



**Blekinge Tekniska Högskola**  
**Sektionen för hälsa**

# **FÖRMÅ ATT HA STRUMPORNA PÅ**

- EN STUDIE OM DISTRIKTSSKÖTERSORS ERFARENHETER AV ATT  
MEDVERKA TILL ÖKAD FÖLJSAMHET TILL BEHANDLING MED  
KOMPRESSIONSSTRUMPOR EFTER SÅRLÄKNING

FÖRFATTARE: NINA ÅKESSON

Examensarbete i vårdvetenskap 15 hp

Examensarbete på kandidatnivå  
i vårdvetenskap 30 hp  
Maj 2011

Handledare: Eggers, Thomas

Blekinge Tekniska Högskola  
Sektionen för hälsa  
371 79 Karlskrona

# FÖRMÅ ATT HA STRUMPORNA PÅ

- EN STUDIE OM DISTRIKTSSKÖTERSORS ERFARENHETER AV ATT MEDVERKA TILL ÖKAD FÖLJSAMHET TILL BEHANDLING MED KOMPRESSIONSSTRUMPOR EFTER SÅRLÄKNING

FÖRFATTARE: NINA ÅKESSON

## SAMMANFATTNING

Tidigare studier visar på en dålig följsamhet till kompressionsbehandling efter sårläkning med en ökad risk för recidivsår. Recidivsår får stora konsekvenser för patientens välbefinnande och ger även en ökad belastning och ekonomiska konsekvenser för sjukvården. Det är viktigt att få patienten medverkande i sin kompressionsbehandling eftersom detta ökar patientens följsamhet till behandlingen. Studiens syfte var att undersöka distriktsskötersors erfarenheter av att medverka till ökad följsamhet till kompressionsbehandling med kompressionsstrumpor hos patienter med läkta venösa bensår. En kvalitativ strategi med induktiv ansats valdes. Materialet samlades in genom att fem distriktssköterskor deltog i en fokusgruppintervju. Intervjun analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. Distriktssköterskan hade erfarenheter av hinder och möjligheter i sitt arbete med att medverka till en ökad följsamhet till kompressionsbehandling. Möjligheterna utgjordes av att i patientmötet göra patienten motiverad till att använda sina kompressionsstrumpor. Hindren utgjordes av utebliven patientkontakt och osäkerhet hos distriktssköterskan om behandlingen var optimal för patienten. Distriktssköterskan har goda grunder att arbeta för en ökad följsamhet till kompressionsbehandling efter sårläkning. Resultatet påvisar att behandlingen behöver synliggöras och dess status behövs höjas inom professionen. Detta skulle stärka distriktssköterskans möjligheter att öka patientens följsamhet till kompressionsstrumpor efter sårläkning.

## Nyckelord

**Venösa bensår, recidiv, kompressionsstrumpor, följsamhet**

<b>INTRODUKTION</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>Kompressionsbehandling vid venös insufficiens</b>	<b>1</b>
<b>Patientens följsamhet till kompressionsbehandling efter sårläkning</b>	<b>2</b>
<b>Faktorer som påverkar patientens följsamhet</b>	<b>2</b>
<b>Personalens erfarenheter av omvårdnad vid dålig följsamhet</b>	<b>3</b>
<b>Omvårdnadens betydelse för följsamhet</b>	<b>4</b>
<b>Följsamhetsbegreppet</b>	<b>4</b>
<b>Empowerment</b>	<b>5</b>
<b>Vårdprocessen</b>	<b>5</b>
<b>Problemformulering</b>	<b>6</b>
<b>SYFTE</b>	<b>6</b>
<b>METOD</b>	<b>6</b>
<b>Urval</b>	<b>7</b>
<b>Intervju</b>	<b>7</b>
<b>Etiska överväganden</b>	<b>8</b>
<b>Förförståelse</b>	<b>9</b>
<b>Analys</b>	<b>9</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>9</b>
<b>Möjligheter att medverka för ökad följsamhet till kompressionsstrumpor</b>	<b>10</b>
<i>Motivera patienten att använda kompressionsstrumporna</i>	10
<b>Hinder att medverka för ökad följsamhet till kompressionsstrumpor</b>	<b>12</b>
<i>Osäkerhet till behandlingens medicinska värde</i>	12
<i>Utebliven patientanalys</i>	13
<b>Övertygelse krävs för att övertyga</b>	<b>14</b>
<b>METODDISKUSSION</b>	<b>15</b>
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	<b>17</b>
<b>SLUTSATSER</b>	<b>19</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>20</b>
<b>BILAGEFÖRTECKNING</b>	<b>22</b>
<b>Bilaga 1    Föreskrifter: Strumpor/bandage</b>	<b>22</b>
<b>Bilaga 2    Inbjudan deltagare</b>	<b>22</b>
<b>Bilaga 3    Frågeguide</b>	<b>22</b>

## **INTRODUKTION**

I mitt arbete som distriktssköterska på en Sårmodtagning möter jag ofta patienter med recidiverande venösa bensår. Venös insufficiens är i många fall en kronisk dysfunktion som kräver livslång kompressionsbehandling där kompressionsstrumpor utgör den viktigaste delen.

Studier visar på en dålig följsamhet till kompressionsbehandling efter sårläkning med en ökad risk för recidivsår (Mofatt, Kommala, Dourdin, & Choe (2009). I ett positionsdokument från organisationen EWMA (European Wound Management Association) konstateras att recidivsår får stora konsekvenser för patientens välbefinnande och ger även en ökad belastning och ekonomiska konsekvenser för sjukvården (EWMA, 2003).

Omvårdnaden har en stor betydelse i hur framgångsrik kompressionsbehandlingen blir (EWMA, 2003). I Blekinge är det vanligen distriktssköterskan som efter sårläkning provar ut och beställer kompressionsstrumpor till patienten. Det är en stor utmaning för distriktssköterskan att medverka till en fungerande kompressionsbehandling efter sårläkning.

Denna studie har undersökt distriktssköterskors erfarenheter av att medverka till att öka patientens följsamhet till behandling med kompressionsstrumpor efter läkning av venösa bensår.

## **BAKGRUND**

Upp till 1 % av Sveriges befolkning har eller har haft ett svårläkt bensår, ungefär hälften av dessa orsakas av venös insufficiens (Lindholm, 2007).

Vid bensårsproblematik bör underliggande venös insufficiens kartläggas för att kunna erbjuda åderbråcksoperation till patienter där operation är indicerat, detta är en säker metod för att minska risken för recidivsår. Hos många patienter är operation inte aktuell, i dessa fall är den venösa insufficiensen en kronisk dysfunktion som kräver livslång kompressionsbehandling för att minska risken för nya sår (Norgren, 2004).

Studier har visat att upp till 70 % av patienter med venösa bensår får recidivsår (Kapp & Sayers, 2008).

### **Kompressionsbehandling vid venös insufficiens**

Kompressionsbehandlingens betydelse för att förhindra recidivsår är väldokumenterad (EWMA, 2003). Kompressionsbehandling kan ges med flera olika metoder där bindor, strumpor och övertrycksbehandling är de vanligaste metoderna. Vadgymnastik och vila med benen i högläge är andra faktorer som betraktas som viktiga komponenter för att förebygga recidivsår (Norgren, 2004).

Kompressionsbehandling har till syfte att öka det venösa återflödet och minska vätskeutträdet i vävnaderna. Genom ett graderat tryck på vävnaderna minskas venernas diameter, klaffarnas förmåga att sluta tätt förbättras och den venösa flödes hastigheten ökar. Efter läkning av venösa bensår rekommenderas vanligen kompression med knäkorta kompressionsstrumpor

klass 2 eller 3 (Norgren, 2004). Studier har visat att den högre kompressionsgraden ökar förutsättningarna att förbli läkt (EWMA, 2003).

### **Patientens följsamhet till kompressionsbehandling efter sårläkning**

Flera studier har undersökt patienters följsamhet till kompressionsbehandling, flertalet av dessa fokuserar på kompressionsbehandling vid behandling av bensår (Van Hecke, Grypdonk & Defloor, 2008; Mofatt et al., 2009). Betydligt färre inkluderar kompression efter sårläkning (Mofatt et al., 2009). Det förefaller vara svårt att få en överblick över patienters följsamhet till kompressionsbehandling. I de flesta fall bygger studier på egenrapporter och metoderna för mätning av följsamheten skiljer sig åt mellan studierna. Den rapporterade icke följsamheten till kompressionsbehandling världen över har i olika studier rapporterats från 2 % upp till 80 % (Mofatt et al., 2009).

