



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Distriktssköterskors reflektioner kring att arbeta med kroniska bensår

En intervjustudie

Anna Cronvall och Maria Elg

2013

Examensarbete, Avancerad nivå (magisterexamen), 15 hp
Vårdvetenskap
Självständigt examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde
Specialistsjuksköterskeprogrammet

Handledare: Annica Ernesäter
Examinator: Maria Engström

Förord

Detta examensarbete, en magisteruppsats har genomförts av två studerande, Anna Cronvall (AC) och Maria Elg (ME). Författare AC har ansvarat för att intervjua samt transkribera intervjuerna med distriktssköterskor anställda av landstinget. Författare ME har ansvarat för att intervjua samt transkribera intervjuerna med distriktssköterskor anställda inom kommunal verksamhet. Båda författarna var med vid samtliga intervjuer. Båda författarna har sedan gemensamt varit delaktiga i hela analysprocessen. Sammanfattning/abstract, introduktion, metod, huvudresultat, metoddiskussion, allmän diskussion, slutsats samt alla sökningar efter vetenskapliga artiklar har gjorts gemensamt av båda författarna.

Sammanfattning

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors reflektioner kring att arbeta med kroniska bensår. Studien genomfördes som en semistrukturerad intervjustudie och hade deskriptiv design. Totalt sexton distriktssköterskor intervjuades, åtta distriktssköterskor med landstinget som arbetsgivare och åtta distriktssköterskor med kommunal arbetsgivare. Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visade att distriktssköterskorna ansåg att arbetet med kroniska bensår var ett vanligt förekommande arbetsmoment samt att bristande samarbete från patienten var en bidragande orsak till långa behandlingstider och utebliven sårhäkning.

Distriktssköterskorna beskrev vikten av att medvetandegöra patienterna om sitt egenansvar för att främja sårhäkningsprocessen. Kunskapen till att behandla kroniska bensår ansåg distriktssköterskorna att de hade, men det spelade ingen roll hur mycket distriktssköterskorna gjorde så länge patienterna inte var följsam i behandlingen.

Kompressionsbehandling beskrevs av distriktssköterskorna som den främsta behandlingsmetoden för att uppnå läkning av kroniska bensår, men de upplevdes ibland problematiskt att motivera patienterna till kompressionsbehandling. Det påtalades av distriktssköterskorna att god dokumentation och individuella vårdplaner underlättade deras arbete samt möjliggjorde utvärdering av sårhäkningsprocessen.

Slutsatsen är att distriktssköterskorna upplever att patienter med kroniska bensår som är väl informerade och motiverade till följsamhet kunde ges optimal bensårsbehandling.

Profylaktiskt arbete är viktigt för att undvika recidiv vid behandling av kroniska bensår.

Nyckelord: Bensårsbehandling, Distriktssköterska, Kroniska bensår

Abstract

The aim of this study was to describe district nurses' reflections on working with chronic leg ulcers. The study was conducted as a semi-structured interview and had a descriptive design. A total of sixteen district nurses were interviewed, eight district nurses with the county council as an employer and eight district nurses with local employers. The material was analysed using qualitative content analysis. The result showed that the district nurses felt that work on chronic leg ulcers were a common operation and described the lack of cooperation from patients as a contributing factor to long processing times and failure to heal. The district nurses described the importance of awareness of patients about their own responsibility in promoting wound healing process. Knowledge to treat chronic leg ulcers considered district nurses that they had, but it did not matter how much the district nurses did as long as the patients were not responsive to treatment. Compression therapy was described by the district nurses as the primary method of treatment to achieve healing of chronic leg ulcers, but sometimes they experienced difficulties to motivate patients to compression therapy. District nurses pointed out that good documentation and individual care plans facilitated their work and allowed for the evaluation of the wound healing process.

The conclusion is that the district nurses feel that patients with chronic leg ulcers who are well informed and motivated to adherence could be given optimal leg ulcer treatment. Prophylactic work is important to avoid recurrence in treatment of chronic leg ulcers.

Keywords: Chronic leg ulcers, District nurse, Leg ulcers treatment

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Distriktssköterskans yrkesroll	1
Kroniska bensår och bensårsbehandling	2
Teoretisk referensram	4
Problemformulering	4
Syfte	5
Frågeställning	5
Metod	5
Design	5
Urvalsmetod och undersökningsgrupp	5
Datainsamlingsmetod	6
Tillvägagångssätt	7
Dataanalys	8
Forskningsetiska överväganden	10
Resultat	10
Distriktssköterskans erfarenheter av att arbeta med kroniska bensår	11
Distriktssköterskans upplevelser av faktorer som förhindrar optimal bensårsbehandling	13
Distriktssköterskans strategier för att uppnå optimal bensårsbehandling	17
Diskussion	20
Huvudresultat	20
Resultatdiskussion	21
Metoddiskussion	25
Allmän diskussion	27
Slutsats	29
Referenslista	30

Introduktion

Studier har visat att upp till hälften av distriktssköterskans arbetsuppgifter bestod av att behandla kroniska bensår (Haram *et al.* 2003, Simon *et al.* 2004, Friman *et al.* 2010, Maddox 2012). Distriktssköterskan tillbringade mycket tid till att behandla patienter med kroniska bensår och måste därför ha ett holistisk synsätt på vården kring dessa patienter för att förbättra deras livskvalitet (Maddox 2012). Livskvalitén påverkades negativt hos patienter som drabbas av kroniska bensår. Symtom som smärta, läckande förband, dålig lukt, minskat psykiskt välbefinnande och minskad social samvaro bidrog till den upplevda känslan av sänkt livskvalité (Persoon *et al.* 2004, Maddox 2012). Tidigare studier visade att distriktssköterskor upplevde sig osäkra och saknade tillräcklig kunskap för att kunna ge optimal bensårsbehandling (Haram *et al.* 2003, Ribu *et al.* 2003). En engelsk studie visade att sårläkningsprocessen tog mycket lång tid, i snitt tog det tjugo månader för att uppnå läkning av ett kroniskt bensår. Studien visade även ett flertal patientfall där de rekommenderade riktlinjerna för behandling av bensår inte följdes, detta bidrog till de långa behandlingstiderna (Lorimer 2003). En studie gjord av Friman *et al.* (2010) visade att distriktssköterskor eftersträvade att ge sakkunnig vård till patienter med alla typer av sår men att brist på gemensamma rutiner och riktlinjer har identifierats samt även brister i distriktssköterskans arbetsmiljö och utrustning. Detta kunde leda till ineffektiv sårbehandling och onödigt lidande för patienten (Ribu *et al.* 2003, Friman *et al.* 2010).

Distriktssköterskans yrkesroll

Yrket som distriktssköterska ställer stora krav på självständigt arbete, vetenskapligt förhållningssätt, mångkulturellt kunnande och professionellt ansvar. Arbetet sträcker sig över många verksamhetsområden och vårdformer där arbetsuppgifterna är väldigt varierande. Distriktssköterskan skall arbeta med ett etiskt förhållningssätt där relationen mellan distriktssköterskan och patienten bygger på respekt för den enskilda individens integritet, självbestämmande och delaktighet (Distriktssköterskeföreningen 2008). Detta beskriver även hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt att vården skall vara lättillgänglig, tillgodose patientens trygghet i vården, vara av god kvalitet och främja för god kontakt mellan patient och vårdpersonal. Arbetet skall vara patientcentrerat men även bemöta familjen med närvaro, lyhördhet, ärlighet och bekräftelse. Vidare skall distriktssköterskan stärka patienterna till god hälsa genom ett hälsofrämjande synsätt och stödja patientens egenvårdsförmåga. De olika arbetsområdena för distriktssköterskan kräver ett holistiskt perspektiv som förutom individen

innefattar närmiljö och samhälle men även ekonomiska och politiska faktorer. Beredskap för livslångt lärande och förmågan att söka och använda sig av evidensbaserad kunskap inom omvårdnadsvetenskapen är viktigt för att anpassa sig för ökade krav på kvalitet och hälsoekonomi (Distriktssköterskeföreningen 2008). Patientens förtroende för sjuksköterskan är en viktig del i sårvårdsbehandlingen, är samarbetet mellan sjuksköterskan och patienten bra kan patienten lättare ta till sig de råd om livsstilsförändringar som i sin tur främjar möjligheterna till sårhäkning. För att patienten ska bygga upp en tillit till sjuksköterskan var det viktigt att han/hon inger trygghet och bekräftar patienten i sin situation (Van Hecke 2010).

Kroniska bensår och bensårsbehandling

Kroniska bensår definieras som ett sår på ben nedanför knä eller på fot som inte har läkt på sex veckor (Royal College of Nursing 2006). Ett bensår är inte en diagnos i sig utan symtom på bakomliggande orsaker (Haram *et al.* 2003, Lindholm 2012). Vanligaste orsaken till kroniska bensår var venös insufficiens, enligt en engelsk studie var upp emot sjuttiofem procent av de kroniska bensåren orsakade av venös insufficiens (Andersson & King 2006). Andra bakomliggande sjukdomar som kan leda till kroniska bensårs uppkomst kan vara tumörer, arteriell insufficiens, neuropatiska komplikationer orsakad av diabetes eller vaskulit (Royal College of Nursing 2006, Lindholm 2012).

En riskfaktor för att drabbas av ett kroniskt bensår är stigande ålder då sannolikheten att drabbas av flera sjukdomar ökar med stigande ålder (Socialstyrelsen 2009). En engelsk studie visade samma progress med att ökad livslängd medförde större risk för uppkomst av kroniska venösa bensår (Drew *et al.* 2007). För att uppnå en framgångsrik läkningsprocess krävs att de bakomliggande orsakerna till sårets uppkomst identifieras (Royal College of Nursing 2006, Läkemedelsboken 2011-2012, Lindholm 2012). Med en grundlig anamnes, inspektion och fysikalisk undersökning kan etiologin fastställas och därmed kan optimal sårvårdsbehandling genomföras. I den fysikaliska undersökningen bör perifer pulsar palperas, om det föreligger perifer neuropati undersökas, samt hudens temperatur och färg observeras (Royal College of Nursing 2006, Läkemedelsboken 2011-2012, Lindholm 2012).

