



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

## Distriktssköterskors erfarenhet av att behandla patienter med venösa bensår i primärvården

En kvalitativ intervjustudie

District nurses' experience of treating patients with venous leg ulcers in primary care

A qualitative interview study

Författare: Elin Reinhardt, Helene Sonesson

Handledare: Maria Lithner

Magisteruppsats

Hösten 2023

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

## Abstrakt

**Bakgrund:** Venösa bensår är en stor del av distriktssköterskans arbete och tar ofta mycket tid. Att få ett bensår kan skapa mycket lidande för patienten och vara livsomvälvande. För att förbättra förutsättningarna för patienterna bör en behandlingsplan utformas av det tvärprofessionella teamet där patienten är delaktig. Tidigare studier har visat att distriktssköterskor önskar fortlöpande utbildning kring patienter med venösa bensår.

**Syfte:** Syftet var att undersöka distriktssköterskors erfarenhet av att behandla patienter med venösa bensår för att optimera sårhäkningsprocessen i primärvården.

**Metod:** En kvalitativ metod valdes. Datainsamlingen skedde utifrån semistrukturerade intervjuer och inkluderade elva distriktssköterskor inom primärvården i Sverige. Intervjuerna analyserades med en induktiv kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** I resultatet framkom två huvudkategorier *distriktssköterskans perspektiv på en sårhäkningsprocess* och *betydelsen av en gemensam behandlingsplan* samt sex subkategorier.

Uppdaterad kunskap och kontinuitet belystes som viktiga komponenter i en optimal sårhäkningsprocess. Förmågan att ha ett helhetsperspektiv och involvera patienten kring behandlingen var essentiell. Teamarbetet kom inte naturligt i början av behandlingen.

**Konklusion:** Distriktssköterskorna behöver få möjlighet att avsätta tid för regelbundna utbildningar i syfte att kvalitetssäkra vården. Samarbetet i teamet behöver förstärkas för att förbättra och vidareutveckla kvaliteten på vården av patienter med venösa bensår.

## Nyckelord

Primärvård, distriktssköterska, venösa bensår, erfarenhet

# Innehållsförteckning

|  |    |
|--|----|
| Problemområde .....  | 5  |
| Bakgrund .....   | 6  |
| Perspektiv och utgångspunkter .....  | 6  |
| Patienter med venösa bensår .....  | 6  |
| Behandlingsstrategier för venösa bensår.....                               | 7  |
| Sårbehandling .....  | 7  |
| Kompressionsbehandling.....  | 8  |
| Fysisk aktivitet.....  | 8  |
| Nutrition .....  | 8  |
| Nikotinpreparat.....   | 9  |
| Sömn.....  | 9  |
| Distriktssköterskans förutsättningar i behandlingen av venösa bensår ..... | 10 |
| Informationens och kommunikationens betydelse för patienterna .....        | 10 |
| Syfte .....  | 11 |
| Metod .....  | 12 |
| Urval .....  | 12 |
| Instrument .....   | 13 |
| Datainsamling .....  | 13 |
| Analys av data.....  | 14 |
| Förförståelse.....   | 15 |
| Forskningsetiska avvägningar.....  | 15 |
| Resultat.....  | 16 |
| Distriktssköterskans perspektiv på en sårbehandling .....                  | 16 |
| Struktur och förutsättningar i arbetet.....                                | 16 |
| Rutin för att bevara kontinuitet i sårbehandlingen .....                   | 18 |
| Betydelsen av en gemensam behandlingsplan .....                            | 19 |
| Patienten som samarbetspartner .....                                       | 19 |
| Se patienten bakom såret .....   | 21 |
| Sårbehandling och kompression.....   | 21 |
| Få stöd av teamet kring patienten .....                                    | 23 |
| Diskussion .....   | 24 |
| Metoddiskussion .....  | 24 |
| Tillförlitlighet .....   | 24 |
| Giltighet.....   | 25 |

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| Bekräftelsebarhet.....            | 25 |
| Överförbarhet.....                | 26 |
| Resultatdiskussion.....           | 26 |
| Konklusion och implikationer..... | 30 |
| Referenser.....                   | 31 |
| Bilaga 1 (1).....                 | 39 |

## Problemområde

Att behandla patienter med venösa bensår är en stor del av distriktssköterskans arbete (Friman et al., 2010). Behandlingen av venösa bensår tar ofta mycket tid och resurser, vilket inte alltid finns då det kan vara svårt i början av processen att veta hur lång behandlingstiden kommer att vara (Friman et al., 2011). I Sverige anges andelen personer med bensår uppgå till 0,1–0,3% och beräknas öka allt eftersom befolkningen blir äldre. Under 2021 var genomsnittstiden för sårhäkning av venösa bensår 30 veckor (RiksSår, 2022). Behandlingen av bensår kostar cirka 964 miljoner kronor per år i Sverige (Lindholm, 2021). För patienterna är behandlingstiden ofta lång och påfrestande och deras livskvalitet påverkas negativt.

Region Skåne har utformat lokala vårdprogram för behandling av bensår och belyser behovet av kontinuitet och samarbete i det tvärprofessionella teamet, och alla professioner i teamet är då viktiga för att uppnå goda behandlingsresultat (Region Skåne, 2022a). I detta team har distriktssköterskan en central roll med ansvar för vård av denna patientgrupp. Dock verkar bristen på kunskap i ämnet skapa problem då tidigare studier har visat att distriktssköterskor önskar mer kunskap kring behandling av venösa bensår i både utbildningen och fortlöpande i arbetet för att kunna axla detta ansvar (Lagerlin et al., 2017; Weller et al., 2020a; Fagerström et al., 2022). Dessutom upplever distriktssköterskor att majoriteten av läkarna inte kan vara behjälpliga då de inte har tillräcklig kunskap kring sårbehandlingen (Lagerlin et al., 2017). Utöver bristen på kunskap finns en önskan om tydligare struktur och kontinuitet i arbetet för att förbättra vården för patienterna med venösa bensår (Fagerström et al., 2022). Även om några delar av distriktssköterskors förutsättningar i vården av patienterna med bensår är kartlagda saknas en helhetsbild. Med denna studie är förhoppningen att belysa distriktssköterskors erfarenhet och förutsättningar i behandlingen av venösa bensår ur ett helhetsperspektiv för att kunna identifiera förbättringsmöjligheter och på sikt kunna sätta in riktade insatser i syfte att optimera vården av dessa patienter.

# Bakgrund

## Perspektiv och utgångspunkter

Distriktssköterskan ska ha förmågan att kunna se hela patienten och kunna stärka de till att självständigt upprätthålla och utföra egenvårdsåtgärder för att förbättra sin hälsa och välmående (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Enligt Dorothea Orems omvårdnadsteori ska distriktssköterskan stödja och uppmuntra patienten till att utföra egenvård. Orems teori bygger på att uppnå egenvårdsbalans och beskriver omvårdnad utifrån tre delteorier; egenvårdsbrist, egenvård och omvårdnadssystem. Distriktssköterskan ska stödja patienten till att uppnå egenvårdsbalans (Wiklund Gustin och Lindwall, 2012). Patienten ska göras delaktig utifrån sina egna förutsättningar och få stöd genom hela behandlingen för att skapa en säkrare vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). I studien av Domingues et al. (2018) belyses vikten med egenvårdsråd, att patienterna är välinformerade om behandlingsplanen och vilka faktorer som kan leda till sårsläkning. Distriktssköterskan ska ha ett helhetsperspektiv där fokus skall inkludera patientens livsstilsfaktorer och inte enbart behandlingen av det venösa bensåret (Friman et al., 2011). Orem redogör för ett delvis kompenserat omvårdnadssystem som beskriver samarbetet mellan distriktssköterskan och patienten där distriktssköterskans roll blir att utföra själva såromläggningen i samråd med patienten. Distriktssköterskan ska utifrån ett stödjande och undervisande system kunna ge patienten rätt hjälpmedel för att kunna utföra livsstilsförändringar och känna kontroll över sin egen behandling (Wiklund Gustin och Lindwall, 2012). När dessa förutsättningar uppnås skapas en balans mellan distriktssköterskan och patienten (Wiklund Gustin och Lindwall, 2012; Svensk sjuksköterskeförening, 2019). När distriktssköterskans teoretiska och praktiska kunskaper är otillräckliga brister patientens delaktighet i vården. Vid avsaknad av en vårdrelation kan inte en korrekt bedömning av patienten göras (Wiklund Gustin och Lindwall, 2012).

## Patienter med venösa bensår

I första hand i sårbehandlingen ska en anamnes på patienten tas för att identifiera en sårdiagnos. Vid venösa bensår upplevs en tyngdkänsla i benen, pittingödem och pigmentering kring ankeln. Såret är främst lokaliserat kring malleolerna (Region Skåne, 2022a). Ett venöst bensår orsakas av venös insufficiens som kännetecknas av ödem och uppstår nedanför knät. Olika sjukdomar samt försämrade levnadsvanor kan bidra till att venösa bensår uppstår

(Lindholm, 2021). Äldre personer löper störst risk att drabbas av venösa bensår (Barchitta et al., 2019). Nationellt kliniskt kunskapsstöd (2021) identifierar övervikt, hög ålder, rökning, malnutrition samt nedsatt rörlighet som riskfaktorer att utveckla ett venöst bensår. Detta styrks även i studien av Barber et al. (2018) som menar att dessa faktorer även bidrar till långsammare sårhäkning och ökad risk för återfall. För att uppnå bättre resultat i sårhäkningen bör kompressionsbehandling kompletteras med råd kring förbättrade levnadsvanor (Domingues et al., 2018). När bensåret är läkt förändras hud och vävnad där såret varit och uppnår inte samma elasticitet som tidigare. Ärrvävnaden saknar blodkärl i området där såret har varit och risken för återfall ökar (Parker et al., 2015).