Det finns en rådande uppfattning att patients följsamhet är viktig för att resultatet av de råd och ordinationer som ges skall bli framgångsrika (Friberg & Hansson Scherman, 2009). Mofatt et al. (2009) konstaterar att återfallsfrekvensen av venösa bensår är direkt kopplad till patientens följsamhet till kompressionsbehandling. Vid en 69-månadersuppföljning fann Samson och Showalter (1996) en recidivfrekvens på 79 % vid ickeanvändning av kompressionsstrumpa, medan kompressionsgruppens patienter endast uppvisar recidiv i 4 % av fallen.

### **Faktorer som påverkar patientens följsamhet**

Studier (Mofatt et al., 2009; Van Hecke et al., 2009) har undersökt patienters upplevelser av kompressionsbehandling och påvisat ett flertal faktorer vilka påverkar patientens följsamhet till kompressionsbehandling negativt. Det rör sig om följande faktorer: bristande kunskaper om venösa bensår, fysiska faktorer, skönhets- och bekvämlighetsfaktorer, psykiska faktorer, ekonomiska faktorer samt personalknutna faktorer där patientens känsla av att vara missförstådd var mest framträdande.

Finlayson, Edwards, & Courtney (2010) har undersökt psykosociala faktorer påverkan på följsamheten till kompressionsbehandling för att undvika recidivår och kommit fram till ett tydligt samband mellan psykosocial ohälsa och dålig följsamhet till kompressionsbehandling.

Lindholm (2007) har använt en modell för hälsouppfattning för att tydliggöra vilka faktorer som kan påverka patientens följsamhet till kompressionsbehandling efter sårläkning.

- Uppfattning om sannolikheten att drabbas av recidivår samt uppfattning om sjukdomens allvarlighetsgrad.
- Upplevda fördelar av kompressionsstrumpor.
- Kostnader för kompressionsstrumpor.
- Biverkningar och obehag.
- Delaktighet hos patient och närstående
- Egenkontroll.

Van Hecke et al. (2009) konstaterar att sjukvårdspersonal främst anger patientknutna orsaker som motivering till dålig följsamhet till kompressionsbehandling, så som dålig motivation, förståelse och ovilja. Friberg och Hansson Scherman (2009) påpekar att orsakerna till patienters dåliga följsamhet till ordinationer och hälsoråd ofta skylls på patienten. Forskning har dock inte funnit något samband mellan dålig följsamhet och särskilda karaktärsdrag hos de patienter som inte följer anvisningar och ordinationer. Dålig följsamhet anses vara resultatet av att patientens sätt att se sitt sjukdomstillstånd utvecklats ur att patienten lever med sjukdomen i den egna kroppen i ett samhälle som flödar av idéer om hälsa, sjukdom och behandlingar. Detta överensstämmer inte alltid med personalens officiella, medicinska förståelse. Patienter vill förstå sina symtom relaterat till den egna livssituationen. Dålig följsamhet kan också vara patientens strategi för att skydda den vanliga identiteten och dess värden vid anpassning till en ny situation då sjukdom kräver detta (Friberg & Hansson Scherman, 2009).

### **Personalens erfarenheter av omvårdnad vid dålig följsamhet**

Studier om dålig följsamhet har till största delen utgått från patientens perspektiv, betydligt färre har belyst personalens erfarenheter och upplevelser (Mandal, 2006).

Robertson (1992) har sammanfattat de reaktioner och beteende som kan förekomma hos vårdgivare då patienter icke är följsamma till behandling.

- Patienten stämplas av personalen som icke följsam och besvärlig.
- Man skyller patienten för utebliven progress.
- Kontinuiteten i patientkontakten försämras.
- Kommunikationen mellan vårdare och patient försämras.
- Konsultation till personal på specialistenheter för behandling av patienten.
- Avtrubbad för patientens lidande, låter bli att ingripa mot de faktorer som orsakar patienten lidande.
- Utvecklar ett allmänt negativt språk om patienten. Att stämpla en patient som besvärlig och icke följsam till behandling föranleder att omvårdnadsrelationen mellan personal och patient blir dålig och patienten upplever en sämre omvårdnad

Många av dessa reaktioner orsakas av de känslor som föds hos personalen då patienten inte blir bättre. Dessa känslor förvärras då patienten är klagande eller krävande (Moffatt, 2007).

Morgan och Moffatt (2008) har i en studie undersökt personalens erfarenheter av att vårda patienter med bensår som identifierats som ”icke följsamma” till bensårsbehandling. Resultatet visar att personalen förväntade sig att patienten skulle lyda behandlingsordinationer och vara positiv till behandlingen även då den påverkade patientens livskvalitet negativt. Insatser av patienten att utöva viss kontroll över sin egen vård uppfattades av personalen som besvärligt. Patientens beteende var en viktig bestämningsfaktor för om patienten skulle stämplas som ”svår” och samarbetsovillig. Personalen var ofta dåligt rustade att hantera dessa känslor vilket ledde till stress och oro samt en distansering i vårdrelationen (Morgan & Moffatt, 2008).

## **Omvårdnadens betydelse för följsamhet**

Kompressionsbehandling vid venös insufficiens är komplicerad och ofta livslång. Att börja använda kompressionsstrumpa innebär förändring i livsstilen. Det är angeläget att behandlingen utförs professionellt (Norgren, 2004).

Hansson Scherman och Runesson (2009) uppmärksammar den konflikt som i vissa situationer kan uppstå mellan autonomiprincipen och godhetsprincipen. Konflikten uppstår då personalens skyldighet att hjälpa patienten utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet inte överensstämmer med hur patienten vill hantera sin sjukdom. Detta kan bli extra tydligt i de fall då dysfunktionen inte känns eller upplevs av patienten, vilket ibland är fallet vid venös insufficiens. Detta ställer stora krav på vad dialogen mellan patient och personal innehåller.

Det är angeläget med eftervårdsprogram för patienter med läkta venösa sår (Van Hecke et al., 2008; EWMA, 2003). Trots goda kunskaper saknas det i Sverige idag nationella riktlinjer för kompressionsbehandling efter sårläkning. I Blekinge tillhandahålls patienter med läkta venösa bensår 2-4 par kompressionsstrumpor per år, helt kostnadsfritt efter läkarordination. Landstingets sårgrupp har utarbetat lokala föreskrifter för detta (bilaga 1). I primärvården är det ofta distriktssköterskan som provar ut och beställer kompressionsstrumpor samt ansvarar för uppföljning av behandlingen.

I en studie (Flanagan, Rotchell, Fletcher, & Schofield, 2001) av hemsjukvårdspersonals och patienters erfarenheter av kompressionsbehandling efter sårläkning framkom att eftervårdsprogram för patienter med läkta venösa bensår var ineffektiva och fragmentiserade. Ansvarsfördelningen för kompressionsbehandlingen blev efter sårläkning ottydligt. Flanagan et al. belyser behovet av en strategi där personalen kan ge patienternas det stöd de behöver för att minska risken för nya bensår.

Ewma (2003) poängterar vikten av att personalen får patienten medverkande i sin kompressionsbehandling eftersom detta ökar patientens följsamhet till behandlingen. Patientutbildning och en holistisk vård, en effektiv interaktion mellan personal och patient krävs för ett bra resultat.

Van Hecke, Grypdonk och Defloor (2009) har i en översiktsstudie som inventerat hur patientens följsamhet till kompressionsbehandling ökas konstaterat att man ännu inte lyckats presentera ett program som bevisligen är effektivt mot problemet med icke-följsamhet till kompressionsbehandling. Bemötandet och omvårdnadsrelationens betydelse spelar en underordnad roll i forskningen. Det framkom behov av ett starkare engagemang från vårdgivaren samt en god omvårdnadsrelation där följsamheten kan diskuteras och följas upp. En helhetssyn på patienten efterfrågades, där personalen ges möjlighet att erbjuda patienten stöd även då det rör behov i andra avseende (Van Hecke et al., 2009).

## **Följsamhetsbegreppet**

Följsamhetsbegreppet har mött kritik för på vilket sätt mötet mellan patient och personal framställs (Friberg & Hansson Scherman, 2009). I följsamhetsbegreppet framstår patienten som passiv, lydig och underordnad den som ger hälsoråd eller ordinerar behandling. Begreppet anses ha anknytning till behaviorismen med beteendet som det centrala. Den

förståelse och de värderingar som föranleder beteendet ges ingen betydelse. Utifrån detta perspektiv ses patientens sätt att hantera sin sjukdomssituation inte som ett personligt ställningstagande och viljemässigt handlande utan som ett beteende som okomplicerat går att formas om utifrån. Detta synsätt, som utgår från att personalen vet vad som är bäst för patienten och dess välbefinnande, lever kvar från en tid då akuta infektionssjukdomar dominerade sjukdomspanoramata.