Kompressionsbehandling är en viktig del både i förebyggande syfte och i behandlingen av kroniska bensår orsakade av venös insufficiens. Det finns många olika kompressionstekniker som till exempel stödstrumpor, pumpstövel eller bandagering med hög- eller lågelastiska bindor (Vårdhandboken 2012a). När kompressionsteknikerna används på rätt sätt, enligt

riktlinjer är de mycket effektiva (Royal College of Nursing 2006, Andersson 2008). Ankeltryck med ultraljudsdoppler bör mätas på alla patienter med kroniska bensår enligt Lindholm (2012). Ankel-/armtrycksindex (ABPI) är kvoten mellan systoliskt ankelblodtryck och systoliskt armbloodtryck. Uträkning av ABPI är en förutsättning för adekvat behandling för patienter med nedsatt cirkulation i underbenen kan ges (Vårdhandboken 2012b). Ankeltryckmätning anses som ett viktigt verktyg för sjuksköterskan att avgöra om kompressionsbehandling kan användas, men tryckmätning med ultraljudsdoppler används i för liten utsträckning (Morris & Sander 2007). Viktigt var dock att ultraljudsdoppler användes på ett korrekt sätt då felaktiga värden kunde leda till att patienten inte fick adekvat behandling (Eagle 2006, Lindholm 2012). Fortsatt kompressionsbehandling under lång tid motverkade risken för uppkomst av nya sår (O'Meara *et al.* 2009).

Registrering i RiksSår vilket är ett webbaserat nationellt bensårsregister, rekommenderas för diagnos, upprättande av behandlingsplan samt uppföljning vid läkt sår (RiksSår 2012). När läkning av ett venöst kroniskt bensår var uppnådd var det viktigt att uppföljning genomfördes för att undvika recidiv (Friman *et al.* 2010). För att kvalitetssäkra behandlingen av de kroniska bensåren skriver Lindholm (2012) att en väl genomförd sårvårdsjournal ska upprättas. Dock visar en svensk studie att brister finns i distriktssköterskans dokumentation av bensår. Den bristfälliga dokumentationen gjorde det svårt att följa sårläkningsprocessen, detta utgjorde en försämrad kontinuitet för patienten och var ett hinder i kvaliteten av bensårsbehandling (Ehrenberg & Birgersson 2003). Syftet med att föra en patientjournal är enligt patientdatalagen (2008:355) att patienten skall få en god och säker vård. Uppgifter skall finnas om bakgrund till vården, ställd diagnos, anledning till åtgärder både planerade och utförda. Det skall även dokumenteras vilken information patienten har fått och vilka ställningstagningstaganden som har gjorts (Patientdatalagen 2008:355). Sårvårdsjournalen bör innefatta information om tidigare sjukdomar exempelvis tromboser eller diabetes. Sårvårdsjournalen bör också innehålla information om det finns ärftlighet för exempelvis varicer eller venös insufficiens. Om riskfaktorer som har negativ inverkan på sårläkning som rökning eller om övervikt förekommer bör detta dokumenteras. Sårets status som exempelvis utseende, ödem, lokalisation, smärta och omkringliggande hud skall inspekteras och dokumenteras (Benbow 2009, Eagle 2009, Lindholm 2012).

Teoretisk referensram

Enligt den amerikanska omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem är målet med omvårdnad att till största del så långt det är möjligt främja patientens egenvårdskapacitet. Att som distriktssköterska främja en patients egenvårdskapacitet för att uppnå god sårsläkning hos en patient med kroniska bensår stämmer väl överens med beskrivningen av en distriktssköterskas arbetsuppgifter (Orem 2001, Distriktssköterskeföreningen 2008). Dorothea Orem beskriver i sin omvårdnadsteori att en individs egenvårdskapacitet är en inlärd förmåga att möta det kontinuerliga behovet av vård. Olika grader av egenvårdskapacitet finns hos olika individer beroendes på variationer av ålder, livserfarenheter, utbildningsnivå, hälsotillstånd samt socialt och kulturellt nätverk. Orem menar också att kunskap och motivation är en viktig del av en individs förmåga till egenvårdskapacitet, dessa avgör vilken förmåga en individ har till att kunna tolka sina behov av egenvård samt att själv kunna planera den egenvård som behövs. Orem's omvårdnadsteori beskriver även individers egenvårdsbegränsningar i form begränsade kunskaper, begränsade förmågor att göra bedömningar och fatta beslut samt begränsningar i förmågan att utföra praktiska handlingar. För att kunna hjälpa den behövande att få ökad förmåga till att utföra egenvård beskriver Orem i sin omvårdnadsteori olika typer av allmänna hjälpmetoder som en sjuksköterska kan använda sig av. Dessa hjälpmetoder beskrivs som att sjuksköterskan ska skapa en både fysik och social miljö som kompenserar för individens bristande förmåga till egenvård. Genom att sjuksköterskan vägleder, stödjer samt undervisar individen främjar sjuksköterskan individens tillfrisknande samt finns en målsättning om att individen till slut ska kunna bli oberoende (Orem 2001). Distriktssköterskans arbete med att ge optimal bensårsbehandling till en patient med kroniska bensår bygger på distriktssköterskans kunskaper om behandling av kroniska bensår i kombination med att använda sig av Dorothea Orem's beskrivna hjälpmetoder för att främja patienternas egenvårdskapacitet (Orem 2001, Van Hecke *et al.* 2010).

Problemformulering

Tidigare studier visar att distriktssköterskor upplever sig osäkra och saknar tillräcklig kunskap för optimal bensårsbehandling. Orsakerna till detta kan vara avsaknad av riktlinjer eller att riktlinjer inte följs (Haram *et al.* 2003). Upp emot hälften av distriktssköterskors arbetsuppgifter består av att behandla kroniska bensår (Haram *et al.* 2003, Friman *et al.* 2010, Maddox 2012). Bristfällig dokumentation försvårar möjligheten att följa sårsläkningsprocessen vilket kan bidra till försämrad kontinuitet och vara ett hinder i kvalitén av bensårsbehandlingen (Ehrenberg & Birgersson 2003). På grund av organisationsbrister

saknas ofta rutiner för samarbete mellan olika professioner. Respektive professions ansvarsområde är ofta otydligt definierat och det saknas riktlinjer för behandlingar av bensår. Detta sammantaget leder i slutändan till onödigt lidande för patienterna och försvårar arbetet för distriktssköterskorna (Friman *et al.* 2010).

Syfte

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors reflektioner kring att arbeta med kroniska bensår.

Frågeställning

Hur reflekterar distriktssköterskor med kommunal arbetsgivare kring att arbeta med kroniska bensår?

Hur reflekterar distriktssköterskor med landstinget som arbetsgivare kring att arbeta med kroniska bensår?

Metod

Design

Undersökningen använde en kvalitativ ansats med beskrivande design. En beskrivande design är passande när syftet är att beskriva vanligt förekommande upplevelser hos deltagarna (Polit & Beck 2012).

Urvalsmetod och undersökningsgrupp

I föreliggande studie har deltagarna samlats in via ett bekvämlighetsurval. Variationen på deltagarna har erhållits genom variation avseende ålder, kön och klinisk yrkeserfarenhet (Polit & Beck 2012). Inklusionskriterium för deltagande i studien var legitimerad sjuksköterska med vidareutbildning till distriktssköterska med klinisk erfarenhet av bensårsbehandling.

Distriktssköterskor behandlar ofta patienter med kroniska bensår varför dessa var lämpliga deltagare till studien. Undersökningsgruppen bestod av åtta distriktssköterskor med kommunal arbetsgivare samt åtta distriktssköterskor med landstinget som arbetsgivare. Av dessa sexton distriktssköterskor var femton kvinnor och en man. Distriktssjuksköterskorna var mellan trettiofem och sextiotvå år och hade yrkeserfarenhet som distriktssjuksköterska mellan fyra och trettio år. Beskrivning av deltagarnas ålder, antal yrkesverksamma år som

sjuksköterska respektive distriktssköterska samt vilken arbetsgivare de hade presenteras i en tabell. Kön har avsiktligt uteslutits i tabellen då risken för att röja konfidentialiteten var hög, se tabell 1.

Tabell 1. Beskrivning av deltagande distriktssköterskor i studien

Ålder	Yrkesverksamma år som sjuksköterska	Yrkesverksamma år som distriktssköterska	Arbetsgivare
40	17	3	Kommunal
42	15	9	Kommunal
45	26	12	Kommunal
53	28	15	Kommunal
54	34	4	Kommunal
54	31	8	Kommunal
56	27	13	Kommunal
62	37	8	Kommunal
35	13	5	Landstinget
48	23	10	Landstinget
52	33	30	Landstinget
52	28	10	Landstinget
52	23	13	Landstinget
52	8	5	Landstinget
58	16	10	Landstinget
59	37	13	Landstinget

Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen har skett via semistrukturerade intervjuer (Kvale & Brinkmann 2009) vilka täckte in studiens syfte. En intervjuguide med i förväg utarbetade frågeområden användes för att säkerställa att samma information efterfrågades i samtliga intervjuer. En provintervju genomfördes för att testa frågorna i intervjuguiden. Exempel på frågor i intervjuguiden var ”berätta om dina erfarenheter av kroniska bensår”, ”beskriv ett patientfall där behandlingen av ett kroniskt bensår var lyckad”, ”beskriv ett patientfall där behandlingen av ett kroniskt bensår

var mindre lyckad”, ”vilka möjligheter ser du att kunna effektivisera bensårsbehandlingen”, ”upplever du några hinder för lyckad bensårsbehandling” och ”finns det möjlighet till fortbildning inom bensårsbehandling”. Följdfrågor som har använts var, vad tror du det berodde på, kan du utveckla mer och önskar du mer fortbildning inom bensårsbehandling. Intervjuerna inleddes med frågor om deltagarnas ålder, antal yrkesverksamma år som sjuksköterska samt yrkesverksamma år som distriktssköterska. Provintervjun svarade på studiens syfte och inkluderades därmed i studien. Alla intervjuer startades med att deltagarna informerades om studien och dess upplägg. Intervjuerna hade ett ansvar för att skapa en miljö där den som lät sig intervjuas tryggt kunde delge sina känslor och erfarenheter. Förutsättningarna för att genomföra en bra intervju är att de utförs i avskildhet utan störande faktorer (Polit & Beck 2012). Ordningsföljden på frågorna kunde variera mellan intervjuerna beroende på hur deltagarna svarade. Intervjuerna spelades in på mobiltelefon. Detta för att inte viktig och relevant information skulle försvinna samt för att förebygga eventuella feltolkningar vid ett senare skede (Kvale & Brinkmann 2009). Då det var två författare till studien ansvarade författare ME för att intervju de kommunalt anställda distriktssköterskorna och författare AC ansvarade för att intervju de landstingsanställda distriktssköterskorna. Samtliga intervjuer genomfördes under februari och mars 2013. Deltagarna fick själva bestämma tid och plats för intervjun. Båda författarna närvarade vid samtliga intervjuer. Intervjuerna varade mellan 20-45 minuter och genomfördes på deltagarnas arbetsplatser. Allt material har förvarats inlåst.