Många patienter som får ett venöst bensår upplever att de har en sämre livskvalitet. Faktorer som smärta, sårlukta och utseende samt nedsatt fysisk aktivitet påverkar patienten negativt (Philips et al., 2018). Patienter med venösa bensår känner begränsningar i att utföra dagliga aktiviteter eftersom mycket tid läggs på resorna till och från vårdcentralen för sårömläggning (Weller et al., 2021). Depression och smärta är faktorer som påverkar sårhäkningen negativt. Däremot har det visats att distriktssköterskor inte dokumenterar patienternas psykiska mående och smärta i journalen, dokumentationen fokuserar på sårhäkning snarare än patienternas upplevda besvär (Olsson och Friman, 2020). Behandlingen av venösa bensår kan vara en lång process och väldigt krävande för patienterna. Det blir en livsomställning som kan påverka de psykiskt, fysiskt samt ekonomiskt (Lagerlin et al., 2017). Studien av Weller et al. (2021) beskriver att patienterna ofta tappar hoppet och känner sig nedstämda då såret inte läker.

## Behandlingsstrategier för venösa bensår

### *Sårbehandling*

I såret ses ofta en fibrinbeläggning med kraftig sårsekretion, speciellt i början av behandlingen. Såret är ytligt eller medeldjupt med en oregelbunden form (Lindholm, 2021). Första steget innan sårömläggningen kan påbörjas är att identifiera om patienten upplever sårsmärta, då kan lokalanestetika ges. Sedan påbörjas debridering och därefter väljs förband som anpassas efter sårets status. Sårkanterna blir oftast macererade av sårsekret och är viktiga att skydda med ett hudskyddsmedel (Region Skåne, 2022a). Efter sårömläggningen ska en tydlig dokumentation om sårets utseende och patientens status beskrivas i patientens journal (Munter och Andersson, 2020).

### *Kompressionsbehandling*

Kompressionsbehandling är den viktigaste åtgärden för att minska ödem och behandla det venösa bensåret. Ödem leder till minskat närings- och syreutbyte vilket försämrar sårhäkningsprocessen. Genom kompressionsbehandling hindras vätska från att ansamlas och ökar blodflödet (Tolaas, 2015; Lindholm, 2021). Innan kompressionsbehandling kan påbörjas ska ett ankel-/armindex tas (Region Skåne, 2022a). Sårhäkningsprocessen påskyndas hos de patienter som använder kompressionsbehandling jämfört med de som valt bort kompression. Att fortsätta med kompressionsbehandling efter sårhäkning minskar risken för recidiv (Conde Montero et al., 2020). Distriktsköterskorna i studien av Lagerlin et al. (2017) upplever att patienterna anser kompressionsbehandlingen vara besvärande. Patienterna uppgav att lindan kliar samt är smärtsam vilket bidrar till nedstämdhet.

### *Fysisk aktivitet*

Att få ett venöst bensår leder ofta till att patienter blir fysiskt inaktiva. Det kan bero på olika faktorer som exempelvis patientens rädsla att såret ska försämras i samband med aktivitet. Ytterligare hinder vid kompressionsbehandling är att hitta passande skor då lindan är fylligare än en strumpa (Philips et al., 2018). Patienter behöver i ett tidigt skede få information från sjuksköterskan angående fördelarna med fysisk aktivitet och hur det bidrar till förbättrad sårhäkning (Brown, 2012). Egenvårdsråd kring ökad fysisk aktivitet bidrar i större utsträckning till att patienterna blir mer fysiskt aktiva (Domingues et al., 2018). Enligt Patientlagen (2014) skall patienten involveras i sin behandling och utifrån sina egna förutsättningar och önskemål utföra egenvård. Flera studier har påvisat att fysisk aktivitet leder till snabbare sårhäkning (O'Brien et al., 2017; Parker et al., 2015; Jull et al., 2018; Smith et al., 2018). Nedsatt funktion i vadmuskelpumpen bidrar till försämrad sårhäkning då blod ansamlas i underben som bidrar till ödem. Genom att träna upp denna kan sårhäkningsprocessen förbättras vilket minskar risken för att utveckla ett nytt venöst bensår (Jindal et al., 2018).

### *Nutrition*

En allsidig kost innehållande proteiner, vitaminer och mineraler bidrar till en snabbare sårhäkning (Barchitta et al., 2019). Information kring nutrition visar positiva effekter relaterat till sårhäkningsprocessen och ökar motivationen till att förändra sina kostvanor (Žulec et al., 2022; Heinen et al., 2004). Studier rapporterar att majoriteten av patienter med venösa bensår är



överviktiga (Barber et al., 2018; Parker et al., 2015). Övervikt bidrar till en långsammare sårsläkning samt en riskfaktor för att utveckla venösa bensår. Flertalet överviktiga patienter har brist på näringsämnen i sin kost och äter generellt mer ensidigt (Barber et al., 2018). En annan studie med Lagerlin et al. (2017) belyser undernäring som en orsak till försämrad sårsläkning. Undernäring definieras som obalans i intaget av energi, protein och näringsämnen. Äldre personers kost saknar ofta adekvat intag av protein, vitaminer och mineraler (Barchitta et al., 2019). Förbättrat näringsintag och viktminskning bör eftersträvas för att förbättra sårsläkningen (Jindal et al., 2018) men även för att förhindra risken att utveckla nya venösa bensår (Barber et al., 2018).

### *Nikotinpreparat*

Rökning har en negativ effekt på sårsläkningen vid venösa bensår. Cigarettrök innehåller mer än 4000 giftiga föreningar, som bidrar till långsammare sårsläkning (McDaniel och Browning, 2014). Tobaken kan även orsaka ett flertal olika sårkomplikationer (Metelitsa och Lauzon, 2010). Gifter i cigaretter försämrar blodflödet och cirkulationen vilket i sin tur bidrar till minskad syretillförsel och skador på huden (Metelitsa och Lauzon, 2010; McDaniel och Browning, 2014). Forskning har påvisat att fyra veckor efter rökstopp normaliseras blodflödet och ligger på samma nivå som hos icke rökare, därav minskar risken för sårkomplikationer i samband med rökstopp (Sörensen et al., 2003). Patienter som brukar tobaksprodukter är medvetna om vilka hälsoskador det kan leda till, oavsett beskrivs svårigheter att sluta med sin vana. Sjukvårdspersonal behöver vara medvetna om detta samt uppmuntra och stödja patienterna i att hitta sin egen motivation för rökstopp (Metelitsa och Lauzon, 2010).

### *Sömn*

En god sömn är viktig för sårsläkningen (Lindholm, 2021). Patienter med venösa bensår sover i större utsträckning sämre än personer utan bensår. Sömnen påverkas dels av att patienterna har svårare att somna samt att de vaknar fler gånger per natt. Sårsmärta och klåda från såret orsakar störd nattsömn (Siegling et al., 2023). Det har rapporterats att patienter med en högre upplevd smärta sov sämre (Hellström et al., 2016).

## Distriktssköterskans förutsättningar i behandlingen av venösa bensår

Distriktssköterskan ansvarar för att leda omvårdnadsteamet kring patienten och fördelar arbetet mellan olika professioner utifrån patientens behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Ett tvärprofessionellt team kring varje patient behövs för att besluta vilken behandling som gynnar patienten (Jindal et al., 2018; Region Skåne, 2022a). Alaskamodellen innebär samarbete i det tvärprofessionella teamet med teamronder för att förbättra kontinuiteten och rekommenderas för alla inom primärvården (Region Skåne, 2023). Distriktssköterskan är ansvarig för att lägga upp en behandlingsplan utifrån sin profession (Friman et al., 2011).

En diagnos behöver sättas innan korrekt sårbehandling kan påbörjas (Jindal et al., 2018). Det är läkarens ansvar att sätta en diagnos på bensåret. Däremot upplever distriktssköterskorna bristande samarbete med läkarna vilket leder till att en sår diagnos ibland saknas. Först efter att en diagnos är satt kan distriktssköterskan följa korrekta behandlingsstrategier (Lagerlin et al., 2017). Studien av Weller et al. (2020a) visar bristande kännedom kring utformade riktlinjer för behandlingen av venösa bensår. Distriktssköterskorna som kände till att det fanns riktlinjer uppgav att innehållet var omfattande och otydligt och därmed svåra att följa. När riktlinjerna inte upprätthålls och samarbetet med läkaren brister orsakar det onödigt lidande för patienterna (Friman et al., 2010).

Lagerlin et al. (2017) beskriver att det ofta är många olika distriktssköterskor som är involverade i behandlingen av patientens venösa bensår vilket medför en bristande kontinuitet. Det resulterade i att det blev otydligt vem som tog ansvar för behandlingsplanen. Kontinuitet i vårdmötet bidrar till en god relation mellan distriktssköterskan och patienten vilket skapar trygghet och bättre förutsättningar i sårbehandlingen (Bobbink et al., 2020). I studien av Lagerlin et al. (2017) framkom att bristen på erfarna distriktssköterskor bidrar till att riktlinjerna inte alltid följs då oerfarna distriktssköterskor saknar erfarenhet och rutin kring bensårsbehandlingen.

## Informationens och kommunikationens betydelse för patienterna

Tydlig information kring sårbehandlingen bidrar till ökad förståelse och att patienterna känner sig inkluderade i sin behandling vilket resulterar i en kortare behandlingstid (Žulec et al., 2021). Enligt Orem behöver sjuksköterskan utgå från patienternas behov och utifrån det anpassa informationen (Wiklund Gustin och Lindwall, 2012). Bristande information från

distriktssköterskorna leder till att patienterna inte förstår syftet med behandlingen och därmed inte följer behandlingsplanen (Weller et al., 2021).

Motiverande samtal är en samtalsmetod som är välanvänd kring livsstilsförändringar såsom fysisk aktivitet, kost, rökning samt alkohol (Socialstyrelsen, 2019). Samtalsmetoden som utgår från ett personcentrerat förhållningssätt baseras på att distriktssköterskan engagerar och motiverar patienterna till att själva identifiera vilka livsstilsförändringar som bör förändras. Detta genom ett empatiskt förhållningssätt med öppna frågor där patienten är i fokus. Samtalet styrs av patientens självbestämmande där distriktssköterskan bekräftar och stödjer patienten till en livsstilsförändring (Folkhälsomyndigheten, 2022).