Dagens sjukdomspanorama med långvariga livsstilssjukdomar kräver ett synsätt där patienten ses som en autonom person. Detta synsätt skulle innebära att fokus kan flyttas från att patienten inte gör som personalen vill till på hur patienten förstår och uppfattar sin situation. Med detta som utgångspunkt kan möjligheter skapas att ändra sin förståelse och sitt beteende. Mötet mellan personal och patient präglas då av att patienten respekteras som en jämbördig samtalspartner, denna situation innebär ett lärande för båda parterna (Friberg & Hansson Scherman, 2009).

### **Empowerment**

Svensk sjuksköterskeförening (2008) har i en skrift om hälsofrämjande arbete beskrivit ett pedagogiskt program för att främja patientens intresse, ansvar och möjligheter att ta hand om sig själv. Programmet bygger bland annat på empowerment, ett pedagogiskt program som i grupp har visat goda resultat i diabetesvården.

Empowerment bygger på en människosyn där utgångspunkten är att alla människor har resurser att definiera sina problem och att utveckla handlingsstrategier att lösa dessa (Crane-Ross, Lutz, & Roth. (2006). Grundtanken är att stödja en person till att uttrycka känslor och värderingar till sjukdomen, identifiera och lösa sina problem, utveckla sina resurser för egenvård, sätta sina egna mål och skapa en konkret handlingsplan för att lösa dessa. Personen behöver få utforska och reflektera över sitt sätt att tänka, göra och känna samt få möjlighet att prova och utvärdera nya och förändrade beteende i sin egen takt (Crane-Ross et al., 2006). Med detta synsätt utgör omvårdnaden en stödjande process med fokus på samarbete och på att ge personen möjlighet att ta kontroll över sitt eget liv (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

### **Vårdprocessen**

Vårdprocessen kan ses som en väg att stärka patientens egenmakt för hälsa. Eriksson (1988) ger en fördjupad beskrivning av vårdprocessens olika delar och dess innebörd. Vårdrelationen utgör grunden i vårdprocessen, det är i relationen till vårdaren som patienten ska få utrymme att uttrycka sina behov och problem. Inom ramen för vårdprocessen benämns denna relation vårdförhållande och syftar till att stödja patientens hälsoprocesser mot slutmålet optimal hälsa. Detta vårdförhållande grundar sig på kunskap och uppfyller de etiska kraven. Eriksson menar att det, förutom vårdkunskap, krävs konst för att kunna vårda patienten. Konsten representeras av att vårdaren skapar en vårdhandling som är avsedd just för den aktuella patienten.

Vårdprocessens faser utgörs av: patientanalys, prioritering, vårdhandling (Eriksson, 1988). Vid patientanalysen kartläggs patients totala situation. Denna analys fortgår genom hela



processen och innebär också en utvärdering av vården. Vid prioritering av vårdområde rangordnas patientens problem. Därefter väljer man vårdhandling utifrån prioriteringen och befintliga resurser. En vårdhandling innebär att avsiktligt frambringe en förändring i patientens hälsoprocesser. Vårdhandlingar kan vara styrande eller påverkande, ofta förekommer båda formerna samtidigt. Styrande vårdsituationer kännetecknas av att patienten är passiv i förändringsarbetet av tidigare strukturer. I den påverkande vårdsituationen försöker vårdaren ingripa aktivt i patientens liv genom att ändra dennes kognitiva struktur genom inläring. De påverkande åtgärderna anses mycket viktiga i vårdprocessen. Vid val av vårdhandling deltar förutom vårdpersonal och patient ibland även anhöriga. Målet för vården ska utgå från patientens situation men samtidigt ska det vila på en vetenskaplighet (Eriksson, 1988).

### **Problemformulering**

Det finns ett flertal faktorer som påverkar patientens följsamhet till kompressionsbehandling efter sårsläkning negativt. Dessa faktorer är idag välundersökta men trots detta har ingen kunnat erbjuda en fungerande strategi mot problemet. Det framkommer behov av ett mångfasetterat synsätt som inkluderar ett vårdvetenskapligt tänkande för att finna de faktorer och processer som påverkar patientens följsamhet till kompressionsbehandling, omvårdnaden ges stor betydelse för att nå framgång (Van Hecke et al., 2007; EWMA, 2003).

Få undersökningar har belyst vårdpersonalens erfarenheter av omvårdnad vid kompressionsbehandling efter läkning av venösa bensår. Med bakgrund av detta har jag undersökt distriktssköterskors erfarenheter av att medverka till ökad följsamhet vid behandling med kompressionsstrumpor efter läkning av venösa bensår.

Resultatet av denna studie kan komma att synliggöra distriktssköterskans behov för bättre medverkan i patientens följsamhet till behandling med kompressionsstrumpor efter sårsläkning.

### **SYFTE**

Syftet med studien var att undersöka vilka erfarenheter distriktssköterskan hade av att medverka till att öka patientens följsamhet till kompressionsbehandling med kompressionsstrumpor efter läkning av venösa bensår.

### **METOD**

Den ontologiska innebörden i studien är naturalistisk då distriktssköterskors erfarenheter av omvårdnad vid kompressionsbehandling efter läkning av venösa bensår har undersökts. För att möjliggöra en säker tolkning av data måste den valda metodiken korrespondera mot problemet (Backman, 2008). Studien har en kvalitativ ansats där forskningen bygger på individuell tolkning och bearbetning av resultat. Förhållningssättet är förutsättningslöst, forskaren försöker möta situationen som om den alltid vore ny. Studien utgår från helheten och inte från dess delar och det finns en öppenhet för vad resultat ska bli (Olsson & Sörensen, 2007).

Materialet till studien samlades in genom att distriktssköterskor medverkade i en fokusgruppintervju. Fokusgrupper används med fördel för att samla information om känslor, reaktioner, åsikter och erfarenheter. Det är en bra metod för att på ett effektivt sätt erhålla mycket information där gruppdynamiken tjänar till att ge deltagarna inspiration och stöd (Bell, 2006).

### **Urval**

En optimal gruppstorlek för en fokusgrupp är sex till tolv deltagare (Bell, 2006).

Inledningsvis planerades en grupp om sex distriktssköterskor. Gruppdynamiken är viktig för att uppnå ett bra innehåll i fokusgruppintervjun. En homogenitet är att föredra för att alla ska våga uttrycka sina åsikter och erfarenheter (Olsson & Sörensen, 2007). För att öka möjlighet till en trygg grupp med god gruppdynamik bjöds distriktssköterskor från ett och samma primärvårdsområde in till fokusgruppintervjun.

Fösta urvalet av informanter utgjordes av en inbjudan till distriktssköterskor på en vårdcentral att delta i studien (bilaga 2). Vårdcentralen valdes med anledning av att den förväntades vara tillräckligt stor för att erbjuda det antal deltagare som behövdes för studiens genomförande samt att den låg utanför det egna primärvårdsområdet. Inbjudan föranleddes av ett godkännande av verksamhetschefen för den valda vårdcentralen. Avdelningschefen för aktuell vårdcentral informerades om studien och ombads dela ut inbjudan till vårdcentralens distriktssköterskor. Inbjudan vände sig till distriktssköterskor med minst två års yrkeslivserfarenhet samt erfarenhet av kompressionsbehandling efter sårläkning. Med krav på yrkeslivserfarenhet var förhoppningen att få fram en större bredd i materialet. I inbjudan informerades deltagaren om sin uppgift i studien och vilka villkor som gällde för deras deltagande. Undersökningens huvudsakliga syfte angavs samt en beskrivning av hur undersökningen skulle genomföras. Vidare betonades de vinster i fråga om ny kunskap som forskningen i fråga kan komma att bidra med.

Det visade sig att den utvalda Vårdcentralen endast hade två distriktssköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna för att medverka i studien. Ytterligare fem distriktssköterskor bjöds in från områdets hemsjukvårdsgrupp. Även denna inbjudan föranleddes av godkännande av verksamhetschef och information till avdelningschefen. I detta fall skickades inbjudan ut direkt till distriktssköterskorna i hemsjukvårdsgruppen. Samtliga sju distriktssköterskor tackade ja till inbjudan men endast fem kunde närvara vid tidpunkten för intervjun. Samtliga intervjudeltagare var kvinnor, medelålder var 50 år och de hade i medeltal varit distriktssköterska i 13,4 år.