Tillvägagångssätt

En verksamhetschef över kommunal verksamhet och en verksamhetschef över landstingsbedriven verksamhet i ett län i Mellansverige kontaktades via brev. Information angående studien och dess syfte skickades tillsammans med en ansökan om att få genomföra intervjustudien. Båda ansökningarna godkändes av respektive verksamhetschef och återsändes underskrivna i svarskuvert till författarna. Efter att respektive verksamhetschef givit sitt skriftliga tillstånd att genomföra studien kontaktades enhetschefer på hälsocentraler samt enhetschefer vid kommunal verksamhet via e-post, där information om studien samt en förfrågan om namn och telefonnummer till presumtiva deltagare efterfrågades. Tre av fyra kontaktade enhetschefer över hälsocentraler svarade omgående med namn och telefonnummer till åtta stycken presumtiva deltagare. Dessa tilltänkta deltagare kontaktades personligen av författarna med muntlig information om studien via telefon. Samtliga tackade ja till att bli intervjuade. Då det räckte med åtta intervjuer av landstingsanställda distriktssjuksköterskor

behövde därmed författarna inte ta upprepad kontakt med den fjärde enhetschefen som inte svarat. Sex enhetschefer för kommunal verksamhet kontaktades via e-post med information om studien samt en förfrågan om namn och telefonnummer till presumtiva deltagare. Fyra enhetschefer svarade omgående med förslag på sex stycken möjliga deltagare. Dessa tilltänkta deltagare kontaktades personligen av författarna med muntlig information om studien via telefon. Fyra tackade ja till att delta och två avböjde sin medverkan. Efter en vecka togs ny kontakt per telefon med en enhetschef som inte svarat. Denne enhetschef gav då förslag på två presumtiva deltagare. Dessa kontaktades via telefon och fick muntlig information om studien av författarna. De gav sitt medgivande om deltagande i studien. Vid ett intervjutillfälle träffade författarna ytterligare två distriktssjuksköterskor, dessa fick information om studien muntligt på plats och tackade ja till deltagande. Därmed hade författarna de åtta deltagare med kommunal arbetsgivare som behövdes till studien. Samtliga sexton deltagare i studien har vid respektive intervjutillfälle informerats både muntligt och skriftligt om att allt material kommer att behandlas konfidentiellt, att deras deltagande var frivilligt och kunde avbrytas när som helst.

Dataanalys

I studien har en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) används för att analysera materialet. De två författarna har själva ansvarat för att transkribera sina respektive åtta genomförda intervjuer. Därefter har analysprocessen genomförts gemensamt av de båda författarna. De transkriberade intervjuerna har av författarna upprepade gånger lästs igenom grundligt för att få en känsla för helheten. Det transkriberade materialet har sedan delats in i meningsbärande enheter. Dessa meningsenheter var ord, uttalanden och meningar som svarade mot studiens syfte. Därefter kondenserades meningsenheterna vilket betydde att meningsenheterna kortades ner utan att innehållet förändrades. De kondenserade meningsenheterna abstraherades genom att tilldelas en kod vilken kortfattat beskrev meningsenhetens innehåll. Genom att sedan titta efter kodernas likheter kunde koderna grupperas i subkategorier. Slutligen identifierades tre kategorier ut ur subkategorierna som genom sina likheter speglade det centrala som framkommit i studien (Graneheim & Lundman 2004). Under analysarbetets gång har författarna vid ett flertal tillfällen diskuterat meningsbärande enheter, koder, subkategorier och kategorier i grupp med handledare och andra studenter. Samtliga deltagare i handledningsgruppen hade klinisk erfarenhet av bensårsbehandling. Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan trovärdigheten öka om det

finns medbedömare i analysprocessen. För exempel på hur analysprocessen har gått till se tabell 2.

Tabell 2. Exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Kondenserad enhet	Kod	Subkategori	Kategori
... att de är väldigt långvariga att de är väldigt svårt att få dom att läka	De är väldigt långvariga och svårt att få dem att läka	Kroniska bensår är långvariga och svårläkta	Kroniska bensår är vanligt förekommande, långvariga och svårläkta	Distrikts-sköterskans erfarenheter av att arbeta med kroniska bensår
... att få medverkan från patienten för alla patienter förstår inte riktigt att de har ett visst egenansvar	Att få medverkan från patienten. Alla patienter förstår inte att de har ett visst egenansvar	Hinder för lyckad bensårsbehandling	Kunskapsbrist hos patienten leder till utebliven sår-läkning	Distrikts-sköterskans upplevelse av faktorer som förhindrar optimal bensårsbehandling
... det tycker jag att jag märker eller ja det är att lindningen har en sån jättestor betydelse. Det spelar inte så jättestor roll vad jag lägger på såren men lindar jag dom kan jag få dom att läka, det är min erfarenhet	Jag märker att lindningen har jättestor betydelse. Det spelar ingen roll vad jag lägger på såren men lindar jag kan jag få dem att läka, det är min erfarenhet	Lindning är den viktigaste behandlingsmetoden	Att använda sig av kompressionsbehandling	Distrikts-sköterskans strategier för att uppnå optimal bensårsbehandling

Forskningsetiska överväganden

Ansökan om tillstånd att genomföra studien har godkänts av respektive verksamhetschef. Alla deltagare i studien har erhållit muntlig och skriftlig information om studiens syfte, tillvägagångssätt och vad deras medverkan innebar. Information gavs också om att deras deltagande var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan.

Resultatet av studien redovisades konfidentiellt så att inga deltagare kunde identifieras i materialet (Codex 2002/03). De inspelade materialet lades över från mobiltelefon till ett USB minne. Intervjuerna raderades sedan från mobiltelefonen och USB minnet förvarades inlåst så att obehöriga inte kunde ta del av ljudfilerna.

Det finns risk att en intervjustudie kan väcka obehagskänslor hos respondenten, att de börjar fundera i negativa termer om sitt arbete och sin yrkesroll. För att undvika detta samt att samma information från deltagarna efterfrågades användes en intervjuguide (Kvale & Brinkmann 2009).

Resultat

Resultatet av studien presenteras i löpande text och i en tabell. För beskrivning av kategorier och subkategorier var god se tabell 3. Analysen av intervjuerna resulterade i tre kategorier:

Distriktssköterskans erfarenheter av att arbeta med kroniska bensår,

Distriktssköterskans upplevelse av faktorer som förhindrar optimal bensårsbehandling

och **Distriktssköterskans strategier för att uppnå optimal bensårsbehandling.** Under

varje kategori redovisas de subkategorier som framkommit under analysarbetet. I

presentationen av subkategorierna kommer citat från intervjuerna att presenteras för att

tydliggöra resultatet. Citat från distriktssköterskor med landstinget som arbetsgivare redovisas som (L). Citat från distriktssköterskor med kommunal arbetsgivare redovisas som (K).

Tabell 3. Kategorier och subkategorier som beskriver distriktssköterskans reflektioner kring att arbeta med kroniska bensår.

Kategori	Subkategori
Distriktssköterskans erfarenheter av att arbeta med kroniska bensår	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Kroniska bensår är vanligt förekommande, långvariga och svårläkta</i> - <i>Bakomliggande sjukdomar försvårar sår läkningen och ger ökad risk för recidiv vid kroniska bensår</i>
Distriktssköterskans upplevelser av faktorer som förhindrar optimal bensårsbehandling	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Patienten är omotiverad till bensårsbehandling</i> - <i>Kunskapsbrist hos patienten</i> - <i>Organisatoriska brister inom distriktssköterskans arbetsområde</i> - <i>Bristande kontinuitet i bensårsbehandlingen och bristande dokumentation kring patienten</i>
Distriktssköterskans strategier för att uppnå optimal bensårsbehandling	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Att göra patienten medveten om sår läkningsfrämjande faktorer</i> - <i>Att använda sig av kompressionsbehandling</i> - <i>Att god dokumentation underlättar</i> - <i>Att samarbeta med patienten, kollegor och andra professioner</i>

Distriktssköterskans erfarenheter av att arbeta med kroniska bensår

Kategorin distriktssköterskans erfarenheter av att arbeta med kroniska bensår utgörs av de två subkategorierna; *kroniska bensår är vanligt förekommande, långvariga och svårläkta* och *bakomliggande sjukdomar försvårar sår läkningen och ger ökad risk för recidiv vid kroniska bensår*. Dessa subkategorier beskriver distriktssköterskans erfarenheter av att arbeta med kroniska bensår. Distriktssköterskorna upplever att det är ett vanligt förekommande arbetsmoment med behandling av kroniska bensår. Trots att olika behandlingsmateriel och bandageringar använts vid bensårsbehandlingen upplevde distriktssköterskorna att det tog lång tid och det var svårt att uppnå sår läkning.

Kroniska bensår är vanligt förekommande, långvariga och svårläkta

Respondenterna beskrev kroniska bensår som långvariga och svårläkta. De beskrev att flera olika behandlingsmetoder med förbandsmaterial och bandageringar som hade provats under flera år utan att sår läkning uppnåtts. Två respondenter hade erfarenhet av patienter med

kroniska bensår som funnits i över trettio år. En respondent beskrev hur de räknade med att det tog väldigt lång tid, upp emot ett år för att uppnå läkning av kroniska bensår. Alla respondenter beskrev hur de upplevde behandlingen av kroniska bensår som väldigt långvarig.