När distriktssköterskorna har tydliga riktlinjer att följa samt ger konkret information bidrar detta till en förbättrad hälsa hos patienterna och även bättre läkning av det venösa bensåret. Ett av distriktssköterskans mål med sårbehandlingen är att involvera patienten och skapa förståelse för sambandet mellan olika behandlingsalternativ och sårläkningsprocessen. Distriktssköterskan har en central roll i vård och behandling hos patienter med venösa bensår (Lagerlin et al., 2017). I en studie angav distriktssköterskorna att de gav information och egenvårdsråd succesivt för att förhindra att patienterna skulle bli överväldigade. Detta resulterade i att patienterna upplevde att de inte blev tillräckligt informerade (Weller et al., 2021). Det framkom att informationen som ges till patienterna ibland är bristande och obegriplig vilket resulterar i minskad följsamhet till behandlingsplanen och försämrad sårläkning (Domingues et al., 2018).

## **Syfte**

Syftet var att undersöka distriktssköterskors erfarenhet av att behandla patienter med venösa bensår för att optimera sårläkningen i primärvården.

## Metod

En kvalitativ ansats valdes i denna studie för att belysa distriktssköterskors erfarenheter. Enligt Henricson och Billhult (2017) ansågs en kvalitativ metod lämplig då syftet var att undersöka olika personers kunskap och upplevelser. Vid en kvalitativ studie intervjuas ofta färre deltagare och istället eftersträvas personer med bredare erfarenhet (Henricson och Billhult, 2017; Polit och Beck, 2022).

## Urval

Ett strategiskt urval användes i föreliggande studie, vilket innebar att deltagarna valdes utifrån deras erfarenhet för att omfatta aktuellt forskningsområde och besvara syftet (Henricson och Billhult, 2017). Inklusionskriterier var att deltagarna skulle arbeta som distriktssköterskor inom primärvården och behandla patienter med venösa bensår. Både distriktssköterskor som arbetade inom regionen samt på privata vårdcentraler inkluderades. Sjuksköterskor utan vidareutbildning till distriktssköterska exkluderades. Inga exklusionskriterier gällande arbetslivserfarenhet fanns.

Initialt gjordes en sökning över vårdcentraler i Skåne för att hitta mejladresser till verksamhetschefer. Därefter skickades mejl ut till 40 verksamhetschefer på olika vårdcentraler i Skåne med information kring studien samt en medgivandeblankett. Inklusionskriterierna stod skrivet i brevet till verksamhetscheferna för att tydliggöra vilka deltagare som inkluderades. Verksamhetscheferna ombads vidarebefordra informationen till distriktssköterskorna som uppfyllde kriterierna. Det resulterade i nio positiva svar från verksamhetschefer, två som tackade nej och 29 som inte svarade. Påminnelsemejl skickades ut till de verksamhetschefer som inte svarade. Det resulterade inte i några nya positiva svar. I informationsbrevet stod att de distriktssköterskor som önskade delta i studien själva fick kontakta författarna. Totalt resulterade detta i sex positiva svar. Därefter skickades ytterligare brev till distriktssköterskorna för tydligare information kring studien samt en samtyckesblankett. Otillräcklig respons ledde till att ytterligare en rekrytering via en privat distriktssköterskegrupp på Facebook gjordes. Detta resulterade i två positiva svar. Tre deltagare informerades om studien via privata kontakter och tog själva kontakt med författarna med önskemål om deltagande i studien. Totalt deltog elva distriktssköterskor i studien varav alla var kvinnor. Åldern varierade mellan 33–51 år och yrkesverksamma år som distriktssköterska var mellan fyra månader – 13 år.

## Instrument

En semistrukturerad intervjuguide (Bilaga 1) valdes för att få en öppen dialog med studiedeltagarna. För att besvara syftet ansågs intervjuer vara den lämpligaste metoden för att fånga distriktssköterskornas erfarenhet. Enligt Polit och Beck (2022) innebär semistrukturerade intervjufrågor att frågorna inte måste ställas i samma ordning utan kan anpassas utefter vilka svar deltagaren gav. Intervjun inleddes med samma fråga till alla deltagare. Frågorna var övergripande för att få tydliga och levande beskrivningar. Intervjuguiden bestod av två bakgrundsfrågor och därefter sex öppna huvudfrågor och följdfrågor. Enligt Danielson (2017a) bör intervjuguiden testas genom en eller flera pilotintervjuer för att säkerställa ljudet och kontrollera att frågorna svarar mot syftet. En pilotintervju genomfördes med båda författarna och lyssnades därefter noggrant igenom och transkriberades.Handledaren tog del av transkriberingen. Därefter gjordes enbart mindre justeringar i intervjuguiden varpå pilotintervjun ansågs kunna inkluderas i resultatet.

## Datainsamling

Intervjuerna delades upp mellan författarna efter pilotintervjun. Efter att distriktssköterskorna fyllt i samtyckesblanketten skickades mejl till deltagarna för att bestämma tid och plats för intervjun. Studiedeltagarna fick själva önska när och var intervjuerna skulle genomföras. Detta för att inte deltagarna skulle behöva avsätta tid att ta sig till intervjuerna (Kjellström, 2017).

Två av intervjuerna skedde på respektive deltagares arbetsplats, åtta intervjuer skedde via Zoom och en intervju skedde via Teams. Intervjuerna spelades in via författarnas mobiltelefoner och fördes därefter över till ett USB-minne. Under denna process var mobiltelefonen i flygplansläge. Efter att intervjun förts över raderades inspelningen från mobiltelefonen. USB-minnet förvarades därefter inlåst mellan varje intervju för att hantera materialet konfidentiellt. Ingen annan än författarna hade tillgång till materialet. Intervjuerna tog mellan 10-34 minuter, medellängd 25 minuter. Datainsamlingen skedde under mars-april 2023.

## Analys av data

I nära anslutning till intervjun transkriberades materialet. Varje intervju transkriberades ordagrant och skrevs därefter ut. Syftet skall finnas i åtanke genom hela dataanalysen (Henricson och Billhult, 2017). Intervjuerna analyserades med en induktiv kvalitativ innehållsanalys, som innebar att texten analyserades med hjälp av koder, kategorier och teman (Graneheim et al., 2017). Transkriberingarna lästes igenom flertalet gånger av båda författarna vilket gav en helhetsbild och skapade en förståelse av materialet. Därefter plockades meningsbärande enheter ut som innehöll information som svarade mot syftet. Dessa enheter kondenserades därefter, vilket innebar att texten blev mer lätthanterlig utan att centrala delar av innehållet försvann. Varje meningsbärande enhet kodades utifrån sitt innehåll (Lundman och Graneheim, 2017). Material som inte svarade mot syftet exkluderades. Koderna jämfördes och sorterades utifrån liknelser och skillnader till subkategorier och delades sedan in i huvudkategorier (tabell 1). Kategorierna utformades så att varje kod inte kunde passa in i två olika subkategorier (Danielson, 2017b). Under analysprocessen har materialet bearbetats flera gånger och subkategorier och huvudkategorier har bytt namn och omstrukturerats. Slutligen skapades två huvudkategorier och sex subkategorier.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

| Meningsbärande enhet   | Kondenserad meningsenhet  | Kod               | Subkategori                            | Huvudkategori  |
|--|---|-------------------|--|--|
| “Nej men jag tycker nog att det är att man försöker bli bättre och bättre på att vara uppdaterad på förband. Vi försöker liksom bjuda hit från olika företag så att man får en uppdatering om material...”   | Jag försöker bli bättre på att vara uppdaterad på förband genom att bjuda hit olika företag.  | Kunskap           | Struktur och förutsättningar i arbetet | Distriktssköterskans perspektiv på en sårsmottagning |
| “Det är också sånt som jag tycker har blivit lättare med tiden och alltså helhetsperspektiv om det inte går som planerat så får man tänka OK, är det något, det kanske inte är förbandet det är fel på. Det kanske är något annat. Det är för dålig kompression, det är för lite protein i kosten, | Lättare med tiden att se helhetsperspektivet. Tänka om när planen inte fungerar. Kan vara något underliggande som påverkar sårsläkningen. | Helhetsperspektiv | Se patienten bakom såret               | Betydelsen av en gemensam behandlingsplan            |

|                                       |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|
| det är något underliggande som stör.” |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|

## Förförståelse

Förförståelse syftar till tidigare erfarenhet och kunskap. Inför att göra en vetenskaplig studie behövs en medvetenhet om den egna förförståelsen och hur det kan påverka resultatet.

Författarna behöver reflektera över sin egen förförståelse och hur den kan påverka studien (Priebe och Landström, 2017). Den egna förförståelsen har funnits i åtanke genom hela studiens gång. En av författarna arbetar på en vårdcentral och träffar patienter med venösa bensår.

## Forskningsetiska avvägningar

Efter att projektplanen blivit godkänd skickades den till vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande, diarienummer VEN 22–23. Därefter påbörjades studiens datainsamling.

Vid genomförande av studier som involverar människor finns flera etiska principer att ta hänsyn till. Helsingforsdeklarationen beskriver autonomiprincipen, inte skada principen, göra-gott principen samt rättvisepincipen. Nyttan med studien ska väga tyngre än möjlig negativ påverkan på deltagarnas integritet, autonomi och konfidentialitet (World Medical Association, 2022). Autonomiprincipen följdes då både skriftlig samt muntlig information gavs till deltagarna om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att behöva uppge anledning. Vidare gavs information om att intervjuerna spelades in vilket behövde godkännas av deltagarna innan intervjun påbörjades. Det har tagits hänsyn till inte skada principen genom att allt material har hanterats konfidentiellt för att bevara deltagarnas autonomi. Deltagarna blev informerade om att intervjuerna fördes över till ett lösenordsskyddat USB-minne som enbart författarna hade tillgång till och att inspelningen förstördes när transkriberingen var utförd. Materialet kodades för att inte kunna härledas till specifika deltagare. Inga namn eller arbetsplatser nämndes i intervjun. För att deltagarna skulle känna sig trygga fick de själva bestämma tid och plats för intervjun. Alla studiedeltagare har behandlats lika och ingen har uteslutits från att delta i studien. Nyttan med

studien ansågs vara större än riskerna då studien kan bidra med ökad förståelse att behandla patienter med venösa bensår.

