LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Patienters upplevelser av att möta sjuksköterskor vid behandling av bensår

En litteraturöversikt

Författare: Moa Henriet & Hannes Pellby Pettersson

Handledare: Karin Hermansson

Kandidatuppsats

Våren 2015

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Patienters upplevelser av att möta sjuksköterskor vid behandling av bensår

En litteraturöversikt

Författare: Moa Henriet & Hannes Pellby Pettersson

Handledare: Karin Hermansson

Kandidatuppsats

Våren 2015

Abstrakt

Bakgrund: Att leva med svårläkta bensår innebär ofta ett lidande. Detta kan påverkas av hur vården upplevs. **Syfte:** Att beskriva patienters upplevelser av mötet med sjuksköterskor vid behandling av bensår. **Metod:** En litteraturöversikt med integrerad analys av 11 vetenskapliga artiklar utfördes. **Resultat:** Fem teman framkom: *Bekräftelse och delaktighet* förknippades med en närvarande och vänlig sjuksköterska och upplevdes vid ett gott samarbete med sjuksköterskor. *Att känna sig ignorerad och att förlora kontroll* i mötet påverkade vårdrelationen negativt. Skickliga sjuksköterskor ingav en känsla av *Att vara i goda händer*. *Obehag och smärta* relaterades till sjuksköterskor som ignorerade smärta och som uppfattades som oskickliga. *Upplevelser av kontinuitet* förknippades med trygghet och säkerhet eller rädsla och osäkerhet. **Slutsats:** Resultatet sammanfattades i tre aspekter; *Bemötande, Sårbehandling* och *Kontinuitet.* För att uppnå personcentrerad vård behöver alla tre aspekter tillgodoses utifrån patientens unika behov. Ett gott bemötande kan ge en bättre vårdrelation som bidrar till positiva upplevelser. Det goda bemötandet behöver kompletteras med god vård och kontinuitet. Kvalitetsregister och standardvårdplaner kan vara ett sätt att möta dessa krav.

Nyckelord

Bensår, patientupplevelser, personcentrerad vård, bemötande, sjuksköterskor, omvårdnad, geriatrik, sårvård, svårläkta sår

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Inledning 2

Bakgrund 2
- Omvårdnadsteoretisk utgångspunkt 2
- Centrala begrepp 3
  - Bensår 3
  - Personcentrerad vård 4
  - Upplevelser och levd erfarenhet 5
  - Patienters rättigheter och sjuksköterskors ansvar 5
- Syfte 6

Metod 6
- Inklusions- och exklusionskriterier 6
- Datainsamling och urval 7
  - Tabell 1, sökschema 8
- Analys av data 8
- Forskningsetiska avvägningar 9

Resultat 9
- Bekräftelse och delaktighet 10
- Att känna sig ignorerad och att förlora kontrollen 12
- Att vara i goda händer 13
- Obehag och smärta 13
- Upplevelser av kontinuitet 14

Diskussion 16
- Metoddiskussion 16
- Diskussion av studiens resultat 17
  - Bemötande 18
  - Sårbehandling 18
  - Kontinuitet 19
- Slutsats och kliniska implikationer 21
  - Figur 1. Modell över aspekter 22

Författarnas arbetsfördelning 22

Referenser 23

Bilagor 26
- Bilaga 1. Granskningsmall 26
- Bilaga 2. Artikelöversikt. 27

Inledning

Att leva med svårläkta eller recidiverande bensår innebär ofta ett stort lidande. Vid sidan av fysiskt lidande som smärta vid omläggningar och infektionskänslighet finns också en stor social komponent av lidande, med obehag och social isolering som följd (Briggs & Flemming, 2007; Lindholm, Bjellerup, Christensen, & Zederfeldt, 1993). Hälso- och sjukvården har en unik möjlighet att lindra detta lidande. En förutsättning för att kunna tillhandahålla en god personcentrerad vård är att inte bara se personen som en individ, utan som en person som finns i ett socialt sammanhang med partner, familj, vänner och andra närstående. Personens egen upplevelse av sjukdom och behandling är minst lika viktig som sjukvårdens tolkning av den (Svensk sjuksköterskeförening, 2010a).

Tidigare studier inom detta område visade bland annat att organisationen kring vården av bensår var viktig för goda resultat (Forsgren & Nelzén, 2012; Öien & Forssell, 2013) samt att patienters livskvalité förbättrades signifikant när deras bensår läkt (Öien, Åkesson & Forssell, 2013). De flesta studier som gjorts har fokuserat på att mäta olika interventioner och behandlingars effekt på sårläkning över tid (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2014), och ett antal studier har undersökt personers livskvalité och upplevelser av att leva med bensår. Ytterligare några studier har undersökt patienters upplevelser av mötet med sjuksköterskor i vården för bensår, men artikelsökningen visar inte att litteraturöversikt gjorts över detta ämne. Syftet med denna litteraturstudie var att skapa en överblick i kunskapsläget kring patienters upplevelser av mötet med sjuksköterskor vid behandling av bensår.

Bakgrund

Omvårdnadsteoretisk utgångspunkt

Joyce Travelbees teori om omvårdnadens mellanmänskliga aspekter presenterades första gången 1966 i boken ”Interpersonal Aspects of Nursing” (Kirkevold, 2000). Travelbee definierar omvårdnad som en mellanmänsklig process där omvårdnadsutövaren hjälper en individ och anhöriga att förebygga eller överkomma upplevelser av sjukdom samt finna mening i dessa upplevelser (ibid.). Centralt i teorin är att människan ses som en unik och oersättlig individ. Hon menar att en generaliserande människosyn, som inryms i begrepp som ”patient” och ”sjuksköterska”, bidrar till att sudda ut individens särdrag. Vare sig det gäller ”patienten” eller ”sjuksköterskan” så gör dessa etiketter att individen kategoriseras i en stereotyp (Kirkevold, 2000).

Lidande är enligt Travelbee en upplevelse alla människor får erfara förr eller senare. Lidande kan yttra sig på olika sätt men är ofta kopplat sjukdom och Travelbee menar att det är viktigare för sjuksköterskan att förhålla sig till den sjukes upplevelse av sjukdom än till sin egna objektiva bedömning. Omvårdnadens främsta syfte är att hjälpa den sjuke att finna en mening i sin situation. Det innebär inte bara att acceptera sin sjukdom utan att omvandla upplevelsen av sjukdom till en stärkande erfarenhet. Sjuksköterskan hjälper patienten att bemästra sin sjukdom och sitt lidande. Mening skapas i den mellanmänskliga relationen vilken uppnås efter att ha genomgått ett antal interaktionsfaser. I dessa interaktionsfaser menar Travelbee att kommunikation är ett av sjuksköterskans viktigaste redskap, vilket används för att lära känna patienten. Hon tillskriver kommunikation lika stor vikt som att ge fysisk omvårdnad (Kirkevold, 2000).

Studien utgår från en holistisk människosyn (Willman, Stoltz, & Bahtsevani, 2011). Det innebär att människans medvetande och kropp betraktas som en oskiljbar enhet; att patienten ses som en hel människa vars upplevelser, erfarenheter och kunskap påverkas av såväl inre som yttre omständigheter (ibid.). I uppsatsen används begreppet patient med denna definition i åtanke, det vill säga som synonymt med *person* och *människa*.

Centrala begrepp

Bensår

Definitionen av ett bensår är ett sår under knät som inte läkt på sex veckor. Ett bensår är inte en sjukdom, utan snarare ett symtom på en eller fler andra sjukdomar, främst venös insufficiens, arteriell insufficiens och diabetes. Ungefär 2 % av befolkningen i Sverige kommer någon gång få bensår. Tillförlitliga siffror på hur många som lever med bensår i Sverige saknas, men förekomsten uppskattas inom EU vara 0,12 till 0,32 % av befolkningen. (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2014)

Mer än hälften av alla uppkomna bensår kan härledas till kronisk venös insufficiens, medan bensår med arteriell patogenes står för ungefär en femtedel (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2014). Bensår vars läkningsprocess störs av både venös och arteriell genes kallas vardagligt för *blandsår*. Dessa bensår ökar i Sverige, och väntas på grund av den åldrande befolkningen att fortsätta öka (Forsgren & Nelzén, 2012).

Stora resurser i form av tid och pengar läggs på vård av personer med svårläkta bensår (Ragnarson Tennvall & Hjelmgren, 2005). Behandlingar och omläggningar av bensår är en betydande del av primärvårdens arbetsuppgifter, samtidigt som personer som kräver mer specialiserad vård behandlas på hudmottagningar och hudavdelningar. Personer med diabetes som får bensår behandlas i högre grad hos specialiserade mottagningar (Lindholm, 2012). Sjuksköterskor arbetar ofta tillsammans med läkare och andra professioner för att fastställa diagnos och att behandlingen blir så effektiv som möjligt. Om det är möjligt ska också personen som har såret engageras i sin egenvård och ges förutsättningar i form av kunskap och stöd för att förbättra möjligheter till sårläkning (Anderson, 2008).

Behandlingar av bensår skiljer sig åt på ett antal kritiska punkter beroende på den bakomliggande sjukdomen (Neill & Turnbull, 2012). Den grundläggande åtgärden för venösa bensår är kompressionsbehandling och högläge. Arteriella bensår behandlas med hud- och sårvård, oftast med torra förband och benen i lågt läge. Sår med inslag av både venös och arteriell insufficiens behandlas oftast med låggradig kompression, beroende på vilken etiologi som är dominant, där syftet är att motverka ödem samtidigt som arteriell cirkulation bibehålls. Kompression av sår med arteriell etiologi kräver läkarordination (Lindholm, 2012). Felaktiga diagnoser och åtgärder kan innebära förvärring av tillståndet och i värsta fall leda till mycket allvarliga konsekvenser för sårläkning och livskvalité. Att sjuksköterskor har goda kunskaper om detta är därför nödvändigt för god vård (Anderson, 2008).

