidrar till sårhäkning, men det kan däremot bidra till skillnader i kontroll av läckande vätska från bensåren, samt inverka på smärta och upplevas mer eller mindre bekvämt för patienter. Lindholm (2012, s. 133) menar att val av förband kan göra stor skada eller fördröja alternativt påskynda läkningsprocessen. I en systematisk litteraturstudie framkom det att forskningen har visat på mycket låg grad av evidens för olika förband på grund av bristande kvalitet på tidigare forskning och därför kan inga tydliga slutsatser dras gällande materialval (Valle et al. 2014). SBU-rapporten (2014, s. 154-155) styrker det faktum att forskningen avseende olika förband gällande sårhäkning inte kunnat visa på några säkra slutsatser. Alltså, forskningen är i samstämmighet med våra informanter, ambivalent. Distriktssköterskorna hade olika uppfattning kring förbandens påverkan på sårets läkning. Då tidigare forskning på material inte kan stärka distriktssköterskorna styr såväl tillgänglighet, upphandling som distriktssköterskornas egna uppfattningar valet.

I denna studie påpekades i intervjuerna att trots dagens indragningar i Västerbottens läns landsting av kosmetisk-kirurgisk behandling av åderbräck kan det vara aktuellt som behandling när sår uppstår. Dessutom konstaterar SBU-rapporten (2014) att åderbräckskirurgi mot venösa bensår sannolikt är kostnadseffektiv som behandlingsform (SBU 2014, s. 134), något som endast någon av distriktssköterskorna verkade ha insikter kring.

Bedömning av smärta och smärtlindring var väsentligt enligt deltagarna i studien och i synnerhet för att få patienter följsamma till kompressionsbehandling. Distriktssköterskorna ansåg även att det var betydelsefullt att påtala för patienterna att kompressionsbehandling i sig är smärtsamt. I övrigt kom exempelvis smärta och smärtlindring vid sårtvätt eller omläggning aldrig på tal. Det framkom inte heller hur de smärtbedömde patienterna. Endast en deltagare nämnde uppföljning och utvärdering av smärtan men ingen specifik typ av smärtlindring nämndes förutom morfinpreparatens negativa aspekter.

I en studie rapporterades 82 % av patienter med bensår uppleva smärta. Trots detta var det 58 % av patienterna med moderat till svår smärta som inte tog någon smärtlindring (VanDenKerkhof et al. 2013). I en sammanställning av forskning (Van Hecke et al. 2009) visade det sig att den främsta anledningen för patienter till att inte följa behandlingsrekommendationer gällande kompression var smärta. I en studie av Mudge et al. (2006) framkom det dock att patienterna ansåg att smärtorna som bensåren åsamkade dem var oundvikliga och något som de var tvungna att stå ut med. Detta visar på att smärta är ett problem att lägga fokus på, men som vi under vår verksamhetsförlagda utbildning och i samband med intervjuerna och analysen upplevde snarare behandlades som en bisak förutom i relation till kompressionsbehandling. En fråga vi ställt oss är om distriktssköterskans begränsade möjligheter att skriva ut eller ordinera smärtlindring och läkarnas låga delaktighet i patientgruppen påverkar att smärtlindring inte prioriteras högre. En distriktssköterska valde att komprimera benet lösare i starten för att inte avskräcka patienten. Detta var en strategi av henne för att få patienten följsam till behandling.

Trots att distriktssköterskorna inte fokuserade på smärta i resultat beskrev distriktssköterskorna patientupplevelser inkännande på olika sätt. Många studier i ämnet som är gjorda utifrån ett patientperspektiv vittnar om att det är beklämmande att leva med bensår (Freeman et al. 2007). Vid vätskande bensår som avger lukt kunde patienter känna avsky mot sig själva, dåligt självförtroende och isolering (Jones et al. 2008, Mudge et al 2006). Behandlingstiden påverkade patienters sociala liv (Mudge et al. 2006). Rädslor för att få nya sår påverkar deras aktiviteter i det dagliga livet till exempel att vistas i offentliga miljöer.

Patienterna kan även drabbas av förändrad kroppsuppfattning då klädval och skor påverkas av förband (Mudge et al. 2006). Trots en medvetenhet om detta hos distriktssköterskorna så uttrycktes förutom empati inga konkreta åtgärder för att försöka minska patienternas illabefinnande.