Enligt Helsingforsdeklarationen är det viktigt att kontrollera att deltagarna har förstått informationen och att ett skriftligt samtycke lämnas innan studien kan påbörjas (World Medical Association, 2022). Alla studiedeltagarna lämnade ett skriftligt samtycke innan intervjun planerades. Innan intervjun påbörjades informerades deltagarna muntligt återigen om att deltagandet var frivilligt samt att de godkände att bli inspelade. Deltagarna informerades om att möjligheten fanns om att ta del av studiens resultat (Kjellström, 2017). När examensarbetet är godkänt kommer alla transkriberingar och analysmaterial att raderas (Danielson, 2017a).

## Resultat

Analysen resulterade i två huvudkategorier med tillhörande sex subkategorier (tabell 2).

Tabell 2. Huvudkategorier och subkategorier

| Huvudkategorier                                     | Subkategorier  |
|---|--|
| Distriktssköterskans perspektiv på en sårbehandling | Struktur och förutsättningar i arbetet<br>Rutin för att bevara kontinuitet i sårbehandlingen                                     |
| Betydelsen av en gemensam behandlingsplan           | Patienten som samarbetspartner<br>Se patienten bakom såret<br>Sårbehandling och kompression<br>Få stöd av teamet kring patienten |

### Distriktssköterskans perspektiv på en sårbehandling

#### *Struktur och förutsättningar i arbetet*

Resultatet visade att distriktssköterskorna saknade riktlinjer på sina arbetsplatser. Det beskrevs en önskan om tydligare riktlinjer som kunde användas för att få en överblick och få



en konkret struktur på behandlingen där förloppet kunde följas av alla involverade. Andra uttryckte att de istället lätade på sin egen erfarenhet och att de lärde sig genom att se flera olika sår och prova olika strategier. Majoriteten av distriktssköterskorna ansåg att deras kunskap och erfarenhet var tillräcklig och förlitade sig på denna. Få kände till att det finns vårdprogram utformade för primärvården.

*“Jag har haft hand om bensår hela tiden så att jag känner mig rätt så trygg i det så det finns inga PM” Dsk 3*

Flera distriktssköterskor tog upp att de hela tiden strävade efter ny kunskap och att hålla sig uppdaterade. Att ta hand om patienter med venösa bensår kräver mycket kunskap och att distriktssköterskorna är uppdaterade då omläggingsmaterial regelbundet uppdateras. Distriktssköterskorna uppgav att de själva aktivt behövde söka denna kunskap. Sökandet efter kunskap såg olika ut och distriktssköterskorna hade olika erfarenhet av vilka kunskapsstöd som fanns att tillgå. Regelbundet bjuda in produktspecialister för att få uppdateringar och kunskap om nya produkter användes. Någon distriktssköterska nämnde att de hade möjlighet att ta hjälp av en sårkonsult för att diskutera patientfall och därmed ökade deras kunskap.

*“Och vi är rätt så duktiga på att plocka in produktspecialister från de olika företagen så att man lär sig alltid någonting när dem är här.” Dsk 3*

Distriktssköterskorna beskrev att de såg fortbildningar som en viktig del i att bredda sin kunskap. Genom att gå på en sårutbildning kände de sig tryggare i sin roll. Det framkom att distriktssköterskorna själva fick söka utbildningar och möjligheterna till att gå på dessa skilde sig mellan olika vårdcentraler.

*“Det borde ges större utrymme till kompetensutveckling, jag tycker att alla borde gå en sårutbildning” Dsk 7*

Stödet från kollegor såg distriktssköterskorna som värdefullt. Distriktssköterskorna strävade efter att ha ett öppet klimat kollegor emellan med en god kommunikation. Distriktssköterskorna hjälpte ofta varandra i sårbehandlingsprocessen med sårbedömningar och val av förband. Det kollegiala stödet ansågs vara positivt och nya distriktssköterskor kände att de fick hjälp från mer erfarna kollegor. Det beskrevs att det oftast var lättillgängligt att rådfråga sina kollegor.

*“...sen är det ju att man pratar med sina kollegor, för de sitter inne med många tips, för när man kör fast lite vilka förband man skall använda, och*

*så då är det bra att kunna diskutera med sina kollegor, det är väldigt bra tips.” Dsk 9*

#### *Rutin för att bevara kontinuitet i sårbehandlingen*

Resultatet visade att distriktssköterskorna var överens om att kontinuitet i sårbehandlingen var en viktig faktor för sårhäkningsprocessen. Ibland kunde det vara svårt att upprätthålla kontinuiteten beroende på hur arbetsplatstänkandet var. Chefens flexibilitet för distriktssköterskornas arbetsschema påverkade möjligheten till kontinuitet. Många distriktssköterskor hade jobbat några år på sina vårdcentraler och därmed fått möjlighet att lära känna sina patienter. Tillsammans med sina kollegor hade en mottagning byggts upp som strävade efter kontinuitet. Kontinuiteten bidrog även till att distriktssköterskorna lärde känna sina patienter och visste vilken omläggning som patienten tolererade. Distriktssköterskorna uttryckte att de kände sina patienter och visste vilka som alltid kom på sina bokade tider och vilka som inte var lika följsamma till sina tider.

*“Det är viktigt med kontinuiteten att man har lite sina egna patienter att de känner mig.” Dsk 11*

Distriktssköterskorna ansåg att kontinuitet i sårbehandlingen bidrog till att lättare kunna utvärdera sårets utveckling. När det var samma distriktssköterska som utförde behandlingen medförde det ett bättre sårhäkningsresultat. När distriktssköterskorna inte var tillgängliga vid nästa omläggning försökte de planera att distriktssköterskan som skulle ha hand om patienten hade möjlighet att få se såret innan. Att formulera en tydlig dokumentation vid varje omläggningstillfälle med en klar beskrivning av sårets utseende, storlek, lukt och omläggningsmaterial underlättade behandlingen för alla involverade.

*“...eller att den som ska lägga om nästa gång vi är på semester iallafall får komma in och titta på såret så man har sett det en gång.” Dsk 10*

Några distriktssköterskor tog ett foto av såret för att lättare följa läkningsprocessen. Dels var det gynnsamt för patienten att kunna se sårets utveckling, men även för distriktssköterskorna för att kunna följa sårets läkningsprocess. När kontinuiteten inte kunde upprätthållas upplevde distriktssköterskorna att det förenklade arbetet att ha foto på såret för att följa utvecklingen. Distriktssköterskorna som inte hade möjlighet att ta foto på såren såg detta som ett adekvat

verktyg och beskrev fotografering som en strävan till förbättring. Att mäta såren med en sårinjal ansågs vara ett användbart hjälpmedel för att kunna följa sårets utveckling.

*“Vi har också möjligheten att ta foto på såren. Så att då kan man också visa patienten att titta här, så ser de ut, så är det nu.” Dsk 6*

## Betydelsen av en gemensam behandlingsplan

### *Patienten som samarbetspartner*

Det framkom i resultatet att samtliga distriktssköterskor tyckte det var viktigt att involvera sina patienter i behandlingen.

*“Får man inte med patienten så spelar det ingen roll hur bra behandlingen är.” Dsk 4*

Bensårsbehandlingen är komplex där mycket information behöver ges vilket patienterna inte alltid är mottagliga för. Att ge information var en successiv process och en förutsättning var att skapa en relation med patienten innan all information gavs. Att ge information kring livsstilsförändringar beskrevs som en fortlöpande process och distriktssköterskorna upplevde att det var svårt att gå direkt in och berätta för patienterna att de behövde göra en livsstilsförändring. Samtalen kom först när såren inte hade visat någon tendens till läkning. Många distriktssköterskor uttryckte att de behövde övertala patienterna till livsstilsförändringar och upprepade ofta samma information vid varje omläggningstillfälle. Samtalen var ofta spontana och vävdes in i samband med omläggningen. Distriktssköterskorna gav egenvårdsråd och informerade patienterna om hur en förändring av levnadsvanor kunde förbättra sårsläkningen samt vad patienterna själva kunde göra för att främja sårsläkningen.

*“Sen brukar jag också ge lite tips att man sitter ju där så att man liksom viftar lite och får lite igång cirkulationen” Dsk 2*

Samtliga distriktssköterskor ansåg att kosten var betydelsefull för sårsläkningen. Fokus låg på att patienterna behövde få i sig mycket protein. Flera patienter antog att vila bidrog till sårsläkning och hade en rädsla för att vara i rörelse. Patienterna uttryckte även en oro över fördröjd sårsläkning om förbandet skulle trilla av i samband med aktivitet.

Distriktssköterskorna betonade vikten av motion och rörelse och informerade om hur detta istället främjade sår läkningen.

*”Och en del är ju fortfarande så ska man vila sig i form. Jag kanske borde ligga och vila, och så pratar man om det, att det är bra att gå.” Dsk 8*

Distriktssköterskorna upplevde att det kunde vara känsligt att prata med patienterna om att förändra sina levnadsvanor. Ofta erkände inte patienterna hur deras levnadsvanor såg ut utan distriktssköterskorna fick ställa flera och specifika frågor för att kartlägga patientens kost, alkohol och rökvanor. Dessa samtal blev lättare att ha efter att relationen vuxit fram under behandlingens gång.