Personcentrerad vård

Förmåga att arbeta med ett personcentrerat förhållningssätt är en av sex kärnkompetenser för sjuksköterskor som Svensk sjuksköterskeförening (2010b) antagit i sin strategi för utbildningsfrågor. Personcentrerad vård innebär enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2010a) att: ”respektera och bekräfta personens upplevelse och tolkning av ohälsa och sjukdom, samt att arbeta utifrån denna tolkning för att främja hälsa” (s. 1). Det innebär också att den sjukdomsdrabbade personens subjektiva upplevelse och tolkning av ohälsa ges lika stort utrymme i utformningen av omvårdnaden som det objektiva professionella perspektivet. En personcentrerad vård tar ett tydligt avstånd från patientbegreppet för att undvika att den unika personen blir reducerad till en abstrakt kategori av människor, vars enda gemensamma nämnare är behovet av vård eller stöd. Personcentrerad vård innebär också att sjuksköterskan aktivt stödjer den sjukdomsdrabbade i att bemästra sin sjukdom och förhindrar att en generaliserande patientroll skapas (ibid.). För att kunna hjälpa en person att bemästra sin

sjukdom så krävs enligt Travelbee att det upprättas en mellanmänsklig relation. Hon hävdar också att avsaknaden av en sådan vårdrelation riskerar att avhumanisera omvårdnaden (Kirkevold, 2000). Vidare kan en positiv vårdrelation leda till en känsla av gemenskap där den sjuke upplever sig bekräftad som människa och får utrymme att uttrycka sina tankar. I kontrast till det kan en negativ vårdrelationen leda till känslor av förödmjukelse, i en sådan relation finns inget utrymme för den sjuke som människa, utan det är sjukdomen som står i centrum (Hall & Graubæk, 2012).

Upplevelser och levd erfarenhet

Begreppet upplevelse definieras i studien utifrån den enskilda individens perspektiv och dennes beskrivning av ett fenomen. Levda erfarenheter kan delas in i fyra delar; upplevelse av kroppen, upplevelse av tid, upplevelse av rum och upplevelse av relation, som tillsammans bildar människans existentiella enhet (Hall & Graubæk, 2012). Kunskap om och förståelse för människors levda verklighet är nödvändigt för sjukvårdspersonal, särskilt vad gäller hälsa och sjukdom (ibid.). Specifikt för denna studie innebär ”upplevelser av mötet” de tankar, reflektioner, upplevelser och uppfattningar som personer som behandlas för bensår har från mötet med sjuksköterskan.

Patienters rättigheter och sjuksköterskors ansvar

Sjuksköterskor arbetar utifrån flera olika lagar, förordningar och styrdokument, samt Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter (Socialstyrelsen, 2005). Patientlagen som trädde i kraft 1 januari 2015 syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen innehåller bestämmelser om: tillgänglighet, information, samtycke, delaktighet, fast vårdkontakt och individuell planering, val av behandlingsalternativ och hjälpmedel, ny medicinsk bedömning, val av utförare, personuppgifter och intyg samt synpunkter, klagomål och patientsäkerhet (SFS, 2014:821, kap. 1, 1 §).

I lagen står att patienten ska få information om sitt hälsotillstånd, vilka behandlingsalternativ som finns, när och hur behandlingen ska utföras och vilka risker som finns med behandlingen. Informationen ska anpassas efter patientens ålder, mognad och språkliga bakgrund och den som ger informationen ska så långt det är möjligt tillse att mottagaren har förstått. Vidare står det att vården ska utföras med respekt för patientens självbestämmande och integritet (SFS, 2014:821, kap. 4, 1 §) och att vården i största möjliga mån skall utföras i samtycke med

patienten (SFS, 2014:821, kap. 5, 1 §). Lagen fastslår även att patienten om hen så önskar har rätt till en fast vårdkontakt för att tillgodose behovet av trygghet och kontinuitet i vården (SFS, 2014:821, kap, 6, 2 §).

Hälso- och sjukvårdslagen syftar till att tillgodose ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” (SFS, 1982:763, 2 §). Sjuksköterskor, som varande en del av hälso- och sjukvården, har tillsammans med annan sjukvårdspersonal ett ansvar att uppfylla krav på vård av god kvalité, vilket innebär att den ska uppfylla krav på god hygien, vara lätt tillgänglig, säker och ta hänsyn till patienters individuella behov (SFS, 1982:763). Därtill har legitimerade sjuksköterskor också ett ansvar att följa den etiska kod som International Council of Nurses arbetat fram, samt att arbeta utifrån ett vetenskapligt förhållningssätt (International Council of Nurses, 2014; Socialstyrelsen, 2005). ICN:s etiska kod utgår från fyra ansvarsområden i omvårdnad: ”att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande” (International Council of Nurses, 2014). I denna studie innebär sjuksköterskans ansvar att i samverkan med andra professioner arbeta personcentrerat vid diagnostik och behandling av bensår utifrån bästa evidens och beprövade erfarenhet, samt att kontinuerligt uppdatera sig om ny kunskap inom fältet sårvård. Evidensbaserad vård definieras både som en process och ett förhållningssätt. Processen innebär att systematiskt söka, kritiskt granska och använda sig av omvårdnadsforskningens vetenskapliga resultat. Förhållningssättet innebär att den vetenskapliga kunskapen ska kompletteras med kunskap om den unika personens behov och upplevelser (Willman et al. 2011)

Syfte

Studiens syfte var att beskriva patienters upplevelser av mötet med sjuksköterskor vid behandling av bensår.

Metod

Uppsatsen baserades på en litteraturöversikt av vetenskapliga artiklar. En litteraturöversikt lämpar sig för att beskriva och sammanfatta kunskapsläget i ett avgränsat område (Friberg, 2012).

Inklusions- och exklusionskriterier

Sökningen anpassades för att inkludera så många relevanta studier som möjligt, och utesluta de som inte berörde syftet. För att motsvara studiens inklusionskriterier krävdes att studierna

undersökt patienters upplevelser av att bli behandlade för bensår. De skulle också vara av god vetenskaplig kvalité och publicerade från 1 januari år 2000 till sökdatumet den 31 mars 2015. Enbart artiklar skrivna på engelska inkluderades. Studier som fokuserade på diabetessår eller enskilda medicinska och/eller kirurgiska interventioner exkluderades. Därtill exkluderas även sekundärkällor, det vill säga andra litteraturgranskningar och metastudier.

Datainsamling och urval

Sökningarna har gjorts i PubMed och Cinahl. Sökningen genomfördes med relevanta Mesh-termer och fritext i PubMed, och Subject och fritext i Cinahl. Sökorden som användes i PubMed var: ”Leg ulcer” (MeSH), ”Patient perspective” (fritext), ”diabetic” (fritext) och ”Nurse- Patient Relations” (MeSH). I Cinahl användes: ”Leg ulcer” (fritext), ”Patient perspective” (fritext), ”patient experience” (fritext) och ”nurse- patient relations” (Subject). Vidare användes de Booleska sökoperatorerna AND och NOT (Friberg 2012), se tabell 1, sökschema. Genomgång av sökträffarna skedde stegvis i tre faser. Den första fasen syftade till att få en överblick av ämnet. Detta gjordes genom att samtliga titlar och abstract från Urval 1 (n= 156, dubbletter inom databaserna borträknade) lästes för att se om de motsvarade studiens syfte (ibid.). I den andra fasen lästes de artiklar som kommit till Urval 2 (n= 30, dubbletter mellan databaserna borträknade) i fulltext för att se om de motsvarade studiens inklusionskriterier. I den tredje fasen utfördes en kvalitetsbedömning av de 11 artiklar som fallit inom ramen för inklusionskriterierna, utifrån granskningsprotokoll för kvalitativa studier som presenteras av Willman et al. (2011), se bilaga 1. Protokollet gav max 15 poäng. Poängen räknades om i procent där < 69 % graderades som låg kvalité, 70 - 79 % medelgod kvalité och ≥ 80 % hög kvalité. Artiklar som utifrån granskningsmallen bedömdes vara av medelgod och hög kvalité inkluderades i studien. Ingen av de granskade studierna graderades som låg kvalité. Samtliga granskade studier hade blivit godkända av sin respektive etiska kommitté. Dessutom gjordes en manuell sökning genom att de inkluderade artiklarnas referenslista granskades, med så kallad snowballing-metod (Kristensson, 2014). Inga ytterligare artiklar hittades på detta sätt.

Tabell 1, sökschema

Sökord för litteratursökning i databaserna PubMed och Cinahl.