Patienter med bensår upplevs av författarna till denna studie som en grupp med låg prioritet inom vården. Utifrån vårt resultat och den forskning som finns anser vi att det finns brister i vården och behandlingen av patienterna, vilket ger patienterna ett förlängt lidande. Dessa patienter är ofta gamla och multisjuka vilket innebär att forskare anser dem vara en svår grupp att bedriva forskning på eftersom risken för bortfall och komplexitet i sjukdomshistoria försvårar tillförlitliga resultat. Behandlingen av venösa bensår är inte heller likvärdig nationellt eller ens regionalt sett. Det förekommer skillnader i behandling då landstingen har olika tillgång till kunskap, experter och beslutsfattare tar därför olika prioriteringsbeslut (SBU 2014, s. 139). Denna studie visar att beprövad erfarenhet oftast ligger till grund för distriktssköterskornas val av strategi, vilket etiskt sett inte innebär en lika vård för alla. Därmed är det inte sagt att distriktssköterskornas strategier är felaktiga, då vi i denna studie ser många likheter med omvårdnadsprocessen. Dock saknas dokumenterad evidens i ämnet som skulle kunna ligga till grund för behandlingsriktlinjer och på så sätt ge mer jämlik vård.

Begränsningar

Författarna hade förförståelse om hur omläggning utförs i primärvården och vid kvalitativ innehållsanalys kan inte resultatet anses oberoende av forskaren (Lundman & Graneheim, 2012, s. 198-199). Författarnas avsaknad av tidigare forskningserfarenhet kan ha betydelse för studiens kvalitet. Vi har dock försökt ta stöd av vår handledare för att kompensera för dessa svagheter och i synnerhet vad gäller design och analys.

Avsikten med patientfallet som författarna valde till intervjuguiden var att det skulle vara ett kort och enkelt patientfall (bilaga 4) som inte skulle påverka strategival utan istället öppna upp för olika funderingar hos distriktssköterskorna. Bilderna som valdes ut till studien av författarna var för författarna relativt typiska bensår som kan ses inom primärvården och som författarna tidigare sett på praktik inom primärvården. Att använda bilder kan ha begränsat distriktssköterskornas berättande men har också fördelen att alla utgått från samma bilder. I efterhand borde eventuellt den tredje bilden med pseudomonas-infektion valts bort och endast två bilder använts. Det författarna ville undersöka var om deltagarna skulle ändra strategi vid olika komplikationer vid venösa bensår. Pilotintervjun visade på ändrad strategi och därför inkluderades bilden. I studien visade det sig att deltagarna inte ändrade strategi vid olika typer

av komplikationer, utan använde samma strategi oavsett typ av komplikation. Deltagarnas olika bedömning av tredje bilden finner författarna ändå intressant, då bedömningen är viktig i val av strategi.

Av de tio hälsocentraler som tillfrågades valde fem att delta, varav två hälsocentraler ansåg att intervjuer inte fick äga rum under arbetstid, utan skulle ske på distriktssköterskornas fritid. Anledningar som angavs vid nekande av studien var att distriktssköterskorna hade hög arbetsbelastning och att specifika hälsocentraler hade få venösa bensår. De hälsocentraler som hade få fall av venösa bensår var belägna i tätort, medan flera hälsocentraler utanför tätort hade betydligt fler bensårsfall i primärvården. Att det skulle finnas färre venösa bensårsfall i tätort finner inte författarna troligt, däremot reflekterar författarna över att den kommunala hemsjukvården i tätorten sköter fler bensår i hemmet, än vad hemsjukvården i kranskommunerna gör. Enligt Kvale och Brinkmann (2009, s. 129) ska antalet intervjuer vara så pass många så att det svarar på syftet, en mättnadspunkt ska uppnås. Om antalet blir för litet kan det vara svårt att generalisera och om antalet blir för stort är det svårt med djupgående tolkningar (Kvale & Brinkmann 2009, s. 129). Det kan ses som en nackdel med studien att endast sju distriktssköterskor deltog samt att avdelningscheferna kunde vara med och påverka vilka som skulle intervjuas. Författarna upplevde att det var flera av dem som intervjuades som hade ett specialintresse för venösa bensår och det kan ha påverkat resultatet i positiv riktning. Alla deltagarna var kvinnor, således saknas manligt perspektiv i studien. Deltagarnas ålder hade ett stort spann, 28-65 år, vilket författarna ser som positivt för studien då deltagarna hade olika mycket erfarenhet av behandling av venösa bensår och vid innehållsanalys är syftet att visa på variationer (Lundman & Graneheim, 2012, s. 189).