### **Intervju**

Vid den kvalitativa intervjun eftersöks undersökningspersonernas egna uppfattningar (Kvale, 1997). För att undvika att diskussionen skulle hämmas av deltagarnas rädsla för att erkänna brister i omvårdnaden av patienter med kompressionsbehandling efter sårläkning påtalade diskussionsledaren att det för studien inte förekommer några rätt eller fel i det som framkommer under diskussionen.

I den kvalitativa forskningen utövar forskaren den minsta styrningen av undersökningspersonerna men måste samtidigt försäkra sig om att få svar på de frågor som ska belysas (Holme, 1991). I gruppintervjuer begränsas intervjuarens kontroll över intervjusituationen till följd av samspelet i gruppen (Kvale, 1997). Frågeguiden är därför viktig för att säkerställa att diskussionen belyser de ämnen som är relevanta till studiens syfte. Polit och Beck (2008) anser att nyckeln till en effektiv fokusgrupp är forskarens frågeguide. Tolv frågor anses vara ett bra antal vid en intervju på två timmar (Polit & Beck, 2008).

Intervjun utgjordes av en halvstrukturerad frågeguide innehållande sju frågor, vilka utgick från huvudämnet; erfarenheter av möjligheter och hinder att verka för ökad följsamhet till kompressionsstrumpor (bilaga 3). Frågorna började utifrån ett brett perspektiv för att röra sig mot det specifika, vilket enligt Polit och Beck (2008) anses vara en bra strategi. Det är viktigt att söka förståelse för informanternas perspektiv (Baxter, 1994). För att möjliggöra ett bra analysmaterial kompletterades frågorna i frågeguiden med följdfrågor till syfte att få en fördjupad förståelse för distriktssköterskornas erfarenheter.

Hela intervjun spelades in på ljudband då det var det som sades under intervjun som blev materialet för analysen. Det kan vara svårt att på en ljudinspelning höra vad som sägs vid en fokusgruppsintervju, därför uppmanade diskussionsledaren inledningsvis deltagarna att tala en och en. Bandinspelning bidrog till att diskussionsledaren kunde ägna hela sin uppmärksamhet åt det deltagarna sa, vilket ger bättre förutsättningar för ledning av diskussionen (Bell, 2006).

Som ledare av intervjun var det viktigt att hålla diskussionen fokuserad på ämnet och låta alla i gruppen få uttrycka sina erfarenheter. Diskussionsledaren ska enligt Olsson och Sörensson (2007) inta en neutral hållning och får inte låta sig styras av en eller flera dominanta gruppmedlemmar. Inledningsvis är det lämpligt med en kort presentation av deltagarna, en kort introduktion av studiens syfte och mål samt diskussionsledarens roll. Vidare är det bra att tala om för deltagarna att de är fria att tala när de har något att säga men föreslå att de talar en efter en och verkligen ger uttryck åt sina åsikter. Deltagarna informerades enligt ovan.

### **Etiska överväganden**

Individskyddskravet är den självklara utgångspunkten för forskningsetiska överväganden. Detta krav innebär att individer inte får utsättas för psykisk eller fysisk skada, förödmjukelse eller kränkning. Det grundläggande individskyddskravet kan konkretiseras i fyra allmänna huvudkrav på forskningen: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002).

Intervjudeltagarna informerades om den aktuella forskningsuppgiftens syfte och att de själva hade rätt att bestämma över sin medverkan. Alla uppgifter har behandlats konfidentiellt och förvarats på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. Uppgifterna har endast använts för undersökningens ändamål. Endast författaren har haft tillgång till materialet i sin helhet, handledaren har haft tillgång till delar av materialet. Delar av material sparas enligt gällande regler vid Blekinge Tekniska Högskola, övrigt material kommer att förstöras.

Det finns i kommande studie inga omständigheter som motsätter sig individskyddskravet. Enligt gällande praxis har studien genomgått etisk rådgivning vid Etikprövningskommittén i Sydost, diarienummer: EPK 65-2011.

### **Förförståelse**

I studier av kvalitativ karaktär är forskaren delaktig genom att i samspelet under intervjun vara medskapare av texten. Resultatet av en intervjustudie kan av denna anledning inte ses som oberoende av forskaren. Forskarens förförståelse är en given utgångspunkt för forskningsarbetet (Holme, 1991). Den aktuella förförståelsen i denna studie utgår från författarens kunskap och erfarenheter från sitt arbete som distriktssköterska på en såravdelning. Erfarenheten är att denna patientgrupp ofta lämnas ensamma med sin kompressionsbehandling efter sårläkning, vilket leder till begränsad möjlighet för distriktssköterskorna att medverka till en ökad följsamhet till behandlingen. I undersökningen var avsikten att sätta denna förförståelse inom parentes.

### **Analys**

Resultatet har analyserats med hjälp av en innehållsanalys. Analysmetoden utgörs av en domän analys, vilken enligt Baxter (1994) är den enklaste formen av innehållsanalys. Analysen innebär en beskrivning av en domän, vilken utgörs av delar av texten som berör ett specifikt område. Domäner kan vara delar i en intervjutext som sammanfaller med frågeområden i en intervjuguide (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Domänerna utgörs i denna studie av distriktssköterskornas erfarenheter av *hinder* och *möjligheter* att medverka till ökad följsamhet till behandling med kompressionsstrumpor efter sårläkning.

Lundman och Hällgren Graneheim (2008) har beskrivit tillvägagångssättet vid en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, detta tillvägagångssätt efterföljdes vid analysen. I första skedet skrevs det bandade intervjumaterialet ned ordagrant. Därefter lästes texten igenom för att få en känsla av helheten. Bärande meningsenheter, som svarade mot studiens syfte, identifierades och färgmarkerades utifrån om de tillhörde domänen möjligheter eller hinder. För att underlätta bearbetningen lyftes sedan bärande enheter ut ur texten och placerades under respektive domän. I nästa steg kondenserades meningsenheterna vilket innebar att de kortades ned så mycket det var möjligt utan att de miste sin egentliga innebörd. Därefter kodades de kondenserade meningsenheterna där enheternas innebörd abstraherades. Utifrån koderna bildades underkategorier där koder med samma innebörd bildade en kategori. Slutligen formuleras ett tema som är baserat på analysen i sin helhet och känslan av det mera uttalade budskapet.

För att validera analysresultatet presenteras utdrag av intervjutexten i resultat delen.

## **RESULTAT**

Resultatet presenteras utifrån två domäner, vilka utgörs av distriktssköterskornas erfarenheter av möjligheter och hinder att medverka till ökad följsamhet till behandling med kompressionsstrumpor efter sårläkning. För varje domän framkom en respektive två kategorier med tillhörande underkategorier. Kategorierna presenteras under tillhörande

domän och underkategorierna markeras med fetstil i texten. Slutligen presenteras det tema som framträdde under analysfasen med det mera icke explicit uttalade budskapet.

Tabell 1 Beskrivning av domäner, underkategorier, kategorier och tema

Domän	Underkategorier	Kategorier	Tema
<b>Möjligheter att medverka till ökad följsamhet till kompressionsstrumpor</b>	Ansvar/engagemang	<i>Motivera patienten att använda kompressionsstrumporna</i>	<b>Övertygelse krävs för att övertyga</b>
	Öka förståelsen för behandlingen		
	Möjliggöra att patienten får på sig kompressionsstrumporna		
<b>Hinder att medverka till ökad följsamhet till kompressionsstrumpor</b>	Otydlig diagnos och ordination	<i>Osäkerhet till behandlingens medicinska värde</i>	
	Osäker utprovning		
	Utebliven uppföljning av patienten	<i>Utebliven patientanalys</i>	
	Patientens autonomi och egenansvar		

### **Möjligheter att medverka för ökad följsamhet till kompressionsstrumpor**

*Motivera patienten att använda kompressionsstrumporna*

Distriktssköterskan kände ett stort **ansvar** för kompressionsbehandlingen efter sårsläkning. Hon hade ofta ansvarat för patientens sårbehandling sedan tidigare och såg det som naturligt att även ta ansvar för kompressionsbehandlingen efter sårsläkning.

”har dom gått hos oss och har läkta sår och ska ha strumpor så ställer man inte upp dom på ett läkarbesök”

Distriktssköterskan ansåg att hennes **engagemang** påverkande patientens motivation till att använda kompressionsstrumporna.