*“Många äldre bor ju ensamma och så frågar man hur dem äter och så säger dem jättebra, och så frågar man mer detaljerat så hittar man att aptiten är inte riktigt bra och du har gått ner i vikt.” Dsk 11*

Informationen behövde ges i samförstånd med patienterna och distriktssköterskorna beskrev att det var viktigt att lyssna på sin patient. Många gånger upplevdes detta frustrerande eftersom distriktssköterskorna satt inne med kunskapen om vad som behövde göras för att optimera sår läkningen, patienterna motsatte sig den delen av behandlingen.

Distriktssköterskorna kände att det var svårt att motivera patienterna till en förändring av sina levnadsvanor. Distriktssköterskorna upplevde att oavsett hur mycket information som gavs hände ingenting vilket ibland bidrog till att distriktssköterskorna tappade motivationen att få patienterna att utföra en förändring.

*“Och ibland vill man ju bara liksom du vet skrika, att jag måste linda det här och det kommer aldrig läka, så kan man liksom inte göra det utan man måste gå långsamt fram.” Dsk 8*

Några distriktssköterskor tog upp att det tar mycket tid att ge all information till patienterna och göra en kartläggning av deras anamnes vilket inte alltid fanns. Ibland behövde all fokus läggas på själva sårbehandlingen och egenvårdsråden fick komma i andra hand.

Distriktssköterskorna upplevde att de inte hade tid och utrymme för att informera och inkludera patienterna i sårbehandlingen. Det resulterade i känslan av att de inte kände sig nöjda med den vård de gett. Hela omlägningsprocessen kunde vara tidskrävande och distriktssköterskorna uppgav att mottagningstiden inte alltid räckte till.

### *Se patienten bakom såret*

Distriktssköterskorna beskrev att de strävade efter att se hela patienten då det finns olika faktorer som påverkar sårhäkning. Resultatet visade att distriktssköterskorna arbetade på lite olika sätt. Några distriktssköterskor belyste att sårhäkning kunde påverkas av patienternas psykiska hälsa. Distriktssköterskorna menade att den psykiska hälsan behövde kartläggas i ett tidigt skede. När patienterna önskade hjälp kunde distriktssköterskorna bistå med kuratorkontakt. Likaså att se över sömnvanor var en bidragande faktor för sårhäkning.

*”Det psykiska måendet påverkar ju också, och då kan man ju vända sig till en kurator eller psykolog och ge förslag, det finns den här möjligheten om du vill prata med någon. För det är ju jättejobbigt ibland luktar såret och ibland gör det kanske ont. Har man sår är det nog jobbigt helt enkelt.”*

*Dsk 9*

Framför allt när såret inte läkte började distriktssköterskorna efterfråga andra bakomliggande sjukdomar som tex diabetes och lågt blodvärde. Några distriktssköterskor nämnde sambandet mellan hjärtsvikt och venösa bensår för att se om där fanns en koppling till att benen var svullna. Det framkom att en av utmaningarna distriktssköterskorna upplevde i samband med sårbehandlingen var sårsmärta. Distriktssköterskornas uppfattning var att det inte var många patienter som hade sårsmärta men de patienter som hade ont kunde de knappt röra vid. Att smärtstilla patienterna kunde ta tid eftersom bedövningskrämen behövde verka i minst tio minuter för full effekt, även att hitta rätt smärtstillande kunde vara svårt. Distriktssköterskorna nämnde att smärtsamma sår läker sämre.

*”Tills man får iordning smärttillståndet så att dem är smärtfria och det vet vi ju i regel att sår som värker läker sämre. Så att man lider med de här patienterna.” Dsk 2*

*“Det är inte bara ett sår, det handlar om en patient.” Dsk 3*

### *Sårbehandling och kompression*

Distriktssköterskorna gjorde ofta en plan för sårbehandlingen där de hade samma strategi för sårömläggningen i två veckor, oberoende av om såret stod stilla i utvecklingen eller inte. Därefter gjordes en ny utvärdering om ömläggningen behövde justeras. Sårrengöringen

var en väsentlig del i omläggningen och att kunna skilja på rent och orent hade stor betydelse. På några vårdcentraler hade distriktssköterskorna övergått till att rengöra såren under rinnande vatten med en duschslang för att minska risken att såret blev infekterat. En debrideringsdyna användes ibland för att rensa såret från fibrin.

*“Jag ska säga jag har en dam som snart gått här i två år här med sitt venösa bensår och hon är amputerad i det ena benet. Hon går hos ortopederna det gjorde hon en gång i månaden nu är det utglesat till var tredje månad. Men varenda gång hon gick till ortopederna och de rensade såret så fick hon en infektion och hon fick aldrig en infektion här. Men hon sa de tvättar inte på samma vis som ni gör.” Dsk 2*

Det framkom i intervjuerna att majoriteten av distriktssköterskorna ansåg att kompression var en stor del i behandlingen för att såret skulle kunna läka. Kompressionen användes för att få ner svullnaden i benen vilket minskade smärta och förbättrade sårhäkningsprocessen. Flertalet av distriktssköterskorna var överens om att ett ankelindex behövde tas för att kontrollera blodcirkulationen innan kompressionsbehandling kunde påbörjas.

*“Jag tar alltid ett ankelindex när patienterna har sår på benen oavsett egentligen vad de har för diagnos så måste man veta vad de har för cirkulation i benen.” Dsk 6*

Distriktssköterskorna upplevde att de frekvent stötte på motstånd från patienterna när de nämnde kompressionslindning. Många patienter motsatte sig denna behandling och hade svårt att fullfölja en kompressionslindning då det påverkade deras vardag. Patienterna hade svårare att ha vanliga skor, varje dusch blev en utmaning och de kände sig begränsade med lindor. Det krävdes övertalning och motivering från distriktssköterskorna vid varje omläggningstillfälle och det kunde ibland ta flera veckor innan patienterna accepterade sin situation. När patienterna sedan såg en förbättring kring sårhäkningsprocessen hade många lättare att acceptera att kompressionen behövdes. Det fanns även de distriktssköterskor som upplevde att patienterna förstod vikten av behandlingen och fullföljde trots att de inte alltid var nöjda med att behöva ha benen lindade.

*“Jag har haft en patient vid något tillfälle som varje gång den patienten kom in så hade den klippt av sig bandagen hemma för den här patienten*

*tyckte det var väldigt jobbigt och varmt och tyckte det var spännigt så ville inte  
alls samarbeta och förstod inte riktigt risken med att klippa av dem.” Dsk 4*

Distriktssköterskorna var överens om att kompressionbehandling behövdes. Däremot när kompressionslindning inte var ett alternativ eller hos de patienter som totalt motsatte sig detta fanns andra alternativ, såsom en kompressionsstrumpa som genererade i en lättare kompression. Det gällde att möta patienterna halvvägs och hitta en lösning som accepterades men samtidigt gynnade sårhäkningsprocessen. Distriktssköterskorna tog upp vikten av uppföljning och att fortsätta med kompression ytterligare några veckor efter att såret var läkt. De patienter som accepterade lindning fortsatte lindas och därefter fick patienterna gå över till stödstrumpor. Stödstrumporna måttanpassades och utformades för att patienterna skulle kunna ta på och av strumporna själv. Distriktssköterskorna upplevde att de patienter som inte använde sina stödstrumpor oftare kom tillbaka med nya sår.

*”...och sen slarvar många att använda stödstrumpor och även fortsätta med  
det sen framöver, och då kommer man tillbaka med ett nytt sår.” Dsk 5*

#### *Få stöd av teamet kring patienten*

Distriktssköterskorna arbetade oftast ensamma i behandlingen och ansåg att det var de som satt inne på högst kompetens när det gällde bensår. Teamarbete var inte något som kom naturligt i början av behandlingen. Däremot när distriktssköterskorna stötte på hinder i sårbehandlingen tog de hjälp av andra yrkeskategorier. Några distriktssköterskor valde att involvera dietisten när patienterna hade behov av att optimera sitt näringsintag. Det poängterades ett uppskattat samarbete när dietisten kunde ge råd utifrån sitt specialistområde.

*”Är de undernärda brukar jag faktiskt koppla in dietisten.” Dsk 2*

Fåtal involverade läkaren i samband med diagnossättning. Många distriktssköterskor ansåg att läkarna inte hade intresse eller tillräckligt med kunskap om bensår och valde ofta att själva behandla såret. Läkaren konsulterades enbart vid misstanke om infektion eller om patienten behövde ytterligare smärtlindring som enbart en läkare kunde ordinera. Kontakten med läkarna varierade, en del hade tät kontakt men de flesta menade att läkarna inte var speciellt insatta i sårbehandlingen.

*“Ibland är det svårt också att få med sig läkarna, ibland får man tjata rätt så mycket innan någonting ska hända. Vilket är jättetråkigt men ibland är det tyvärr så det är.” Dsk 4*

Det uppkom även samarbete med andra mottagningar på sjukhuset. Några distriktssköterskor nämnde att när ankelindex låg under normalvärde eller om patienten hade åderbräck skickades remiss till kärlmottagningen. En förbättrad sårhäkning sågs hos de patienter som hade behov och fick åtgärdat sina kärl. Remiss kunde dessutom skickas till hudmottagningen när sårhäkningen hade avstannat. Via hudmottagningen beskrev distriktssköterskorna att de kunde få råd och tips på olika omlägningsstrategier.

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

En kvalitativ ansats har valts i studien då syftet var att belysa distriktssköterskors erfarenhet av att behandla patienter med venösa bensår. Genom att välja en lämplig metod som svarar till syftet ökar trovärdigheten i studien (Pettersson, 2017). Enligt Polit och Beck (2022) kan trovärdigheten i en studie bedömas utifrån begreppen tillförlitlighet (credibility), giltighet (dependability), bekräftelsebarhet (confirmability) och överförbarhet (transferability).