I många kvalitativa studier används exemplifierande citat som möjliggör för läsaren att bedöma trovärdigheten i analysen och öka förståelsen för vad som beskrivs. I denna uppsats har citat i resultatdelen valts bort, vilket kan ses som en nackdel för studien, men enligt Sandelowski (1994) är citat inte heller en nödvändighet i kvalitativa forskningsrapporter. Det kräver av forskaren både konst och god etik att välja citat som ligger nära resultatet för att vara verkningsfulla. För att sätta ord på och öka förståelsen för känslor är citat värdefullt. Våra intervjuer hade dock inte den karaktären att vi ansåg att citat skulle tillföra något för läsaren utöver vårt presenterade resultat.

SLUTSATS

Distriktssköterskan utför oftast handläggningen av patienterna självständigt och väljer behandlingsstrategi utifrån erfarenhet. Vid behov konsulteras kollegor, allmänläkare och specialistsjukvård. Avsaknaden av skriftliga rutiner och behandlingsriktlinjer bidrar till skillnader i behandlingen för patienterna beroende på distriktssköterska och hälsocentral. Trots det så har varje distriktssköterska en strategi vid behandling av venösa bensår som liknar omvårdnadsprocessen vilket förhoppningsvis bidrar till god kvalitet på given vård. Utifrån Benners teori behöver praktisk erfarenhet bli dokumenterad för att bli erkänd, vilket denna studie kan bidra till.

Nyttan med denna studie är att resultatet kan användas i praktiken för distriktssköterskor som stöd till behandling av venösa bensår då resultatet ger en överblick över distriktssköterskors behandlingsstrategier. Studien lyfter även fram nuvarande forskningsläge och teoretiska kunskap inom ämnet vilket jämförs med praktisk vård.

Utifrån vår studie skulle vi önska att få göra om samma sak inom den kommunala hemsjukvården då vi tror att många av kommunens invånare med venösa bensår behandlas i hemmet. Det är en relativt ny verksamhet och det skulle vara intressant att studera och jämföra med denna studies resultat. Vidare, ur ett större perspektiv så visar forskningen på dålig tillförlitlighet och vi önskar därmed bättre kvalitet på forskningen som utförs då det skulle kunna skapa bättre riktlinjer i vården för denna patientgrupp. Randomiserade kontrollerade studier är eftersträvansvärt vid olika typer av framtida interventioner. Vi hoppas på vidare högkvalitativ forskning och vidare framgångsrikt arbete med patienter som har venösa bensår eftersom detta innebär ett stort lidande för de drabbade patienterna.

Referenser

Adderley, U & Thompson, C. (2014) Community nurses' judgement for the management of venous leg ulceration: A judgement analysis. *International Journal of Nursing Studies* **52**(1): 345-354. <http://dx.doi.org.proxy.ub.umu.se/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.004>

Benner, P. (1993) *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Studentlitteratur, Lund.

Eskilsson, C & Carlsson, G. (2010) Feeling confident in burdensome yet enriching care: Community nurses describe the care of patients with hard-to-heal wounds. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* **5**(3): 1-9. <http://dx.doi.org.proxy.ub.umu.se/10.3402/qhw.v5i3.5415>

FASS (2015). Klorhexidin Fresenius Kabi.
<http://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=19851108000021>
Hämtad 151019

Forssgren, A & Nelzen, O. (2012) Changes in the aetiological spectrum of leg ulcers after a broad-scale intervention in a defined geographical population in Sweden. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery: The official Journal of The European Society for Vascular Surgery* **44**(5): 498-503.

Freeman, E., Gibbins, A., Walker, M & Hapeshi, J. (2007) 'Look after your legs': patients' experience of an assessment clinic. *British Journal of Community Nursing* **12**(3): 19-25.

French, L. (2005) Community nurse use of Doppler ultrasound in leg ulcer assessment. *British Journal of Community Nursing* **10**: 6-10.

Friman, A., Klang, B och Ebbeskog, B. (2011) Wound care by district nurses at primary healthcare centres: a challenging task without authority or resources. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **25**(3): 426-434. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00839.x