”att patienten fattar att det här är faktiskt rätt så viktigt för annars hade de ju inte lagt ner någon energi på det”

Det framkom att distriktssköterskan sökte förståelse för patientens upplevelser av behandlingen då de inte ville använda kompressionsstrumpor.

”det är ju anledningen till motviljan man måste angripa”

Distriktssköterskans engagemang i vårdrelationen ansågs viktig för att under sårbehandlingen motivera patienten till kompressionen under sårhäkning men även vikten av kompressionsstrumpor efter sårhäkning.

”man bygger upp en relation... det är att förklara varför man har fått sår, vad man ska göra för att förebygga, vad som krävs för att det ska läka. Att man förklarar. Man försöker få patienten att förstå det hela”

Att **öka patientens förståelse** för behandlingen ansågs vara en viktig del i arbetet att motivera patienten. Patienterna kunde vara olika mottagliga för distriktssköterskans kunskapsförmedling. En läkarordination var värdefull eftersom diagnosen då tydliggjordes och ordinationen fick en annan tyngd.

”en skriven remiss av en doktor är man väldigt rädd om”

”då finns det ju en diagnos, det finns en anledning till att de fick strumporna”

Distriktssköterskan hade även erfarenhet av att mottagligheten för patientinformationen ökade om patienten hade haft upprepade recidiv och på den vägen lärt sig att det är viktigt med kompressionsstrumpor.

”dom har ju lärt sig att det går inte, man klarar sig inte utan”

En annan faktor som framkom som viktig i arbetet med att öka patientens motivation till behandling med kompressionsstrumpor var att **möjliggöra för patienten att få på sig kompressionsstrumporna**. Distriktssköterskan hade erfarenhet av att många patienter på grund av fysisk begränsning hade svårigheter med detta.

Distriktssköterskan hade möjlighet att lämna ut hjälpmedel som underlättade för patienten eller dennes anhörig att få på kompressionsstrumporna. Detta ansågs vara en god hjälp.

”jag visa dem eureka (ett hjälpmedel för strumpådragning)...det är det jag brukar känna gör en väldigt stor skillnad”

För de patienter som hade hemtjänsthjälp ordnades hjälp med påtagning av kompressionsstrumporna genom att hemtjänstpersonalen blev ombedd att hjälpa patienten. De patienter som inte kunde få på sig kompressionsstrumporna och som inte hade hemtjänst behövde motiveras att ta hemtjänsthjälp.

”sen behöver man motivera dem att ta hemtjänst”

På mottagningen upplevde distriktssköterskan ofta att det var lätt att få patienten att förstå nyttan med att använda kompressionsstrumpor men hon hade en känsla av att patientens motivation inte var tillräcklig för att åstadkomma en varaktig förändring i dennes vardagliga rutiner.

”när patienten är här så är patienten med men när de kommer hem till sitt eget och sina vardagliga rutiner då blir det liksom ett extra moment, då blir det besvärligt

och man ser inte vikten av att ta det här lilla extra besvärliga för att det ska bli bra”

### **Hinder att medverka för ökad följsamhet till kompressionsstrumpor**

Distriktssköterskorna ansåg att det fanns ett stort motstånd hos patienter till att använda kompressionsstrumpor. Det fanns en samstämmighet hos distriktssköterskorna att det var en svår uppgift att öka följsamheten till kompressionsstrumpor och flera hinder angavs.

#### *Osäkerhet till behandlingens medicinska värde*

Distriktssköterskan tog ett stort ansvar vid kompressionsbehandling med kompressionsstrumpor och det framkom att ansvaret kunde bli för stort. Initieringen av behandlingen blev otydlig eftersom diagnosen och ordinationen var oklar. Patienterna hade ofta haft kompressionsstrumpor sedan innan sår läkning och fortsatte behandlingen med dessa efter sår läkning.

”oftast har dom redan stödstrumpor, i alla fall dom jag har varit i kontakt med, så har dom haft stödstrumpor tidigare”

Det kom fram ett behov om ansvarsförtydligande vid **diagnos och ordination** av behandlingen där distriktssköterskan var villig att ta ett större ansvar. Så här uttryckte sig en distriktssköterska när det gällde ordination av kompressionsklass:

”om man nu ska ha en sjuksköterska som gör det så får väl den sjuksköterskan ha det specialuppdraget så att hon får diagnostisera”

Det hände att distriktssköterskorna ordinerade kompressionsklass på strumporna. Det framkom att läkarna inte var insatta i ordination av kompressionsstrumpor.

”Doktorn vet ju oftast inte vad som gäller”(om ordination av kompressionsstrumpor)

Distriktssköterskan kände ibland att hennes kompetens var otillräcklig.

”som det är nu i alla fall, känner i alla fall jag, att jag kan lite men inte mycket”

”det skulle finnas en behandlingsplan om man säger ja vad det är för kriterier som ska till, precis som man har för blodtryck eller astma eller andra åkommor”

Det framkom en önskan om ett större läkarengagemang när det gällde diagnostik och ordination.

”läkarna skulle kunna lägga lite mera krut på detta”

Det fanns en uppfattning att en läkarordination skulle höja den medicinska statusen på behandlingen.

”egentligen så kanske man kan göra det (jämföra kompressionsstrumpor med medicin) men jag tror inte att patienten vet de, men om doktorn ordinerar det...”

En annan faktor som bidrog till att distriktssköterskan inte med säkerhet visste om behandlingen var medicinskt korrekt var en **osäker utprovning** av strumporna. De patienter som gick till vårdcentralens distriktssköterska utförde måttagningen inför strumpbeställningen själva. Detta gjorde att distriktssköterskan inte var helt säker på att måttagningen blev riktig, vilket kunde innebära fel storlek på kompressionsstrumporna.

”dom kan ju faktiskt ta fel mått det har vi inte heller koll på”

Hemsjukvårdens distriktssköterskor hade möjlighet att åka hem till sina patienter, vilket underlättade mätning av benen inför strumpbeställning. En omorganisation försvårade för de olika grupperna att samarbeta kring patienterna, vilket ansågs krångla till det.

Distriktssköterskan beställde kompressionsstrumporna som därefter skickades direkt hem till patienten med post. Detta innebar att det inte blev tillfälle att kontrollera om kompressionsstrumporna passade patienten.

”vi beställer ju och sen så får dom de i brevlådan hem, sen är vi inte där”

#### *Utebliven patientanalys*

**Utebliven uppföljning** av patienten var ett övergripande hinder för att öka följsamheten till kompressionsstrumpor efter sårläkning. När patientens sår var läkta fick de kompressionsstrumpor och ny vårdkontakt var aktuell först om de fick nya sår.

”när dom är läkta så släpper vi dom tills nästa gång de har sår”

Detta begränsade givetvis distriktssköterskans möjlighet att öka följsamheten efter det att patienten lämnat mottagningen med ett läkt sår. Samtidigt var distriktssköterskans uppfattning att följsamheten minskade då patienten lämnat vården.

”när de kommer hem till sitt eget och sina vardagliga rutiner då blir det liksom ett extra moment, då blir det besvärligt och man ser inte vikten av att ta det här lilla extra besvärliga för att det ska bli bra”

Det framkom en viss självkritik hos distriktssköterskan när det gällde hennes arbete med att följa upp behandlingen.

”jag tror att vi kan bli bättre på uppföljningar, att man har en uppföljningsplan”

”man egentligen skulle följa upp precis som med ett annat hjälpmedel som helst det har man egentligen skyldighet att göra”

Det kom fram att behandling med kompressionsstrumpor inte likställdes med annan medicinsk behandling som till exempel läkemedel.

”det (om kompressionsstrumpor) går inte riktigt att jämföra med medicin”



”det kanske mer ses som en behandling(om övertrycksbehandling), att ha en liten stund, det är som att ta bltr-et, en strumpa är en strumpa”

Så här uttryckte en distriktssköterska sig om vinsten med uppföljning:

”egentligen så skulle man ju ha någon form av system, att man mätte om en gång om året eller så, och att det då kändes viktigt, att patienten fattar att det här är faktiskt rätt så viktigt för annars hade de ju inte lagt ner någon energi på det. Eller att man förstår det lite själv egentligen.....”

Det fanns en förståelse hos distriktssköterskan för patientens upplevelser av motvilja till behandling med kompressionsstrumpor. Deras erfarenhet var att patienterna hade bristande förståelse för kompressionsbehandlingen. Patienterna hade svårt att få på sina strumpor och strumporna kunde upplevas obekväma och misspydande.

I patientkontakten framkom det att möjligheten att verka för en ökad följsamhet, i de fall patienten inte ville använda kompressionsstrumpor, var begränsad på grund av **patientens autonomi och egenansvar**.

