



HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

## **En vän men ändå inte en vän**

**En grupp distriktssköterskors beskrivningar av innebörden av  
att vårda patienter med svårläkta bensår**

Författare:

Anna Andersson

Eva-Lena Källvik

Handledare:

Rune Svanström

Omvårdnad- examensarbete, 15 hp

Magisternivå

HT 2010

<b>Examensarbetets titel</b>	En vän men ändå inte en vän – En grupp distriktssköterskors beskrivningar av innebörden av att vårda patienter med svårläkta bensår.  A friend but not a friend - A group of district nurses' descriptions of the meaning of caring for patients with chronic leg ulcers.
<b>Författare</b>	Anna Andersson och Eva-Lena Källvik
<b>Institution</b>	Högskolan väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
<b>Arbetets art</b>	Omvårdnad – Examensarbete, 15 hp
<b>Program/kur</b>	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, 75 hp
<b>Termin/år</b>	HT 2010
<b>Antal sidor</b>	23

## Abstract

### Background

Working in primary care with chronic leg ulcers is both time-consuming and difficult. There is a large category of patients with leg ulcers, that is expected to increase in a number of years, and many of them will probably come to a district nurse for help.

### Aim

The aim of this study was to describe the district nurses' experiences of caring for patients with chronic leg ulcers in primary care.

### Method

The approach was qualitative. The study was done with a phenomenological life-world approach. Seven district nurses working in primary care were interviewed. The phenomenological perspective focuses on the respondents' own life-world and has openness to the interviewee's own experiences. The phenomenon we wanted to study was the district nurses' experiences of caring for patients with chronic leg ulcers.

### Results

In the study it emerges that district nurses feel that it is fun to work with this patient category, although the workload can sometimes feel heavy. There are often many long meetings, for a long period of time, and a relationship evolves between the district nurse and the patient. The nurses feel they have a different and deeper relationship with these patients and they experience the emergence of an unusual friendship.

**Keywords:** friendship, relationship, safety, phenomenology, primary care

## **Innehåll**

<b>INLEDNING .....</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND .....</b>	<b>1</b>
<b>Möte.....</b>	<b>2</b>
<b>Distriktssköterskans arbetsområde.....</b>	<b>3</b>
<b>Problemformulering.....</b>	<b>4</b>
<b>SYFTE .....</b>	<b>4</b>
<b>VETENSKAPLIG ANSATS OCH METOD.....</b>	<b>4</b>
<b>Fenomenologi som metod .....</b>	<b>4</b>
<b>Informanterna .....</b>	<b>5</b>
<b>Data analys.....</b>	<b>6</b>
<b>Etiskt övervägande.....</b>	<b>6</b>
<b>RESULTAT.....</b>	<b>7</b>
<b>Det viktiga mötet .....</b>	<b>7</b>
<b>Det stora egenansvaret.....</b>	<b>9</b>
<b>Kontinuitet skapar trygghet.....</b>	<b>10</b>
<b>Glädje och sorg.....</b>	<b>11</b>
<b>Den nära relationen.....</b>	<b>13</b>
<b>Resultatsammanfattning.....</b>	<b>14</b>

<b>DISKUSSION .....</b>	<b>15</b>
<b>Metoddiskussion.....</b>	<b>15</b>
<b>Resultatdiskussion.....</b>	<b>16</b>
<b>Styrkan i ett bra möte .....</b>	<b>16</b>
<b>Ett uppskattat samarbete som kan förbättras .....</b>	<b>17</b>
<b>Ett trygghetsskapande arbetssätt .....</b>	<b>18</b>
<b>Det roliga men ibland tunga arbetet .....</b>	<b>18</b>
<b>Ett annorlunda förhållande .....</b>	<b>19</b>
<b>Konklusion .....</b>	<b>20</b>
<b>REFERENSER .....</b>	<b>21</b>

## INLEDNING

Bensår uppstår ofta sent i livet. Såren kan vara svårläkta och innebära obehag för patienten och långvariga vårdkontakter. Det är distriktssköterskan som möter patienten och det sker många möten mellan dem under lång tid. Det finns lite forskat om hur distriktssköterskan upplever att vårda denna patient grupp och det kan vara viktigt att belysa hur vården går till. Men även vilken kunskap som finns för att försöka förstå hur vården kan förbättras och ifall det finns saker som kan förändras för både patienten och distriktssköterskan. Vi har inte valt att specialisera oss på någon speciell art av svårläkta bensår utan på distriktssköterskornas upplevelser av att vårda patienter med svårläkta bensår inom primärvården.

## BAKGRUND

Bensår delas in i arteriella, venösa bensår eller blandsår. Bensår definieras som sår på underbenet som uppstår av varierande orsaker och är lokaliserade mellan knä och malleoler och inte läker på 6 veckor (Lindholm, 2003). Den största delen av svårläkta sår på underbenen orsakas i 70 % av nedsatt klafffunktion, venös insufficiens i djupa och/eller ytliga vener och i de vener som sammanbinder dessa system. Ateroskleros är en förträngning i benets/fotens artärer som står för ungefär 10 % av såren. En blandning av venös insufficiens och ateroskleros utgör mellan 20-25 % av såren. Det är främst äldre som drabbas av bensår, medelåldern är mellan 75-80 år och de kan dras med detta i månader, år och till och med decennier (Lindholm, 2003).

Det finns sår som läker på ett par veckor men forskning visar att 60 % av såren behöver mer än ett halvår för att läka och 33 % mer än ett år. Men det finns också en stor del, ca 20 %, som haft bensår i mer än 5 år. Av de som en gång haft ett bensår löper 45 % risk att drabbas igen och risken är som störst det första året efter att såret läkt (Persoon, Heinen, Van der Vleuten, De Roij, Van der Kerkof, Van Achterberg, 2004).

I Sverige beräknas att ungefär 50 000 personer har kroniska bensår men eftersom inte alla sköts av sjukvården så är siffran troligtvis större. Många söker inte vård utan försöker själv läka sina sår i hemmen (Lindholm, 2003). Svårläkta bensår upptar en stor del av resurserna inom primärvården och det har visat sig att distriktssköterskor spenderar mellan 25 - 50 % av sin tid med att behandla svårläkta bensår (Haram, Ribu & Rustøen & Pieper, 2003). Ett av målen för vården av patienter med bensår är att bibehålla eller förbättra livskvaliteten och att läka bensåret på kortast möjliga tid med så få omläggningar som möjligt. Då krävs det att evidensbaserade riktlinjer, metoder och relevanta kvalitetsindikatorer följs. Inom evidensbaserad omvårdnad kompletteras de vetenskapliga kunskaperna med kunskap om samspelet mellan personal, patientens och anhörigas behov och upplevelser samt de organisatoriska och ekonomiska förutsättningarna som råder (Lagerin & Törnkvist, 2009).

Vårdpersonalens fokus bör ligga på att försöka förstå patientens specifika behov och hur bensåret påverkar det dagliga livet. Hela kroppen måste tas hänsyn till och inte enbart såret då många faktorer samverkar för att såret ska kunna läka. Har vårdpersonalen en förståelse för hur det är att leva med bensår underlättas patientens situation (Ebbeskog & Ekman, 2001). I en studie av Herber, Schnepf och Rieger (2007) beskriver patienterna smärta både av kronisk och akut karaktär dels på grund av att läkare var restriktiva med att skriva ut starkare smärtlindring men också att de själva inte talade om att de hade ont. Av alla patienter med svårläkta bensår beräknas mellan 50-90% lida av smärta. För att kunna åstadkomma en adekvat behandling är det viktigt med en noggrann smärtbedömning som rör smärtans lokalisering, utbredning, karaktär och variation. Det finns olika hjälpmedel för att skatta smärtans intensitet t ex VAS, visuell analog skala, där patienten anger sin smärta utefter en linje (Lagerin & Törnkvist, 2009).

Smärtan gör då att patienten har svårt att somna eller vaknar upp under natten på grund av att smärtlindringen inte hjälper. Ökad smärta bidrar också till minskad fysisk aktivitet som då medför andra negativa symtom som bensvullnad och förstoppning. Studien visar också att sömnproblemen kan bero på att patienten är orolig över såret och tänker mycket på hur såret ska kunna läka. Det kan finnas en känsla av hopplöshet och depression när såren läker långsamt. Men även känslor av ångest, ilska, minskad självkänsla, förlust av frihet förekommer hos patienter med bensår. Dessa faktorer ihop med minskad rörlighet, oro att såret ska lukta och vätska mycket är vanliga orsaker till att patienten börjar stanna hemma. Han/hon vill inte längre delta i aktiviteter utanför hemmet och det sociala livet påverkas (Lagerin & Törnkvist, 2009).