#	Sökord	Databas	Träffar	Urval 1	Urval 2	Urval 3
1	”Leg Ulcer”(MeSH) AND ”patient perspective” (fritext) NOT diabetic (fritext)	PubMed	n=40	n=40	n=10	n=4
2	”Leg Ulcer”(fritext) AND ”patient perspective” (fritext) NOT diabetic (fritext)	Cinahl	n=22	n=0	n=0	n=0
3	”Leg ulcer” (fritext) AND ”patient experience” (fritext)	Cinahl	n=51	n=50*	n=8	n=1
4	”Leg ulcer” (fritext) AND ”nurse- patient relations” (Subject)	Cinahl	n=29	n=29	n=11	n=2
5	“Leg Ulcer” (MeSH) AND ”Nurse- Patient Relations” (MeSH)	PubMed	n=39	n=37**	n=8	n=4
		Summa:	n= 181	n= 156	n= 30***	n= 11
	Begränsningar: Engelska, publicerade 2000-01-01 till 2015-03-31. Dubbletter inom databaserna ej medräknade: *n=1,**n=2 Dubbletter mellan databaserna ej medräknade: *** n= 7					

Analys av data

Studien utfördes med en induktiv ansats och en integrerad analys i tre faser användes enligt metodbeskrivning av Friberg (2012). I den första fasen lästes samtliga artiklar ännu en gång i sin helhet. Författare, titel, sammanfattning av syfte, typ av studie, deltagare och bortfall, resultat och bedömd kvalité för varje enskild studie ställdes upp systematiskt i en tabell (se bilaga 2). Syftet med detta var att organisera data från flera studier till ett hanterbart format för den integrerade analysen (Friberg, 2012). I den andra fasen användes översiktstabellen och sammanfattningar av studierna för att identifiera likheter och skillnader vad gäller materialets teoretiska grund, metodologi, analys och syfte. Likheter och skillnader i studiernas resultat skrevs ner under olika teman, som sedan användes för att formulera föreliggande studies resultat. I den integrerade analysens tredje fas jämfördes resultatets teman för att identifiera olika mönster och relationer sinsemellan. Till sist drogs slutsatser som sedan verifierades i primärkällorna. Syftet med detta var att lyfta analysen från att vara enbart beskrivande av andra studiers resultat till att presentera självständiga och valida slutsatser och därmed tillgängliggöra ny kunskap (ibid.).

Forskningsetiska avvägningar

I en litteraturstudie är det inte möjligt att inhämta samtycke hos studiedeltagare från de källor som studeras. De vetenskapliga artiklar som föreliggande studie baserats på har granskats utifrån om de blivit godkända av sina respektive etiska kommittéer. Även om samtycke inte kunde inhämtas i aktuell studie var det relevant att betrakta etiska principer inom omvårdnadsforskning (Kristensson, 2014). Sykepleiernes Samarbeid i Norden (2003) har gett ut en sammanfattning av de fyra etiska principer som styr omvårdnadsforskning i Norden. *Principen om autonomi* handlar om självbestämmande, värdighet, integritet och sårbarhet, vilket innebär att studier inte får innehålla något som helst tvång och att studiedeltagare ska kunna delge informerat samtycke till att delta i studien. *Principen att göra gott* handlar om att studien i slutändan ska ha en potential för att gagna den grupp som studeras, och att göra gott för enskilda individer såväl som samhället i stort. *Principen att inte skada* handlar om att vetenskapliga studier ska utföras på ett sätt som innebär ett minimerat lidande eller risk för skada hos studiedeltagarna. *Principen om rättvisa* handlar om att alla individer ska behandlas likvärdigt, och syftar till att försvara varje människas rätt att inte kränkas eller missgynnas. Forskaren har som uppgift att värna speciellt om individer i svaga grupper för att säkra att de inte utnyttjas. Med ”svaga grupper” menas personer som av olika anledningar har nedsatt eller saknar förmåga till självbestämmande, som till exempel personer med demenssjukdom (ibid.).

Resultat

Elva vetenskapliga artiklar inkluderades i denna studie (se bilaga 2, artikelöversikt), fem var utförda i Storbritannien, fyra i Sverige, en i Belgien och en i Norge. En artikel baserades i en enkätstudie med mixad metod (Törnvall & Wilhelmsson, 2010) medan de resterande artiklarna grundades i kvalitativa studier. Åtta stycken var intervjustudier (Douglas, 2001; Ebbeskog & Emami, 2005; Edwards, 2003; Green, Jester, McKinley & Pooler, 2013; Haram, 2013; Hopkins, 2004; Morgan & Moffatt, 2008; Roaldsen, Biguet & Elfving, 2011) och två kombinerade intervju och observation (Van Hecke, Verhaeghe, Grypdonck, Beele & Defloor, 2010; Petersson, Springett & Blomqvist, 2009). Samtliga studier utom en (Hopkins, 2004) hade en majoritet av kvinnliga deltagare. Av de inkluderade studierna deltog totalt 235 personer, sammanlagt var 66 % av deltagarna kvinnor (n = 154) och 44 % var män (n = 81).

Artiklarna granskades utifrån syftet med litteraturöversikten; att undersöka patienters upplevelser av mötet med sjuksköterskor vid behandling av bensår. Under analysen

identifierades fem teman: *Bekräftelse och delaktighet, Att känna sig ignorerad och att förlora kontroll, Att vara i goda händer, Obehag och smärta* samt *Upplevelser av kontinuitet.*

Bekräftelse och delaktighet

Att bli bekräftad av sjuksköterskor beskrevs i ett flertal studier (Ebbeskog & Emami, 2005; Petersson et al., 2009; Van Hecke et al., 2010; Morgan & Moffatt 2008; Hopkins, 2004; Törnvall & Wilhelmsson). Olika aspekter av hur vårdkvalitén upplevdes förmedlades i en enkätstudie utförd av Törnvall och Wilhelmsson (2010) där 113 personer som behandlas för bensår tillfrågades. I resultatet framkom att respondenterna överlag var nöjda med vården och att den i stor utsträckning svarade på deras krav. I studien framkom att kvinnorna, som motsvarade 67 % av respondenterna, svarat att de var mer nöjda med vården än motsvarande svar från männen. På de öppna frågorna svarades att sjuksköterskorna uppfattades som vänliga, trevliga, tillmötesgående och omtänksamma, vilket också bedömdes som viktiga aspekter för mötet med vården. Dessa aspekter återfanns i en artikel av Ebbeskog och Emami (2005), som genomförde en intervjustudie med femton äldre personer om deras upplevelser av att behandlas för venösa bensår. När sjuksköterskor var närvarande, visade vänlighet och kunde tala om alldagliga saker upplevde patienterna sig bekräftade. Närvaro uppfattades på olika sätt och flera patienter betonade att de kunde se i sjuksköterskans ansiktsuttryck och kroppsspråk om de förstod och såg personen. Sjuksköterskan kunde även visa sin närvaro genom att fråga hur patienterna mådde, hur det kändes när såret rengjordes och ifall förbanden satt bekvämt. Sådana situationer ledde till att patienterna kände sig involverade i sin vård och bekräftade som individer, vilket skapade förutsättningar för ett minskat lidande (Ebbeskog & Emami, 2005). Bekräftelse var även viktigt för deltagarna i Peterssons et al. (2009) intervjustudie. I studien deltog nio äldre personer med bensår som vårdades i primärvården. Patienterna beskrev att de fick en känsla av solidaritet med sina sjuksköterskor till följd av att de fick kommentarer och tankar bekräftade. Det gjorde att deras åsikter om behandlingen upplevdes ha lika stor betydelse som sjuksköterskans. Utifrån syftet att utforska den upplevda erfarenheten bland personer med svårläkta venösa bensår utförde Hopkins (2004) en intervjustudie med fem patienter. När sjuksköterskan bekräftade de enskilda patienterna som individer ingav det hopp och förtroende och när upplevelsen av bekräftelse saknades så tillgodosågs inte patientens behov, vilket innebar en känsla av frustration och förlust av förtroende och hopp.

Van Hecke et al. (2010) utförde en intervju- och observationsstudie med 26 patienter med syfte att utforska vilka processer som låg bakom ett följsamt beteende hos patienter med bensår. Författarna beskrev att ett bekräftande bemötande var en förutsättning för att patienten och sjuksköterskan skulle kunna bygga en tillitsfull vårdrelation. Tillit skapades genom att sjuksköterskan visade att hen tog bensåret och relaterade problem på allvar. När sjuksköterskan visade engagemang och intresse kände patienterna att deras problem inte blev bagatelliserade utan att deras sår togs på allvar och var något som krävde särskild uppmärksamhet. Det bekräftande bemötandet bidrog till ökad följsamhet, vilket även visade sig ha en god inverkan på sårläkningen. Likartat resultat beskrevs också av Morgan och Moffatt (2008) i en intervjustudie med fem patienter med syfte att utforska relationen mellan patienter med svårläkta bensår och deras behandlande sjuksköterskor. Patienterna i studien uttryckte en önskan om att bli behandlade som unika individer. Sjuksköterskans kunskap om bensår och intresse för patientens vård påverkade i hög grad relationen mellan patient och sjuksköterska (ibid.). Exempel på hur vårdrelationen och känsla av uppskattning och vänskap upprätthölls var genom att sjuksköterskan återkom på specifika tider för behandlingen och att de utförde sysslor utöver själva omläggningen, som till exempel att kasta soporna på vägen ut, göra extra hembesök om det uppstod problem och att känna till patientens bakgrund (Hopkins, 2004; Van Hecke et al., 2013).

Delaktighet och kontroll hade stor betydelse för patienternas upplevelse av mötet med sjuksköterskan och flera patienter beskrev att det var viktigt för dem att känna sig involverade i sin vård. Delaktighet och kontroll skapades i situationer där patienterna fick information av sjuksköterskan om sin sjukdom, syftet med förband och hur smärta och smärtlindring borde hanteras (Ebbeskog & Emami, 2005).

Douglas (2001) beskrev i en studie hur en god vårdrelation kunde hjälpa patienter som tidigare upplevde att de förlorat kontrollen över sina liv att få tillbaka framtidstron. Åtta patienter med svårläkta bensår intervjuades. Genom att sjuksköterskor hjälpte till att bygga en vårdrelation som grundade sig i samarbete kunde patienternas självförtroende och kontroll förbättras och de fick en mer positiv inställning till sitt tillstånd. Samarbete med sjuksköterskor visade sig vara viktigt även i en studie av Roaldsen et al. (2011) där 22 personer som hade eller tidigare haft venösa bensår intervjuades. Samarbetet ledde till att patienterna upplevde en känsla av att ta ansvar och att vara delaktig i sin behandling (ibid.).