”vi kan bara förklara och förklara”

”vi inte tvinga oss på dem, vi har inte nån som helst möjlighet att säga att du måste använda dom”

I de fall då patienten inte kunde få på sina strumpor själv och enda möjligheten var hemtjänst hjälp med påtagningen ansågs det vara extra svårt att påverka patienten, eftersom det i dessa fall innebar en månadsavgift för hemtjänsthjälp.

”dom har fått en strumppådragare men dom tycker att det är jättejobbigt och vill absolut inte ha hemtjänst och då är det oerhört svårt att motivera”

Patienten ansågs ha ett egenansvar och att det som personal inte gick att ta ifrån dem detta.

”de vet ju att dom ska ha dem på, men samtidigt har de ett egenansvar”

### **Övertygelse krävs för att övertyga**

Det tema som under analysförförandet framträdde var att övertygelse krävs för att övertyga. Temat knyter samman kategorier och underkategorier för distriktssköterskans erfarenheter av möjligheter och hinder att medverka till en ökad följsamhet till kompressionsstrumpor. Möjligheterna utgjordes av faktorer som ökade distriktssköterskans möjligheter att motivera patienten att använda sina kompressionsstrumpor. Hindren utgjordes av faktorer som dels innebar att distriktssköterskan hade en osäkerhet till behandlingens medicinska värde samt faktorer som innebar utebliven analys av patienten.

Tillsammans påvisar kategorierna distriktssköterskans behov av kunskap om patienten och kunskap om behandlingen patienten är ordinerad. Distriktssköterskans egen övertygelse att

den behandling hon förordar patienten är den mest optimala utifrån patienten som individ är grundläggande för hennes möjligheter att medverka till en ökad följsamhet till kompressionsbehandling med kompressionsstrumpor efter sårsläkning.

## **METODDISKUSSION**

En empirisk studie valdes framför en litteraturstudie eftersom det i arbetet med bakgrunden framkom att antalet studier som belyser distriktssköterskans erfarenheter av att verka för en ökad följsamhet till kompressionsbehandling efter sårsläkning var begränsade.

Olsson och Sörensen (2007) beskriver en kvalitativ, induktiv ansats som lämplig för undersökningar med naturalistisk innebörd. Denna ansats valdes eftersom den ansågs vara relevant för att undersöka distriktssköterskors erfarenheter av omvårdnad vid kompressionsbehandling efter läkning av venösa bensår.

### **Urval**

I och med att antalet distriktssköterskor vid första urvalet blev för litet fick distriktssköterskor från områdets hemsjukvård bjudas in. Detta innebar att intervjugruppen bestod av två arbetsgrupper. Distriktssköterskorna hade dock arbetat i samma organisation tidigare och de kände varandra, vilket var positivt för gruppdynamiken. Undersökningen mottogs positivt av såväl arbetsledning som intervjudeltagare, vilket underlättade genomförandet av intervjun.

Intervjugruppen bestod av kvinnor. Den homogena sammansättningen kan ytterligare ha bidragit till att gruppdynamiken var god och att alla deltagarna var aktiva i diskussionen vilket är viktigt för att en fokusgruppintervju ska bli lyckad (Olsson & Sörensen, 2007). De olika arbetsgrupperna hade något skilda förutsättningar i sitt patientarbete, ibland tog denna olikhet plats i diskussionen, vilket gav en bredare bild av ämnet.

Gruppstorlek för fokusgruppen blev fem informanter, en mindre än vad som var planerat och en mindre än det minsta antalet för vad som Bell (2006) anser vara ett optimalt antal deltagare. Detta påverkade troligtvis inte resultatet. Det går dock inte utesluta att en deltagare till skulle kunna erbjuda ett större och innehållsrikare material.

### **Intervju**

Fokusgruppintervjun valdes för att effektivt få mycket information om distriktssköterskans erfarenheter. Studiens omfattning medförde att antalet fokusgruppintervjuer stannade vid en intervju. Analysmaterialet av en så liten undersökningsgrupp medför att resultatet endast kan anses representera den undersökta gruppen.

Ledningen av diskussionen gick bra, diskussionsledaren lyckades inta en neutral hållning, hålla diskussionen till ämnet och låta informanterna diskutera. Bandinspelningen av intervjun var en förutsättning för att ge den uppmärksamhet till diskussionen som krävdes för att hålla diskussionen till det aktuella ämnet.

Polit och Beck (2008) framhåller vikten av en bra frågeguide där frågorna med fördel rör sig från det generella mot det specifika. Förekommande frågeguide var uppbyggd på detta sätt. Frågorna som berörde huvudämnet: erfarenheter av möjligheter och hinder att öka patientens följsamhet till kompressionsbehandling, gav inte så stor diskussion som förväntats då det helt saknades uppföljning av behandlingen. Dessa frågor upplevdes skapa en viss osäkerhet och svaren blev inte så innehållsrika. Det är sannolikt att resultatet av enskilda intervjuer hade erbjudit ett innehåll med större djup. Det hade dock inneburit en betydligt större tidsåtgång för intervjuer och analys av material (Kvale, 1997). Sista frågeställningen tog upp hur distriktssköterskans möjligheter att öka följsamheten till kompressionsstrumpor efter sårsläkning kunde förbättras. Denna frågeställning gav en innehållsrik diskussion där informanterna inspirerade varandra.

## **Analys**

Domän analys var en fungerande metod för analys av materialet. Domänerna utgjordes av frågeområden i frågeguiden vilket förenklade sorteringen av bärande meningsenheterna.

Genomläsningen av intervjutexten i sin helhet gjordes flera gånger för att få en känsla av helheten. Efter några genomläsningar markerades stora stycken text vilka endast beskrev de faktorer som distriktssköterskan ansåg leda till dålig följsamhet hos patienten. Detta förenklade det återstående arbetet med att finna de meningsenheter som svarade mot syftet. Kondenseringen av meningsenheterna gick okomplicerat medan kodningen gjordes om vid några tillfällen och underkategorier och kategorier omarbetades flera gånger. Första omarbetningen föranleddes av att kategorierna var alltför textnära varpå en något högre tolkningsnivå antogs. Vid de andra omarbetningarna eftersträvades någorlunda lika abstraktionsnivå mellan de olika underkategorierna och kategorierna. Detta innebar att i en fram och tillbakaprocess kontrollera meningsenheter, kondensering, kodning och kategoribildning. För att säkerställa tillförlitligheten i analysprocessen har analys och kategoribildning diskuterats med handledare. När arbetet kommit så långt var det enklare att även analysera intervjutexten i sin helhet. Arbetet resulterade slutligen i temat för de erfarna möjligheterna och hindren.

## **Validitet**

Polit och Beck (2008) menar att en studie får ökad trovärdighet om forskaren är insatt i ämnet som ska studeras. Uppsatsförfattaren i denna studie hade, genom sitt yrkesutövande samt genom den litteraturgenomgång som uppsatsen inleddes med, goda kunskaper i ämnet som sådant.

Vid en kvalitativ innehållsanalys kan olika abstraktions- och tolkningsnivåer användas. Det gäller att hitta den nivå som leder till att finna ett begripligt och meningsfullt resultat där man kan se helheten men ändå finna logiska kategorier och teman (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Uppsatsförfattarens ensamarbete vid analysen kan påverka resultatets giltighet. Medförfattare som deltagit i analysarbetet hade eventuellt kunnat erbjuda en större giltighet. Handledaren för uppsatsen har dock tagit del av analysen och kommit med vägledning.

De citat som presenteras i resultatdelen kan anses öka studiens validitet. Domänerna utgjordes av frågeområden i frågeguiden vilket också kan anses stärka studiens validitet.

## **RESULTATDISKUSSION**

Syftet med studien var att undersöka distriktssköterskans erfarenheter av att medverka till ökad följsamhet till kompressionsstrumpor efter sårläkning. I resultat framkommer att distriktssköterskan har erfarenheter av såväl möjligheter som hinder för att medverka till en ökad följsamhet till kompressionsstrumpor. Dessa erfarenheter förenades i temat övertygelse krävs för att övertyga. Temat belyser distriktssköterskans erfarenheter av behov av kunskap och förståelse för såväl behandling som av patienten för att kunna arbeta för en ökad följsamhet.