- Grahn, G. (1993) Erfarenhetens tysta förtrogenhetskunskap. I *Från novis till expert* (Benner P), Studentlitteratur, Lund, 189-196.
- Jones, J., Robinson, J & Carlisle, C. (2008) Impact of exudate and odor from, chronic venous leg ulceration. *Nursing Standard* **22**(45): 53-61.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 2. uppl. Studentlitteratur, Lund.
- Lindholm, C. (2012) *Sår*. 3. uppl. Studentlitteratur, Lund.
- Lindholm, C. & Grauers, M. (2015) *Sårbehandling. Katalog över sårprodukter 2015/2016*. Gothia Fortbildning, Stockholm.
- Lindholm, C., Tammelin, A. & Häggström, C. (2013) Venösa bensår. Vårdhandboken. <http://www.varldhandboken.se/Texter/Sarbehandling/Venosa-bensar/>
Hämtad 150915.
- Long, T. & Jonsson, M. (2000) Rigour, reliability and validity in qualitative research. *Clinical Effectiveness in Nursing* **4**(1), 30-37.
- Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* **24**(2): 105–112.
- Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2012) Kvalitativ innehållsanalys. I *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. red.), Studentlitteratur, Lund, ss. 187-201.
- Mudge, E., Holloway, S., Simmonds, W & Price, P. (2006) Living with venous leg ulceration: issues concerning adherence. *British Journal of Nursing* **15**(21): 1166-1171.
- Nelzén, O., Berqvist, D & Lindhagen, A. (1991) Leg ulcer etiology – a cross sectional population study. *Journal of Vascular Surgery* **14**(4): 557-564.

Palfreyman, S., King, B & Walsh, B. (2007) A review of the treatments for venous leg ulcers. *British Journal of Nursing* **16**(15): 6-14.

Polit, D. och Beck, C. (2011) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. uppl. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Salomé, G.M., De Almeida, S.A. & Ferreira, L. M. (2015) Association of sociodemographic factors with hope for cure, religiosity, and spirituality in patients with venous ulcers. *Advances in Skin & Wound Care* **28**(2): 76-82.

<http://dx.doi.org.proxy.ub.umu.se/10.1097/01.ASW.0000459844.07689.02>

Sandelowski, M. (1994) The use of quotes in qualitative research. *Research in Nursing and Health* **17**(6):479-82.

SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014) *Svårläkta sår hos äldre. Prevention och behandling. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm.

Svensk sjuksköterskeföreningen. (2011) Evidensbaserad vård och omvårdnad.

http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.evidensbaserad.vard_web.pdf

Hämtad 151019

Skaug, E-A & Dahl Andersen, I. (2005) Beslutsprocesser i omvårdnad. I *Grundläggande omvårdnad. Del 1*. (Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F & Skaug, E-A. red.) Liber, Stockholm, ss. 184-214.

Valle, F., Maruthur, N., Wilson, L. Malas, M., Qazi, U., Haberl, E., Bass, E., Zenilman, J & Lazarus, G. (2014) Comparative effectiveness of advanced wounds dressings for patients with chronic venous leg ulcers: A systematic review. *Wound Repair & Regeneration* **22**(2): 193-204.

VanDenKerkhof, E., Hopman, W., Carley, M., Kuhnke, J & Harrison, M. (2013) Leg ulcer nursing care in the community: a prospective cohort study of the symptom of pain. *BMC Nursing* **12**:3: 1-9.

Van Hecke, A., Grypdonck, M & Defloor, T. (2009) A review of why patients with leg ulcers do not adhere to treatment. *Journal of Clinical Nursing* **18**: 337-349. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02575.x

Ylönen, M., Stolt, M., Leino-Kilpi, H och Suhonen, R. (2013) Nurse's knowledge about venous leg ulcer care: a literature review. *International Nursing Review*. **61**: 194-202.

Journal of Advanced Nursing

Guidelines for Authors

Empirical research - qualitative

Last updated: January 2015

Manuscripts should not exceed 5000 words for the main text, excluding the abstract, summary statement, tables and references. However, at the discretion of the Editor-in-Chief, a more flexible approach to the word limit may be approved for qualitative papers of exceptional quality and importance. Authors who anticipate that their paper requires more than 5000 words to adhere to international reporting standards should first make maximum use of supplemental web based files (see Supplementary Information), and then outline the reason for requiring additional words in the main text in the accompanying letter to the Editor-in-Chief. Additional flexibility with the word count will be considered on a case by case basis.

Organising your paper:

Separate files to be created and uploaded onto ScholarOne Manuscripts.

Title page file:

Your title page should include the following information:

- Full title (maximum 25 words)
- Running head
- Author details: names (please put last names in CAPITALS), job titles and affiliations (maximum of 3 per author), qualifications (maximum of 3 per author, including RN/RM where appropriate)
- Acknowledgements (if applicable)
- Conflict of Interest statement
- Funding Statement

Impact Statement

We ask all authors to prepare a short statement (approximately 100 words), using bullet points if necessary, on any impact you see your paper having in terms of patients, clinical practice, education, or wider social and economic issues. This will be seen by editors and reviewers and may be used for promotional purposes.