Att känna sig ignorerad och att förlora kontrollen

”They look at sores and change bandages and do what they can with that and don’t bother so much about the rest of the person.” (Patientcitat från Roaldsen et al., 2011)

Ömsesidig brist på tillit och förtroende förhindrade en god vårdrelation. Att uppleva sig utpekad som icke följsam av sjuksköterskor eller annan vårdpersonal innebar negativa upplevelser för patienterna i form av frustration, obehag, minskad delaktighet och följsamhet och försämrad sårläkning (Douglas 2001; Edwards 2003; Morgan & Moffatt 2008; Green et al., 2013).

I en intervjustudie med 14 patienter som genomgick kompressionsbehandling undersöktes deras uppfattningar av hur bensår inverkade på möjligheten att följa den rekommenderade behandlingen (Edwards, 2003). Det framkom att patienterna inte hade tillräcklig förståelse för sin sjukdom och behandlingsformerna samt att sjuksköterskorna inte förstod hur deras fysiska och psykologiska problem påverkade dem. Detta kunde leda till meningsskiljaktigheter kring behandlingen med följden att patienterna kände sig bedömda som icke följsamma. I en studie utförd av Green et al. (2013) intervjuades nio patienter med syftet att beskriva venösa bensårs inverkan på livet. En patient i studien berättade att hon hade en negativ relation med sin sjuksköterska på grund av att hon kände sig bedömd som icke följsam. Sjuksköterskorna hade vid upprepade tillfällen blivit arga då hon tvättat fötterna, vilket ledde till en att hon kände sig tillrättavisad (ibid.). Att känna skuld då bensåren förvärrades belystes av följande citat: ”I got fresh breaking out and they say you scratched it. I can’t even get at it. They try to blame me” (Patientcitat från Edwards, 2003, s. 12). Känslor av ilska uppstod när vissa sjuksköterskor inte bejakade, bekräftade eller litade på när patienterna gav uttryck för smärta, eller att behandlingen som användes för att läka deras sår orsakade ökad smärta (Edwards, 2003; Green et al., 2013; Morgan & Moffatt, 2008). Detta berodde på att sjuksköterskorna inte visade tillräcklig förståelse för patienternas behov beträffande hur behandlingen påverkade dem (Edwards, 2003).

Patienter kände oro när sjuksköterskorna utförde omläggningar på ett vis som upplevdes som likgiltigt och de kände sig objektifierade och icke delaktiga när sjuksköterskorna uppträdde okoncentrerat och endast brydde sig om själva omläggningen och inte hur patienterna kände sig. Patienter som inte fick gehör för förslag på förändringar kände sig ignorerade, vilket ledde till en känsla av att förlora kontroll över sin situation (Ebbeskog & Emami, 2005).

Motsägelsefull eller bristande information skapade förvirring, frustration och minskad vilja till följsamhet (Douglas, 2001; Roaldsen et al., 2011). Patienter som fått inkonsekvent och/eller motsägelsefull information angående sin sjukdom, bakomliggande orsaker och effekten av fysisk aktivitet beskrev att de hade ett mer undvikande och passivt beteende i vardagen. De var inte lika motiverade eller involverade i sin egenvård som de patienter som hade en större förståelse om patofysiologin kring sitt tillstånd(Roaldsen et al., 2011).

Att vara i goda händer

Ett gott handhavande vid omläggning av bensår uppmärksammades i flera studier som en viktig aspekt i patienternas upplevelse av mötet med sjuksköterskan (Ebbeskog & Emami, 2005; Morgan & Moffatt, 2008; Van Hecke et al., 2011; Törnvall & Wilhelmsson, 2010). Att bli behandlad ömsint och med ett skickligt handlag förknippades med positiva upplevelser och hade positiv inverkan på patienternas förtroende och känsla av säkerhet (Ebbeskog & Emami, 2005). Egenskaper som förknippades med god omvårdnad var att sjuksköterskorna hade god kunskap men framförallt att de var tekniskt skickliga på att behandla bensår (Morgan & Moffatt, 2008; Van Hecke et al., 2011). Patienter kände ett större förtroende för sjuksköterskor som var specialiserade inom sårvård än vad de kände för sjuksköterskor i hemsjukvården (*community nurses*), som ibland upplevdes som mindre kunniga när det gällde sårvård (Van Hecke et al., 2011).

Det var inte bara den tekniska skickligheten om påverkade upplevelsen. Under temat ”Beeing cared for with a skillfull touch” skrev Ebbeskog och Emami (2005) att studiens deltagare var oroliga över att procedurerna kring rengöring och omläggning av såret skulle orsaka obehag och beskrev hur de hoppades på att bli bemötta av intresserad och kompetent personal. Sjuksköterskorna upplevdes som kompetenta när de visade prov på kunskap om sjukdomstillståndet och kunde förklara hur såret hade utvecklats. Det behövdes också en förmåga att kommunicera denna kunskap till patienterna för att de skulle uppleva trygghet i mötet (ibid.).

Obehag och smärta

En viktig del i patienternas upplevelse av mötet med sjuksköterskor kretsade kring känslor av obehag och smärta, särskilt i förhållande till omläggning och behandling (Douglas, 2001; Haram & Dagfinn, 2003; Edwards, 2003; Morgan & Moffatt, 2008; Törnvall & Wilhelmsson,

2010). Smärta och obehag var den vanligaste enskilda orsaken till att patienter själva avlägsnade sina förband i förtid (Edwards, 2003; Morgan & Moffatt, 2008; Van Hecke, 2010).

Deltagarna i Törnvall och Wilhelmssons (2010) studie svarade på enkätfrågor som gällde hur effektiv smärtlindring de fick och hur viktig de ansåg att effektiv smärtlindring var. Studien visade att det fanns en obalans mellan svaren; patienterna tyckte att smärtlindring var mycket viktigt, samtidigt som de inte upplevde sig tillräckligt smärtlindrade under behandling. Smärta var ett återkommande problem som patienterna associerade till ett dåligt handhavande vid sårvård och kompression. Haram och Dagfinn (2003) belyste upplevelser av smärta i en intervjustudie med nio deltagare. Syfte med studien var att undersöka patienters erfarenheter av att få behandling av bensår i hemmet. Det framkom att patienterna relaterade känslor av obehag och smärta till sjuksköterskor som de upplevde som oskickliga och slarviga (Haram & Dagfinn, 2003). Avvikelser från den överenskomna planen gjorde att patienter upplevde smärta, obehag och även vårdskada i form av nya sår (Haram & Dagfinn, 2003; Edwards, 2003).

Vidare beskrev Morgan och Moffatt (2008) att patienterna kände rädsla och osäkerhet när sjuksköterskor upplevdes ha bristande kunskap. Samtliga deltagare kunde erinra tillfällen då de varit tvungna att tala om för sjuksköterskor hur deras sår skulle lindas men blivit ignorerade av personal som inte ville bli tillsagda om hur de skulle utföra sitt arbete. Sådana situationer fick patienterna att ifrågasätta om personalens kunskaper var tillräckliga för att behandla deras tillstånd och möta deras behov av vård på ett adekvat sätt. Orsaker till att patienterna upplevde att de fått bristande vård var enligt deltagarna sjuksköterskans oförmåga att ”göra rätt” (ibid. s. 346) och när sjuksköterskor inte följde instruktioner från specialister, vilket ledde till konflikter mellan patienter och personal. (ibid.)

Upplevelser av kontinuitet

Vikten av att få träffa samma sjuksköterska betonades i resultatet av flera studier (Haram & Dagfinn, 2003; Petersson et al. 2009; Hopkins, 2004; Törnvall & Wilhelmsson, 2010; Green et al., 2013; Ebbeskog & Emami, 2005). Detta ansågs som en förutsättning för en god vårdrelation, vilket förknippades med trygghet, samhörighet och en vilja till förbättrad egenvård i form av ökad följsamhet till ordinationer. Hopkins (2004) förmedlade fördelen med att samma sjuksköterskor kom hem till patienterna och utförde omläggningarna. Över tid

lärde de känna varandra, vilket innebar att patienterna kände sig tryggare i relationen, vilket i sin tur underlättade för att kunna påpeka om något inte utfördes rätt. En patient berättade hur kontinuitet bland sjuksköterskorna kunde leda till en känsla av trygghet: ”You see when they start coming in regularly you get to know them more, you feel comfortable, feel happy, you can say jokingly ‘oh you forgot to do that’ [...]” (Patientcitat från Hopkins, 2010, s. 650).

När patienter använde sig av ord som ”Vi” och ”Oss” för att beskriva sitt möte med sjuksköterskan tolkades det som ett tecken på vänskap (Petersson et al., 2009). Besöket på vårdcentralen uppfattades som vänligt och omhändertagande och det beskrevs av en patient som ett bevis på att vården var välfungerande. Det innebar i sin tur en känsla av jämlikhet som person, att ha en relation, och förtroende till sig själva och sjuksköterskan. Patienterna uttryckte också en önskan om att träffa ”sin egen” sjuksköterska, vilket bekräftade behovet av kontinuerlig kontakt med en och samma sjuksköterska för att kunna skapa och upprätthålla en relation (ibid.). De kände sig som mest trygga när de hade en ansvarig sjuksköterska som utförde omläggningen (Haram & Dagfinn, 2003).