Av resultatet framgår att distriktssköterskan ofta hade en lång kontakt med patienten under sårläkningen och vårdrelationen ansågs viktig för att nå fram till förståelse för kompressionens betydelse för sårläkningen men även för att minska recidivrisk. Tidigare studier har påvisat betydelsen av en helhetssyn och en god omvårdnadsrelation för att lyckas öka patientens följsamhet (EWMA, 2003; Van Hecke et al., 2007). Med bakgrund av att distriktssköterskan i denna undersökning ofta har en längre kontakt med patienten under sårläkningen kan det konstateras att hon har goda förutsättningar att skapa en god vårdrelation med patienten, vilket hon även poängterar i undersökningen. Eriksson (1988) menar att vårdrelationen utgör grunden i vårdprocessen, det är där patienten får utrymme att uttrycka sina behov och problem. Det är vårdrelationen som gör det möjligt för vårdaren att skapa en vårdhandling som är avsedd just för den aktuella patienten. Även vid omvårdnad som grundar sig i empowerment, där omvårdnaden ses som en stödjande process med fokus på samarbete, är en god omvårdnadsrelation nödvändig för att nå bra resultat (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Distriktssköterskan i denna undersökning ansåg att en viktig uppgift de hade för att öka patientens följsamhet var att öka patientens förståelse för kompressionsstrumporna. Patientens bristande kunskap om behandlingen har i tidigare studier visat sig vara en bidragande orsak till dålig följsamhet (Moffatt et al., 2009; Van Hecke et al., 2008). Av resultatet framkommer att distriktssköterskan i denna undersökning försöker ingripa aktivt i patientens liv genom att ändra dennes kognitiva struktur genom inläring. Denna vårdhandling benämner Eriksson (1988) en påverkande vårdhandling, den sorts vårdhandling som är viktig i arbetet med att stödja patientens hälsoprocesser.

De praktiska förutsättningarna för distriktssköterskorna i denna undersökning var goda då både kompressionsstrumpor och hjälpmedel för applicering av dessa kunde lämnas ut kostnadsfritt till patienten. Distriktssköterskan ansåg att hon stärkte förutsättningarna för en ökad följsamhet genom att möjliggöra att patienten kunde få på sig strumporna. Moffatt et al. (2009) och Van Hecke et al. (2008) har i sina studier påvisat att både applikationssvårigheter och ekonomiska faktorer kan försämra patientens följsamhet till behandlig med kompressionsstrumpor.

Resultatet visar att distriktssköterskan tog ett stort ansvar för behandlingen med kompressionsstrumpor efter läkning av venösa bensår men kände inte alltid att hennes kunskaper var tillräckliga. Det framkom att distriktssköterskan hade erfarenhet av bristande diagnostik och otydlig ordination. Hon upplevde att kompressionsstrumpor inte likställdes med annan medicinsk behandling. Distriktssköterskan ansåg även att utprovning av kompressionsstrumporna kunde ske på ett osäkert sätt. Sammantaget leder detta till att distriktssköterskan har en osäkerhet till behandlingens medicinska värde för patienten. Det är en risk att detta påverkar hennes vårdmål och vårdhandlingar. Eriksson (1988) konstaterar att vårdhandlingar och vårdmål grundar sig dels på kunskap om patienten men även på kunskap om behandlingen. Osäkerhet på behandlingens medicinska värde kan förväntas minska personalens förutsättningar att öka följsamheten hos patienten.

Resultatet av denna undersökning visar att distriktssköterskans möjligheter att verka för en ökad följsamhet till kompressionsbehandling efter sårläkning var begränsade eftersom det saknades uppföljning av den insatta behandlingen med kompressionsstrumpor. Van Hecke et al. (1997) har i en översiktsstudie konstaterat betydelsen av eftervårdsprogram för patienter med läkt bensår. Även i Empowerment är uppföljning grundläggande för att personalen ska få utrymme att stödja patienten att definiera sina problem och resurser, sätta upp egna mål och handlingsplan för att lösa dessa (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

I resultatet framkommer att avsaknaden av uppföljning innebär att distriktssköterskan inte får tillfälle att ge det stöd till patienten som Eriksson (1988) beskriver som viktigt för att patienten ska åstadkomma en förändring i sina hälsoprocesser. Avsaknaden av en effektiv eftervård av patienter med läkta venösa bensår har konstaterats i en tidigare studie (Flanagan et al., 2001). Förklaringen till den uteblivna uppföljning som framkommer i resultatet skulle kunna vara grundade i flera av de processfaktorer som påverkar vårdarens val av målområde. Kunskap och attityder till behandlingen inom professionen påverkar vårdarens målval (Eriksson, 1988). I resultatet framkommer att kompressionsstrumpor inte likställs med en medicinsk behandling. Detta kan vara orsakat av att personalen av tradition är vana att behandla venösa bensår och inte lika vana att behandla venös insufficiens. Det är oklart om patienterna med läkta venösa bensår alltid fått diagnosen venös insufficiens.

Distriktssköterskan efterfrågar ett större läkarengagemang. Utifrån Erikssons (1988) beskrivning av kravet på vårdens vetenskaplighet och val av vårdmål innebär det en betydande skillnad för personal och patient om diagnosen venös insufficiens är tydlig. Under vårdprocessen ska vårdaren stödja patientens hälsoprocesser mot slutmålet optimal hälsa (Eriksson, 1988). Utgår vårdmålet från diagnosen venöst bensår är det lätt att förmoda att sårläkning blir ett slutligt vårdmål. Detta synsätt kan försvåra distriktssköterskornas möjligheter att verka för en ökad följsamhet till kompressionsstrumpor efter sårläkning.

I resultatet framkommer att distriktssköterskorna, på grund av patientens autonomi, anser sig hindrad att fortsätta det motiverande arbetet hos de patienter som inte vill använda kompressionsstrumpor. Detta kan utgöra en risk för möjligheterna att öka patientens följsamhet. Robertson (1992) beskriver risken att patienten stämplas som icke följsam av vårdaren och att det motiverande arbetet därmed avstannar. Ett alltför generöst accepterande av patientens motvilja att använda kompression efter sårläkning skulle till viss del vara

beroende av den föreställningen som Friberg och Hansson Scherman (2009) menar är förekommande, där patienten ses som passiv, lydlig och underordnad den som ger hälsoråd eller ordinerar behandling. Morgan och Moffatt (2008) påvisar i sin studie att patienter som av personalen identifierats som ”icke följsamma” till bensårsbehandling förväntas vara lydiga, positiva och följa behandlingsordinationer då den påverkar patientens livskvalitet negativt. I dessa fall bortser vårdaren från den mognadsprocess som Friberg och Hansson Scherman (2009) beskriver, där patienten eftersträvar att förstå sina symtom relaterat till den egna livssituationen. I och med detta bortser vårdaren även från sin roll i omvårdnadsarbetet mot en ökad följsamhet.

Distriktssköterskan i denna undersökning visar en förståelse för patientens upplevelser av de faktorer som gör att de inte är följsamma till behandlingen. Morgan & Mofatt (2008) konstaterat att vårdpersonalen saknar förståelse för patientens perspektiv vid dålig följsamhet till sårbehandling vilket leder till en distansering i vårdrelationen. Den förmåga att fokusera på patientens upplevelse som distriktssköterskan påvisar i resultatet bör ses som en grund i arbetet att öka följsamheten hos patienten. Friberg och Hansson Scherman (2009) poängterar vikten av ett synsätt där fokus ligger på hur patienten förstår och uppfattar sin situation. Detta synsätt innebär möjligheter för patienten att ändra sin förståelse och sitt beteende. Tyvärr får inte distriktssköterskorna i denna undersökning tillfälle att utöva sin förmåga fullt ut då uppföljningen av patienten uteblir.

## **SLUTSATSER**

Denna undersökning visar att distriktssköterskan har goda grunder att arbeta för en ökad följsamhet till kompressionsbehandling efter sårläkning. Hon har i och med sin kontakt med patienten under sårläkningen förutsättningar att skapa en vårdrelation utifrån vilken hon kan skapa vårdmål och vårdhandlingar som är avsedda just för den aktuella patienten.

Resultatet påvisar att det behövs en attitydförändring inom professionen för att stärka behandlingens status. Distriktssköterskan behöver i samarbete med behandlande läkare utarbeta arbetsrutiner för att säkerställa det vetenskapliga kravet som ska ligga till grund för hur behandlingen bedrivs.