Main file, to include:

Abstract: 250 words. Your abstract should include the following headings: Aims (of the paper), Background, Design, Methods (including year of data collection), Results/Findings, Conclusion. The Aim should simply state: 'To...'

Summary Statement: See the Summary Statement guidelines.

Keywords: A maximum of 10, including nurses/midwives/nursing.

Main Text: To include the headings below and references.

Tables and figures should be uploaded separately.

The main text of your report should include the following headings:

INTRODUCTION

Clearly identify the rationale, context, international relevance of topic.

Background

Present the conceptual or theoretical framework that guided the study, and where appropriate identifying and providing an overview of the conceptual model and/or theory. Identify and define key concepts. As appropriate, explain the connections between the conceptual model or theory and the study variables. Explain connections between study variables and support those connections with relevant theoretical and empirical literature. Provide a substantial, critical review of relevant

theoretical and empirical literature. Identify the rationale for selection of the phenomenon studied. Note that simply stating that the phenomenon has not yet been studied is not sufficient, as some phenomena may be trivial and, therefore, are not worthy of study. Simply stating that it has not been studied in your country is also not acceptable. You should explain the potential added value of your study to existing knowledge.

THE STUDY

Aim/s

State the aims of the study as a narrative study purpose or as research questions, for example, 'The aim of the study was to...'. If the study is about the 'experience' of a particular phenomenon, be as clear as possible about the aspect/s of the experience on which you wish to focus.

Design

Describe research design, for example, grounded theory, phenomenology, ethnography.

Sample/Participants

Identify the specific purposeful sampling strategy/strategies used—theoretical, maximum variation, extreme case. For example, 'A sample of Registered Nurses was recruited using maximum variation sampling for number of years of nursing experience.' Identify the inclusion and exclusion criteria. For example, 'The inclusion criteria were...', 'The exclusion criteria were...'. Explain how participants were recruited. Identify the size of the sample and provide justification for participant numbers that addresses data saturation or another criterion. Detail of participants (gender, age, condition, peculiarities etc.), which can help readers to put the finding in context, should be provided. This can be listed in a table.

Data collection

Use subheadings for different types of data collection techniques if appropriate, e.g., interview guides, observation checklists. For example, 'Data were collected using an interview guide...', 'Focus groups were conducted...'. Describe each technique used to collect the data, such as interview guide questions, or observation checklist items. Include information about number and type of items and scoring technique, as well as interpretation of scores, if relevant. Pilot study – if done, what changes (if any) did this lead to for the main study?. Identify the period of data collection (e.g. between November 2008 - June 2009); usually this should be no more than 5 years before submission of the paper.

Ethical considerations

Identify any particular ethical issues that were attached to this research. Remember that there are specific ethical issues related to specific methods (e.g. interviews, observations). Provide a statement of ethics committee approval. Do not name the university or other institution from which ethics committee approval was obtained. State only that ethics committee approval was obtained from a university and/or whatever other organisation is relevant.

Data analysis

Describe the techniques used to analyse the data, including computer software used, if appropriate. For example, 'The data were analysed using NVivo Version X. The data were analysed using thematic content analysis...'.

Validity and reliability/Rigour

Describe procedures for assuring trustworthiness of qualitative data, including types of dependability and credibility used. If tools were developed for this study, describe the processes employed.

FINDINGS

Start with a description of the actual sample. For example: 'The study participants ranged in age from X to Y years...'

Present findings explicitly for each study aim or research question.

Use subheadings as appropriate.

Provide a brief summary of the findings. This should include the themes, stages or patterns (as appropriate). Then explain how each theme emerged and what each consists of (with relevant quotes from participants). Explain how the themes interrelate to produce a conceptual or theoretical understanding of the phenomenon you studied.

When using extracts of data from your study to illustrate a theme, ensure that you provide some way for the reader to link this to your participants. This could be by linking a table of demographics and pseudonyms to the data you use in the findings section. This enables the reader to link the words of the participant to their demographic details. It also allows the reader to judge how many of your participants are used in the findings and also that there is not, for example, over reliance on a small group of participants.

If your sample consisted of different groups (e.g. patients and nurses or nurses of different grades and position), the findings should reflect each of the groups.

When two or more methods (e.g. interviews and observations) are used in the same study, you should ensure that findings of both methods are reported adequately.

Use the literature in the findings section only if it informs or extends your analysis, not that it merely confirms what you found. This can be done in the discussion section.

DISCUSSION

Discussion must be in relation to the literature. Do previous research findings match or differ from yours? Do not use literature which only supports your findings.