Inkonsekvens i vården inverkade enligt Van Hecke (2010) negativt på patienternas tillit och förtroende, och det skapade situationer som upplevdes frustrerande. För dem var det viktigt att det var samma personer som kom och hjälpte dem med omläggningarna, ett patientcitat belyser detta:

> […] the previous 10 days it was always someone else coming here. And that’s no good. Not that it was not all right. But with M. I don’t have to say: “You have to put on that stocking first and then the next one and you have to put ointment there.” (Patientcitat från Van Hecke et al., 2010, s. 150)

När omsättningen av sjuksköterskor som utförde omläggningarna var stor så beskrev deltagarna i Greens et al. (2013) studie att omläggningarna utfördes på olika sätt och att varken de själva eller sjuksköterskan visste hur sårläkningen fortskred. Patienterna kände en frustration över att behöva upprepa sin hälsohistoria när de behandlades av en ny sjuksköterska (Ebbeskog & Emami, 2005) och när de var tvungna att vänta på en försenad behandling (Haram & Dagfinn, 2003). Många uttryckte en vilja att deras behandling skulle ske samma tid varje gång (Haram & Dagfinn, 2003; Törnvall & Wilhelmsson, 2010) och önskade bättre kontinuitet i vården genom att kommunikationen mellan sjukhus och vårdcentral skulle förbättras (Törnvall & Wilhelmsson, 2010).

Diskussion

Metoddiskussion

Denna litteraturstudie genomfördes som en systematisk litteraturöversikt enligt Kristensson (2014). Det innebär att den utfördes med en systematisk struktur vad gäller problemformulering, sökning av litteratur, systematisk granskning, analys och presentation. Metoden lämpar sig väl för att besvara studiens syfte; den integrerade analysen möjliggör att skapa en överblick av kunskapsläget utifrån flera primärkällor såväl som att dra egna slutsatser utifrån detta.

Av de inkluderade studierna är tio utförda av sjuksköterskor. I och med detta uppkom en diskussion om eventuellt bias; ifall föreliggande studies resultat skulle sett annorlunda ut om det inte var främst sjuksköterskor som stod för datainsamling och analys. I ett fåtal av de inkluderade studierna diskuteras just denna möjlighet (Van Hecke, 2010; Petersson et al., 2009). En av studierna som inkluderats i litteraturöversikten är dock utförd av fysioterapeuter vars resultat överensstämmer med övriga studier (Roaldsen et al., 2011).

Urvalet begränsades till artiklar publicerade från 1 januari 2000. Det finns troligtvis fler studier inom detta ämne som publicerats tidigare, vilket eventuellt skulle kunna ha påverkat resultatet. Ingen litteraturöversikt har tidigare utförts inom detta område, varför artikelsökningen hade kunnat utökas till att inkludera även äldre studier. Avgränsningen ansågs ändå rimlig för att resultatet skulle vara så relevant för den nuvarande kliniska verksamheten som möjligt, detta eftersom rutiner och organiseringen av hälso- och sjukvård förändras över tid, vilket kunde påverka resultatet. Eftersom syftet med föreliggande studie inte var att göra jämförelser bakåt i tiden ansåg författarna att begränsningen i tid var nödvändig.

Söksträngarna valdes för att inkludera så många artiklar som möjligt från databaserna PubMed och Cinahl, för att sedan manuellt granska sökträffarna gentemot inklusionskriterierna. Fritextsökningar användes därför som ett komplement till MeSH-termer i PubMed och Subjects i Cinahl, då det genererar fler sökträffar.

Artiklarna som inkluderats för kvalitetsgranskning lästes och bedömdes enskilt av båda författarna och diskuterades sedan tillsammans. Detta kallas för triangulering och syftar till att

öka studiens validitet. Föreliggande studies inklusionskriterier tillät studier av både kvalitativ och kvantitativ design, dock ingick ingen studie med kvantitativ studiedesign i det slutgiltiga urvalet. Samtliga artiklar granskades utifrån en granskningsmall för kvalitativa studier som presenteras av Willman et al (2011), se bilaga 1. En studie (Törnvall & Wilhelmsson, 2010) hade en mixad metod, med både kvantifierbara frågor, vars svar sammanställdes statistiskt och frågor med öppna svarsmöjligheter som analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Studien bedömdes vara explorativ, utifrån syftet att undersöka patienters upplevelser, vilket enligt Kristensson (2014) kan anses som synonymt med en kvalitativ studie. Därför granskades även den utifrån samma mall som övriga artiklar. En komplementär bedömning av artikeln utfördes utifrån designfel, urvalsfel, mätfel, bortfallsfel och forskarfel (ibid.) utan att graderingen påverkades.

Samtliga artiklar var skrivna på engelska. För att undvika systematiska fel har de ursprungliga termerna behållits långt in i analysarbetet. En loggbok har förts under hela arbetsprocessen där tolkningar, översättningar och frågor som behövt besvaras noterats. Loggboken användes också för att skriva ner hur arbetsprocessen gick till, tankar och hypoteser kring materialet och problem som uppstod under arbetets gång, vilket sedan användes för att underlätta skrivandet av uppsatsen.

Diskussion av studiens resultat

I resultatet framkom att de inkluderade studierna hade en majoritet av kvinnliga deltagare. Denna fördelning kan innebära att litteraturstudiens resultat påverkas på ett sätt som gör att kvinnors upplevelser av att behandlas för bensår blir överrepresenterat, förutsatt att upplevelserna skiljer sig åt beroende på kön. I Törnvall och Wilhelmssons (2010) studie framkom att de kvinnliga deltagarna svarat att de var mer nöjda med vården än motsvarande för männen i studien. Utifrån detta diskuterar de att resultatet kunde blivit annorlunda om fler män deltagit. Ytterligare studier behövs för att undersöka likheter och skillnader mellan kön vad gäller upplevelser av att möta sjuksköterskor vid behandling av bensår.

Resultatets fem teman kan sammanfattas utifrån tre övergripande aspekter; Bemötande, Sårbehandling och Kontinuitet.

Bemötande

Resultatet visade att sjuksköterskors bemötande var viktigt för personer med bensår. I många fall var ett gott bemötande en förutsättning för att en god vårdrelation skulle kunna upprättas där patienten kände sig bekräftad och sedd som en unik individ. Att känna sig delaktig i sin behandling och omvårdnad hade även det stor betydelse för att kunna etablera en god vårdrelation, vilket i sin tur, enligt Douglas (2001) och Petersson et al. (2009), kunde leda till en känsla av ökat hopp och framtidstro. Detta stämmer överens med vad Travelbee skriver i sin teori om omvårdnadens mellanmänskliga aspekter. Travelbee menar att det viktigaste syftet med omvårdnad är att hjälpa människor att finna en mening i sina livserfarenheter, något som gör livet värt att leva (Kirkevold, 2000). Ett bekräftande bemötande bjöd in till ökad delaktighet i den egna omvårdnaden och bidrog till att stärka patienternas förmåga och vilja att delta i hälsofrämjande aktiviteter (Roaldsen et al., 2011). Att bemöta personer som drabbats av ohälsa på ett bekräftande vis är en av hörnstenarna i den personcentrerade vården. Detta kräver att sjuksköterskor och andra professionella vårdare skapar en vårdrelation till patienter och närstående som grundas i såväl kunskap som empati. Till detta hör också att anpassa vården utifrån varje individs unika behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2010b). Ett gott, respektfullt och bekräftande bemötande tolkades i studien som en förutsättning för att uppnå personcentrerad vård.

I analysen framkom att när mötet med sjuksköterskan upplevdes som ignorerande, objektifierande, okoncentrerat och likgiltigt fick det negativa konsekvenser för patienten. Att enbart bedöma en patient som icke följsam utan att ta in och reflektera över de bakomliggande orsakerna innebar en risk för (ömsesidigt) minskad tillit och därmed en försämrad vårdrelation. Det i sin tur försvårade möjligheterna till kontakt i sjuksköterskans hälsofrämjande arbete, vilket framkom i flera studier (Edwards, 2003; Morgan & Moffatt; 2008; Green et al., 2013). Detta tolkades som negativa konsekvenser av att sjuksköterskorna inte arbetade utifrån ett personcentrerat förhållningssätt inom aspekten bemötande. En risk med den här typen av bemötande var att det kunde leda till en ond spiral där en patient som upplevde sig dömd som icke följsam också på grund av detta blir mindre benägen att följa ordinationer.

Sårbehandling

Inom aspekten *Sårbehandling* var det centralt att sjuksköterskorna var skickliga både rent tekniskt och teoretiskt om sårvård, och att de kunde kommunicera med patienterna kring

utvecklingen av såret under tiden för behandling. Omvårdnad och behandling som upplevdes som god påverkade patienterna positivt; de gav uttryck för att känna sig säkra, att vara i goda händer och kände trygghet i mötet med sjuksköterskan. I sjuksköterskans kärnkompetenser ingår att arbeta personcentrerat och evidensbaserat (Svensk sjuksköterskeförening, 2010b). Ett sätt att implementera evidensbaserad vård i kliniskt arbete är att utgå från standardiserade vårdplaner (Edlund & Forsberg, 2013). Standardiserade vårdplaner utvecklas för patientgrupper med samma diagnoser med likartade vårdbehov och behandlingar. I standardvårdplanen anges en grund för omvårdnaden och kompletteras utifrån individuella behov (ibid.). Evidensbaserade standardvårdplaner för personer som behandlas för bensår kan vara ett sätt att försäkra sig om att alla patienter får likvärdig vård och att den grundas i bästa tillgängliga evidens och beprövad erfarenhet. Detta kan leda till att mötet med sjuksköterskan upplevs som tryggare då det finns en tydlig individuell plan som ska följas.