## REFERENSER

- Backman J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Baxter, L A. (1994). Content analysis. In B.M. Montgomery & S. Duck (Ed.), *Studying Interperonal Interaction* (pp.239-254). New York: The Guilford Press.
- Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Crane-Ross, D., Lutz, W.J., & Roth, D. (2006). Consumer and case manager perspectives of service empowerment: relationship to mental health recovery. *Journal of Behavioral Health Service and Research*, 33, 142-155.
- Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. Stockholm: Nordstedts förlag AB.
- EWMA. (2003). Understanding compression therapy. A positions Document. Medical Education Partnership LTD.
- Finlayson, K., Edwards, H., & Courtney, M. (2010). The impact of psychosocial factors on adherence to compression therapy to prevent recurrence of venous leg ulcers. *Journal of Clinical Nursing*; 19, 1289-1297.
- Flanagan, M., Rotchell, L., Fletcher, J., & Schofield, J. (2001). Community nurses', home carers' and patients' perceptions of factors affecting venous leg ulcer recurrence and management of services. *Journal of Nursing Management*, 9, 153-159.
- Friberg, F., & Hansson Scherman, M.(2009). Patienten gör inte som vi vill. I M. Hansson Scherman & U. Runesson (Red.), *Den lärande patienten* (s.15-38). Lund: Studentlitteratur.
- Holme, I., & Solvang, B. (1991). *Forskningsmetodik om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Kapp S., & Sayers, V. (2008). Preventing venous leg ulcer recurrence: a review. *Wound Pracitice and Research*, 16.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindholm, C. (2003) *Sår*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundman B., & Hällgren Graneheim U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Mandal, A. (2006) The concept of concordance and its relation to leg ulcer management. *Journal of Wound Care* 15, 339–341.

- Moffatt, C., & Dorman, M. (1995). Recurrence of leg ulcer within community ulcer service. *Journal of Wound Care*, 4, 57-61.
- Moffatt, C. (2007). *Compression Therapy in Practice*. Wiltshire: Wounds UK.
- Moffatt, C., Kommala, D., Dourdin, N., & Choe, Y. (2009). Venous leg ulcers: Patient concordance with compression therapy and its impact on healing and prevention or recurrence. *Wound Journal* 6, 386-393.
- Morgan, PA., Moffatt, C. (2008). Non healing leg ulcers and the nurse–patient relationship. Part 2: the nurse’s perspective. *International Wound Journal*, 5, 332–339.
- Norgren, L. (2004). *Vensjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen*. Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D., & Beck, C. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for nurse-led Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Robertson, M. (1992). The meaning of compliance: Patient perspectives. *Qualitative Health Research* 2, 7-26.
- Samson R., & Showalter D. (1996). Stockings and the prevention of recurrent venous leg ulcer. *Dermatol Surgery*, 22, 373-376.
- Svensk sjuksköterskeförening*. (2008). Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Danagårds: Författaren.
- Van Hecke, A., Grypdonk, M., & Defloor, T. (2008). Intervention to enhance patient compliance with leg ulcer treatment: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 17, 29-39.
- Van Hecke, A., Grypdonk, M., & Defloor, T. (2009). A review of why patients with leg ulcer do not adhere to treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 337-349.
- Vetenskapsrådet*. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Elanders Gotab: Författaren.



## **BILAGEFÖRTECKNING**

Bilaga 1	Föreskrifter: Strumpor/bandage
Bilaga 2	Inbjudan deltagare
Bilaga 3	Frågeguide

## Strumpor/bandage

### **Indelning:**

För lätta besvär med tyngdkänsla, diskret svullnad kan stödstrumpor räcka (< 18 mm Hg). Köps på apotek, damekiperingsbutiker, hälsokostaffärer mm. Kostnaden för stödstrumpor står patienten själv för.

Kompressionsstrumpor:

(klass I-III, 15-40 mm Hg) tillhandahålls kostnadsfritt enligt läkarordination. Två till fyra par strumpor per år räknas som normalförbrukning. Önskas fler får patienten själv betala dessa (dock ej vid byte av storlek).

Kompressionsstrumpor klass I-III utgör ett sjukvårdsmaterial och skall användas i huvudsak som profylaktisk behandling enligt bifogade indikationer:

Klass I, 15-20 mm Hg Venös insufficiens med sår där klass II ej fungerar.  
Hjärtsvikt med svullnad  
Postoperativ trombosprofylax

Klass II, 20 –30 mm Hg Venös insufficiens med eller utan sår  
Efter djup ventrombos

Klass III, 30- 40 mg Hg Kraftig venös insufficiens med eller utan sår  
Lymfödem

### **Betalningsansvar**

Förskrivare av kompressionsstrumpor är läkare och sjuksköterska/distriktssköterska efter ordination och strumporna debiteras förskrivande basenhet/kostnadsställe.

### **Utprovning**

Sker av förskrivaren eller resp. sköterska på avdelningen/mottagningen. Vid krav på specialgjorda, måttbeställda strumpor skickas remiss till ortopedtekniska avdelningen. De sköter för övrigt det mesta av utprovningen vad gäller specialbandage t ex vid lymfödem, armstrumpor.

### **Beställning**

Sänds till Materialdepån Karlskrona, som distribuerar produkten till utprovaren eller till patienten.

### **Tips och råd**

Vid venös insufficiens ska man försöka eftersträva kompressionsgrad II och knästrumpa är oftast tillräcklig. Måttagning utförs lämpligen vid uppstigning eller efter ½ timmes vila med lindat ben eller efter kompressionsstövelbehandling under ½ timme. Man mäter en gång årligen som rutin samt vid behov.

## Blekinge Tekniska Högskola

### Sektionen för hälsa

#### ***Till Dig som är distriktssköterska i Primärvården Blekinge***

- *förfrågan om medverkan i en studie med syfte att undersöka distriktssköterskors erfarenheter av behandling med kompressionsstrumpor hos patienter efter läkning av venösa bensår*

Studier visar att många patienter inte följer ordinerad behandling av kompression efter läkning av venösa bensår (Mofatt et al, 2009). Dålig följsamhet till behandlingen ger en klart ökad risk för recidivsår, vilket får stora konsekvenser för patientens välbefinnande och ger även en ökad belastning och ekonomiska konsekvenser för sjukvården. Vilka möjligheter har vårdpersonal att medverka till en ökad följsamhet? Vilka erfarenheter har distriktssköterskor av arbete med patienters som inte är följsamma till kompressionsbehandling efter sårläkning?

Jag söker Dig distriktssköterska med minst två års yrkeslivserfarenhet samt erfarenhet av kompressionsbehandling efter sårläkning. Du inbjuds att delta i en fokusgrupp med cirka sex distriktssköterskor där vi under en timma kommer att diskutera ovan beskrivna ämne.

Intervjun kommer att ske under arbetstid. Tid och plats för intervjun kommer att bestämmas utifrån när det bäst passar er och verksamheten. För att inte missa någon information bandas intervjun. Om Du inte vill svara på någon fråga eller avbryta intervjun, är Du i Din fulla rätt att göra så utan att motivera varför. Några namn eller andra data som kan identifiera personer ska inte registreras, och resultatet kommer att presenteras så att ingen kan bli igenkänd.

Jag som ska göra den här studien går en kandidatutbildning i vårdvetenskap och våra examensarbeten ska publiceras i början av juni. Arbetet görs under handledning. Om Du är intresserad, skickar jag gärna ett ex. till Dig när det är klar, eller ett mejl med länk till den elektroniska publiceringen.

Jag kommer att ringa om ett par dagar för att höra om Du vill bli en av informanterna. Då berättar jag gärna mera om undersökningen.

Karlskrona 2011-01-21

Nina Åkesson

Telefonnummer: 0733548953

Mail: [nina.akesson@ltblekinge.se](mailto:nina.akesson@ltblekinge.se)

Handledare: Thomas Eggers

Telefonnummer. 0455-385419

Mail: thomas.eggerts@bth.se

Jag (informant) samtycker härmed att medverka i studien:

Namn:

Datum:

## Frågeguide:

Utgå från dina erfarenheter av kompressionsbehandling med kompressionsstrumpor efter sårläkning.

1. Berätta om hur en behandling med kompressionsstrumpor inleds och följs upp.
2. Vad gör ni för att få patienterna att använda sina strumpor efter sårläkning?
  - finns det omständigheter som underlättar detta arbete?
  - finns det omständigheter som försvårar detta arbete?
3. I vilka situationer kan det vara svårt att få patienterna att använda sina strumpor efter sårläkning?
  - vad i dessa situationer hindrar dig att öka patienternas följsamhet?
  - hur hanterar ni dessa situationer?
4. Hur kan dina möjligheter att arbeta för en ökad följsamhet förbättras?

[www.bth.se](http://www.bth.se)

**BLEKINGE TEKNISKA HÖGSKOLA**

*Postadress: 371 79 Karlskrona Telefon: 0455 - 38 50 00*