

Kandidatnummer: 10087

Behandlingsstrømper

Et sykepleieverktøy for helsefremming?

("FAGARTIKKEL")

Emnekode: HSYK 3003

Kull: H2018

Eksamensdato: 03.06.21

Antall ord: 4950

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Anne Grethe Aune

Juni 2021

Kandidatnummer: 10087

Behandlingsstrømper

Et sykepleieverktøy for helsefremming?

("FAGARTIKKEL")

Emnekode: HSYK 3003

Kull: H2018

Eksamensdato: 03.06.21

Antall ord: 4950

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Anne Grethe Aune

Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn

Denne studien baserer seg på et oppdrag fra ledelsen ved en medisinsk avdeling på et universitetssykehus, om å undersøke nytteverdien av behandlingsstrømpe- sett for pasienter med venøse leggsår. Venøse leggsår har en betydelig innvirkning på pasienter og helsevesenet. Å utforske muligheter for pasienten til å involvere seg i behandlingen kan endre hvordan man yter helsehjelp, noe som videre kan gi bedre resultater og mer fornøyde pasienter.

Metode

Studien var et samarbeidsprosjekt mellom en medisinsk avdeling på et universitetssykehus og sykepleierutdanningen ved NTNU. Studien var kvalitativ og baserte seg på sju semistrukturerte, individuelle intervjuer med sykepleiere som alle hadde ansvar for sårbehandling. Analysen har en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming, inspirert av Malteruds strategi for analyse av kvalitative data.

Resultat

Gjennom analysen av intervjuene ble det avdekket flere forhold ved behandlingsstrømpene som kan tenkes å være helsefremmende. Sykepleiernes erfaringer kan oppsummeres i fem hovedkategorier: økt sosial deltakelse, økt fysisk aktivitet, forbedret selvbilde, velvære og økt kontroll og motivasjon.

Konklusjon

Resultatene og diskusjonen viser at behandlingsstrømpen kan være helsefremmende på flere områder for pasienter med venøse leggsår. Dette gjelder imidlertid ikke for alle pasienter da helsefremming og empowerment synes å være styrt av bevisste og villige pasienter. Den reduserte sykepleierkontakten kan også tenkes å ha negative konsekvenser for enkelte pasientgrupper. Videre studier på området burde etterstrebe å ha en bredere sammensetning av informanter fra flere ulike miljø, hvor brukere av behandlingsstrømper og pårørende av disse også er inkludert.

Abstract

Background

This study was based on a request from the management at a medical unit on a university hospital, to investigate the value of hosiery kits for patients with chronic leg ulcers. Leg ulcers have a considerable impact on patients and health services worldwide. Exploring possibilities for the patient to participate in the treatment may change the way we practice healthcare, which can lead to better results and more satisfied patients.

Method

This study was a collaboration between a medical unit at a university hospital and the nurse education- program at NTNU. The study was qualitative and based upon seven semi-structured, individual interviews with nurses who all had wound treatment responsibilities. The analysis had a phenomenological and hermeneutic approach, inspired by Malterud's strategy for analysis of qualitative data.

Results

Through the analysis of the interviews, it was uncovered multiple benefits with the hosiery kits that may be health-promoting. The nurses' experiences can be summarized in five main categories: Increased social participation, increased physical activity, improved self-perception, well-being and increased control and motivation.

Conclusion

The results and discussion show that the hosiery- kit can promote health in multiple ways for patients with leg ulcers. This does not apply to all patients as health promotion and empowerment seem to be affected by conscious and willing patients. The reduced contact with nurses may also have a negative impact on some patients. Further studies should look for a broader composition of informants from multiple environments, where users of the hosiery- kit and their relatives also are included.