”Att det är väldigt långvariga, att det är ju väldigt svårt att få de att läka, det är ju väldigt många faktorer som ska spela in” (L2)

”Att de är återkommande, om de bättrar på sig lite och så helt plötsligt kan de bli sämre än vad det var från början” (K5)

Bakomliggande sjukdomar försvårar sårhäkningsprocessen och ger ökad risk för recidiv vid kroniska bensår

Respondenterna beskrev att många patienter hade en eller flera bakomliggande sjukdomar vilka utgjorde risk för att utveckla kroniska bensår. Den reflektion som respondenterna gjorde var att de kroniska bensåren var vanligt återkommande på de patienter som hade bakomliggande cirkulatorisk sjukdom och hos de patienter som var mycket stillasittande. Exempelvis beskrevs att många patienter med kroniska bensår även hade hjärtsvikt eller svårjusterad diabetes som bakomliggande orsak till att ha utvecklat kroniska bensår. Respondenterna beskrev hur ett nedsatt allmäntillstånd hos patienterna försvårade läkningen av kroniska bensår och förlängde behandlingstiden. Med nedsatt allmäntillstånd menade de flesta respondenterna, dåligt nutritionsstatus och nedsatt rörelseförmåga hos patienterna. Andra riskfaktorer för att utveckla kroniska bensår som nämndes av respondenterna var stigande ålder, nedsatt blodcirkulation och övervikt.

Hjärtsvikt nämndes av respondenterna som en bakomliggande sjukdom vilken försvårade sårhäkningsprocessen vid kroniska bensår. Respondenterna beskrev hur de upplevde att hjärtsvikt gjorde att det venösa återflödet försämrades med bensvullnad som följd. Svårigheterna med att få ner bensvullnaden var en orsak till att bensår hade svårt att läka. Respondenterna beskrev vidare hur obehandlad eller svårjusterad diabetes försvårade sårhäkningsprocessen vid kroniska bensår. Respondenterna beskrev att patienter med lågt blodvärde hade sämre möjligheter att läka sina sår. Respondenterna beskrev även hur infektioner i bensåren försvårade läkningen. Erysipel var en infektionssjukdom respondenterna beskrev som en

bakomliggande sjukdom till att kroniska bensår utvecklades eller att sår läkningen av kroniska bensår försvårades på grund av infektionen. En respondent beskrev en patient som hade arteriella bensår vilka var mycket svåråtkta. Vid arteriella bensår försvårades sår läkningsprocessen på grund av att de arteriella bensåren inte gick att kompressionslinda. Respondenterna beskrev att en del patienter utvecklade eksem till följd av ödematösa underben. Eksemen gav patienterna klåda som i sin tur kunde ge små sår som sedan utvecklades till kroniska bensår. Ett bensår som vätskade mycket kunde ge fukteksem vilket ledde till försvårad sår läkning. En respondent beskrev en patient med varicer där patienten inte följde ordinationen på att använda stödstrumpor vilket gjorde att han fick nya bensår. Vidare beskrev vissa respondenter att patienter med demenssjukdom eller andra förvirringstillstånd inte lät sina förband och kompressionslindor sitta kvar och därför bidrog detta till försämrad eller utebliven sår läkning. En respondent beskrev en patient med psykisk diagnos i botten som motsatte sig all form av behandling vilket ledde till utebliven sår läkning.

”För det är ju oftast äldre människor, oftast ja, cirkulationsstörningar är det ju förstås”(L5)

”Men det är ju ofta det också att det är andra sjukdomar med i bilden förstås, systemsjukdomar som orsakar såret liksom”(K6)

Distriktssköterskans upplevelse av faktorer som förhindrar optimal bensårsbehandling

Kategorin distriktssköterskans upplevelse av faktorer som förhindrar optimal bensårsbehandling utgörs av de fyra subkategorierna; *patienten är omotiverad till bensårsbehandling, kunskapsbrist hos patienten, organisatoriska brister inom distriktssköterskans arbetsområde och bristande kontinuitet i bensårsbehandlingen och bristande dokumentation kring patienten*. Dessa subkategorier beskriver distriktssköterskans erfarenheter av faktorer som försvårar optimal bensårsbehandling. Distriktssköterskan upplevde en försämrad sår läkning när patienten var omotiverad till bensårsbehandling. Ofta var det kompressionsbehandling som patienten motsatte sig på grund av obehag. Kunskapsbrist hos patienten som beskrevs av distriktssköterskorna kunde vara att ordinationer i bensårsbehandlingen inte följdes vilket gjorde att sår läkningen fördröjdes eller uteblev. Inte tillräckligt synliga riktlinjer om bensårsprogram, brister i dokumentationen med avsaknad av

individuella vårdplaner i journalen samt bristande kontinuitet av personal kring patienten försvårade bensårsbehandlingen.

Patienten var omotiverad till bensårsbehandling

Flera respondenter uttryckte hur de upplevde en försämrad sårhäkning när patienten var omotiverad och inte medverkade till bensårsbehandlingen. Återkommande beskrev respondenterna ett bristande samarbete från patienterna vid bensårsbehandling. Många patienter motsatte sig bensårsbehandling i form av kompressionslindning. Orsakerna till att patienterna motsatte sig kompressionslindning beskrevs av respondenterna som obehag i form av att det kändes trångt, instängt och klumpigt. Kroniska bensår krävde lång behandlingstid för att uppnå läkning, det kunde upplevas som en inskränkning i patienternas liv att underkasta sig den behandling som var nödvändig vilket gjorde patienten omotiverad till bensårsbehandling. Risken för recidiv av bensår var stor vilket gjorde att behandling med stödstrumpor ofta var livslång. Respondenterna upplevde att det var svårt att motivera patienterna till fortsatt behandling med stödstrumpor efter sårets läkning. En del patienter vägrade att ha stödstrumpor för att det gjorde ont och klämde. En respondent beskrev en omotiverad patient som tyckte att det var jobbigt och kände sig bunden av att passa tider då distriktssköterskan skulle komma och lägga om. Flera respondenter upplevde att patienterna hade svårt att få på sig sina stödstrumpor och att de var omotiverade till att få hjälp med att lösa problemet att få på stödstrumporna det kunde till exempel vara att de tyckte att hemtjänst kostade för mycket pengar.

”Det är patientens inställning och egen förståelse för det här... där tror jag man har ett motstånd. Jag menar vi har ju en del som vägrar ha stödstrumpor för det gör ont” (K4)

”Det är oftast hos patienten det är ett hinder, där patienten inte är motiverad till att se sin egen roll i det, det är ett hinder”(L1)

Kunskapsbrist hos patienten

Respondenterna beskrev patienter som inte riktigt trodde på behandlingen vilket gjorde dem mindre samarbetsvilliga till att genomgå bensårsbehandling. Respondenterna beskrev

patienter som inte hade full insikt och heller ingen tilltro till den långvariga kompressionsbehandling som ofta var nödvändig vilket bidrog till försämrad sårhäkning. Respondenterna beskrev patienter som inte förstod att deras följsamhet och egenansvar var viktig för sårhäkningen, där patienterna på eget initiativ lade om sina sår själva med egna bandage och avvek från överenskommen behandlingsregim. Respondenterna beskrev att patienterna inte fortsatte med distriktssköterskans ordinationer och på eget initiativ slutade att använda stödstrumpor efter uppnådd sårhäkning och på grund av detta sågs ofta bensåren återkomma. Det beskrevs av respondenterna hur de upplevde att många patienter hade dålig kunskap om betydelsen av god nutrition samt vikten av att röra på sig för att främja sårhäkningen. En respondent beskrev patienter som dragit ner på sitt kostintag för att de tyckte att de var så inaktiva att de inte behövde äta så mycket. Ensamhet och isolering beskrevs av en respondent vara orsak till försämrat nutritionsstatus. En respondent beskrev att distriktssköterskor ibland glömde bort att undervisa och informera patienterna om nutritionens betydelse för god sårhäkning, detta gjorde att patienterna hade en kunskapsbrist som ledde till utebliven sårhäkning.

”Alla patienter förstår inte riktigt att de har ett visst egenansvar i det här, till exempel äta ordentligt och försöka gå ut och röra på sig för att stimulera genomblödning och cirkulation” (L6)

”Fick man bara alla patienter att göra som man sa skulle det gå mycket lättare att få dom att läka” (K8)

Organisatoriska brister inom distriktssköterskans arbetsområde

Respondenterna beskrev hur arbetsmiljön, både på distriktssköterskemottagningarna och i patienternas hem försvårade möjligheten för distriktssköterskorna att utföra optimal bensårsbehandling. Det saknades duschmöjligheter av patienternas bensår i samband med omläggning och det saknades utrustning i form av specialstolar för att kunna lägga om och utföra kompressionslindningar på ett optimalt sätt. En omorganisation hade nyligen genomförts där landstingets hemsjukvård hade kommunaliserats detta hade gjort att personal med stor kompetens inom bensårsbehandling hade slutat eller bytt arbetsgivare. Respondenterna beskrev att riktlinjer för bensårsprogram fanns men behövde synliggöras och vara mer lättillgängliga ute på arbetsplatserna vilket flera upplevde att de inte var.

Respondenterna beskrev att läkarna sällan var ovilliga att hjälpa till med bensårsbehandlingen men de upplevde att de inte alltid var så uppdaterade i sina kunskaper om bensårsbehandling. De beskrev vidare att de kunde uppleva att läkarna inte tyckte att det var så intressant att behandla och fördjupa sig i kroniska bensår. Respondenterna upplevde att bensår inte prioriterades så högt av läkarna och därför kunde insättandet av adekvat behandling fördröjas då de måste invänta läkarens ordination på exempelvis vätskedrivande läkemedel eller ankeltrycksmätning innan kompressionsbehandling kunde påbörjas. En respondent upplevde det svårt att ge optimal bensårsbehandling då hon var begränsad till att endast kunna beställa hem och använda de omläggingsmaterial som var upphandlade av hennes arbetsgivare. En respondent beskrev att arbetsgruppen var så utspridd vilket gjorde att de inte hade något riktigt bra samlingsforum för att utbyta kunskap. En respondent upplevde att tidsbrist och en stressig miljö på arbetsplatsen försvårade möjligheten att ge optimal bensårsbehandling. Flera respondenter önskade mer utbildning i bensårsbehandling men möjligheterna att få gå en utbildning varierade mellan de olika arbetsplatserna.