Draw conclusions about what new knowledge has emerged from the study. For example, this new knowledge could contribute to new conceptualisations or question existing ones; it could lead to the development of tentative/substantive theories (or even hypotheses), it could advance/question existing theories or provide methodological insights, or it could provide data that could lead to improvements in practice.

Limitations

End with study limitations including but not confined to sampling considerations, trustworthiness and transferability of the findings

CONCLUSION

Provide real conclusions, not just a summary/repetition of the findings.

Draw conclusions about the adequacy of the theory in relation to the data. Indicate whether the data supported or refuted the theory. Indicate whether the conceptual model was a useful and adequate guide for the study.

Identify implications/recommendations for practice/research/education/management as appropriate, and consistent with the limitations.

Information och förfrågan om deltagande i en studie som handlar om distriktssköterskors strategier vid behandling av venösa bensår

Hej! Detta brev är riktat till dig som verksamhetschef/avdelningschef på Hälsocentral i Västerbottens läns landsting och ansvarar för distriktssköterskor som inom deras yrke behandlar venösa bensår. Vi vill härmed tillfråga om Du tillstyrker att distriktssköterskor på Er Hälsocentral deltar i studien.

Vi som genomför denna intervjustudie läser sista terminen på specialistprogrammet med inriktning mot distriktssköterska vid Umeå Universitet och ska under hösten skriva vårt examensarbete. Eftersom det till stor del saknas evidens för sårbehandling så är vår önskan är att få ta del av den beprövade erfarenheten som finns och de metoder som används bland verksamma distriktssköterskor idag. Studien vänder sig till distriktssköterskor som arbetar vid länets hälsocentraler som arbetar med omläggning av venösa bensår. Intervjun kommer att ta max 30 minuter och äga rum på den hälsocentral där du arbetar. Intervjun kommer spelas in digitalt, men allt som uttalas kommer att behandlas konfidentiellt och analyseras oidentifierat och redovisas på gruppnivå. Vid redovisning av resultatet kommer det därmed inte vara möjligt att koppla information till någon enskild individ.

Resultatet kommer att presenteras i en magisteruppsats inom Umeå Universitet. Medverkan är helt frivillig och kan avbrytas även efter att ni bestämt er att delta. Vi kommer att ta kontakta i slutet av v. 37 för att eventuellt boka tid för intervju som bör ske så snart som möjligt. Hör gärna av dig vid frågor, enligt kontaktuppgifter nedan. Fyll i uppgifterna på talongen nedan om Ni kan tänka Er att tillstyrka deltagandet. Talongen samlas in i samband med intervjun.

Vänligen

Anna Brännström
Distriktssköterskestudent
Inst för omvårdnad
Umeå Universitet

Lisa Gustavsson
Distriktssköterskestudent
Inst för omvårdnad
Umeå Universitet

Åsa Hörnsten
Handledare
Professor
Inst för omvårdnad
Umeå Universitet

Du tillfrågas härmed tillstyrka att distriktssköterskor på er hälsocentral deltar i studien om deras strategier vid behandling av venösa bensår.

Accepterar Du att distriktssköterskor deltar i intervjustudien? JA

Datum

Namnteckning

.....

Information och förfrågan om deltagande i en studie som handlar om distriktssköterskors strategier vid behandling av venösa bensår

Hej! Detta brev är riktat till dig som är distriktssköterska och inom ramen för ditt yrke behandlar venösa bensår och vi vill härmed tillfråga dig om du vill delta i studien. Din chef har tillstyrkt att du får delta i studien.

Vi som genomför denna intervjustudie läser sista terminen på specialistprogrammet med inriktning mot distriktssköterska vid Umeå Universitet och ska under hösten skriva vårt examensarbete. Eftersom det till stor del saknas evidens för sårbehandling så är vår önskan är att få ta del av den beprövade erfarenheten som finns och de metoder som används bland verksamma distriktssköterskor idag. Studien vänder sig till er distriktssköterskor som arbetar vid länets hälsocentraler som arbetar med omläggning av venösa bensår. Intervjun kommer att ta max 30 minuter och äga rum på den hälsocentral där du arbetar. Intervjun kommer spelas in digitalt, men allt du säger kommer att behandlas konfidentiellt och analyseras oidentifierat och redovisas på gruppnivå. Vid redovisning av resultatet kommer det därmed inte vara möjligt att koppla information till någon enskild individ.

Resultatet kommer att presenteras i en magisteruppsats inom Umeå Universitet. Din medverkan är helt frivillig och du kan avbryta ditt deltagande även efter att du bestämt dig att delta. Vi kommer att kontakta dig i slutet av v. 37 för att eventuellt boka tid för intervju som bör ske så snart som möjligt. Hör gärna av dig vid frågor, enligt kontaktuppgifter nedan. Fyll i uppgifterna på talongen nedan om du kan tänka dig att delta. Talongen samlas in i samband med intervjun.