Vid bensårsbehandling är det även viktigt att bedöma nutritionstillståndet då sårhälingen försämras av undernäring. Äldre personer äter ofta mindre, värmer ofta upp mat och äter kanske inte frukt och grönsaker dagligen detta är bidragande faktorer till undernäring. De får då inte i sig tillräckligt med proteiner, kolhydrater, fett, mineraler och näringsämnen som är viktigt för sårhälingen (Lagerin & Törnkvist, 2009).

Sårsköterskor i Sverige, SSiS, är en sektion inom Svensk Sjuksköterskeförening. I föreningen arbetar sjuksköterskor med intresse för sår och sårhäkning ur ett professionellt och omvårdnadsvetenskapligt perspektiv. SSiS strävar efter att sårbehandling sker i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och att vården bedrivs utifrån de lagar och författningar som finns för att höja kvaliteten på vård och omvårdnad av personer med sår, med risk för att utveckla sår samt förbygga uppkomst av sår. SSiS bevakar och främjar forskning. Utveckling och utbildning inom sårvård är en mötesplats för att stimulera till samarbete och kunskapsutbyte mellan olika intressenter. De strävar också med att stärka och tydliggöra sjuksköterskans roll i sårbehandling. På SSiS hemsida (<http://www.swenurse.se/Sektioner-ochNatverk/Sarsjukskoterskor-i-Sverige/Om-oss/>) finns aktuell forskning och avhandlingar inom ämnet sårvård och sårvårdsbehandling som också berör distriktssköterskans erfarenheter att vårda patienter med bensår. Studierna visar att det finns brist på kunskap inom området.

## Möte

I mötet med en patient är det viktigt att distriktssköterskan är närvarande, engagerad och arbetar för att patienten görs delaktig i vården. Berg (2006) redogör för vad som innefattar en vårdande relation. Det mest grundläggande i mötet är att respektera patientens värdighet och integritet genom att se patienten som expert på sin sjukdom, hälsa och livssituation. En patient som känner sig sedd och respekterad får en ökad självkänsla. En sviktande hälsa skapar en sårbarhet hos patienten genom att de har mist kontrollen och känner en maktlöshet. Detta kan minskas genom att distriktssköterskan uppmärksammar patientens lidande och känner medlidande.

Det krävs ett känslomässigt närvarande samt att vården ses utifrån patientens perspektiv och distriktssköterskan behöver använda sig själv som instrument genom att väva samman etiska, personliga, vetenskapliga och estetiska erfarenheter så att mötet kan bli så bra som möjligt. I den vårdande relationen skapas förutsättningar för att öka patientens välbefinnande. Det är viktigt i ett möte med en patient som har en långvarig sjukdom att han/hon kan känna ett förtroende för vården. Ett förtroende stärks genom att patienten ses som unik och att dess erfarenheter respekteras. Genom att visa empati, medlidande, närvaro, beröring och kärlek kan patienten stärkas i ett steg att uppnå hälsa (Berg, 2006).

I bedömningssamtal och möten med en patient är det viktigt att avsätta tid, träffas avskilt, välja en lämplig tidpunkt och att patienten sitter bekvämt för att den första dialogen och det inledande samtalet ska bli så bra som möjligt.

I en fenomenologisk studie av Kiessling och Kjellgren (2004) framkommer att om patienten känner att personalen inte har tillräckligt med tid och upplevs stressad, så är det ett hinder för samtal och delaktighet. Patienten kan känna att han/hon inte vill störa personalen och därför kanske inte vågar ställa alla frågor som de vill ha svar på.

Det som eftersträvas är en öppen och tillåtande miljö där det ges en möjlighet för patienten att kunna engagera sig och vara medbestämmande. Det blir lättare för patienten att berätta om sitt problem och bekymmer i en trygg miljö. Genom att sjukvårdspersonalen har en förståelse för patientens egna kunskaper och upplevelser av sin sjukdom blir patientperspektivet tydligare (Klang Söderkvist, 2001).

Patienten kan ha föreställningar och ibland också missförstånd om vad som kan ha orsakat problemet som kan väcka känslor av att ha misskött sig. Det är viktigt att identifiera dessa känslor för att inte försvåra behandlingen och samarbetet. I samtalet är det också viktigt att få fram ifall det finns andra bakomliggande sjukdomar som kan behöva behandlas före det aktuella problemet (Faulkner, 2003).

I Ebbeskog och Emamis studie (2005) framkommer det att patienter förväntar sig att träffa en distriktssköterska som är närvarande, vänlig, inger hopp och någon de känner att de kan lita på. Mötet bör ske i en vänlig atmosfär där de tas om hand, någon lyssnar på dem och känner att de tas på allvar. Hur distriktssköterskan samtalar, val av ord och förmågan att lyssna samt kroppslig kontakt under omläggningarna har betydelse för hur sjuksköterskans engagemang uppfattas.

## **Distriktssköterskans arbetsområde**

Distriktssköterskan är ofta den vårdpersonal som patienten vänder sig till när de uppsöker sjukvården och det är distriktssköterskan uppgift att identifiera och lotsa patienten till rätt vårdgivare (Friman, Klang & Ebbeskog, 2010).

Distriktssköterskans arbete skall grundas i ett etiskt och holistiskt hälsofrämjande förhållningssätt och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Arbetet skall utföras i enlighet med gällande författningar vilket innefattar lagar, förordningar, föreskrifter samt riktlinjer.

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning framgår det att grunden för omvårdnadsarbetet skall vara vetenskap och beprövad erfarenhet (Socialstyrelsen, 2005a). Distriktssköterskans etiska förhållningssätt är viktigt och innebär respekt för patientens integritet och autonomi. Distriktssköterskan arbetar hälsofrämjande och förebyggande med ett holistiskt perspektiv som omfattar individ, närmiljö och samhälle. Hänsyn bör tas till de ekonomiska och politiska faktorer som finns (Socialstyrelsen, 1995; Bergman & Rising, 2006). Sjuksköterskorna i en studie gjord av Haram, m.fl. (2003) upplevde att sårsläkning och kontinuitet i behandlingsprocessen och kompression var betydande. Men även att lindra smärta, ha en god hygien och att det fanns en diagnos var betydande faktorer. Det som värderades lägst av sjuksköterskorna i studien var dokumentationen och ekonomi.

Enligt Haram, m.fl. (2003) var det hela 60 % av sjuksköterskorna som deltog i studien som upplevde att deras kunskaper om sårbehandling var otillfredsställande. Deras upplevelse av osäkerhet omfattade sårbehandling, bedömning, omläggingsmaterial samt orsakande faktorer. De angav att den viktigaste källan till kunskap var deras egenupplevda erfarenhet samt deras kollegors.

I en studie av Bergman och Rising (2006) framkommer att distriktssköterskan saknar tydliga styrdokument för sin verksamhet. Denna avsaknad av styrdokument kan uppfattas som en enastående möjlighet till att påverka sin yrkesroll men det kan också innebära ett otydligt uppdrag och medföra stora gråzoner. Distriktssköterskan behandlar många olika typer av sår, ofta utan någon ordentlig diagnos, och det finns inga tydliga riktlinjer, utan det är oftast distriktssköterskan som ser det som sin skyldighet att ta hand om såret (Friman, m.fl. 2010).

## **Problemformulering**

Patienter med bensår utgör en stor patientgrupp som förväntas öka årligen enligt Socialstyrelsens lägesrapport (2005 b). Distriktssköterskan träffar denna patientgrupp ofta och under en lång tid eftersom deras sår ofta är svårläkta. Det finns väldigt lite forskat om hur distriktssköterskor upplever att arbeta med denna patientkategori. Tidigare forskning inom behandling av svårläkta bensår har visat att det finns kunskapsbrister inom området. Det är viktigt att studera vilka erfarenheter distriktssköterskor har av att vårda patienter med svårläkta bensår, för att ta tillvara på kunskapen som distriktssköterskorna besitter.

## **SYFTE**

Syftet var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att vårda patienter med svårläkta bensår inom primärvården.

## **VETENSKAPLIG ANSATS OCH METOD**

För att kunna få svar på frågeställningen behövs en forskningsansats där komplexiteten i människors erfarenheter och upplevelser möts. Detta kan ske genom att använda ett livsvärldsteoretiskt perspektiv som är en del av den moderna fenomenologiska filosofin (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008).