”Det är jobbigt att lägga om bensår, arbetsmiljön är ju inte riktigt optimal hemma hos en patient om man säger så” (K8)

”Det skulle vara bra om vi hade bättre rum där vi kunde lägga om de här patienterna på ett effektivare sätt och på så sätt rengöra och hålla efter då på många sätt och vis då som är svårt idag med det vi har idag” (L6)

Bristande kontinuitet i bensårsbehandlingen och bristande dokumentation kring patienten

Trots vetskap om att individuella vårdplaner underlättade bensårsbehandlingen beskrev flera respondenter att avsaknad av individuella vårdplaner ofta förekom och detta bidrog till att personalen arbetade olika och sårläkningsprocessen blev svårare att följa och utvärdera. En respondent beskrev att avsaknad av en individuell vårdplan gjorde att under respondentens ledighet hade behandlingsregimen av patientens bensår helt förändrats, olika omläggingsmaterial hade provats och kompressionsbehandlingen hade avslutats vilket ledde till utdragen sårsläkning.

Olika dokumentationssystem användes på olika enheter, av de tre journalsystem som användes av respondenterna upplevde flertalet att det var svårt att uppnå en enhetlig tydlig

dokumentation av bensårsbehandlingen. Respondenterna beskrev hur de upplevde att det inte var tydligt och konsekvent dokumenterat då flera olika sökord i dokumentationssystemen användes vilket försvårade respondenternas möjlighet att arbeta konsekvent kring en patients bensårsbehandling. En respondent beskrev att sällan uppdaterat status gjorde det svårt att följa bensårets utveckling. En svårighet som vissa respondenter beskrev var att kunskapen om dokumentationssystemet saknades eller var bristfällig. Brister i dokumentationen gjorde att personalen hittade på sina egna lösningar kring bensårsbehandlingen vilket gjorde att kontinuiteten kring patienten föll. Respondenterna beskrev det som en nackdel att vara fler involverade i en patients bensårsbehandling det ledde till bristande kontinuitet i omlägningsstrategin. En respondent beskrev att delegering till omsorgspersonal för omläggning av bensår ibland var nödvändig då distriktssköterskan inte hade möjlighet att lägga om bensåret. Detta gjorde att kontinuiteten i omläggningarna försämrades vilket försvårade optimal bensårsbehandling.

”Men det är semestrar och ledigheter och det är inte alltid det fungerar och ibland så kanske jag inte träffar en patient på tre veckor och då har dom lagt på något helt annat och i värsta fall har dom tagit bort kompressionslindningen”
(L1)

”Men vi dokumenterar ju men problemet som vi kanske har är väl att det är många inblandade och då är det väldigt svårt att följa upp, har det blivit bättre eller har det blivit sämre” (K4)

Distriktssköterskans strategier för att uppnå optimal bensårbehandling

Kategorin distriktssköterskans strategier för att uppnå optimal bensårsbehandling utgörs av de fyra subkategorierna; *att göra patienten medveten om sårläkningsfrämjande faktorer, att använda sig av kompressionsbehandling, att god dokumentation underlättar och att samarbeta med patienten, kollegor och andra professioner.* Dessa subkategorier beskriver distriktssköterskans strategier för att uppnå optimal bensårsbehandling. En stor del av distriktssköterskans arbete var att informera patienter om sårläkningsfrämjande faktorer. Kompressionslindning nämndes av de flesta distriktssköterskor som en god behandlingsstrategi. Tydlig dokumentation med utarbetade individuella vårdplaner underlättade arbetet med bensårsbehandling.

Att göra patienten medveten om sårläkningsfrämjande faktorer

Respondenterna beskrev en strategi för att uppnå optimal bensårsbehandling var att göra patienten medveten om sårläkningsfrämjande faktorer så som att få patienterna att förstå sambandet mellan god kosthållning och god sårhäkning. Respondenterna beskrev att de medvetandegjorde patienterna om vikten av att äta proteinrik kost för att främja sårhäkningen. Respondenterna beskrev vidare att de försökte göra patienterna medvetna om motionens betydelse. Genom att motionera och röra på sig ökade blodcirkulationen vilket var en sårhäkningsfrämjande faktor. Respondenterna beskrev vikten av att göra patienterna medvetna om sitt egenansvar för att främja sårhäkningsprocessen. Att göra patienterna medvetna om att följa ordinationer på att använda stödstrumpor, att äta vätskedrivande läkemedel, att sitta med benen i högläge för att inte svälla i underbenen var också sårhäkningsfrämjande faktorer som respondenterna gjorde patienterna medvetna om. Respondenterna beskrev ofta vikten av att arbeta profylaktiskt mot bensår då de hade erfarenheter av att kroniska bensår ofta var återkommande.

”... det finns ju en del patientfall där vi har lyckats ganska bra men då har man också varit ganska hård i sin regim och man har haft patienterna då så att säga med sig på tåget” (K4)

”Ja det skulle ju vara väldigt bra om vi hade mer möjligheter till att utbilda patienter i nutrition till exempel för det är ju en stor bit i det hela för att få såren att läka” (L6)

Att använda sig av kompressionsbehandling

Respondenterna beskrev att använda sig av kompressionsbehandling var den viktigaste behandlingsmetoden vid kroniska bensår orsakade av venös insufficiens. Venös insufficiens beskrevs av respondenterna som den vanligaste orsaken till kroniska bensår. Respondenterna beskrev att det var av underordnad betydelse vilket förband som användes vid omläggnen utan det var själva kompressionen som var den viktigaste åtgärden. Respondenterna upplevde Hoforslindning, en form av kompressionsbehandling som en omfattande och tidskrävande procedur men de upplevde så bra resultat med behandlingsmetoden att den ofta användes. Respondenterna beskrev att det var viktigt att utreda bakomliggande orsak till bensåret med

att kontrollera ankeltryck, vilket avgjorde om patienten kunde kompressionslindas eller inte. Respondenterna beskrev att det första de tänkte på när de fick en ny patient med ett bensår var om det gick att behandla med kompression.

”Annars får man det aldrig att läka nästan. Det är en förutsättning att man lindar. Sen spelar det inte så stor roll egentligen kanske vad man lägger på såret utan det är kompressionen som är det viktigaste” (L4)

”Hoforslindning, mycket god erfarenhet med att det blir ett gott resultat om man klarar av att motivera patienten till ha det” (K5)

Att god dokumentation underlättar

Respondenterna beskrev hur en tydlig dokumentation underlättade deras arbete med bensårsbehandling. De beskrev att en tydlig och god dokumentation innehöll en utarbetad individuell vårdplan för samtliga patienter vilket möjliggjorde utvärdering av bensåret och därmed underlättade bensårsbehandlingen. När fler personal var involverade i en patients bensårsbehandling beskrev respondenterna att en individuell vårdplan skulle tydliggöra omlägningsstrategin samt möjliggöra utvärdering av bensåret. Några av respondenterna beskrev att individuella vårdplaner effektiviserade arbetet, det blev lättare att följa behandlingseffekten samt att det inte behövdes dokumenteras lika mycket vid varje omläggningstillfälle utan att man hänvisade till den utarbetade vårdplanen. Informativ dokumentation underlättade distriktssköterskans arbete med att ge optimal bensårsbehandling. Respondenterna beskrev att användandet av fotografi av såret i dokumentationen av kroniska bensår underlättade bensårsbehandlingen då det blev lättare att utvärdera förbättring eller försämring. I den individuella vårdplanen beskrevs vidare vilket omläggningmaterial som använts samt vilken eventuell lindning och med vilken frekvens omläggningarna skulle ske. En respondent beskrev att hon kände sig nöjd och trygg med det dokumentationssystem som hon använde. Denne respondent beskrev att varje omläggningstillfälle dokumenterades i journalen samt alla parametrar så som smärta, lukt och hur mycket det pusar fylldes i, även val av förband, när byte av förband gjordes och varför dokumenterades. Denne respondent beskrev att patienternas bensår fotograferades vid första kontakten och lades in i journalen. Den tydliga dokumentationen underlättade för olika personal att upptäcka förändringar i såret.

Respondenterna beskrev att de ville att ankeltryck dokumenterades i journalen för att kunna kompressionslinda de patienter som hade venösa bensår, det var en kvalitetssäkring.

”Men vi dokumenterar ju varje besök och vi dokumenterar såret hur det ser ut och är det ett nytt sår så fotograferar jag från början så man kan följa det” (L5)

”Varje gång dom lägger om ska dom in och dokumentera, hur det ser ut, om det är nån lukt, om dom har nån smärta..., ja alla parametrar fyller vi i vid varje tillfälle” (K2)

Att samarbeta med patienten, kollegor och andra professioner

Respondenterna beskrev att ett gott samarbete med patienterna främjade möjligheterna för distriktssköterskorna att ge optimal bensårsbehandling. Flera respondenter kände sig trygga med sina kunskaper om behandling av kroniska bensår. Respondenterna beskrev att de arbetade efter sina egna kliniska erfarenheter av vad som brukade fungera för att uppnå läkning av bensåren. Respondenterna hade kunskaper om hur bensårsbehandling skulle utföras men för att bensårsbehandlingen skulle bli optimal var det viktigt att patienterna samarbetade. Respondenterna beskrev att samarbetsvilliga patienter hade tagit till sig den information som distriktssköterskan gav samt förstått sitt egenansvar i bensårsbehandlingen. Genom att distriktssköterskorna tog till vara på patienternas egenvårdskapacitet ökades möjligheterna för distriktssköterskorna att ge optimal bensårsbehandling. Respondenterna beskrev vikten av att etablera en god relation med patienterna då det möjliggjorde bättre följsamhet under den ofta långa behandlingstiden.

Flera av respondenterna beskrev ett gott samarbete med hudmottagningen. När de kroniska bensåren inte visade något tecken till förbättring beskrev många respondenter att de telefonledes kunde konsultera hudmottagningen och fick då tips och råd om fortsatt behandlingsregim. Respondenterna bad också patientansvarig läkare att skriva remiss till hudmottagningen om sår-läkningsprocessen avstannade eller uteblev. Respondenterna beskrev hudmottagningen som deras största samarbetspartner och källa till information och kunskap. Respondenterna såg samarbetet med sina kollegor som en stor resurs till att optimera bensårsbehandling, upplevelsen var att de kunde rådfråga varandra och diskutera olika behandlingsstrategier.