Vänligen

Anna Brännström
Distriktssköterskestudent
Inst för omvårdnad
Umeå Universitet

Lisa Gustavsson
Distriktssköterskestudent
Inst för omvårdnad
Umeå Universitet

Åsa Hörnsten
Handledare
Professor
Inst för omvårdnad
Umeå Universitet

Du tillfrågas härmed om deltagande i studien om distriktssköterskors strategier vid behandling av venösa bensår.

Accepterar Du att delta i intervjustudien? JA

Datum

Namn.....
teckning

Intervjuguide

Introduktion

Vi skriver nu vår magisteruppsats och vårt intresse för ämnet till uppsatsen uppkom efter vår praktik då vi insåg att distriktssköterskorna spenderade mycket tid med patienter som har venösa bensår. Vi fann det och upplever det fortfarande som en patientgrupp som är tidskrävande och att en del har långa behandlingstider och återkommer flera gånger i veckan för besök på hälsocentralerna. Nu inför att bli färdiga distriktssköterskor känner vi viss osäkerhet inför hanteringen och omvårdnaden av denna patientgrupp och valde då att ta tillfället i akt att försöka bringa mer klarhet runt deras behandling och vård.

Syftet

Vårt syfte är att beskriva distriktssköterskors strategier vid omläggning av venösa bensår. Då det är väldigt lite forskat på ämnet, så tänker vi att vi kan lära oss mera, genom att studera distriktssköterskors strategier. Tanken är att vi sedan kommer diskutera resultatet (intervjuerna) mot den faktiska forskning som finns. Vi vill påpeka att det inte finns några rätt eller fel svar, vi sitter inte med facit, utan är intresserade av hur du skulle göra.

Praktisk information och etik

Det vi kommer att göra här idag är en intervju och då kommer vi att spelas in våra röster för att vi sedan ska kunna skriva ut det. Alla deltagare, i detta fall du, kommer helt oidentifierat och all information som framkommer behandlas konfidentiellt. Materialet som vi får fram kommer sedan att analyseras och resultatet framställas i vår magisteruppsats som vi hoppas vara färdig med i slutet av oktober. Allt inspelat material kommer att raderas efter avslutad studie.

Vi bad er att fylla i en talong med ditt samtycke till att delta i studien. Gick det bra att fyll i den? Känner du fortfarande att du vill vara med i vår studie?

Intervjun

Hur gammal är du?

Hur länge du arbetat som sjuksköterska respektive distriktssköterska?

Hur länge du arbetat på hälsocentral?

Vi kommer nu läsa upp en patientberättelse och vi vill att du föreställer dig att den patienten kommer in här på hälsocentralen och har bokat tid för att träffa dig i ditt arbete som distriktssköterska. (Lämnar även över en textad patientberättelse som distriktssköterskan själv får läsa).

Patientberättelse:

”Till hälsocentralen kommer en 75 årig patient som har ett sår på ena benet som inte vill läka. Patienten är så pass pigg att denne bor hemma utan hemtjänst, kan ta sig till och från hälsocentral utan hjälpmedel. Orienterad.”

Som distriktssköterska är det nu du som får se såret först och ska göra en bedömning. Vi önskar att du vill berätta för oss hur du tänker och hur du gör när det kommer en patient med sådana här sår? Rengöring, omläggning, information till patienten osv. Som vi sagt tidigare är detta inget test utan vill att du fritt berätta om behandlingen och om det du själv finner relevant och adekvat. Vi har tre bildexempel som ska föreställa patientens sår vid olika tillfällen.

Vid den första omläggningen ser såret ut så här:



Berätta, hur tänker du när du ser den här bilden.

Vid omläggning nummer två har såret förändrats och nu ser det ut så här:



Hur tänker du då...?

Vid tredje omläggningen har det åter igen förändrats och då man tar av omläggningen ser du ut så här:



Berätta... Hur tänker du?

Om du fick bestämma, hur skulle vården se ut för patienter med venösa bensår?

Vi har inga fler frågor till dig. Är det något du vill fråga oss eller något du vill tillägga?

Tack för att du tog dig tid!