### **Fenomenologi som metod**

Fenomenologi härstammar från det grekiska ordet *phainomenon* som innebär att visa sig, att uppenbara sig. Edmund Husserl (1859-1938) är den moderna fenomenologins grundare och det är ifrån hans synsätt som den har utvecklats till vad den är idag. Husserls fenomenologiska texter uppmärksammades i början på 1900-talet som ett nytt sätt att förstå världen och vår upplevelse av den. Fokus läggs på relationen mellan objektet - sakerna som undersöks och subjektet - forskaren som undersöker (Dahlberg, m.fl., 2008).

Husserl formulerade uttrycket "gå tillbaka till sakerna själva", gå ifrån vårt invanda tanksätt och se sakerna på ett objektivt sätt. Undersöka världen så som den visar sig. Med saker menar Husserl inte bara ett enskilt föremål utan också relationen emellan dem. Forskaren träder ur sin roll då förutfattade meningar och kunskap kan leda oss fel (Dahlberg, m.fl., 2008). Forskaren är del av en livsvärld som är utbredd och utan ände. Denna värld upplevs genom sinnena men även i tankevärlden. Den är där vare sig forskaren betraktar den eller är upptagen med den i sina tankar, med sina känslor eller sin vilja. Världen har en tidshorisont som spänner över förflutet och framtid, känt och okänt, levande och livlöst som åskådliggörs för forskaren att undersöka dessa sammanhang (Husserl, 2004).



I denna värld finns det som forskaren vill betrakta, beskriva, jämföra, särskilja och dra slutsatser av. Forskarens uppgift är att försöka beskriva och förstå den andres upplevelser och erfarenhet, utan att väva in sina egna värderingar. Som forskare är det viktigt att försöka ge intervjupersonernas levda erfarenheter en rättvis beskrivning. Detta sker genom att vara öppen och följsam och tygla sin egen förförståelse. Upplevelserna/erfarenheten måste renas från forskarens förutfattade meningar, förkunskaper och fördomar så att fenomenet kan beskrivas så rättvist som möjligt. Denna tolkning av vad ett fenomen är skapar en relation mellan människor och världen. Den är både nyanserad samt komplicerad och kräver inlevelse och empati för att kunna sätta sig in i en livsvärld. Med en livsvärldsteoretisk forskningsansats avser forskare att fånga andra människors livsvärld och förmedla en bild av det. Livsvärlden är något som vi lever tillsammans i men upplevs olika vilket är vår enskilda livsvärld (Dahlberg, m.fl., 2008).

Det fenomenologiska perspektivet inriktar sig på intervjupersonens egen livsvärld och att forskaren har en öppenhet för intervjupersonens upplevelser. Forskaren bör sträva efter exakta beskrivningar och hålla tillbaka sin egen förförståelse (Kvale, 2007).

Fenomenologin vill hitta innebörden av det sagda, riktat mot fenomenet som utforskas. I denna studie är fenomenet vi vill studera, distriktssköterskans upplevelse av att vårda patienter med svårläkta bensår. Ansatsen är kvalitativ och reflekterande livsvärldsforskning. En rad centrala begrepp inom denna forskningsansats är: livsvärld, subjektiv kropp, följsamhet, öppenhet och tyglade (Dahlberg, m.fl., 2008). Följsamhet innebär att vi ser till fenomenet så som det visar sig i sin renhet, utan att blanda vårt synsätt genom att ta något för givet. Att vi som forskare har en öppenhet för fenomenet innebär att vi är nyfikna och hade en vilja att få veta mer om distriktssköterskans arbete med dessa patienter.

## **Informanterna**

I studien har 7 distriktssköterskor som arbetar inom primärvården i Västra Götaland och i Värmlands län intervjuats. För att få fram informanter användes en så kallad snöbollseffekt som innebär att man kontaktar en person som rekommenderar en annan. Informanter som är lämpliga för studien har blivit aktuella efter tips från andra informanter (Kvale, 1997). För att få fram informanter kontaktades distriktssköterskeföreningen. Som gav oss ett namn att ringa som även var en bekant. Vi ringde till henne som och hon gav oss ytterligare namn att ringa. Vi kontaktade dessa distriktssköterskor och frågade om de ville vara med. De som ställde upp gav oss fler namn att fråga. Ett kriterium var att de skulle vara erfarna distriktssköterskor.

I samband med att vi tog kontakt med tänkbara informanter, informerades de om att deltagandet i studien var frivilligt och att de hade rätt att avbryta sitt deltagande när som helst. De fick också information om att ingen annan än vi och vår handledare skulle ta del av materialet, samt att resultatet av studien kommer att presenteras så deras identitet inte skulle kännas igen i den färdiga uppsatsen. Alla som kontaktades accepterade att delta i studien.

Distriktssköterskorna var alla kvinnor och därför refereras ibland distriktssköterskan som hon i studien. Det var endast erfarna distriktssköterskor med lång yrkeserfarenhet som deltog i studien, vilket var ett medvetet val av författarna. Informanterna har arbetat i primärvården i mellan 7-17 år och är mellan 43 – 65 år. Av informanterna var det 3 stycken som hade en magisterexamen och en informant hade gått en vidare utbildning i sår och sårvårdsbehandling.

## Dataanalys

Inom livsvärldsforskningen finns allmänna principer som styr och Dahlberg m.fl (2008) beskriver den fenomenologiska innebördsanalysen i en trepartsstruktur som går från helhet till att dela upp helheten i mindre delar och sedan tillbaka till en ny helhet. Inom livsvärldsforskning är det andra människors livsvärld som forskaren försöker förmedla en rättvis bild av utan att reducera den. Öppenhet och följsamhet är viktiga delar när man studerar ett fenomen inom livsvärldsforskningen.

Enligt Dahlberg m.fl (2008) är det i inledningsfasen av analysen viktigt som forskare att gå in med ett öppet sinne, och att författarna är medvetna om sina egna förförståelser och tyglar dem under handhavandet av materialet. Intervjuerna har skett utanför informanternas arbetstid på deras arbetsplats, men även i deras hem. Intervjuerna tog mellan 45- 60 min och började med en öppen fråga: Kan du berätta för mig om en patient med bensår som du vårdat under en lång tid. Vidare under intervjun ställdes följdfrågor som ”Vad menar du nu?”, ”Hur kände du då?”, ”Kan du beskriva för mig”. Intervjuerna transkriberades och skrevs ut av författarna. Vi gjorde oss bekanta med forskningsmaterialet genom att läsa det ett flertal gånger för att kunna se en preliminär helhet. En drivkraft var att vilja se något nytt eller se på materialet på ett annat sätt än tidigare. Det var viktigt som författare att inneha en nyfikenhet att vilja förstå och bli överraskad av texten utan att lägga in tidigare erfarenheter. Det var av betydelse att inte underskatta detta steg i analysen och vara medveten om att det får ta tid att bli bekant med texten för att kunna få fram det väsentliga. När vi upplevde att vi kunde texten nästan utantill och så bra att vi kunde återberätta den lätt var den första läsningen färdig och det var dags att gå vidare.

I nästa steg analyserades texten aktivt för att få fram meningsbärande enheter. Med meningsbärande enheter menas att texten delas in i mindre delar för att få en bättre förståelse och struktur för att kunna se vad som hör ihop. I den transkriberade texten fanns tillräckligt med utrymme för författarna att skriva kommentarer, tankar och idéer i materialet. De meningsbärande enheterna jämfördes med varandra för att visa på olika mönster som hör ihop, så kallade kluster.

I vårt material växte det fram 17 stycken kluster, materialet var nu tömt. Klustren blev till en hjälp för att försöka beskriva fenomenet. Kluster innehar en liknande mening. Analysen fortsatte enligt Dahlberg m.fl (2008) och en ny helhet hade bildats. Analysen fortsatte nu med en bredare förståelse och klustren jämfördes med varandra för att kunna hitta ett mönster. Det är ur detta mönster som en essens kan utvinnas. En essens är det som inte förändras, kärnan av fenomenet. En essens kan sedan förtydligas med hjälp av konstituenterna. Vi kände att vi inte kunde utvinna en essens ifrån det material som vi arbetat fram på grund av att materialet inte var av tillräcklig kvalitet. I stället komprimerades klustren och bildade fem olika innebördsteman och vår analys stannade här.

## Etiskt övervägande

Då intervjuerna skett med fenomenologin som grund, dess öppenhet leder till ett etiskt förhållningsätt gentemot informanterna i form av att visa dem värdighet och respekt (Dahlberg, m.fl. 2008). Detta har vi tänkt på i samband med intervjuerna samt vid analyseringen av intervjuerna. Alla informanter har tillfrågats om de vill delta och informerats om att de har rätt att när som helst avbryta samarbetet om så önskas. Genom att de tillfrågats har kravet på information och samtycke uppfyllts. Konfidentiellt krav och nyttjandekrav har också beaktats. Inget i studien kan skada informanterna eller andra som berörs av forskningen (Gustafsson, Hermerén & Petersson, 2005). Etisk prövning har därför inte ansetts behöva göras.