”Ja går vi bet brukar vi prata med hud. Läkaren kontaktas först och skriver remiss men ibland ringer vi själva och rådfrågar” (L7)

”Vi försöker ju i möjligaste mån om de har hjälp av hemtjänsten med dusch att hemtjänsten duschar dem och att vi kommer sedan då. Det är inte alltid så jätteenkelt men går det så försöker man få till det så i alla fall” (K5)

Diskussion

Huvudresultat

Resultatet visade att distriktssköterskorna ansåg att arbete med kroniska bensår var ett vanligt förekommande arbetsmoment. Distriktssköterskorna beskrev bristande samarbete från patienten som en bidragande orsak till långa behandlingstider och utebliven sårhäkning. Distriktssköterskorna beskrev vikten av att medvetandegöra patienterna om sitt egenansvar för att främja sårhäkningsprocessen. Kunskapen till att behandla kroniska bensår ansåg distriktssköterskorna att de hade, men det spelade ingen roll hur mycket distriktssköterskorna gjorde så länge patienterna inte var följsam i behandlingen. Kompressionsbehandling beskrevs av distriktssköterskorna som den främsta behandlingsmetoden för att uppnå läkning av kroniska bensår, men de upplevdes ibland problematiskt att motivera patienterna till kompressionsbehandling. Det påtalades av distriktssköterskorna att god dokumentation och individuella vårdplaner underlättade deras arbete samt möjliggjorde utvärdering av sårhäkningsprocessen.

Resultatdiskussion

Distriktssköterskans erfarenheter av att arbeta med kroniska bensår

I föreliggande studie beskrev distriktssköterskorna sina erfarenheter av att arbeta med kroniska bensår som ett vanligt arbetsmoment. I studier har beskrivits att femtio procent av en distriktssköterskas arbetstid går åt till att behandla bensår (Haram *et al.* 2003, Simon *et al.* 2004, Friman *et al.* 2010, Maddox 2012). I föreliggande studie beskrev distriktssköterskorna

sina erfarenheter av att kroniska bensår var svåråterläkta och vanligt återkommande. Denna upplevelse styrks av Barwell *et al.* (2004) som också beskrev att bensår var svåråterläkta och ofta återkommande. Deltagarna i föreliggande studie beskrev att kroniska bensår är vanligt förekommande då många patienter var äldre vilket var en stor riskfaktor till att utveckla kroniska bensår. Socialstyrelsen (2009) har statistik på att Sveriges befolkning lever allt längre vilket i föreliggande studie styrker distriktssköterskornas upplevelser av att många patienter med kroniska bensår var äldre. Deltagarna i föreliggande studie hade upplevelsen om att de kroniska bensåren var vanligt återkommande. Tidigare studier som undersökt recidiv av bensår visade att bensåren återkom tre månader efter utläkning i sjuttio procent av fallen om inga förebyggande åtgärder gjordes (McDaniel *et al.* 2002, Vowden & Vowden 2005).

Distriktssköterskans upplevelser av faktorer som förhindrar optimal bensårsbehandling

Bakomliggande sjukdomar hos patienterna påtalades av deltagarna i föreliggande studie vara en bidragande orsak till att kroniska bensår var långvariga, svårbehandlade, vanligt förekommande och vanligt återkommande. Lindholm (2012) beskrev också att bakomliggande sjukdomar leder till kroniska bensårs uppkomst. Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev att det kunde vara problematiskt att få patienterna att använda sig av stödstrumpor i preventivt syfte då det var svårt att ta på sig. Morris och Sander (2007) har i sin studie beskrivit att det kan vara problem för äldre patienter att få på sig stödstrumpor och beskriver underlättande råd vid på- och avtagning av stödstrumpor. Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev att patienterna ofta tyckte det var obekvämt att ha kompressionsbehandling så som stödstrumpor. Detta problem har även beskrivits av Flaherty (2005).

Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev att patienterna inte förstod sitt egenansvar i att få sina kroniska bensår att läka. Den uteblivna sårsläkningen kunde bero på att patienten inte förstod vikten av att äta bra och komma ut och röra på sig. Anderson (2005) har beskrivit nutritionens betydelse för sårsläkningsprocessen vid kroniska bensår.

Distriktssköterskorna i studien beskrev att vissa av patienterna hade demens eller andra förvirringstillstånd vilket ledde till kunskapsbrist hos patienterna då de inte kunde tillgodogöra sig den information om exempelvis nödvändiga livsstilsförändringar för att uppnå sårsläkning som distriktssköterskorna gav.

De intervjuade distriktssköterskorna beskrev att arbetsmiljön både i patientens hem samt på mottagningarna försvårade möjligheterna till att ge optimal bensårsbehandling.

Distriktssköterskorna som arbetade på mottagning beskrev att det saknades utrustning i form av specialstolar som skulle underlätta omläggningarna och möjliggöra korrekt utförande av kompressionslindning samt att avsaknad av duschmöjligheter gjorde att optimal bensårsbehandling inte kunde utföras. Distriktssköterskorna som arbetade med kommunal arbetsgivare utförde ofta bensårsbehandlingen i patienternas hemmiljö. Det innebar att bensårsbehandlingen inte blev optimal då patienternas boendestandard inte alltid var så hög. Friman *et al.* (2011) beskrev i sin studie att det fanns brister i distriktssköterskans arbetsmiljö och utrustning vilket gjorde distriktssköterskorna måste vara flexibla i patienternas hem för att kunna säkerställa en god omvårdnad.

Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev att de hade vetskap om att riktlinjer och bensårsprogram fanns men att de behövde synliggöras och göras med lättillgängliga ute på arbetsplatserna. En studie av Friman *et al.* (2010) beskrev att distriktssköterskor saknade gemensamma rutiner och riktlinjer för alla typer av sårbehandling. McInnes *et al.* (2000) har beskrivit att rutiner och riktlinjer underlättade ett evidensbaserat arbete med bensårsbehandling vilket ledde till minskat antal anmälningar om felbehandling. Bra dokumentation var nödvändig för att de bedömningar och behandlingar som hade gjorts kunde fungera som bevismaterial i händelse av klagomål eller rättstvist (Benbow 2009). Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev att de upplevde vissa brister i sättet att dokumentera som gjorde det svårt att arbeta konsekvent kring patienternas bensårsbehandling. Exempel på dokumentationsbrister kunde vara att det dokumenterades olika eller att det hittades på egna lösningar vilket ledde till bristande kontinuitet kring patienten. En studie som styrker detta var Ehrenberg och Birgersson (2003) som i sin studie beskrev allvarliga brister i dokumentationen som gjorde det svårt att utvärdera behandlingseffekten samt försämrade kontinuiteten kring patienten. Benbow (2009) beskrev att tillägg med fotografi av bensåret i journalen underlättade utvärdering av sårläkningsprocessen.

Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev det som en nackdel att vara fler involverade i en patients bensårsbehandling, detta ledde till bristande kontinuitet kring patienterna. Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev vidare att orsaker som kunde leda till att kontinuiteten kring en patient brast kunde bero på tidsbrist som gjort distriktssköterskorna tvungna att delegera omläggningen till annan omsorgspersonal samt att

bristande kontinuitet i patientens bensårsbehandling kunde bero på att personal var på semester eller annan ledighet. Den bristande kontinuiteten kring en patient kunde leda till att en genomtänkt omlägningsstrategi förändrades. Ebbeskog och Emami (2005) har i sin studie beskrivit hur patienterna upplevde att när omlägningsstrategierna förändrades och sårläggning uteblev då började patienterna misstro personalens kompetens.

I föreliggande studie beskrev distriktssköterskorna att patienternas följsamhet var viktig för att uppnå goda resultat i sårvårdsbehandlingen. Distriktssköterskorna i föreliggande studie upplevde att patienterna inte var så följsamma i sårvårdsbehandlingen vilket ofta förlängde behandlingstiden eller att läkning uteblev. Patienternas egen vilja stred ibland mot distriktssköterskans kunskap om att ge optimal bensårsbehandling. Ett återkommande exempel som beskrevs av de intervjuade distriktssköterskorna var deras erfarenheter av patienter som motsatte sig kompressionsbehandling trots distriktssköterskans kunskaper om kompressionsbehandlingens fördelar. Hallet *et al.* (2000) beskrev i sin studie distriktssköterskors upplevelser av att patienter som av olika orsaker var oföljsamma i bensårsbehandlingen inte uppnådde sårläggning. Exempel på orsaker till oföljsamhet beskrevs som att patienterna inte följde distriktssköterskornas ordinationer på att ha benen i högläge samt att patienterna hade egna åsikter om bensårsbehandlingen och gjorde som de själv ville (Hallet *et al.* 2000)

Distriktssköterskans strategier för att uppnå optimal bensårsbehandling

Distriktssköterskorna beskrev att behandlingstiden för att uppnå läkning av ett kroniskt bensår ofta var lång. För att uppnå goda behandlingsresultat beskrev distriktssköterskorna i föreliggande studie att det underlättade om relationen till patienterna var god. Moffatt (2004a) har i sin studie beskrivit att framgångsrik behandling bygger på ett partnerskap mellan patienten och behandlaren, vilket styrker deltagarna i föreliggande studies upplevelse. I en studie (Törnkvist *et al.* 2000) beskrevs att patienternas tillfredsställelse med vårdkvaliteten som gavs på en hälsocentral byggde på god relation och kommunikation mellan patienten och vårdaren.

Distriktssköterskorna i föreliggande studie påtalade vikten av att arbeta preventivt mot recidiv av bensår, detta gjordes genom att göra patienterna medvetna om sårläkningsfrämjande faktorer samt faktorer som motverkade recidiv så som att använda sig av stödstrumpor. Det preventiva arbetets betydelse styrktes av Finlayson *et al.* (2011) som i sin studie beskrev att

ha benen i högläge, kompressionsstrumpor, stor egenvårdskapacitet samt starkt socialt stöd hjälpte till att förebygga recidiv av bensår. Även Regami och Regami (2012) beskrev i sin studie vikten av regelbunden motion, högläge av benen, god nutritionsstatus, korrekt användande av kompressionsbehandling samt att behandling av bakomliggande orsaker som diabetes och anemi hjälpte till att läka kroniska bensår och förebygga recidiv.