I studiens resultat framkom att smärta var en av de främsta orsakerna till negativa upplevelser av behandlingen i mötet med sjuksköterskan. Smärta kunde uppstå i olika situationer men relaterades ofta till okunskap, bristande handlag eller att sjuksköterskorna inte följde givna ordinationer. Detta kunde leda till tvivel på sjuksköterskans kompetens med följden att konflikter kunde uppstå och att förutsättningarna för en god vårdrelation försämrades, vilket framkom i Morgan och Moffatts studie. Vidare skrev Morgan och Moffatt (2008) att samtliga patienter i deras studie någon gång hade blivit ignorerade när de givit förslag på hur deras ben borde lindas för att minska smärtan. Denna brist på ömsesidig kommunikation kan ställas i kontrast till Travelbees omvårdnadsteori (Kirkevold, 2000). Travelbee menar att kommunikation är ett av sjuksköterskan viktigaste redskap för att uppnå målet med omvårdnaden, nämligen att stärka patientens möjligheter att bemästra sin sjukdom (ibid.). För att komma till rätta med en bristande kommunikation anser författarna till föreliggande studie att bättre hjälpmedel behöver implementeras för att underlätta god kommunikation. Författarna till föreliggande studie menar att användandet av ett smärtbedömningsinstrument skulle kunna utgöra en grund för en konstruktiv dialog där sjuksköterskan på ett strukturerat sätt kan skapa sig en bild av patientens upplevelse av smärta.

Kontinuitet

De patienter som saknade kontinuerlig kontakt upplevde ibland osäkerhet inför mötet med en ny sjuksköterska, frustration över att behöva återupprepa information och rädsla för att omläggningen inte utfördes på samma sätt varje gång (Haram & Dagfinn, 2003). Kristensson

(2008) skrev i sin avhandling om äldre personers hälso- och sjukvårdskonsumtion att de äldre såg vårdorganisationen både som en tillgång och rättighet, och att den uppfattades som stärkande när den tillgodosåg de individuella behoven. De äldre upplevde också maktlöshet och förlust av kontroll i en organisation som inte hade kontinuitet bland personalen (Kristensson, 2008). För att stärka individens känsla av trygghet och inflytande i mötet med sjuksköterskan behöver antalet personer som utför behandling vara begränsat.

Enligt Travelbee uppnår omvårdnaden sitt syfte genom att en mellanmänsklig relation utvecklas mellan en sjukdomsdrabbad person och en sjuksköterska. En framgångsrik relation bygger på upprepade interaktionsfaser där de båda parterna lär känna varandra och utvecklar ett subjektivt förhållande till varandra (Kirkevold, 2000). Detta kan kopplas till vad Svensk sjuksköterskeförening (2010a) skriver angående personcentrerad vård; att sjuksköterskan ska stödja den sjukdomsdrabbade i sin roll som unik person och motverka en patientroll som är generaliserad och stereotyp. Enligt Travelbee kan en mellanmänsklig relation bara uppstå mellan individer, inte mellan generella stereotyper (Kirkevold, 2000). För att vården ska vara personcentrerad behövs en mellanmänsklig relation vilket kräver en kontinuitet i interaktionen mellan parterna. Detta speglar resultatet i föreliggande studie som visade på att en kontinuerlig vårdkontakt var en förutsättning för en god vårdrelation där patienten gavs utrymme att uttrycka sina åsikter och tankar inför en lyhörd sjuksköterska. I och med införandet av Patientlagen (SFS, 2014:821) blir det ännu tydligare vilket ansvar vården som organisation har i att tillgodose en fast vårdkontakt för att möta patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (ibid., kap. 6, 2 §).

Behovet av kontinuitet handlade inte enbart om en önskan om att ha en relation till en och samma sjuksköterska, utan också om att sjuksköterskan ska ha tillräckliga kunskaper om både patienten och den pågående behandlingen (Haram & Dagfinn, 2003). Svensk forskning från det nationella kvalitetsregistret RiksSår har visat att evidensbaserad och strukturerad sårvård med en tydlig ansvarsfördelning hade goda effekter för vården av patienter med svårläkta sår (Öien & Forssell, 2013). Tre år efter införandet av registret hade mediantiden för läkning av venösa bensår minskat från 17 till 10 veckor. De goda resultaten tillskrivs att alla patienter i registret måste ha en fastställd diagnos och en såransvarig läkare, sjuksköterska eller undersköterska som ansvarar för kontinuitet och planering av vården. Detta medför minskade kostnader (ibid.) och har därmed även en samhällsekonomisk nytta.

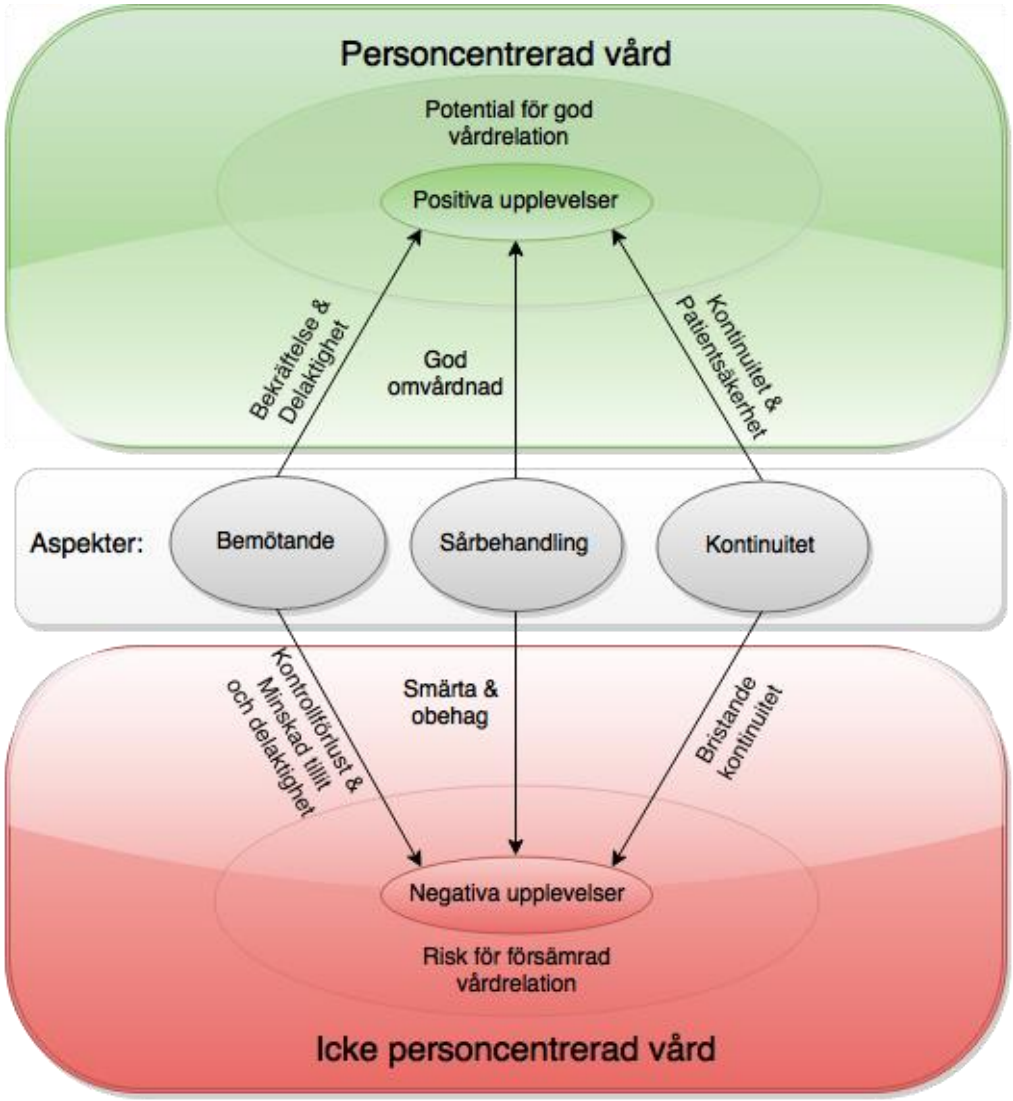
Slutsats och kliniska implikationer

Utifrån den integrerade analysen utformades en modell (se figur 1) över hur de tre aspekterna påverkar patienters upplevelser av mötet med sjuksköterskor vid behandling av bensår. Modellen bygger på en abstraktion av studiens resultat (Friberg, 2012), och syftar till att förklara förhållandena mellan de beskrivna upplevelserna och hur de påverkas på ett antingen positivt eller negativt sätt. Aspekten *Bemötande* innefattar upplevelser av det interpersonella mötet, det vill säga interaktionen och särskilt kommunikationen mellan individerna patient och sjuksköterska (Kirkevold, 2000). Inom aspekten *Sårbehandling* ryms upplevelser av den fysiska aspekten av mötet med sjuksköterskan, det vill säga vid sårvård och omläggningar. Aspekten *Kontinuitet* innefattar upplevelser av mötet som relaterar till patienters upplevelser av kontinuitet. Modellen visar att bekräftelse, delaktighet, god omvårdnad, patientsäkerhet och kontinuitet är förutsättningar för positiva upplevelser av mötet med sjuksköterskan. De tre aspekterna är beroende av varandra; målet personcentrerad vård kan enbart uppnås genom att dessa upplevelser tillgodoses utifrån patientens unika behov.