## RESULTAT

Under analysen av materialet har det framkommit fem olika innebördsteman som i resultat beskrivs utan inbördes rangordning. Dessa innebördsteman som belyser fenomenet är: det viktiga mötet, det stora egenansvaret, kontinuitet skapar trygghet, glädje och sorg, den nära relationen.

### Det viktiga mötet

En del patienter hade inget förtroende för sjukvården i början av behandlingen utan hade själva försökt läka sina sår, innan de tog kontakt med sjukvården.

*Det första mötet man får med en patient så kommer de ofta rätt tilltufsade med infekterade sår och de vet varken ut eller in.*

Då patienten möttes med öppenhet, ömsesidighet och en öppen dialog, fanns chansen att patienten kände förtroende för distriktssköterskan och delgav honom/henne delar av sin historia. Informanterna beskrev hur patienten oftare följde de behandlingsråd som gavs, om ett ömsesidigt förtroende uppstod. När en öppen kommunikation uppstod, upplevde distriktssköterskan att patienten var mer tillfreds med tillvaron och behandlingen.

*... Sen finns det ju också en variant av patienter som inte vill linda sig i början, då lindar vi väldigt löst i början och så får de ta av sig lindorna om det gör ont... Vetskapen om att de får gör att de inte tar av sig lindorna.*

Det var viktigt att tillräckligt med tid avsattes så att möjligheten att utveckla en bra relation fanns. Flera av informanterna i studien tog upp vikten av att tillräckligt med tid avsattes i möten med dessa patienter. Omläggningarna tog ofta lång tid och det fanns ett behov för patienten och distriktssköterskan att känna att tiden fanns. Om inte så blev distriktssköterskan stressad och det blev inget bra möte. I det tidspressade mötet fanns risken att distriktssköterskan upplevde stress och frustration. Skuld känslorna infann sig nämligen när informanterna kände att de inte gjort ett gott arbete.

*Det är viktigt bemötandet av de här patienterna, omhändertagandet och att de får prata om samma sak många gånger... ja det får ta tid.*

Distriktssköterskans hade ett ansvar att vara öppen i mötet med patienten för att kunna förstå patientens behov och situation. I intervjuerna framkom att distriktssköterskan upplevde sina möten med patienter som bra och att hon försökte tänka utifrån patientens situation och det bästa för honom eller henne. Informanterna i studien upplevde att de hade bra kontakt med sina patienter.

*Man får försöka att se det ur hans situation och ta det därifrån, kan inte säga till honom nej men så farligt är det inte, utan man får sitta ner och kanske hålla med och försöka sätta sig in i hans situation.*

Det framkom även i studien att distriktssköterskan upplevde att patienten ofta hade ett stort behov att få prata och att distriktssköterskan ibland även kände sig utfrågad av patienten.

*Ja, de pratar om väldigt mycket mer personliga grejer... En del lyckas nästan ta reda på allt om en själv också. Man blir ju intervjuad... Och det blir även de också, man vet ju allt om deras förhållanden.*

Distriktssköterskan upplevde att patienten ofta hade ett stort behov av information, för att förstå hur och varför bensåren uppstod. Men även information om varför det behövdes en speciell omläggning eller behandling. Hon ansåg det även viktigt att patienten fick en förståelse för hur sår läkningen skedde och att det tog tid.

*En ska liksom inge dem hopp att det här kan jag och det här skall vi försöka hjälpas åt med, men det tar tid och jag pratar inte om veckor jag pratar om månader.*

Om en patient inte tog till sig informationen kunde det vara svårt att få patienten att förstå varför ett sår skulle läggas om ofta eller på ett visst sätt. Det var viktigt att vara tydlig och försöka förklara det för patienten.

*Han är nöjd för han har lärt sig hur det är och hur kroppen fungerar, vad venöst är kontra arteriellt... Varför man får eksem och varför man får sår och vad som är viktigt för att det skall läka.*

Distriktssköterskan försökte se hela människan i hemmiljön, det sociala livet, hur hälsan var och inte bara såret. Den fördjupade relationen gjorde att distriktssköterskan förflyttade fokus från själva såret till att se hela människan i stället. Det var inte ovanligt att distriktssköterskan inte kom ihåg själva såret men hon brukade minnas människan bakom såret.

*Så har det ju varit verkligen alltså de patienterna minns man men inte såren.*

## Det stora egenansvaret

Distriktssköterskeyrket ställde stora krav på utövaren, hon skulle ha förmågan att arbeta självständigt, ha ett vetenskapligt och professionellt förhållningssätt samt arbeta utifrån beprövad erfarenhet. Informanterna i studien uppgav att de kände sig starka och trygga i sin profession genom att de upplevde sig ha en god kunskap om sårvårdsbehandling. De framhöll dock en önskan om att ytterligare förkovra sig genom att gå utbildningar och genom att ta del av aktuell forskning inom området. Distriktssköterskan ansåg sig ha goda kunskaper och gav god vård av patientens bensår. När såret inte läkte eller att läkningsprocessen tog lång tid lade hon skulden på bakomliggande orsaker eller på patienten. Informanterna menade att sjukliga processer hos patienten eller att patienten inte följde behandlingsråden låg bakom misslyckandet.

*Hygien i övrigt är inte den bästa heller, så han är ju, han inser inte alls och han hade tagit av förbandet en dag och börjat kli på det också och stoppat fingrarna i det...*

Distriktssköterskan upplevde att hon hade ett gott samarbete med vårdcentralens läkare och andra vårdinstanser så som kärkirurgi och hudmottagningar för stöttning och råd. Samtidigt hade hon ett behov av stöd från patientansvarig läkare och tyckte att han eller hon kunde vara mer delaktig i omvårdnaden av patienten. Distriktssköterskan upplevde att hon hade en stor frihet att själv välja och utprova olika omläggingsmaterial och hon kände ett ansvar över att såret skulle läka. Distriktssköterskan upplevde att det har skett en stor förbättring inom behandlingen av bensår både kunskaps- och materialmässigt, hon menade att det var en viktig orsak till såren läkte bättre.

*... Bensårsbehandlingen har blivit betydligt bättre och du har mycket mer förståelse från läkaren idag... Man kollar bentrycket lättare*

För att omvårdnadsansvaret skulle upplevas tillfredsställande för distriktssköterskan var det en trygghet att ha någon att vända sig till. Hon vände sig till specialistvård, litteratur och ny forskning när hon kände att inte hennes egen eller vårdcentralens läkares kunskap räckte till. Det framkom dock trots att hon upplevde att samarbetet idag var bra att det kunde bli bättre.

*Det jag saknar är lite mer teamarbete runt patienten med olika konsulter och möten då kanske mer evidensbaserat... ibland så läser en saker och ting själv och doktorn är inte lika uppdaterad..*

Ansvarsfördelningen mellan läkare och distriktssköterskor är till vissa delar oklar och är inte tydligt beskrivet i distriktssköterskans styrdokument, vad som ingår i distriktssköterskans arbetsuppgifter. Det kan ses som en möjlighet att påverka men ändå en risk för att bli gråzon inom yrkesrollen som inte är tydligt avgränsad. Läkaren ordinerade smärtlindring, antibiotika och kompressionsbehandling. Distriktssköterskan kunde själv välja omläggingsmaterial utifrån beprövad erfarenhet och kunskap. Detta innebar en stor frihet under ansvar, då distriktssköterskan ibland hade egen befogenhet att ordinera sårödlingar och bedömning om ny kontakt skall tas med läkare angående eventuell penicillinbehandling.

*Vi har ju rätt så stor frihet till att bedöma själv som sköterskor å ... eeh... när det gäller sårödlingar, testa någon ny omläggning så jag tycker att det fungerar bra.*

Egenansvaret var en bekräftelse på den egna kompetensen, ibland kände distriktssköterskan att hon hade mer kunskap än läkarna i vissa områden. Det framkom att distriktssköterskan i studien ville ha mer tid och möjlighet för utbildning inom sårvård på högre nivå. Det framkom att den utbildning som gavs på arbetsplatsen var informations och utbildningsdagar inom sårvårdsbehandling. Det kom yttre aktörer från olika specialistmottagningar som informerade om olika sårvårdsbehandlingar eller försäljare som visade olika förband.