PRODUKTNAMN	TYP	EGENSKAP	INDIKATION
AQUACEL	Förband med hydrofiber egenskaper	Aquacel absorberar och binder in sårvätska och bakterier. Sårvätskan låses in i fibrerna och hålls kvar även under kompression.	Måttliga till kraftigt vätskande sår tex fotsår, bensår och trycksår.
AQUACEL AG	Antimikrobiellt, högabsorberande förband.	Aquacel Ag absorberar och binder in sårvätska och bakterier. Bakteriedödande effekt på vanligt förekommande sårpatogener inkl. Pseudomonas aeruginosa.	Måttligt till kraftig vätskande sår. Infekterade sår eller sår med ökad risk för infektion. Fotsår, bensår och trycksår.
CAVILON NO STING	Hudbarriärfilm. Hudskyddsmedel.	Cavilon no Sting är en klinisk dokumenterad hudbarriärfilm, som ger långtidsskydd.	Trycksårprofylax. Inkontinensrelaterad dermatit. Runt sår för att förebygga maceration, runt stomier och fistlar.
COBAN 2-LAGERS KOMPRESSIONSSYSTEM	2-lagers kompressionssystem	Ger en effektiv och bibehållen kompression som kan bäras i upp till 7 dagar	Kompressionsbehandling av venösa bensår. Ankel/amrtrycksindex < 0,8.
COMPRILAN	Lågelastisk/kortsträcks kompressionsbinda	Genom låg elasticitet bildas ett bra motstånd till vadmuskelns rörelser och ger mycket hög kompression. Genom lågt vilotryck kan bindan sitta permanent i flera dagar.	Kompressionsbehandling. Patienten bör vara mobil för optimal effekt. Lymfödem.
DUODERM	Hydrokolloid, ocklusiv, självhäftande förbandsplatta	Skapar gynnsam sårläkningsmiljö som främjar autolytisk debridering, kroppsegen debridering och grannulation. En effektiv barriär som inte tillåter passage av luft, vatten, bakterier eller viruspartiklar	Lite till måttlig mängd vätskande sår. Förbandet kan användas till de flesta sår. Fot-, ben- och trycksår samt akuta sår med kirurgisk eller traumatisk bakgrund.
DUODERM HYDROGEL	Vattenbaserad sårgel	Skapar en fuktig sårmiljö i torra sår.	Torra eller lätt vätskande sår. Sår med fibrinbeläggning. Smärtsamma sår.
KLORHEXIDINSPRIT INTRASITE GEL	Kutan lösning. Gel.	Desinfektionsmedel. Bibehåller en fuktig miljö och löser upp nekroser.	Sårdesinfektion. Behandling vid sparsamt till måttligt vätskande sår med gul eller svartfuktig nekros såsom trycksår, bensår, kirurgiska sår och maligna sår.

PRODUKTNAMN	TYP	EGENSKAP	INDIKATION
JODOSORB	Har ej kunnat identifieras.	Har ej kunnat identifieras.	Har ej kunnat identifieras.
SOLVALINE N KOMPRESS	Icke vidhäftande kompress	Sårkompress av 100 % bomull som på båda sidorna är belagd med permeabelt polyesterfilm.	För flertal olika sår. Kan med fördel användas med gel för fuktig sårmiljö.
SORBACT	Bakterie- och svampbindande förband	Binder bakterier och svamp till förbandet genom hydrofob interaktion. Rensar upp infekterade sår, minskar risk för infektion i ”rena sår” och behandlar svampinfektion i hudveck.	Sorbact är effektivt vid alla typer av sår, och vid svampinfektioner i hudveck, då man vill behandla eller minska risken för bakterie- och svampangrepp
TUBIFAST	Ett tubformat förband med elasticitet både på längd och bredden	Ett elastiskt tubförband utan kompression med elasticitet både på längden och bredden.	Används som stödförband istället för elastisk linda.
VÄTEPEROXID	Antibakteriell lösning för mekanisk sårrengöring	Antibakteriell lösning för mekanisk sårrengöring.	För mekanisk rengöring av kontaminerades skrubbsår.
ZINKSTRUMPA (ZIPZOC SALVSTRUMPA)	Innerförband vid dubbelbandagering	Elastisk trikåstrumpa som har en lugnande, lindrande och skyddande effekt på huden.	Innerförband vid kompressionsbehandling av venösa bensår, venösa eksem
ÄTTIKSYRA	Läkemedel, receptbelagt. Kutan lösning till omslag av infekterade sår	Utspädd lösning av ättiksyra har antibakteriell effekt vid infektioner orsakade av syralabila bakterier, tex Pseudomonas aeruginosa, som vanligt förekommande vid venösa bensår.	Bensår infekterade med pseudomonas aeruginosa

(Lindholm & Grauers 2015., FASS 2015)