När läkning av ett venöst kroniskt bensår var uppnådd beskrev distriktssköterskorna i föreliggande studie att fortsatt kompressionsbehandling för att undvika recidiv ofta var nödvändig. Detta faktum beäste även O'Meara *et al.* (2009) där det beskrevs att kompressionsbehandling under lång tid motverkade risken för uppkomst av nya sår. I en annan studie skrev Dowsett (2005) att patienterna ska bli rådda till att använda sig av stödstrumpor resten av livet.

De intervjuade distriktssköterskorna beskrev att kompressionsbehandling var den viktigaste behandlingsmetoden vid kroniska bensår orsakade av venös insufficiens. Hoforslindning som var en form av kompressionsbehandling användes av de flesta deltagare i studien. Den beskrevs som en tidskrävande och omfattande procedur men att resultaten var så goda att den användes ofta. Detta faktum beäste Regami och Regami (2012) som beskrev kompressionsbehandling som förstahands val av behandlingsmetod vid kroniska bensår orsakade av venös insufficiens. I studien beskrivs vikten av att göra en helhetsbedömning av patienter med kroniska bensår genom att utarbeta en lämplig omvårdnadsplan, detta i kombination med kompressionsbehandling förbättrade patienternas möjligheter att uppnå goda behandlingsresultat (Regami & Regami 2012).

Distriktssköterskorna i föreliggande studie som använde sig av kompressionsbehandling påtalade att det var viktigt att de först kontrollerade ankeltryck på patienterna för att utesluta att de inte började kompressionsbehandla ett arteriellt sår. Enligt Lindholm (2012) bör undersökning med ultraljudsdoppler och ankeltryck vara genomförd innan kompressionsbehandling påbörjades detta påtalade även Eagle (2006) i sin studie. Vid användandet av kompressionsbehandling på ett inkorrekt sätt kunde det leda till ökad smärta och utebliven sårläkning (Moffatt 2004b).

Distriktssköterskorna i föreliggande studie upplevde att en stor del av deras arbete gick ut på att informera och motivera patienterna till att använda sig av sin egenvårdskapacitet för att uppnå sårläkning. I en studie av Parker (2012) beskrevs att om en sjuksköterska ska kunna ge

optimal bensårsbehandling behöver hon ha kunskap om hur bensåret påverkar patientens livskvalitet för att kunna ge patienten individuellt anpassad sårbehandling samt vara ett stöd till patienten. Flaherty (2005) har i sin studie beskrivit att en av sjuksköterskans viktigaste uppgifter är att stödja människan i att ta ansvar för den egna hälsan.

Resultatet i föreliggande studie visade att distriktssköterskornas synsätt på sin arbetsuppgift med behandling av kroniska bensår till stor del samstämmer med Dorothea Orem's omvårdnadsteori. Dorothea Orem beskriver olika hjälpmetoder som exempelvis stödjande, vägledande, undervisande och skapande av en utvecklande miljö som en sjuksköterska kan använda sig av för att stärka en individs egenvårdskapacitet (Orem 2001). Individers begränsningar i egenvårdskapacitet är något som Dorothea Orem också beskriver, det kan exempelvis handla om individers bristande kunskap (Orem 2001). Deltagarna i föreliggande studie beskrev att många av de patienter som de behandlade för kroniska bensår hade dålig följsamhet och inte följde de ordinationer som gavs, detta skulle kunna förklaras av att patienterna hade bristande egenvårdskapacitet till följd av kunskapsbrist.

Distriktssköterskorna i föreliggande studie använde sig då av Orem's hjälpmetoder för att stödja patienternas egenvårdskapacitet vilket är nödvändigt för att kunna ge optimal bensårsbehandling.

Metoddiskussion

Syftet med föreliggande studie var att beskriva distriktssköterskors reflektioner kring arbetet med kroniska bensår. För att svara på studiens syfte och frågeställning valde författarna att genomföra en studie med kvalitativ ansats med beskrivande design. Studien genomfördes som en intervjustudie med en frågeguide vilken hade semistrukturerade frågor. Genom den semistrukturerade intervjuguiden fick deltagarna i studien svara på frågor som berörde studiens syfte samt beskriva och berätta fritt om sina egna reflektioner kring att arbeta med kroniska bensår. Detta ansågs av författarna till studien som en lämplig metod för att fånga deltagarnas egna upplevelser (Polit & Beck 2012).

Ett bekvämlighetsurval har gjorts för att välja ut deltagarna till studien. Bekvämlighetsurval beskrivs som ett enkelt sätt att välja ut deltagare till en studie men det finns en risk att de tillfrågade deltagarna inte är de som ger mest information (Polit & Beck 2012).

Inklusionskriterierna i studien var legitimerad sjuksköterska med vidareutbildning till distriktssköterska med klinisk erfarenhet av att arbeta med kroniska bensår.

Resultatet från intervjuerna har sedan bearbetats genom kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Det är genom valet av deltagare, datainsamlingsmetod och valet av bearbetningsmetod av det insamlade materialet som en studies giltighet beskrivs enligt Graneheim och Lundman (2004). Kvalitativa studiers trovärdighet bör enligt Graneheim och Lundman (2004) utvärderas från följande tre begrepp; *credibility*, *dependibility* och *transferability*.

Credibility kan beskrivas som studiens trovärdighet/giltighet, vilken sanningshalt som studien har. Urvalet av deltagare i studien påverkar betydelsen för resultatets giltighet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar resultatets giltighet genom att välja deltagare med varierad erfarenhet, arbetsplats, ålder och kön. I föreliggande studie har ett bekvämlighetsurval används (Polit & Beck 2012). Det upplevdes av författarna inte vara några stora svårigheter att få deltagare att tacka ja till medverkan i studien. Resultatet kan ha påverkats då författarna upplevde de intervjuade distriktssköterskorna som mycket engagerade i sitt yrkesutövande. Enligt författarna kan studiens trovärdighet anses som god då variationen på deltagarna skilde sig i antal yrkesverksamma år inom vårdyrket samt varierande åldrar på deltagarna. Endast en manlig distriktssköterska deltog i studien. Frånsett könspektivet har författarna till studien ett varierat urval av deltagare vilket stärker studiens trovärdighet (Graneheim & Lundman 2004). Författarna har försökt att noggrant beskriva undersökningsgruppen samt hur analysprocessen har genomförts för att på så sätt stärka studiens giltighet. För att stärka giltigheten i resultatet redovisas exempel på analysprocessen i en tabell samt citat ur intervjuerna (Graneheim & Lundman 2004). En kritisk del i analysprocessen är när meningsenheterna tas ut ur det insamlade materialet för att sedan kondenseras, då risk finns att kärnan i meningsenheterna förändras och trovärdigheten kan sänkas. För att undvika denna risk har meningsenheter kondensering, koder kategorier och subkategorier kontinuerligt diskuterats författarna emellan samt vid gemensamma handledningsträffar med handledare och övriga studenter. Enligt Graneheim och Lundman (2004) styrker det studiens trovärdighet när medbedömare är involverade i analysprocessen. Deltagarna i handledningsgruppen hade erfarenhet av kroniska bensår.

Dependibility är ett begrepp som används för att stärka studiens pålitlighet. För att stärka studiens pålitlighet har författarna under hela analysprocessen kontinuerligt diskuterat det insamlade materialet med varandra. Analysprocessen och resultatet har också diskuterats som ovan beskrivet i handledningsgruppen vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) styrker

en studies pålitlighet. Datainsamlingen, transkriberingen av intervjuerna samt analysprocessen har genomförts under begränsad tid vilket stärker studiens pålitlighet (Graneheim & Lundman 2004). En intervjustudie kan göra att den som blir intervjuad svarar på frågorna på ett sådant sätt de förväntas att svara varför objektiviteten kan ifrågasättas (Polit & Beck 2012).

Författarna till studien har försökt tagit hänsyn till detta genom att ställa frågor som uppmanar till att deltagarna ska beskriva verkliga händelser från egna erfarenheter. Något som enligt författarna kan ha påverkat deltagarnas svar i studien var båda författarnas närvaro vid intervjutillfällena samt att författarna har viss förkunskap om bensårsbehandling. Det kan även enligt författarna vara en styrka till studiens pålitlighet att båda författarna deltog vid samtliga intervjuer. En omorganisation hade nyligen genomförts där landstingets hemsjukvård hade kommunaliserats. När datainsamlingen pågick hade flera av distriktssköterskorna precis bytt arbetsgivare. Då omorganisationer kan påverka distriktssköterskornas arbete kan detta enligt författarna ha påverkat de deltagande distriktssköterskornas svar då de precis hade introducerats i nya dokumentationssystem, rutiner och arbetsmiljöer.

Transferability är ett begrepp som handlar om studiens överförbarhet, om studien är generaliserbar. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det upp till läsaren att bedöma i vilken omfattning resultatet kan överföras och generaliseras. För att underlätta för läsaren att bedöma överförbarheten har författarna till denna studie försökt gjort en noggrann beskrivning av urvalsmetod, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod tillvägagångssätt, dataanalys samt forskningsetiska överväganden (Graneheim & Lundman 2004).

Allmän diskussion

När distriktssköterskorna i föreliggande studie ombads att beskriva sina erfarenheter av kroniska bensår beskrevs uteslutande kroniska bensår orsakade av venös insufficiens. Endast en distriktssköterska beskrev erfarenhet av att behandla en patient med arteriella bensår. Alla distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev dock att de kände till att kroniska bensår kunde bero på andra orsaker än venös insufficiens och påtalade därmed vikten av att vidta de åtgärder som behövdes innan kompressionsbehandling påbörjades för att inte felbehandla.

Distriktssköterskorna i föreliggande studie upplevde att läkarna aldrig var ovilliga att hjälpa till i bensårsbehandlingen. Dock upplevde distriktssköterskorna i föreliggande studie att det alltid var på deras initiativ som behandlingsstrategierna utformades beroendes på bristande intresse och inte uppdaterade sårvårdskunskaper hos läkarna.