*... Har vi ju interna sårutbildningsdagar som alla är med på då de kommer från hudkliniken å kirurgkliniken och pratar sårvård och så här och nyheter och inte nyheter.*

## **Kontinuitet skapade trygghet**

Under den långa tid som distriktssköterskan träffade patienten uppstod en djupare relation än vid den ”vanliga” vården med korta vårdmöten. Distriktssköterskan upplevde att patienterna blev tryggare av att träffa samma eller ett fåtal olika distriktssköterskor under sin behandlingstid. Strävan var att patienten endast skulle behöva träffa en eller ett fåtal distriktssköterskor som var inblandade i sårbehandlingen. Det gav trygghet för både patient och distriktssköterska som då upplevde sig ha bättre kontroll över såret.

*... Tog ett tag att bygga upp den relationen men idag är det bra och vi är kanske 3 stycken som lägger om honom, vi varvar men vi försöker hålla oss till oss 3 så vi ser skillnader och så här.*

Det framkom i studien att det inte var ovanligt med återkommande bensår och en patient kunde ha sitt bensår under flera år. Distriktssköterskan upplevde även att patienten ofta var rädd för att få nya sår och att patienten kände sig trygg när han eller hon fick komma tillbaka till samma distriktssköterska som tidigare hade lyckats läka dennes sår.

*Man etablerar ju en ganska bra kontakt med patienterna... man lär känna varandra och det blir en trygghet också för patienterna när de får återkomma till en.*

Distriktssköterskan upplevde även att patienten fick en trygghetskänsla när han eller hon fick vara delaktig i sin egen vård och fick vara med och bestämma. Patienten kände då att han eller hon själv var med och bestämde och kunde påverka sin livssituation.

*Han känner nog att han... ehh... en trygghet med att vara hos oss där som han känner tror jag och kanske tycker han har lite mer... ehh... att han har lite mer bestämmanderätt vid omläggningarna än när han kommer in till hud. Där det är mer strikt och så gör dom och han har inget att säga till om.*

## Glädje och sorg

Återkommande sår och bensår som inte ville läka var vanligt och distriktssköterskan menade att behandlingsperioderna kunde sträcka sig ända uppåt 10 år. Omläggningar flera gånger i veckan under många år kunde tyckas bli tråkigt och kännas hopplöst i längden, men distriktssköterskan upplevde sällan detta utan kände oftare en glädje över att på ett nära sätt följa patienten i medgång och motgång.

*Ha samma patienter som en lägger om och samma sår ... för den här första patienten jag pratade om de är hans sår tar ungefär en timme att lägga om varje gång... så det kan bli lite tråkigt i längden... men samtidigt är det väldigt kul för en ser förbättringar eller försämringar och en kan följa på ett bra vis.*

I studien framkom det att distriktssköterskan upplevde en glädje över att gå till sitt arbete, men ibland kunde mångåriga omläggningar kännas lite tradiga. I dessa fall kunde hon uppleva en fördel med att överlämna patienten till en kollega. Detta till trots den långa relationens fördelar med att exempelvis snabbare se förbättringar och försämringarna i bensåren och patientens förtroende för henne. Å ena sidan kunde förtroendet kännas betungande i och med de höga krav patienten riktade mot distriktssköterskan. När distriktssköterskan å andra sidan upplevde en känsla av att nå fram till patienten med sin information och kunskap så kunde hon se att patienterna mådde bättre, fick en större livskvalité och att bensåren läkte bättre.

*... Stödstrumpor och han fick en hel som han skulle ha på det ena benet och när han haft den i 2 dagar och kom tillbaka så sa han att det var jätligt gott och jag vill nog ha en till andra benet med!*

Informanterna i studien tog upp att de kan uppleva viss frustration när såren inte läkte och när de hade svårt att nå fram till patienten. Det framkom berättelser om hur svårt det var att få patienter att förstå behovet av amputation. Hur de upplevde en frustration över att inte nå fram och räcka till för patienten.

*Erbjuden amputation men vill inte och det har varit många turer fram och tillbaka men nu har vi kommit överens om att det inte går ... ja fått det av läkare också då att det inte blir bättre än så här...*

Det framkom även i studien att distriktssköterskan var glad över att forskningen inom sårvård gått framåt och det hade kommit många nya fina förband. Detta hade gjort att de värsta såren hade minskat i antal och att de numera lyckades läka fler sår på kortare tid. Det hade även minskat patienternas lidande och smärta vilket hade gett en känsla och upplevelse av tillfredsställelse för distriktssköterskorna i studien.

Det var viktigt att patienten förstod varför benen skulle vara lindade vid venösa bensår och varför de inte skulle vara det vid andra typer av bensår som vid arteriella bensår. Kunskapen om hur såren uppstod och varför var viktigt att det förklarades ordentligt för att följsamheten skulle bli så bra som möjligt.

*Ja för det första får en försöka förklara för henne att dessa sår är återkommande att det här är sånt hon kan få räkna med jag har ritat för henne hur det ser ut och att det kan bli inflammation i kärlen, vad hon behöver tänka på.*

I studien framkom det att distriktssköterskan ibland kände att kemin inte stämde mellan patienten och distriktssköterskan. De kunde vara så att patienten och distriktssköterskan hade olika åsikter eller att de helt enkelt inte passade ihop. Det kunde leda till att patienten upplevdes jobbig och krävande. Det var bäst för båda parter att de inte fortsatte utan att en annan kollega tog över patienten. Det var nödvändigt för att orka vara professionell i vården enligt flera av distriktssköterskorna i studien. Det framkom känslor som att det vore skönt att dra en kudde över huvudet och inte vara delaktig längre eller att de ibland "stängde av" sig själv i jobbiga situationer för att orka.

*Ibland orkar man inte... med samma patient 3 gånger i vecka hela tiden. Utan då brukar man kunna prata sina kollegor så byter man ett litet tag... för att det blir... ja det kan bli jobbigt... ja skall väl inte säga att de häftar fast sig vid en men det gör de ju.*



Det uppstod ibland en nära relation mellan distriktssköterskan och patienten som kunde ge upphov till dubbla känslor av glädje och sorg. En glädje över att patienten återkom till distriktssköterskan igen, men även en sorg över att patienten återigen hade fått nya bensår. En känsla av sorg eftersom distriktssköterskan visste hur mycket patienten led av såren.

*Ja en tant som jag haft i 4 år av och till ja det läker ju emellanåt men det är korta stunder och sen kommer det tillbaka och jag blir ju riktigt glad när de kommer tillbaka och säger men hej kommer du... fast det skall jag ju inte bli för nu vet jag ju att bensåren har börjat igen.*

## **Den nära relationen**

Täta besök och långa sårömläggningar under en lång tid, inte sällan år skapade en speciell relation mellan patienten och distriktssköterskan. Ett förtroende och en trygghetsskapande relation byggdes upp under en längre tidsperiod. Distriktssköterskan lyssnade aktivt och konverserade med patienten under tiden på mottagningen. Under samtalets gång observerade hon även patienten. Hon såg även om det var något som inte stämde med patienten, om det var något som tyngde dem. Detta kunde ses för att de hade träffats under en lång tid och lärt känna varandra.

*Man känner honom utan och innan och en vet hur han vill ha det en märker om han ... ehh... hans om han är försämrad på nått vis för det är lättare åh se det än en patient som en bare kanske träffar någon gång då och då.*

Samtalen sträckte sig i allt från matlagning till väder och vind. Vanliga andra samtalsämnen var familj och vänner samt personliga och intressen. Patienterna öppnade sig mer när det hade gått ett tag och distriktssköterskan lärde känna patienten utan och innan, såg vilket humör de var på och om de ville prata. Distriktssköterskan kom patienterna riktigt nära och det berättades om samtal på hemtelefonen. Även samtal med distriktssköterskans anhöriga förekom via telefonsamtal, där anhöriga fått tala med patienter och fått reda på deras besvär. Ibland orkade inte distriktssköterskan med att ta emot samtal i hemmen utan skyddades då genom att den anhöriga sa att distriktssköterskan inte var hemma. Samtalen kunde röra sig om allt ifrån andra vårdkontakter till besvär med bensåren.

*Hon kan prata med min man som får reda på allt och jag hör honom säga ja, jasanya du jaha, ja du skall få prata med henne och ibland så säger han att jag är ute och går. En måste skydda sig jag orkar inte ibland när jag har jobbat en hel dag.*

I studien framkom det även att distriktssköterskan ibland kunde få en känsla av att bli intervjuad och att patienterna nästan visste allt. Det kunde ibland vara svårt att hålla igång ett samtal och det gick inte bara att tala om väder och vind det blev även personligt. Samt att samtalsämnena ibland tog slut under långa såromläggningar.