#### *Tillförlitlighet*

Studiens tillförlitlighet baseras på hur väl analysprocessen och resultatet behandlats i förhållande till det insamlade materialet (Kristensson, 2014). En svaghet med studiens tillförlitlighet var att verksamhetscheferna själva blev ombudade att välja ut deltagare till studien. Det kan ha bidragit till att verksamhetscheferna enbart vidarebefordrade studieinformationen till de distriktssköterskor som var mer sårintresserade. Resultatet kan därav ha påverkats genom att deltagarna blivit en homogen grupp och är inte representativt för alla distriktssköterskor som arbetar på en vårdcentral. Alla deltagare i studien var kvinnor vilket kan ses som en svaghet då inga mäns perspektiv framkom. Sjukvården är ett kvinnodominerande yrke vilket gör att det inte måste vara en svaghet att inga män deltog. Deltagarnas ålder och arbetslivserfarenhet varierade. Antal år som deltagarna arbetat som



distriktssköterskor varierade mellan fyra månader och 13 år, vilket ses som en styrka då det gav en bred variation (Graneheim och Lundman, 2004). En distriktssköterska som enbart arbetat i fyra månader kan ha ett annat perspektiv än en distriktssköterska som arbetat i många år.

Intervjuerna delades upp mellan författarna och enbart pilotintervjun gjordes tillsammans. Det kan ses som både en styrka och en svaghet. Lundman och Graneheim, (2017) menar att olika följdfrågor kan ställas om det finns flera intervjuare, vilket kan ge varierande resultat.

Samtliga intervjuer har lästs flertalet gånger av båda författarna tillsammans och därefter bearbetats. Analysen bör ske gemensamt för att inte en enskild författares förförståelse ska färga resultatet, analysen bör även vara tydligt beskriven för att öka tillförlitligheten (Kristensson, 2014). I studien har analysprocessen gjorts gemensamt och tydligt beskrivits med exempel på meningsbärande enheter och kodning vilket ses som en styrka.

### *Giltighet*

En studies giltighet kan bedömas utifrån hur urvalet av deltagare gjorts (Lundman och Graneheim, 2017). Deltagarna i studien kom från olika delar av Sverige, både större städer och mindre städer. Några deltagare arbetade inom regionen och några privat. Detta kan stärka giltigheten på studien då en bredare variation uppnåts. Att använda en intervjuguide så att samtliga deltagare får besvara samma frågor bidrar till en ökad giltighet (Kristensson, 2014). En intervjuguide har använts vid intervjuerna. Intervjuguiden testades först genom en pilotintervju för att bedöma att frågorna svarade mot syftet. I samråd med handledaren gjordes små justeringar efter pilotintervjun för att täcka hela syftet. En studies giltighet syftar även till datainsamlingens stabilitet och om resultatet skulle kunna bli snarlikt om studien skulle genomföras igen med samma eller liknande deltagare (Polit och Beck, 2022). Författarna till studien saknade erfarenhet i intervjuteknik vilket kan ha påverkat datainsamlingen och studiens giltighet negativt. Intervjutekniken förbättrades efter varje intervju vilket bidrog till mer innehållsrikt material. Det kan ha bidragit till stabilare datainsamling och därmed ökad giltighet.

### *Bekräftelsebarhet*

Bekräftelsebarheten stärks när analysen är tydligt beskriven och resultatet presenterat på ett objektivt sätt (Mårtensson och Fridlund, 2017). Alla intervjuer transkriberades ordagrant för

att inte förlora någon information. Handledaren har läst flera av transkriberingarna och varit delaktig med synpunkter genom hela studiens gång. Det stärker studiens bekräftelsebarhet genom att låta någon annan objektiv person vara involverad genom hela processen (Mårtensson och Fridlund, 2017). Resultatet har presenterats med flera citat från intervjuerna med distriktssköterskorna för att stärka bekräftelsebarheten. Att skriva ut citat från deltagarna visar på att resultatet bygger på insamlat material (Kristensson, 2014). Enligt Kjellström (2017) skapas trygghet genom att deltagarna själva får bestämma plats för intervju. Majoriteten av deltagarna önskade att intervjun skedde via Zoom. Några deltagare valde dessutom att inte ha sin kamera på under intervjun. Enligt Polit och Beck (2022) kan det anses som en svaghet då kroppsspråk i kombination med tonläge inte kan utläsas på samma sätt som vid en fysisk intervju. Vilket kan ha påverkat intervjun då intervjuare och deltagare inte kunde se varandra vilket kan ha begränsat flytet i samtalet. Samtidigt blir deltagaren mer anonym och kan våga säga mer än vad dem hade gjort vid ett fysiskt möte.

### *Överförbarhet*

Studiens överförbarhet baseras på om resultatet kan överföras till ett annat sammanhang eller andra situationer (Kristensson, 2014). Enligt Lundman och Graneheim (2017) är det läsaren som avgör studiens överförbarhet utifrån hur tydligt urval, deltagare, datainsamling och analys är beskriven. Det fanns stora variationer på deltagarna i föreliggande studie såväl demografiska, i ålder samt yrkeslivserfarenhet. Nio av distriktssköterskorna arbetade i Skåne och två i övriga Sverige. Resultatet skulle därmed kunna vara överförbart till andra vårdcentraler i Skåne. Däremot var deltagarantalet i övriga Sverige för lågt vilket minskar överförbarheten till andra regioner. Dock var det ingen större variation på informationen som framkom i intervjuerna vilket skulle kunna stärka överförbarheten till andra regioner i Sverige. Det går däremot inte att utesluta att resultatet skulle kunna överföras till andra regioner då arbetssättet kan skilja sig från Skåne vilket kan ses som en svaghet

### Resultatdiskussion

Syftet med föreliggande studie var att undersöka distriktssköterskors erfarenhet av att behandla patienter med venösa bensår. Följande diskussion kommer belysa tre huvudfynd som uppkommit i resultatet: *distriktssköterskornas syn på kunskap, betydelsen av samarbetet med patienten och teamet kring patienten.*

Första fyndet som framkom var distriktssköterskornas syn på kunskap. Resultatet visade att distriktssköterskorna hade olika strategier och synsätt att se på kunskap kring venösa bensår. Distriktssköterskorna behövde själva söka efter sårutbildningar vilket gjordes i varierande grad. Fortlöpande utbildning förespråkas för att uppdatera distriktssköterskorna kring evidensbaserad kunskap som därmed leder till en förbättrad behandling av venösa bensår (Ylönen et al., 2019). Strävan efter ny kunskap fanns men olika förutsättningar försvårade möjligheten. Behov av uppdaterad kunskap belystes i behandlingen av venösa bensår. Studien av Wickström et al. (2020) bekräftar distriktssköterskors strävan efter uppdaterad kunskap. I föreliggande studies resultatet beskrev flera distriktssköterskor att de vände sig till sina kollegor för stöttning vid sårbehandlingen. Mindre erfarna distriktssköterskor sökte stöd hos mer erfarna istället för att läsa aktuella riktlinjer. Att distriktssköterskorna kan samarbeta och dela erfarenhet och kunskap med sina kollegor främjar arbetsmiljön. Däremot är det negativt att enbart förlita sig på mer erfarna kollegor istället för att söka uppdaterad kunskap. I studien av Weller et al. (2020b) framkom att distriktssköterskor ofta vände sig till kollegor för stöd då det ansågs vara mer tidseffektivt och lättare att tillgå än att söka upp nedskrivna riktlinjer. Om inte riktlinjer och förnyad kunskap följs kan det leda till att behandlingstiden förlängs och mer lidande för patienten.

Ett nationellt webbaserat program har utformats för personal inom vård och omsorg. I det digitala programmet kan direktöverföring av bilder på sår överföras vilket ger möjlighet till snabbare konsultationer i sårbehandlingen. För distriktssköterskor bidrar detta till ökad kunskap och kompetensutveckling (Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, 2023). Distriktssköterskor ansåg att det digitala programmet ledde till att det bildades ett team kring varje patient där olika professioner var engagerade. Få stöd från andra experter kring sår bidrog till kunskapshöjning som sedan kunde förmedlas till kollegor (Wickström et al., 2020). Under föreliggande studies gång har det publicerats nationella riktlinjer kring omhändertagandet av patienter med venösa bensår (Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, 2023). När riktlinjer följs förbättrar det både sår läkningen och patienternas livskvalitet (Barnsbee et al., 2019; Cheng et al., 2018). Region Skåne har sårkonsulter som kan kontaktas vid svårläkta sår eller vid osäkerheter kring behandlingsalternativ (Region Skåne, 2022b). Nya verktyg kan underlätta för distriktssköterskor samt bidra till kompetenshöjning i behandlingen av venösa bensår.

Andra fyndet som framkom var betydelsen av samarbetet med patienten.

Distriktssköterskorna beskrev att det var viktigt att involvera sina patienter i behandlingen. Flera olika faktorer som påverkade sårhäkningsprocessen belystes. Patienterna behövde tydlig information om vad som skulle göras och vad patienten själv kunde göra. Orems omvårdnadsteori beskriver att distriktssköterskan bör ha kunskap att i första mötet identifiera om patienterna har förmåga till att utföra egenvårdsåtgärder (Hartweg, 2020). Motsvarande uppkom även i föreliggande studies resultat där distriktssköterskorna beskrev att de skapade en relation till patienterna. Distriktssköterskorna kunde därefter identifiera varje patients behov av egenvård och förmåga att ta till sig information. Det betonades att informationen skulle anpassas efter varje patients förutsättningar. Studien av Rosenberg et al. (2023) bekräftade detta fynd och poängterade att när distriktssköterskan inte inkluderade patienten utan enbart fokuserade på såret bidrog det till att patienten kände sig osedd. En individuellt utformad behandlingsplan kan medföra en kortare behandlingstid genom att patienten blir mer aktiv deltagare i sin behandling (Mullings och Merlin-Manton, 2018). Enligt Orems teori blir patienterna stärkta genom att själva ha kontroll över sin hälsa och välmående, till följd av att patienterna själva får vara delaktiga i sin behandling och kunna utföra egenvård (Hartweg, 2020).