Deltagarna i studien hade varierande upplevelser av om deras kunskaper om kronisk bensårsbehandling var tillräcklig. Deltagarna i studien upplevde att deras tidigare kliniska erfarenheter av patienter med kroniska bensår ofta var grunden till deras kunskap om bensårsbehandling men att det önskade att få uppfräschning av ny sårvårdskunskap. Några distriktssköterskor beskrev att de fått sina kunskaper om behandling av kroniska bensår under deras utbildning till distriktssköterska. Andra distriktssköterskor i studien beskrev att de hade fått sina kunskaper om kronisk bensårsbehandling genom kollegor, kortare sårvårdskurser eller internutbildningar. En del deltagare i studien beskrev att deras största källa till att få kunskap om kronisk bensårsbehandling var att konsultera hudmottagningen.

Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev att fotografering av bensår som ett tillägg i patientens journal underlättade bensårsbehandlingen. Det varierade dock mellan distriktssköterskorna hur mycket de använde sig av att fotografera bensåren trots att de hade tillgång till digitalkamera. Författarna till föreliggande studie förvånas över att sår inte fotograferades i så stor utsträckning då det så ofta påtalades hur det underlättade distriktssköterskornas arbete.

Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev att de saknade individuella vårdplaner på många patienter med kroniska bensår. Avsaknaden av individuella vårdplaner gjorde att distriktssköterskorna arbetade olika och sårläkningsprocessen blev svårare att följa och utvärdera. Författarna till föreliggande studie frågar sig varför utformandet av individuella vårdplaner inte görs på alla patienter då distriktssköterskorna i föreliggande studie ofta påtalade att de skulle underlätta och effektivisera arbetet. Författarnas förslag till framtida forskning är att göra en jämförande studie på om behandlingstiden skiljer sig mellan patienter med kroniska bensår som behandlas med eller utan individuell vårdplan.

En brist i Dorothea Orems egenvårdsteori är enligt författarna att teorin inte tar hänsyn till patienternas lidelse och smärta. Orems teori ger inte distriktssköterskan några riktlinjer till hur hon ska förhålla sig när en patient exempelvis upplever det mycket obehagligt eller smärtsamt att använda kompressionsbehandling.

Slutsats

I föreliggande studie framkommer att distriktssköterskorna upplever att de kan ge optimal bensårsbehandling till de patienter som är välinformerade om såråkningsfrämjande faktorer. Patienters motivation och följsamhet till bensårsbehandling har betydelse för om såråkning kan uppnås. I föreliggande studie beskriver också distriktssköterskorna vikten av att arbeta profylaktiskt för att undvika recidiv av kroniska bensår.

Referenser

Anderson B. (2005) Nutrition and wound healing: the necessity of assessment. *British Journal of Nursing* **14**(19), 30-38.

Anderson I. & King B. (2006) Mixed aetiology leg ulcers. *Nursing Times* **102**(16), 45-50.

Anderson I. (2008) Compression bandaging in patients with venous insufficiency. *Nursing Standard* **23**(10), 49-55.

Barwell J., Davies C., Deacon J., Harvey K., Minor J., Sassano A., Taylor M., Usher J., Wakely C., Earnshaw J., Heather B., Mitchell D., Whyman M. & Pookitt K. (2004) Compression of surgery and compression with compression alone in chronic venous ulceration. (ESCHAR study): randomized controlled trial. *Lancet* **363**, 1854-1859.

Benbow M. (2009) Wound care: the basics. *Practice Nurse* **37**(6), 20-25.

CODEX- regler och riktlinjer för forskning (2002/03) Åtkomst 2012-12-12

<http://www.codex.vs.se>

Distriktssköterskeföreningen (2008) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska.*

Åtkomst 2013-05-16 <http://www.swenurse.se/Publikationer-->

Remisser/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska-med-specialistsjokskoterskeexamen-distriktskoterska/

Dowsett C. (2005) Assessment and Management of patients with leg ulcers. *Nursing Standards* **19**(32), 65-70.

Drew P., Posnett J. & Rusling L. (2007) The cost of wound care for local population in England. *International Wound Journal* **4**, 149-155.

Eagle M. (2006) Doppler ultrasound: basics revisited. *British Journal of Nursing* **15**(11), 24-30.

Eagle M. (2009) Wound assessment: the patient and the wound. *Wound Essentials* **4**, 14-24.

Ebbeskog B. & Emami A. (2005) Older patients' experience of dressing changes on venous leg ulcers: more than just a docile patient. *Journal of Clinical Nursing* **14**, 1223-1231.

Ehrenberg A. & Birgersson C. (2003) Nursing documentation of leg ulcers: Adherence to clinical guidelines in Swedish primary health care district. *Scandinavian Journal of Caring Science* **17**, 278-284

Finlayson K., Edwards H. & Courtney M. (2011) Relationships between preventive activities, psychosocial factors and recurrence of venous leg ulcers: a prospective study. *Journal of Advanced Nursing* **67**(10), 2180-2190.

Flaherty E. (2005). The views of patients living with healed venous leg ulcers. *Nursing Standards* **19**(45), 78-83.

Friman A., Klang B. & Ebbeskog B. (2010) Wound care in primary health care: District nurses' needs for co-operation and well-functioning organization. *Journal of Interprofessional Care* **24**(1), 90-99.

Friman A., Klang B. & Ebbeskog B. (2011) Wound care by district nurses at primary healthcare centers: a challenging task without authority or resources. *Journal of Caring Science* **25**,426-434.

Graneheim U.H. & Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* **24**(2), 105-112.

Hallet C.E., Austin L., Caress A. & Luker K.A. (2000) Community nurses' perceptions of patient' compliance' in wound care: a discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing*, **32**(1) 115-123.

Haram R., Ribu E. & Rustöen T. (2003) The Views of District Nurses on Their Level of Knowledge About the Treatment of Leg and Foot Ulcers. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* **30**, 25-32.

Kvale S. & Brinkmann S. (2009) Den kvalitativa forskningsintervjun. Studentlitteratur: Lund.

Lindholm C. (2012) *Sår*. Lund: Studentlitteratur.

Lorimer K.R., Harrison M.B., Graham I.D., Friedberg E. & Davies B. (2003) Venous Leg Ulcer Care: How Evidence-Based Is Nursing Practice? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* **30**, 132-42.

Läkemedelsboken 2011-2012. Stockholm: Läkemedelsverket.

Maddox D. (2012) Effects of venous leg ulceration on patients' quality of life. *Nursing Standard* **26**(38), 42-49.

McDaniel H.B., Marston W.A., Farber M.A., Mendes R.R., Owens L.V., Young M.L., Daniel P.F. & Keagy B.A. (2002) Recurrence of chronic venous ulcers on the basis of clinical, etiologic, anatomic, and pathophysiologic criteria and air plethysmography. *Journal of Vascular Surgery* **35**, 723-728.

McInnes E., Cullum N., Nelson E.A., Luker K. & Duff L.A. (2000) The development of a national guideline on the management of leg ulcers. *Journal of Clinical Nursing* **9**, 208-217.

Moffatt C. (2004a) Understanding patient concordance in the management of leg ulcers. *Nursing Times* **100**(32), 58-59.

Moffatt C. (2004b) Factors that affects concordance with compression therapy. *Journal of Wound Care* **13**(7), 291-294.

Morris P. & Sander R. (2007) Leg ulcers. *Nursing Older People* **19**(5), 33-37.

O'Meara S., Cullum N.A. & Nelson A. (2009) Compression for venous leg ulcers. *The Cochrane library* doi 10. 1002/14651858.CD000265.pub2

Orem D.E. *Nursing: Concepts of practice* (6: e uppl.) St. Louis: Mosby.

Parker K. (2012) Psychosocial effects of living with a leg ulcer. *Nursing Standard* **26**, (45), 52-62.

Persoon A., Heinen M.M., van der Vleuten C.J.M., de Rooij M.J., van de Kerkhof P.C.M. & van Achterberg T. (2004) Leg ulcers: a review of their impact on daily life. *Journal of Clinical Nursing* **13**, 341-354.

Polit D.F. & Beck C.T. (2012) *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th ed. Philadelphia, Lippincott.

Regami S. & Regami K. (2012) Best practice in the management of venous leg ulcers. *Nursing Standard* **26**, (32), 55-56.

Ribu E., Haram R. & Rustöen T. (2003) Observations of nurses' of leg and foot ulcers in community health care. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* **30**(6), 342-350.

RiksSår (2012) Bättre vård med kvalitetsregister. Åtkomst 2012-12-07 <http://www.rikssar.se>

Royal College of Nursing (2006) *Clinical Practice Guidelines: The Nursing Management of Patients with Venous leg ulcers*. Royal College of Nursing Institute, Center for Evidence based Nursing, University of York, London.

Simon D.A., Dix F.P. & McCollum C.N (2004) Management of venous leg ulcers. *British Medical Journal* **328**, 1358-1362.

SFS (1982:763) Svensk författningssamling. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) Åtkomst 2012-12-13 http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halsoochsjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Socialstyrelsen (2009) *Folkhälsorapport* Stockholm: Sos-rapport Åtkomst 2013-05-20
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>

SFS (2008:355) Svensk författningssamling. Patientdatalag (2008:355) Åtkomst 2013-05-22
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/

Törnkvist L., Gardulf A. & Strender L-E. (2000) Patients' satisfaction with the given care given by district nurses at home and at primary health care centers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **14**, 67-74.

Van Hecke A., Verhaeghe S., Grypdonck M., Beele H. & Defloor T. (2010) Processes underlying adherence to leg ulcer treatment: A qualitative field study. *International Journal of Nursing Studies* **48**, 145-155.

Vowden K. & Vowden P. (2005) *Factors Influencing Venous Leg Ulcer Recurrence: Implications for Practice*. From the laboratory to the patient: Future organisation and care of problem wounds. EWMA Conference Abstracts. Stuttgart, Germany, EWMA.

Vårdhandboken (2012a) Kompressionsbandagering.[Sårbehandling] Åtkomst 2013-06-18
<http://www.varldhandboken.se/Texter/Sarbehandling/Kompresionsbandagering/>

Vårdhandboken (2012b) Ankeltryck och referensvärden.[Sårbehandling] Åtkomst 2013-05-28
<http://www.varldhandboken.se/Texter/Sarbehandling/>