*Man får en bra relation till patienten det blir det ju, pratar på om allt möjligt vind, väder, familj, intressen, matlagning... Ja så är det ... ja man får en bra kontakt ja... En känner ju personen i fråga och hon känner mig ja ha... ha*

Det kunde även upplevas obehagligt när samtalsämnena tog slut och distriktssköterskan inte kände att det fanns något mer att tala om. Det var väldigt personligt hur distriktssköterskan upplevde sina samtal med patienterna och det var inte konstigt eftersom alla var olika individer med olika känslor. Det framkom även att det var viktigt att vara professionell och att möten med patienter blev professionella och inte vänskapsbaserade.

*Men sen gäller det också att vara så professionell att du inte går in och blir kompis eller blir så nära att man tappar det alltså, att man tappat det professionella handläggandet det får man inte göra.*

Efter en ofta lång tid i primärvården slussades de flesta patienterna förr eller senare ut i hemsjukvården. De krävde mer och mer hjälp och kanske inte längre kunde ta sig till distriktssköterskemottagningen. Detta var en process som tog tid då många patienter inte ville lämna den trygga relation de hade byggt upp med distriktssköterskan. Men om det fick ta tid och övertagandet av patienten skedde i olika steg gjordes oftast övergången lättare både för distriktssköterskan och för patienten.

*Ja ... ehh ... det var en lång process och vi hade sjuksköterskor från hemsjukvården här som var med och pratade med henne och sedan gick det över en storhelg väldigt smidigt. Att gå över på prov och hon var inte tvingad utan välkommen tillbaka.*

## **Resultatsammanfattning**

Att arbeta med svårsläkt bensår är en tung och tidskrävande arbetsuppgift för som ställer stora krav på distriktssköterskan. Distriktssköterskan skall kunna ta egna beslut och arbeta självständigt utifrån beprövad erfarenhet, ha ett professionellt och vetenskapligt förhållningssätt. Det var även viktigt att ha goda samarbetspartners då den egna kompetensen ibland inte räckte till. Det blev många och långa möten med patienten och det uppstod en djupare vårdrelation mellan distriktssköterskan och patienten. Det var den djupare relationen som låg till grund för den ökade trygghetskänslan för både distriktssköterskan och patienten i omvårdnaden. De kom varandra närmre och det uppstod en annorlunda vänskap. Den vänskapen kunde leda till att olika känslor uppstod som var både glädjande och sorgliga.

## DISKUSSION

I metoddiskussionen diskuteras val av metod och ansats utifrån fördelar och nackdelar med vald metod i studien. I resultatdiskussionen diskuteras hur distriktssköterskor upplever omvårdnaden av patienter med svårläkta bensår.

### Metoddiskussion

I vår studie har vi haft för avsikt att ta reda på hur distriktssköterskorna i studien upplevt att vårda patienter med svårläkta sår inom primärvården. Våra egna erfarenheter inom området har varit olika. En av oss arbetar inom primärvård och den andra inom hemsjukvård. Valet av fenomenologisk metod kändes rätt i vår studie då syftet var att beskriva distriktssköterskornas erfarenheter av att vårda patienter med svårläkta sår inom primärvården. Metoden är kvalitativ och är en reflekterande livsvärldsforskning (Dahlberg, m.fl. 2008).

Vi använde oss av kvalitativa forskningsintervjuer för att få fram den upplevda erfarenheten hos informanterna. Det var endast erfarna distriktssköterskor med lång yrkeserfarenhet som deltog i studien, vilket var ett medvetet val av författarna eftersom patienterna ofta har bensår under en lång tid. Att alla informanter är kvinnor och att vi inte lyckades hitta någon manlig distriktssköterska som kunde delta kan vara till nackdel för studien.

Användandet av bandspelare upplevdes som hämmande av själva intervjun för informanten men till en mycket god hjälp för intervjuaren. Vi upplevde att informanterna inte vågade tala fritt, då de skulle bli inspelade och var oroliga för hur de skulle låta inspelade på band. Vi talade om för informanterna att det bara var vi författare som skulle lyssna på banden och transkribera texterna, då accepterade de att bli inspelade och de slappnade av. Vi upplevde det ändå till viss del som hämmande då informanterna ibland berättade lite mer efter intervjun var slut och bandspelaren avstängd. Inget av det som framkom efter intervjuerna motsade något informanterna sagt tidigare och har inte använts i studien. Men vi upplevde informanterna mer avslappnade efter bandspelaren stängts av.

Vi upplevde metoden intressant att arbeta med men kände oss som nybörjare och hade stort stöd av vår handledare i arbetet. Kunskapen om att vara medveten om vår egen förförståelse har hjälpt oss i arbetet då vi varit tvungna att lägga band på oss under intervjuerna för att inte lägga in egna värderingar. Att inte lägga in egna värderingar har varit mycket svårt och vi har försökt att tänka på det när vi sedan läst igenom intervjuerna, ser vi att det kan ha smugit sig med någon värdering i alla fall. Vi tror dock inte att det påverkat resultatet. Det är viktigt att vara medveten eftersom de berättade upplevelserna måste renas från forskarens förutfattade meningar, förkunskaper och fördomar (Dahlberg, m.fl., 2008). Även Kvale (2007) påpekar vikten av att inrikta sig på intervjupersonens egen livsvärld och hålla tillbaka sin egen förförståelse.

Det var svårigheter att få till tid för intervjuerna och studien både för författarna och informanterna då det var en jobbig period på grund av influensapandemin som tog mycket kraft, tid och energi.

Vi började med att göra 2 intervjuer då vi bara ställde ingångsfrågan utan några följdfrågor. Detta resulterade i att intervjuerna inte blev så bra. Orsaken var att vi kände oss osäkra på formen för intervjun och att vi genom detta försökte hålla tillbaka vår förförståelse. När vi hade transkriberat intervjuerna kände vi att materialet blev lite tunt. Vi läste då på om metoden igen och insåg att det var tillåtet att ha följdfrågor för att berika resultatet.

I resterande intervjuer har därför följdfrågor utifrån informantens berättelse använts för att få fram ett fylligare material att arbeta med. Vi har delat upp intervjuerna mellan oss och vi var ensamma med informanten under intervjun, den författare som intervjuade transkriberade sedan även ut intervjun. Båda författarna påbörjade transkriberingen av intervjuerna var och en för sig själva, texterna lästes av båda författarna många gånger. När vi läst igenom intervjuerna 3-4 gånger och kände att vi kunde dem så läste igenom alla intervjuerna igen och då skrev vi in kommentarer i texterna, kommentarer jämfördes och blev till slut ett mönster med 17 st kluster. När vi hade jämfört alla kluster och komprimerat dem bildades fem stycken innebördsteman från denna nya helhet. Vi kunde inte utvinna någon essens ifrån de kluster som utvunnits eftersom vi inte hittade något som inte varierade i de innebördsteman som vi hittat. Att ingen essens kunde utvinnas berodde på att vi kände att det tog alldeles för mycket tid, materialet var inte så fylligt och då skulle vi behövt gått ut och kompletterat med fler intervjuer och det var inte möjligt på grund av att det skulle varit svårt att hitta fler informanter under denna tidsperiod då vaccineringsarbetet med den nya influensan upptog mycket tid.

I analysen var det roligt att se hur innebörderna växte fram. Vi kunde se fördelarna med vår valda metod och kände att vårt syfte hade uppnåtts. Studien kanske skulle kunna ha underlättats och blivit bättre om författarna haft större erfarenhet av metoden. Den har ändå varit rolig och intressant att arbeta med och vi blev förvånade över hur mycket mer vi fann i våra transkriberade intervjuer ju fler gånger vi läste dem. Att alla 7 distriktssköterskorna i intervjun upplevde att det var roligt att arbeta med denna patientkategori, även om det ibland var tungt var glädjande att upptäcka. Det var även upplyftande att se att de fann en styrka i sin profession, att de hjälpte och stöttade varandra. Det gör att det känns roligt att komma ut som nyutexaminerad distriktssköterska och veta att det finns ett kollegialt stöd ute i verksamheten. Funderingar som kommit nu i efterhand är om studien skulle ha vunnit på om vi inkluderat patienterna i studien. Genom att studera två olika perspektiv, vårdarens och patientens så ökar förståelsen för varandra och det hade varit intressant att se om båda sidor har samma uppfattningar och föreställningar. Kanske skulle vi valt en annan metod, hur skulle studien blivit om vi i stället valt Grounded theory? De första stegen i fenomenologin och Grounded theory är samma men i Grounded Theory så är forskaren inte begränsad till formella intervjudata utan kan använda sig av allt som kommer framkommer under forskningen. I denna teori kan forskaren intervjua sig själv om forskaren har stora kunskaper inom området som studeras och sedan använda det och jämföra med andra data som framkommer (Polit & Tatano-Beck, 2004).