Distriktssköterskorna i föreliggande studie berättade att dem stundtals kände sig frustrerade då mycket information givits utan att patienterna följt egenvårdsinformationen. Informationen fick upprepas ett flertal gånger och distriktssköterskorna uttryckte att de behövde övertala patienterna till förändring. När individanpassad information saknas har patienterna svårt att förstå informationen och därmed följdes inte egenvården. Vidare beskrevs att patienterna kunde känna sig kränkta när råd gavs som var för svåra att följa (Rosenberg et al., 2023). I föreliggande studie belyste distriktssköterskorna att kontinuitet i sårbehandlingen var en viktig del för att kunna följa upp sårhäkningsprocessen och skapa ett förtroende hos patienterna. Beroende på hur arbetsschemat var upplagt samt vilket stöd distriktssköterskorna fick från chefen påverkades möjligheten till kontinuitet i verksamheten. Behovet av kontinuitet bekräftades även i studien av Rosenberg et al. (2023) som beskrev att patienterna kände sig förvirrade när det var olika distriktssköterskor som var involverade i sårbehandlingen. Distriktssköterskorna hade olika arbetssätt och det var ingen som tog ansvar för sårbehandlingen vilket ledde till att patienterna tappade hoppet om att såret skulle läka.

I resultatet framkom att samtal kring levnadsvanor skedde under tiden som omläggningen utfördes. Stort fokus lades på själva såromläggningen och ingen tid var avsatt för enbart samtal. Distriktssköterskorna gav informationen successivt för att underlätta för patienterna. Däremot kunde tidsbrist ibland leda till att distriktssköterskorna inte kunde ge all information patienten behövde, vilket resulterade i bristande följsamhet till egenvård. Lämpligt hade varit om distriktssköterskorna istället valt att avsätta tid för att kunna lägga fokus på ett riktat hälsosamtal. Enligt kompetensbeskrivningen beskrivs att distriktssköterskan ska ha kunskap om adekvat samtalsmetodik för att utföra hälsoinriktade samtal (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Att ge fullgod information samtidigt som en såromläggning utförs kan vara en svårighet. För att kunna utföra ett hälsoinriktat samtal behövs ögonkontakt som visar på förståelse, vilket brister när fullt fokus är på såret.

Tredje fyndet som framkom var teamet kring patienten i sårbehandlingen.

Distriktssköterskorna i föreliggande studie kände sig ofta ensamma i sårbehandlingen. Vid behov av hjälp vände de sig till andra distriktssköterskekollegor. Läkarna konsulteras när såret är infekterat eller om remiss behöver skickas för konsultation. Studier visar att om en remiss skickas till kärlmottagningen i ett tidigt skede förkortas sårens läkningstid och återfall för ett nytt venöst bensår reduceras (Schul et al., 2023). Grunden till att distriktssköterskorna inte vände sig till läkarna angående sårbehandlingen är att distriktssköterskorna upplever att läkarna inte känner till de olika omläggningsmaterialen och behandlingsstrategierna. Friman et al. (2018) genomförde en studie i Sverige som beskriver att läkarna upplever att dem blir involverade sent i sårbehandlingsprocessen. Kontakt sker först när såret inte läker som förväntat eller om såret är infekterat. Läkarna känner sig mer som konsulter än en i teamet kring patienten. Bristande samarbete bekräftades i föreliggande studie då få distriktssköterskor involverade läkarna vid diagnossättning. Vidare beskriver läkarna i Friman et al. (2018) att det inte finns några rutiner kring diagnossättning och att det finns brister i samarbetet. Distriktssköterskor upplever att läkarna inte har tillräcklig kunskap kring omläggningen av venösa bensår för att stödja de. Samtidigt som läkarna uttrycker en önskan om ett förbättrat samarbete. Ett arbetssätt som hade kunnat förbättra samarbetet är att arbeta i team, där tid är avsatt för regelbundna träffar. Vid team träffarna behöver alla yrkeskategorier sitta ner och diskutera utifrån sin egen profession vad som kan hjälpa varje patient. Patienter med venösa bensår har ofta långa vårdtider och behöver ett tvärprofessionellt team där alla bidrar med sin specialistkompetens för att förbättra sårläkningen.

Enligt resultatet i föreliggande studie gav distriktssköterskorna själva patienterna kostråd. Enbart när patienten var märkbart undernärd eller när såret inte läkte, på grund av brister i näringsintag kontaktades en dietist. Hickson et al. (2023) poängterar betydelsen av att ha en dietist med i det tvärprofessionella teamet. Dietisten kan ge personcentrerade råd och lägga upp en behandlingsplan. Genom att bidra med sin specialistkompetens kan dietisten ge kostråd till alla patienter med bristande näringsintag. Region Skåne (2023) rekommenderar att alla inom primärvården ska arbeta enligt teammodellen som grundar sig i Alaskamodellen. Fördelarna med denna modell är att patienterna känner sig trygga vilket kan leda till färre akutbesök och inläggningar på sjukhusen. Medarbetarna känner sig nöjda då teamträffarna bidrog till fler utbildningstillfällen och kompetenshöjning. Arbetet i tvärprofessionella team skapar ett sammanhang där alla får bidra med sin kompetens. Teamet bidrar med olika infallsvinklar och kan leda till kortare behandlingstider och minskat lidande för patienterna.

## **Konklusion och implikationer**

En sammanfattning av studiens resultat visade att distriktssköterskorna saknade riktlinjer på sina vårdcentraler att följa vid behandlingen av venösa bensår. En del önskade att det fanns tydliga riktlinjer att följa, andra tyckte inte att det behövdes utan de litade på sin erfarenhet. Enligt kompetensbeskrivningen ska distriktssköterskan ha kunskap om flera olika områden och är skyldig att följa evidens och vetenskap (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

Under föreliggande studies gång har nationella riktlinjer tagits fram vilka behöver implementeras i verksamheterna. Behandlingsstrategierna förnyas regelbundet och utbildning behöver få ta större plats i distriktssköterskornas arbete. Det framkom att det fanns avsaknad av samarbete i det tvärprofessionella teamet. Varje yrkeskategori har sitt specialistområde där de kan bidra med sin kompetens för att optimera behandlingen. Framtida forskning bör belysa samarbetet mellan olika yrkeskategorier runt patienter med venösa bensår i primärvården för att skapa förutsättningar för en jämlik vård.

## Referenser

Barber, G. A., Weller, C. D., & Gibson, S. J. (2018). Effects and associations of nutrition in patients with venous leg ulcers: A systematic review. *Journal of advanced nursing*, 74(4), 774–787. <https://doi.org/10.1111/jan.13474>

Barchitta, M., Maugeri, A., Favara, G., Magnano San Lio, R., Evola, G., Agodi, A., & Basile, G. (2019). Nutrition and Wound Healing: An Overview Focusing on the Beneficial Effects of Curcumin. *International journal of molecular sciences*, 20(5), 1119. <https://doi.org/10.3390/ijms20051119>

Barnsbee, L., Cheng, Q., Tulleners, R., Lee, X., Brain, D., & Pacella, R. (2019). Measuring costs and quality of life for venous leg ulcers. *International wound journal*, 16(1), 112–121. <https://doi.org/10.1111/iwj.13000>

Bobbink, P., Pugliese, M. T., Larkin, P., & Probst, S. (2020). Nurse-led patient education for persons suffering from a venous leg ulcer in outpatient's clinics and homecare settings: A scoping review. *Journal of tissue viability*, 29(4), 297–309. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2020.08.006>

Brown A. (2012). Life-style advice and self-care strategies for venous leg ulcer patients: what is the evidence?. *Journal of wound care*, 21(7), 342–350. <https://doi.org/10.12968/jowc.2012.21.7.342>

Cheng, Q., Gibb, M., Graves, N., Finlayson, K., & Pacella, R. E. (2018). Cost-effectiveness analysis of guideline-based optimal care for venous leg ulcers in Australia. *BMC health services research*, 18(1), 421. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3234-3>

Conde Montero, E., Serra Perrucho, N., & de la Cueva Dobao, P. (2020). Theory and Practice of Compression Therapy for Treating and Preventing Venous Ulcers. Principios teórico-prácticos de la terapia compresiva para el tratamiento y prevención de la úlcera venosa. *Actas dermo-sifiliograficas*, 111(10), 829–834. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.03.007>

Danielson, E. (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s. 143–154).

Studentlitteratur.

Danielson, E. (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s. 285–300).

Studentlitteratur.

Domingues, E., Kaizer, U., & Lima, M. (2018). Effectiveness of the strategies of an orientation programme for the lifestyle and wound-healing process in patients with venous ulcer: A randomised controlled trial. *International wound journal*, *15*(5), 798–806.

<https://doi.org/10.1111/iwj.12930>

Folkhälsomyndigheten. (2022). *Introduktion till MI*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/motiverande-samtal-om-sexuell-halsa/introduktion-till-mi/>

Friman, A., Klang, B., & Ebbeskog, B. (2010). Wound care in primary health care: district nurses' needs for co-operation and well-functioning organization. *Journal of interprofessional care*, *24*(1), 90–99. <https://doi.org/10.3109/13561820903078249>

Friman, A., Klang, B., & Ebbeskog, B. (2011). Wound care by district nurses at primary healthcare centres: a challenging task without authority or resources. *Scandinavian journal of caring sciences*, *25*(3), 426–434. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00839.x>

Friman, A., Edström, D. W., & Edelbring, S. (2018). General practitioners' perceptions of their role and their collaboration with district nurses in wound care. *Primary health care research & development*, *20*, e39. <https://doi.org/10.1017/S1463423618000464>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, *24*(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>



Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, *56*, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Fagerström, C., Wickström, H., & Tuveesson, H. (2022). Still engaged - healthcare staff's engagement when introducing a new eHealth solution for wound management: a qualitative study. *BMC health services research*, *22*(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07515-3>

Hartweg, D-L. (2020). Dorothea Orem's self-care deficit nursing theory. I M.C. Smith (Red.), *Nursing theories and nursing practice*. (5 uppl., s. 109–134). F.A. Davis Company.