Patientlagen (SFS, 2014:821) och Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) ställer krav på kontinuitet och patientsäkerhet. Ett sätt att underlätta både kontinuitet i behandling och att den utförs säkert utifrån bästa tillgängliga kunskap och evidens är att utveckla evidensbaserade standardvårdplaner för olika typer av bensår. Utifrån modellen innebär förbättringar inom detta område positiva upplevelser i aspekterna *Kontinuitet* och *Sårbehandling* i mötet med sjuksköterskan. Effekterna av detta kan studeras med hjälp att kvalitetsregistret RiksSår. Utrymme i form av tid och resurser till vidareutbildning av sjuksköterskor kan behövas för att möjliggöra detta. Förbättrade rutiner och dokumentation ökar patientsäkerheten, och kan sannolikt innebära en ökad känsla av trygghet hos personer som behandlas för bensår i och med förbättrad kontinuitet. Detta samband behöver studeras vidare.

I studien framkom att patienter som bemöttes på ett respektfullt och bekräftande vis kände större tillit till sjusköterskorna och hade mer kontroll över sin situation, vilket ökade förmågan att bemästra sin sjukdom. I modellen beskrivs detta som positiva upplevelser från aspekten *Bemötande*, vilket kan kopplas till ett personcentrerat förhållningssätt från sjuksköterskor. Sjuksköterskan har förmåga att med sitt bemötande och sin kompetens påverka patienters upplevelser av sitt tillstånd, och att lindra lidande trots svår sjukdom. Ett möte där patienten känner sig bekräftad som en unik person kan leda till en god vårdrelation som ger bättre förutsättningar för att hantera sin situation och därmed inge hopp och mening.

Figur 1. Modell över aspekter



Figurtext:

Modellen beskriver hur upplevelser ur de tre aspekterna Bemötande, Sårbehandling och Kontinuitet inverkar på mötet mellan patient och sjuksköterska vid behandling av bensår. Upplevelser från de tre aspekterna kan leda till både positiva och negativa upplevelser, vilket påverkar vårdrelationen. Målet personcentrerad vård kan uppnås när patienten upplever de tre aspekterna som tillfredsställande.

Författarnas arbetsfördelning

Härmed intygas att arbetsfördelningen mellan författarna har varit jämnt fördelad. Båda författarna har varit delaktiga i uppsatsens alla delar och de tillfällen då arbete delats upp har arbetsbördan varit lika.

Referenser

Anderson, I. (2008). Mixed aetiology: complexity and comorbidity in leg ulceration. *British Journal of Nursing, 17*(15), 17-23.

Briggs, M., & Flemming, K. (2007). Living with leg ulceration: a synthesis of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing, 59*(4), 319-328.

* Douglas, V. (2001). Living with a chronic leg ulcer: an insight into patients' experiences and feelings. *Journal of Wound Care, 10*(9), 355-360.

* 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*(10), 1223-1231.

Edlund, K., & Forsberg, A. (2013). *Evidensbaserade standardvårdplaner : ett instrument för högkvalitativ vård* (2:a, [rev.] uppl.). Lund: Studentlitteratur.

* Edwards, L.M. (2003). Compression therapy. Why patients do not comply with compression bandaging. *British Journal of Nursing, 12*(11), 5-6, 8, 10 passim.

Forsgren, A., & Nelzén, O. (2012). Changes in the aetiological spectrum of leg ulcers after a broad-scale intervention in a defined geographical population in sweden. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 44*(5), 498-503.

Forsgren, A., & Nelzén, O. (2015). A repeat validated population questionnaire of a defined swedish population verifies reduction in leg ulcer prevalence over time. *Acta Derm Venereol*.

Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2., [rev.] uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Graubæk, A.-M. (2012). *Patientologi : personcentrerad vård i teori och praktik*. Stockholm: Natur & Kultur.

* Green, J., Jester, R., & Pooler, A. (2013). Patient perspectives of their leg ulcer journey. *Journal of Wound Care, 22*(2), 58-66.

Hall, E., & Graubæk, A.-M. (2012). *Patientologi - från berättelse till grundläggande värderingar*. I Graubæk, A.-M (Red.) *Patientologi : personcentrerad vård i teori och praktik* (ss. 79-104). Stockholm: Natur & Kultur.

* Haram, R.B., & Dagfinn, N. (2003). Errors and discrepancies: a patient perspective on leg ulcer treatment at home. *Journal of Wound Care, 12*(5), 195-199.

* Hopkins, A. (2004). Disrupted lives: investigating coping strategies for non-healing leg ulcers. *British Journal of Nursing, 13*(9), 556.

International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Svensk sjuksköterskeförening, övers.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier : analys och utvärdering.* (2., [omarb. och utvidgade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2008). *Healthcare consumption, experiences of care and test of an intervention in frail old people : implications for case management*. Doktorsavhandling. Lund: Lunds universitet

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap* (1 uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Leksell, J., & Lepp, M. (2013). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Stockholm: Liber.

Lindholm, C. (2012). *Sår* (3 [rev., uppdat. och utök.] uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lindholm, C., Bjellerup, M., Christensen, O.B., & Zederfeldt, B. (1993). Quality of life in chronic leg ulcer patients. An assessment according to the Nottingham Health Profile. *Acta Derm Venereol, 73*(6), 440-443.

* Morgan, P.A., & Moffatt, C.J. (2008). Non healing leg ulcers and the nurse-patient relationship. Part 1: the patient's perspective. *International Wound Journal, 5*(2), 340-348.

Morgan, S., & Yoder, L.H. (2012). A concept analysis of person-centered care. Journal of Holistic Nursing, 30, 6-15.

Neill, K., & Turnbull, K. (2012). Use of specialist knowledge and experience to manage patients with mixed aetiology leg ulcers. *Journal of Wound Care, 21*(4), 168-174.

* Petersson, P., Springett, J., & Blomqvist, K. (2009). The triumph of hope over experience: using peoples' experiences to inform leg ulcer care through participatory action research. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses, 1*(1), 96-104.

Ragnarson Tennvall, G., & Hjelmgren, J. (2005). Annual costs of treatment for venous leg ulcers in Sweden and the United Kingdom. *Wound Repair Regen, 13*(1), 13-18.

* Roaldsen, K.S., Biguet, G., & Elfving, B. (2011). Physical activity in patients with venous leg ulcer--between engagement and avoidance. A patient perspective. *Clinical Rehabilitation, 25*(3), 275-286.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Simon, D.A., Freak, L., Williams, I.M., & McCollum, C.N. (1994). Progression of arterial disease in patients with healed venous ulcers. *Journal of Wound Care, 3*(4), 179-180.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

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

Svensk sjuksköterskeförening. (2010a). *Personcentrerad vård.* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening

Svensk sjuksköterskeförening. (2010b). *Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor.* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Strategi för kvalitetsutveckling inom omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening

Sykepleiernes Samarbeid i Norden. (2003). *Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries* (4 rev. uppl.). Oslo: Sykepleiernes Samarbeid i Norden.

* Törnvall, E., & Wilhelmsson, S. (2010). Quality of nursing care from the perspective of patients with leg ulcers. *Journal of Wound Care, 19*(9), 388-395.

* Van Hecke, A., Verhaeghe, S., Grypdonck, M., Beele, H., & Defloor, T. (2011). Processes underlying adherence to leg ulcer treatment: a qualitative field study. *International Journal of Nursing Studies, 48*(2), 145-155.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad : en bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (3 uppl.): Lund: Studentlitteratur.

Öien, R.F., Åkesson, N., & Forssell, H. (2013). Assessing quality of life in patients with hard-to-heal ulcers using the EQ-5D questionnaire. *J Wound Care*, 22(8), 442-444, 446-447.

Öien, R.F., & Forssell, H.W. (2013). Ulcer healing time and antibiotic treatment before and after the introduction of the Registry of Ulcer Treatment: an improvement project in a national quality registry in Sweden. *BMJ Open*, 3(8), 1-5.

* Studier som ingick i litteraturöversikten, n=11.

Bilagor

Bilaga 1. Granskningsmall

Protokoll för kvalitetsbedömning
Beskrivning av studien, t.ex
metodval……

Finns det ett tydligt syfte	◯ Ja	◯ Nej	◯ Vet ej
Patientkaraktäristika Antal: Ålder: Man/kvinna:			
Är kontexten presenterad?	◯ Ja	◯ Nej	◯ Vet ej
Etiskt resonemang	◯ Ja	◯ Nej	◯ Vet ej
Urval			
- Relevant?	◯ Ja	◯ Nej	◯ Vet ej
- Strategiskt?	◯ Ja	◯ Nej	◯ Vet ej
Metod för			
- Urvalsförfarande tydligt beskrivet?	◯ Ja	◯ Nej	◯ Vet ej
- Datainsamling tydligt beskriven?	◯ Ja	◯ Nej	◯ Vet ej
- Analys tydligt beskriven?	◯ Ja	◯ Nej	◯ Vet ej
Giltighet			
- Är resultatet logiskt, begripligt?	◯ Ja	◯ Nej	◯ Vet ej
- Råder datamättnad? (om tillämpligt)	◯ Ja	◯ Nej	◯ Vet ej
- Råder analysmättnad?	◯ Ja	◯ Nej	◯ Vet ej
Kommunicerbarhet			
- Redovisas resultatet klart och tydligt?	◯ Ja	◯ Nej	◯ Vet ej
- Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	◯ Ja	◯ Nej	◯ Vet ej
- Genereras teori?	◯ Ja	◯ Nej	◯ Vet ej

Huvudfynd
Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

Sammanfattande bedömning av kvalitet

◯ Hög ◯ Medel ◯ Låg

Kommentar:

Bilaga 2. Artikelöversikt.