## **Resultatdiskussion**

I resultatdiskussionen diskuteras de innebördsteman som belyser fenomenet. Det uppstår en djupare relation mellan distriktssköterskan och en patient med bensår, de träffas ofta och under en längre period. De ger dem möjlighet att utveckla en annorlunda vänskap. De lär känna varandra väl och blir som vänner men är ändå inte vänner. Distriktssköterskan skall kunna arbeta självständigt och ta egna beslut utifrån sin kompetens och erfarenhet, när den egna kompetensen inte räcker till konsulteras andra vårdinstanser.

### **Styrkan i ett bra möte**

Inom primärvården är det ofta en distriktssköterska som patienten kommer i kontakt med först när de söker vård och hon hjälper patienten att komma till rätt vårdinstans. Hon fungerar som en spindel i ett nät och första kontakten med vården är viktigt för hur patienternas vidare uppfattning om vården kan komma att bli.

I studien framkommer det att en del patienter först misstror vårdpersonal innan de lärt känna varandra och ett förtroende skapats. Resultatet från vår studie visar hur distriktssköterskorna ville att deras möten med patienter skulle vara. De ville att mötet skulle bli så bra som möjligt, distriktssköterskan ville ha en öppen dialog som präglats av en ömsesidighet och förståelse där patientens behov var i fokus. Informanterna trodde att patienterna ville känna sig välkomna och att distriktssköterskan skulle inge förtroende. Behovet av en bra kommunikation var grundläggande för hur en bra omvårdnad skulle kunna bedrivas. Det stämde väl överens med vad Ebbeskog och Emamis (2005) kom fram till att patienterna förväntade sig av sin distriktssköterska.

Distriktssköterskorna i studien upplevde att det var viktigt med information till patienterna och att ge dem information om deras egen situation, hur det kommer sig att bensår uppstår och varför. Hur bensåren skulle skötas och varför. Om patienten fick kunskap om sina sår hade de lättare att förstå varför benen skulle lindas vid venösa bensår. Ökad förståelse ledde till ökad följsamhet, som i sin tur ledde till bättre sårhäkning. De påpekade även att det var viktigt att tillräckligt med tid avsattes så omläggningen kunde ske utan stress så det blev ett bra möte och patienten kunde känna sig välkommen och sedd. Sjuksköterskor som såg patienten som en värdefull person trodde på patienten och som visade respekt ökade följsamheten. Detta medverkade också till att patienten kände sig meningsfull och kunde kontrollera sin situation (Shattel, 2004).

Det lyser även igenom i vår studie att distriktssköterskorna gillade sitt arbete trots att det ibland var betungande. De ändrade sina scheman och försökte på bästa sätt göra sitt bästa för patienten. Patienten sattes i fokus och de såg hela människan och inte bara såret, de mindes oftast människan och inte själva såret. De ville fokusera på patientens välbefinnande, minska patientens eventuella lidande och göra det bästa av situationen.

## **Ett uppskattat samarbete som kan förbättras**

Att arbeta som distriktssköterska inom primärvården innebar stora krav på distriktssköterskan. Hon skulle ha stor kunskap om hälsa och ohälsa, kunna vägleda patienten till ett hälsosammare liv och kunna arbeta självständigt. Det fanns inga tydliga styrdokument för distriktssköterskan vilket kan ses som både en fördel och en nackdel. Bergman och Rising (2006) menar att det kan vara en möjlighet men även försvårande för distriktssköterskan då det inte finns tydliga direktiv.

Informanterna i vår studie hade arbetat många år inom primärvården och hade en bred kompetens och stor erfarenhet. Det visade sig i deras intervjuer att de hade god människokännedom och fingertoppskänsla. De var inte rädda för att ta hjälp av varandra när de kände att de inte räckte till för att fylla patientens behov. Omvårdnad är sjuksköterskans område och hon har omvårdnadsansvaret över patienten. Det är därför viktigt att hon känner att det finns någon att vända sig till om det skulle finnas behov av det. Att teamarbetet runt patienten fungerar bra är viktigt. När allas olika specialistkunskaper tas tillvara uppnås bästa möjliga vård för patienten.

Distriktssköterskorna i studien upplevde att teamarbetet fungerar bra och att de kände stöd från både specialistvården och läkarna, men att det kan bli bättre. De önskade även mer utbildning inom sårvård. Önskan om mer utbildning inom sårvård och det stöd som de känner från sina kollegor framkommer även i en studie gjord av Haram, m.fl. (2003) där hela 60 % av sjuksköterskorna i en studie kände att deras kunskaper inom sårvård var otillfredsställande.

De kände sig osäkra på behandlingar, bedömningarna och omläggningsmaterialet. De påpekade även att största källan till kunskap var deras egna upplevda erfarenheter och stödet från deras kollegor. Även om informanterna idag har utbildningsdagar som de får åka på så önskade flera av deltagarna i studien mer utbildning. Det finns bara en kurs inom sår och sårbehandling i vårt område och den är på grundnivå. Vi författare anser att det skulle vara bra om det fanns även en kurs på avancerad nivå att tillgå.

## **Ett trygghetsskapande arbetssätt**

Patienter som har svårläkta bensår tillbringar mycket tid hos distriktssköterskan och under en längre tidsperiod. Ju längre tid som distriktssköterskan och patienten tillbringar med varandra desto djupare vårdrelation kan byggas upp mellan dem. Båda parter känner en form av trygghet i varandra när de träffats länge och det är en fördel om samma eller så få olika personer som möjligt är inblandade i sårvårdsbehandlingen. Orlando (1990) menar att sjuksköterskan bör vara observant på allt som kan inverka negativt på patientens psykiska och fysiska välbefinnande. Distriktssköterskan känner en trygghet i sitt arbete eftersom hon oftast vet och känner till hur patienten vill ha det.

En distriktssköterska som träffade en patient ofta såg även snabbare om det skulle vara en försämring i bensårets status, eller om det är något som patienten ville men kanske inte vågade berätta eller fråga om. Enligt studien så framkom det att patienterna oftast ville komma tillbaka till samma distriktssköterska eftersom de kände att de hade störst kunskap om deras sår.

Distriktssköterskorna i studien påpekade även att de patienter som de träffar ofta är mer öppna i sitt förhållningssätt gentemot sjuksköterskan. Detta tror vi beror på att de lärt känna varandra och fått en relation byggd på förtroende. Patienten är inte längre rädd för att fråga om olika saker även om små saker. En del små saker kan kännas dumt att fråga om men som kan ha mycket stor betydelse för patienten själv. Det stämmer väl överens med vad Travelbee (1971) menar med en mellanmänsklig relation det som sker mellan två likvärdiga parter. Relationen utvecklas genom mötet mellan dem, hur identiteten växer fram, genom empati och sympati som till slut leder till en ömsesidig förståelse och kontakt.

När en patient fick vara med och ta beslut om sin egen vård blev det en större följsamhet i vården och patientens självkänsla stärktes. Distriktssköterskorna i studien menade att om de låter patienterna vara med och bestämma om sin egen vård så kan det leda till att patientens självkänsla växer och att patienten vill vara med och själv göra något åt sin situation. Men det kan även kännas trööstlöst och frustrerande när en patient inte visar följsamhet vid behandlingen och distriktssköterskan inte kan göra annat än acceptera situationen och försöka ge den vård som är möjlig att ge.

## **Det roliga men ibland tunga arbetet**

Att ha samma patienter under en lång tid kan vara både positivt och krävande, det berättas i vår studie om patienter som gått hos samma distriktssköterska över 10 år. Det kan vara långa och tunga omläggningar som tar lång tid och sker flera gånger i veckan. Men distriktssköterskan finner ändå en glädje med att arbeta med bensårspatienten även om det ibland kan vara tungt och jobbigt. Hon finner glädje över små framsteg i sår läkningen eller om patienten har mindre ont en dag, de små framstegen märks snabbare eftersom de försöker vara samma personal lägger om patienten.

Det uppstår en närmare relation mellan distriktssköterskan och patienten och det kan kännas betungande när såren inte läker eller när amputation är bästa lösningen. Detta för att de känner att patienten litar på dem och tror att de kommer att läka deras sår, och när det inte går kan det kännas tungt att bära. Enligt Persoon m.fl. (2004) så behöver 60 % av bensåren mer än ett halvår för att läka och 33 % mer än ett år.