Heinen, M. M., van Achterberg, T., op Reimer, W. S., van de Kerkhof, P. C., & de Laat, E. (2004). Venous leg ulcer patients: a review of the literature on lifestyle and pain-related interventions. *Journal of clinical nursing*, *13*(3), 355–366. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00887.x>

Hellström, A., Nilsson, C., Nilsson, A., & Fagerström, C. (2016). Leg ulcers in older people: a national study addressing variation in diagnosis, pain and sleep disturbance. *BMC geriatrics*, *16*, 25. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0198-1>

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s. 111–120). Studentlitteratur.

Hickson, M., Child, J., & Collinson, A. (2023). A case study of the impact of a dietitian in the multi-disciplinary team within primary care: a service evaluation. *Journal of human nutrition and dietetics: the official journal of the British Dietetic Association*, *36*(5), 1760–1770. <https://doi.org/10.1111/jhn.13217>

Jindal, R., Dekiwadia, D. B., Krishna, P. R., Khanna, A. K., Patel, M. D., Padaria, S., & Varghese, R. (2018). Evidence-Based Clinical Practice Points for the Management of Venous Ulcers. *The Indian journal of surgery*, *80*(2), 171–182. <https://doi.org/10.1007/s12262-018-1726-3>

Jull, A., Slark, J., & Parsons, J. (2018). Prescribed Exercise With Compression vs Compression Alone in Treating Patients With Venous Leg Ulcers: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA dermatology*, *154*(11), 1304–1311.  
<https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2018.3281>

Kjellström, M. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s. 58–80). Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok I uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap* (1,2 uppl.) Natur och Kultur Stockholm

Lagerin, A., Hylander, I., & Törnkvist, L. (2017). District nurses' experiences of caring for leg ulcers in accordance with clinical guidelines: a grounded theory study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, *12*(1), 1355213.  
<https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1355213>

Lindholm, C. (2021). *Sår*. (4 uppl.). Studentlitteratur.

Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund-Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3 uppl., s. 219–234). Studentlitteratur.

McDaniel, J. C., & Browning, K. K. (2014). Smoking, chronic wound healing, and implications for evidence-based practice. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, *41*(5), 415–E2.  
<https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000057>

Metelitsa, A. I., & Lauzon, G. J. (2010). Tobacco and the skin. *Clinics in dermatology*, *28*(4), 384–390. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2010.03.021>

Mullings, J., & Merlin-Manton, E. (2018). Improving patient outcomes through the implementation of a person-centred leg ulcer pathway. *Journal of wound care*, *27*(6), 353–403. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.12968/jowc.2018.27.6.378>

Munter, M., & Andersson, H. (16 juli 2020). *Bedömning och dokumentation*.  
<https://www.vardhandboken.se/var-doch-behandling/hud-och-sar/sarbehandling/bedomning-och-dokumentation/>

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s. 421–438). Studentlitteratur.

Nationellt kliniskt kunskapsstöd. (8 februari 2021) *Bensår*.  
[https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se/kunskapsstod/kliniskakunskapsstod/?uuid=10fe332d-733e-4902-a881-a6cc48a180df&selectionCode=profession\\_primarvard](https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se/kunskapsstod/kliniskakunskapsstod/?uuid=10fe332d-733e-4902-a881-a6cc48a180df&selectionCode=profession_primarvard)

Nationellt system för kunskapsstyrning, hälso- och sjukvård. (31 januari 2023). *Nationellt vårdprogram för svårläkta sår*.  
<https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se/globalassets/nkk/media/dokument/kunskapsstod/vardprogram/nationellt-var-dprogram-for-svarlakta-sar.pdf>

O'Brien, J., Finlayson, K., Kerr, G., & Edwards, H. (2017). Evaluating the effectiveness of a self-management exercise intervention on wound healing, functional ability and health-related quality of life outcomes in adults with venous leg ulcers: a randomised controlled trial. *International wound journal*, 14(1), 130–137. <https://doi.org/10.1111/iwj.12571>

Olsson, M., & Friman, A. (2020). Quality of life of patients with hard-to-heal leg ulcers: a review of nursing documentation. *British journal of community nursing*, 25(Sup12), S13–S19. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.Sup12.S12>

Parker, C. N., Finlayson, K. J., Shuter, P., & Edwards, H. E. (2015). Risk factors for delayed healing in venous leg ulcers: a review of the literature. *International journal of clinical practice*, 69(9), 967–977. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12635>

*Patientlag* (SFS 2014:821). Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

Petersson, P. (2017) Aktionsforskning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s. 251–263). Studentlitteratur.

Phillips, P., Lumley, E., Duncan, R., Aber, A., Woods, H. B., Jones, G. L., & Michaels, J. (2018). A systematic review of qualitative research into people's experiences of living with venous leg ulcers. *Journal of advanced nursing*, 74(3), 550–563.

<https://doi.org/10.1111/jan.13465>

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2022). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (10 uppl.). Wolters Kluwer.

Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar-grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s. 25–42). Studentlitteratur.

Region Skåne. (16 mars 2022b). *Primärvården sårprojekt*. file://Downloads/Rutin-Sarkonsult-digitalt-mote-kommunal-halso-och-sjukvard-eller-annan-forvaltning-inom-Region-Skane.pdf

Region Skåne. (30 juli 2022a). *Bensår*. <https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/hud--och-konssjukdomar/ako/bensar/>

Region Skåne. (4 september 2023). *Primärvården Skånes Teammodell*.

<https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/projekt-och-utvecklingsarbete/primarvarden-skanes-teammodell/>

RiksSår. (2022). *Årsrapport 2021 Svenska nationella kvalitetsregistret för patienter med ben-, fot- och trycksår*. <https://www.rikssar.se/media/sdrbb12m/%C3%A5rsrapport-2021-justerad.pdf>

Rosenburg, M., Lindqvist, G., Tuveesson, H., Fagerström, C. (2023). Experiences of undergoing venous leg ulcer management: A reflective lifeworld research study. *International Wound Journal* 20(6), 1857–1865. <https://doi.org/10.1111/iwj.14044>

Schul, M. W., Melin, M. M., & Keaton, T. J. (2023). Venous leg ulcers and prevalence of surgically correctable reflux disease in a national registry. *Journal of vascular surgery. Venous and lymphatic disorders*, 11(3), 511–516. <https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2022.11.005>

Siegling, M., Renner, R., & Erfurt-Berge, C. (2023). Mobility range, level of pain and sleep quality of patients with venous leg ulcers. *International wound journal*, 20(8), 3177–3184. <https://doi.org/10.1111/iwj.14195>

Smith, D., Team, V., Barber, G., O'Brien, J., Wynter, K., McGinnes, R., Tsiamis, E., & Weller, C. D. (2018). Factors associated with physical activity levels in people with venous leg ulcers: A multicentre, prospective, cohort study. *International wound journal*, 15(2), 291–296. <https://doi.org/10.1111/iwj.12868>

Socialstyrelsen, 2019. MI (Motiverande samtal) <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/mi-motiverande-samtal/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Kompetensbeskrivning för distriktssköterskor*. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623175b/1584023673165/kompetensbeskrivning%20distriktssk%C3%B6terska%202019.pdf>

Sorensen, L. T., Karlsmark, T., & Gottrup, F. (2003). Abstinence from smoking reduces incisional wound infection: a randomized controlled trial. *Annals of surgery*, 238(1), 1–5. <https://doi.org/10.1097/01.SLA.0000074980.39700.31>

Tolaas, E. (2015). Huden. I S. Hunsår & B. Hovelius (Red.), *Allmänmedicin* (2 uppl., s. 602–663). Studentlitteratur.

Weller, C. D., Richards, C., Turnour, L., Patey, A. M., Russell, G., & Team, V. (2020a). Barriers and enablers to the use of venous leg ulcer clinical practice guidelines in Australian primary care: A qualitative study using the theoretical domains framework. *International journal of nursing studies*, 103, 103503. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103503>

Weller, C.D., Richards, C., Turnour, L., Team, V. (2020b). Understanding factors influencing venous leg ulcer guideline implementation in Australian primary care. *International Wound Journal* 17, 804–818. <https://doi.org/10.1111/iwj.13334>

Weller, C. D., Richards, C., Turnour, L., & Team, V. (2021). Venous leg ulcer management in Australian primary care: Patient and clinician perspectives. *International journal of nursing studies*, 113, 103774. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103774>

Wickström, H., Tuveesson, H., Öien, R., Midlöv, P., & Fagerström, C. (2020). Health Care Staff's Experiences of Engagement When Introducing a Digital Decision Support System for Wound Management: Qualitative Study. *JMIR human factors*, 7(4), e23188. <https://doi.org/10.2196/23188>

Wiklund Gustin, I., & Lindwall, L. (2012) *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. (2 uppl.). Natur och kultur.

World medical association. (2022). Helsingforsdeklarationen. *WMA Declaration of Helsinki-Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Ylönen, M., Viljamaa, J., Isoaho, H., Junttila, K., Leino-Kilpi, H., & Suhonen, R. (2019). Congruence between perceived and theoretical knowledge before and after an internet-based continuing education program about venous leg ulcer nursing care. *Nurse education today*, 83, 104195. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.08.013>

Žulec, M., Rotar Pavlič, D., & Žulec, A. (2022). The Effect of an Educational Intervention on Self-Care in Patients with Venous Leg Ulcers-A Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 19(8), 4657. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084657>

### Intervjuguide

#### Bakgrundsfrågor

Ålder?

Antal år som distriktssköterska?

#### Intervjufrågor

Kan du berätta om dina erfarenheter av att behandla patienter med venösa bensår?

Vilka strategier har du för att optimera sårhäkningsprocessen?

Vad är din erfarenhet av att arbeta hälsofrämjande i behandlingen av venösa bensår?

Vilka svårigheter upplever du i samband med behandlingen av venösa bensår?

Finns det något du skulle vilja förbättra kring bensårsbehandlingen?

Hur ser era riktlinjer på din vårdcentral ut?

#### Följdfrågor

Hur menar du? - Kan du utveckla det? - Vad innebär det? - Vad kände du? - Vad tänker du om detta?