Författare År Land	**Titel**	**Syfte**	**Design och metod**	**Population**	**Resultat och Slutsatser**	**Poäng Procent Gradering**
Douglas, V. 2001 Storbritannien	Living with a chronic leg ulcer: an insight into patients' experiences and feelings	Undersöka patienters behov och hjälpa sjukvårdspersonal att förstå effekterna av kroniska bensår utifrån patientens perspektiv.	Kvalitativ Grounded theory, Öppen intervju	8 personer 0 bortfall 65-94år 2 män 6 kvinnor	5 teman: 1) Relation mellan patient och sjukvårdspersonal. 2) Den fysiska upplevelsen av bensår. 3) Kontrollförlust. 4) Framtidsutsikt/-tro. 5) vårdarens perspektiv (ej ssk). Alla faktorer, såväl fysiska som psykiska som påverkar livet med bensår påverkas i hög grad av relationen mellan sjukvårdspersonal och patient. Sjuksköterskor behöver förstå och ta hänsyn till patientens perspektiv.	13/15 86 % Hög
Ebbeskog, B Emami, A. 2005 Sverige	Older patients' experience of dressing changes on venous leg ulcers: more than just a docile patient	Undersöka patienters erfarenheter av omläggning och behandling av venösa bensår.	Kvalitativ Intervju Interpretativ fenomeno-logisk analysmetod	15 personer 0 bortfall 74-89 år 3 män 12 kvinnor	Teman: “Att vårdas med skickligt handlag.” “Känsla av tillhörighet, kontinuitet och affinitet.” “Att tvingas in i kontrollförlust, vilket leder till obehagskänslor.” Patienters behov av att bli bekräftade som personer, med ett holistiskt perspektiv.	13/15 86 % Hög
Edwards, L.M. 2003 Storbritannien	Compression therapy. Why patients do not comply with compression bandaging	Undersöka hur patienters uppfattningar/förståelse av sina bensår inverkar på deras möjlighet att följa den rekommenderade kompressionsbehandlingen.	Kvalitativ Öppen intervju hermeneutisk	14 personer 0 bortfall 50-96 år Medel 74 1 man 13 kvinnor	Teman: 1) lekmans förståelse för orsak och läkning av bensår. 2) samhörande problem till bensår; ffa. smärta. 3) behandlingars dilemman. 4) Uppfattning av sjukvårdspersonal. 5) Behov av hälsoutbildning/-information. 6) Hur det är att leva med bensår.	12/15 80 % Hög

					Sjuksköterskor behöver förstå patienters perspektiv, förutsättningar och behov för att kunna ge god omvårdnad. "Take a step back" - lyssna och reflektera.	
Green, J. Jester, R. Pooler, A. 2013 Storbritanien	Patient perspectives of their leg ulcer journey	Att förstå venösa bensårs personliga inverkan från patientens perspektiv.	Kvalitativ Intervju	9 personer 0 bortfall 39-99 år medel 76 4 män 5 kvinnor	Fyra kärnteman identifierades; 1) såret, 2) symtom, 3) sårvård och 4) inverkan på dagliga livet. Utöver det identifierades 16 subteman som inverkade negativt på livskvaliteten. Studien ger en insikt i de komplexa problemen som påverkar det dagliga livet för patienter med venösa bensår. Resultaten tyder på att förebyggande behandling av symtom och främjandet av samråd med patientfokus skulle kunna öka livskvaliteten	13/15 86 % Hög
Haram, R. B. Dagfinn, N. 2003 Norge	Errors and discrepancies: a patient perspective on leg ulcer treatment at home	Utforska hemmaboende patienters erfarenheter av behandling av bensår.	Kvalitativ Intervju	9 personer 0 bortfall 60-96 år 4 män 5 kvinnor	Behandlingen utfördes inte alltid på ett korrekt och omsorgsfullt sätt. Patienterna upplevde försök och misstag (trial and error) i sin behandling, förseningar i personalens ankomst och bristfällig information om orsaken och behandlingen av sina sår. Trots dessa problem så hade de förtroende för behandlingen som de fick.	13/15 86 % Hög
Hopkins, A. 2004 Storbritannien	Disrupted lives: investigating coping strategies for non-healing leg	Att utforska den levda erfarenheten bland personer med svårläkta venösa bensår genom hermeneutisk fenomenologi.	Kvalitativ Öppna intervjuer Hermeneutisk fenomenologi	5 personer 3 bortfall 47-78 år medel 75 år 4 män	Fyra teman framkom genom analysen: biografisk störning, coping-strategier, sociala implikationer och terapeutisk relation. Denna studie visar vilken inverkan kroniciteten har för	11/15 73 % Medel

	ulcers			1 kvinna	deltagarnas upplevelser av kroniska bensår, deras olika emotionella och problemfokuserade coping-strategier och den positiva rollen som distriktsjuksköterskan har i deras liv.	
Morgan, P. A. Moffatt, C. J. 2008 Storbritannien	Non healing leg ulcers and the nurse-patient relationship. Part 1: the patient's perspective	Studera och utforska relationen mellan patienter med icke-läkande/kroniska bensår och sjuksköterskor utifrån ett patientperspektiv.	Kvalitativ Semi-strukturerad intervju, deskriptiv	5 personer 0 bortfall 32-74 år 2 män 3 kvinnor	Teman: "Bensårets inverkan på livet" "Stå ut med orenlighet" "Leva med smärta" "Uppleva sig oviktig och ointressant" "Expert patient" "God omvårdnad" "Dålig omvårdnad" Slutsatser: Kontinuitet över tid, tillit, tillitsfull vårdrelation. Patienters behov av att känna sig uppskattade som individer. Känsla av delaktighet	13/15 86 % Medel
Petersson, P. Springett, J. Blomqvist, K. 2009 Sverige	The triumph of hope over experience: using peoples' experiences to inform leg ulcer care through participatory action research	Att utforska hur personer upplevde behandlingen av bensår för att informera personal om patientens perspektiv som en kanal för att förändra omvårdnaden av bensår.	Kvalitativ. Participatory action research.	9 personer 0 bortfall 52-95 år 4 män 5 kvinnor	Även om personerna med kroniska bensår upplevde sina möten med vården som tillfredsställande så belyser resultaten ett lågt deltagande i den egna vården, ett lågt deltagande från personalens sida i saker som rör patientens dagliga liv relaterat till kronisk sjukdom. Vidare så utvecklades forskningsprojektet (participatory action research) inte ifrån problemidentifiering till utveckling och förändring.	14/15 86 % Hög
Roaldsen, K. S. Biguet, G. Elfving, B.	Physical activity in patients with venous leg	Att identifiera och beskriva kvalitativa variationer i hur fysisk aktivitet tolkas och förstås av individer med nuvarande eller	Kvalitativ intervjustudie	22 personer 7 bortfall 60-85 år medel 75 år	Fyra kategorier av beskrivningar identifierades; 1) egenvård, 2) instruktioner och stöd, 3) rädsla för skada och 4) en önskan om att vara	15/15 100 %

2001 Sverige	ulcer--between engagement and avoidance. A patient perspective	tidigare venösa bensår.		9 män 13 kvinnor	normal. Kategorierna kunde tolkas med en två dimensionell konstruktion: (1) uppfattning av venösa bensår som ett kronisk eller akut tillstånd och (2) deltagande eller undvikande beteende relaterat till fysisk aktivitet. Kombinationen av kronicitet och beteende formade tillsamman en 2x2 kvadrat innehållande de fyra kvalitativt olika kategorierna Oavsett kategori så uppgav deltagarna att informationen angående bensår och fysisk aktivitet som gavs av vårdgivarna var otillräcklig och motsägelsefull. Skriftlig information eller träningsprogram erhölls ej regelbundet och inom primärvården inte alls.	Hög
Törnvall, E. Wilhelmsson, S. 2010 Sverige	Quality of nursing care from the perspective of patients with leg ulcers	Att utreda och analysera omvårdnadskvalitén i primärvården ur perspektiv från patienter med bensår och fastställa den subjektiva betydelsen som patienter förknippar med olika aspekter av omvårdnadskvalitet. Enkäten var en kort versionen av enkäten Kvalitet ur Patientens Perspektiv (KUPP). Frågorna i enkäten utformades för att få svar på patienternas upplevda verklighet och den subjektiva bedömningen av hur viktiga de enskilda aspekterna anses vara. Det ingick kvantifierbara svarsalternativ och frågor med öppna svarsmöjligheter.	Enkätstudie med mixad metod, explorativ	113 pers. 69 avböjde deltagande 38-95 år medel 78 år 37 män 76 kvinnor	Patienterna i denna studie upplevde övergripande att omvårdnadskvaliteten var hög. Emellertid upptäcktes viktiga förbättringsområden, bl.a. behovet av mer patientcentrerad vård, kontinuitet i vården och bättre smärtlindring.	13/15 86 % Hög

Van Hecke, A. Verhaeghe, S. Grypdonck, M. Beele, H. Defloor, T. 2011 Belgien	Processes underlying adherence to leg ulcer treatment: a qualitative field study	Att utforska vilka processer som ligger bakom ett "följsamt" beteende hos patienter med bensår som fick intervention som syftade till att öka "följsamheten" till livsstilsråd angående bensår.	Kvalitativ fältstudie Semi-strukturerad intervju	26 pers. 2 bortfall 50 - > 85 år medel 79 år 11 män 15 kvinnor	Tillit till sjuksköterskan var centralt för följsamhet vid behandling av bensår. Patienter som hade en tillitsfull relation till sjuksköterskan visade bättre följsamhet till de rekommenderade livsstilsmodifieringarna. Tillit faciliterades av att sköterskorna spenderade betydelsefull tid med patienterna, vilket betyder att de tog sig tid till att prata med patienten. Tillit skapades också genom att sjuksköterskan tillhandahöll omvårdnad som sträckte sig utanför patientens förväntningar, att ta sig tid till sårvård och att vara uppmärksam på smärta och andra problem.	13/15 86 % Hög