Forskningen om behandling av bensår har gått framåt och det är mycket glädjande, även om många bensår fortfarande inte går att läka. De nya fina förbanden har minskat lidandet och obehaget för patienterna och den ökade kunskapen om bensår har hjälpt distriktssköterskan i sitt arbete.

Distriktssköterskan kan luta sig mot forskningen och motivera varför benen skall lindas vid venösa bensår eller varför ett visst förband skall användas. Den ökade kunskapen hjälper till att läka såren snabbare och det är positivt för både primärvården och patienten. För patienten ett ökat välbefinnande och möjligheten att såren kan läka snabbare, för primärvården är det en chans att minska utgifterna. Antalet patienter med bensår förväntas öka i antal för varje år enligt Socialstyrelsens lägesrapport (2005) eftersom andelen äldre förväntas öka årligen. Av distriktssköterskans arbetade tid inom primärvården så upptar denna patientkategori cirka 25 % och i vissa områden hela 50 % och det har beräknats att fortsätta öka årligen (Lindholm, 2003).

## **Ett annorlunda förhållande**

Det blir en djupare och annorlunda relation mellan distriktssköterskan och en patient som hon träffat länge. Det går inte att bara samtala om opersonliga saker när samtalen sträcker sig över en längre tid. Både patienten och distriktssköterskan blir mer personliga i sitt samtal det går inte att komma ifrån. De lär känna varandra och samtalen rör sig runt intresse områden och familjära saker. Det byggs upp ett förtroende och hon lär känna patienten djupare, ser när han/hon inte mår bra eller om det är något som denne/denna önskar berätta. Genom att kommunicera med patienten med ord, mimik, gester och beröring så sker det en ömsesidig process där en person förmedlar sina känslor och tankar till en annan person. Kommunikationen har till syfte att sjuksköterskan skall lära känna patienten för att kunna tillgodose dennes behov, sjuksköterskan behöver även kunna skilja på sina och patientens behov. En förutsättning för att kunna planera och genomföra omvårdnad som motsvarar patientens behov är att lära känna patienten och identifiera hans eller hennes egna unika behov (Travelbee, 1971).

Eftersom vårdrelationen mellan dem kan bli nära och personlig finns en risk att vänskapen skall övergå till en oprofessionell vänskapsrelation. Detta förebyggs genom att distriktssköterskan är medveten om situationen och skiljer på arbete och privatliv. Det är något som en del distriktssköterskor lärt sig naturligt genom erfarenhet medan andra måste aktivt tänka på det.

När patienterna inte längre kan eller orkar komma till mottagningen eller har fått ett ökat vårdbehov i hemmet, flyttas de över till hemsjukvården. Detta kan upplevas skrämmande för patienten och distriktssköterskan att släppa taget om varandra och låta någon annan ta över. Denna känsla grundar sig i den trygga relation de befinner sig i och övergången blir lättare om den sker gradvis. Det finns berättat i studien om hur distriktssköterskor fortfarande har kontakt över telefon med patienter någon gång då och då för att höra hur det går för dem eftersom de inte klarat av att släppa patienten helt.

## **Konklusion**

Att arbeta med svårläkta bensår är en tung och tidskrävande arbetsuppgift som ställer stora krav på distriktssköterskan. Distriktssköterskan skall kunna ta egna beslut och arbeta självständigt utifrån beprövad erfarenhet, ha ett professionellt och vetenskapligt förhållningssätt. Det är viktigt att ha goda samarbetspartners då den egna kompetensen inte räcker till. Det blir många och långa möten med patienten och det uppstår en djupare vårdrelation mellan distriktssköterskan och patienten. I mötet kan närheten kännas svår om inte en genuin vårdrelation utvecklats. Om distriktssköterskan ser att patienten lider och känner att hon inte räcker till kan hon fyllas av en uppgivenhet som kan vara svår att dölja för patienten. När patienten visar att hon eller han mår bra och när såret läker bra blir det annorlunda och en känsla av meningsfullhet finns i mötet med patienten. Det som ändå kännetecknar relationen till patienten med svårläkta bensår är den djupare relationen som finns mellan distriktssköterskan och patienten, de blir som vänner men ändå inte. Det är den djupare relationen som ligger till grund för en ökad trygghetskänsla för både distriktssköterskan och patienten i omvårdnaden. Det framkommer i studien att det behövs tydligare riktlinjer för ansvarsfördelningen mellan distriktsläkaren och distriktssköterskan och att forskningen om behandling av svårläkta bensår fortsätter gå framåt. Distriktssköterskorna önskar att det ges tid och utrymme för vidare utbildning och reflektion och att ett ökat teamarbete sker mellan olika vårdinstanser. Det är även viktigt i framtiden att det forskas mer ur både patientperspektiv och ur ett vårdarperspektiv samt en jämförelse av dessa båda perspektiv.



## REFERENSER

Berg, L. (2006). *Vårdande relation i dagliga möten- en studie av samspelet mellan patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor i medicinsk vård*. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitetet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborg.

Bergman , A-L. & Rising, I. (2006). *Distriktssköterskans uppdrag*; m fl. Vårdförbundet, Distriktssköterskeföreningen, Fammi.

Dalhberg, K.; Dahlberg, H. & Nystöm, M.( 2008). *Reflective Lifeworld Research*. Lund. Studentlitteratur.

Ebbeskog, B. & Ekman, S-L. (2001). Elderly persons' experiences of living with venous leg ulcer:living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15 (3); 235-243.

Ebbeskog, B. & Emamis, A.( 2005). Older patients´experience of dressing changes on venous leg ulcers: more then just a docile patient. *Journal of Clinical Nursing*. 14 (10); 1223-1231.

Faulkner, A. (2003). *Det professionella samtalet- om samspel och kommunikation i omvårdnadsprocessen*. Stockholm: Liber.

Friman, K.;Klang. & Ebbeskog, B.(2010).Wound care in primary health care: District nurses´ needs for co-operation and well-functioning organization. *Journal of Interprofessional Care*. 21(1):90-99.

Gustafsson,B.;Hermerén,G. & Petersson, B.(2005). *Vad är god forskningssed? Synpunkter, riktlinjer och exempel*. Vetenskapsrådet.[Elektronisk].Stockholm. Hämtad 28 September 2010, från [http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000334/god\\_forskningssed\\_3.pdf](http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000334/god_forskningssed_3.pdf)

Haram, R.; Ribu, E.; Rustøen, T.& Pieper, B.(2003). The views of district nurses on their level of knowledge about treatment of foot and leg ulcers. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 30 (1): 25-32.

- Herber, O.; Schnepf, W. & Rieger, M. (2007). A systematic review on impact of leg ulceration on patients' quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5: 44. Tillgänglig doi: [10.1186/1477-7525-5-44](https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-44)
- Husserl, E. (2004). *Idéer till en ren fenomenologi och fenomenologisk filosofi*. Stockholm: Stiftelsen Bokförlaget Thales.
- Kiessling, T. & Kjellgren, K. (2004). Patienters upplevelser av delaktighet i vården. *Vård I Norden*. 24:31-35.
- Klang Söderkvist, B. (2001). (red.) *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. (2007). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lagerin, A. & Törnkvist, L. (2009). Kvalitetsindikatorer för patienter med bensår. Ingår i E, Idevall (red.), *Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad*. (kap.) Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening och Gothia förlag.
- Lindholm, C. (2003). *Sår*. (2.uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Orlando, I.J. (1990). *The Dynamic nurse -patient relationship*. New York: National League for Nursing.
- Persoon, A., Heinen, M.M., Van der Vleuten, C.J.M., De Rooij, M.J, Van der Kerkof, P.C.M., Van Achterberg, T. (2004). Leg ulcers: a review of their impact on daily life. *Journal of Clinical Nursing*. 13, 341-354.
- Polit, D. & Tatano-Beck, C. (2004). *Nursing Research- Principles and Methods*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Shattel, M. (2004). Nurse-Patient interaction: a review of literature. *Journal of Clinical Nursing*. 13, (6), 714-722.

Socialstyrelsen. (1995). *Kompetensbeskrivningar för legitimerade sjuksköterskor och barnmorskor. Allmänna råd*. [Elektronisk] Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 15 Juni 2010, från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/13702/1995-70-5\\_1995706.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/13702/1995-70-5_1995706.pdf)

Socialstyrelsen. (2005a). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. [Elektronisk] Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 15 Juni 2010, från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Socialstyrelsen. (2005b). *Vård och omsorg av äldre*. [Elektronisk] Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 15 Juni 2010, från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9749/2006-131-5\\_20061315.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9749/2006-131-5_20061315.pdf)

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis



Högskolan Väst  
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur  
461 86 Trollhättan  
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99