1. Introduksjon

Kroniske sår utgjør i dag en betydelig økonomisk byrde for helseinstitusjoner verden over. De fører til alvorlige komplikasjoner for folkehelsen, og iblant både til amputasjoner og død (1,2). I følge Ashby et al. (3) er venøse leggsår den vanligste typen kroniske sår. Sårene er kjent for å gi voldsomme smerter, illeluktende odør, økt risiko for infeksjon og har en alvorlig innvirkning på mobilitet og livskvalitet (3). I tillegg bruker sårene lang tid på å gro og resulterer ofte i langvarig lidelse og et intensivt bruk av ressurser (4-5). Bruk av kompresjon hjelper den venøse tilbakestrømningen og gir dermed bedre sårtilheling (6). Firelags- bandasjen, ofte omtalt som 'kompresjonsbind' eller 'linning', er nåværende gullstandard i behandlingen av denne typen sår. I tillegg finnes et tolags behandlingsstrømpe- sett, som har blitt utviklet for at pasienten enklere skal kunne ta av og på kompresjonen selv. Et behandlingsstrømpe- sett består av en tynn innerstrømpe med bomull inn mot huden og en tynn ytterstrømpe. Til sammen gir disse strømpene et ankeltrykk på 40mmHg, og egner seg derfor godt til behandling av venøse leggsår (3). Ifølge Finlayson et al. (7) & Ashby et al. (8) så virker tolags behandlingsstrømper å være like effektive når det gjelder sårtilhelingen. Selv om behandlingsstrømper ikke er like hensiktsmessig for alle typer pasienter – for eksempel de som ikke er i stand til å ta de av og på selv, så har de noen fordeler fremfor kompresjonsbind. De krever for eksempel færre sykepleierkonsultasjoner, de synes å være mer kosteffektive og i tillegg er de bedre egnet til å forhindre tilbakefall (8). I dag vet man at venøse leggsår har en betydelig innvirkning på pasienter og på helsevesenet vårt. Å utforske muligheter for pasienten til å involvere seg i behandlingen kan potensielt endre hvordan man yter helsehjelp, som videre kan gi bedre resultat og mer fornøyde pasienter (9).

En sykepleier har mange viktige funksjoner og ulike type stillinger i et samfunn (10). Erfaring fra praksisstudier viser at sårbehandling ofte både er ledet og utført av sykepleiere. Viktige mål for en sykepleier er helsefremming, forebygging av sykdom, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning, veiledning, organisering, administrasjon og ledelse, fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (10). I følge International Council of Nursing (ICN) og Norsk sykepleierforbund (NSF) er det å fremme helse en av de grunnleggende funksjonene til sykepleieren (11). I denne studien fokuseres det derfor spesielt på helsefremming og herunder «empowerment». Helsepersonelloven (12), Pasient- og brukerrettighetsloven (13), Folkehelseloven (14), Helse- og omsorgstjenesteloven (15) og ikke minst samhandlingsreformen (16) underbygger alle viktigheten av dette fokuset. Før studiens hensikt og metode beskrives vies det derfor plass til hvordan disse begrepene forstås i denne oppgaven.

1.1. Helsebegrepet

Ifølge Larsen (17) kan helse defineres på flere måter. Helse kan forstås som fravær av sykdom, som en ressurs eller som en følelse av velvære. Helse som fravær av sykdom – med utgangspunkt i det biomedisinske perspektivet, har vært den dominerende forståelsen i den vestlige verden siden 1900-tallet. Dette perspektivet baserer seg på forståelsen av at det eksisterer en grunnleggende dikotomi mellom friske og syke mennesker (18). Hos en pasient med venøse leggsår vil fokuset derfor være rettet mot å bli kvitt sårene, forebygge at nye sår oppstår og gjenopprette helsen vedkommende

hadde før sykdommen inntraff. Man forsøker med andre ord å få pasienten over på riktig side av skillelinjen mellom syk og frisk. Man har også en reduksjonistisk sykdomsforståelse, der mennesker «deles opp», sykdom avgrenses og diagnostiseres ut fra symptomer med en tydelig etiologi (11).

Mange betrakter nå helse mer som en ressurs, hvor et viktig mål blir å inkludere pasienten gjennom dialog og medvirkning. I tillegg til å behandle sykdom så er det viktig å få tak i pasientens ressurser og mestringsevne (17). Ifølge den salutogene helseforståelsen (11) utgjør mennesket en helhet av en fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon. Med en slik forståelse fokuserer man på hvordan de ulike dimensjonene påvirker hverandre. Hos en pasient med venøse leggsår vil man for eksempel kunne være opptatt av å styrke den psykiske helsen, da dette kan føre til at pasienten også takler de fysiske utfordringene bedre. Dette bygger på Antonovskys syn (18), hvor man hele tiden befinner seg på det han kaller for et kontinuum mellom helse og uhelse. Slik er helse noe vedvarende – helse er ikke av eller på, men man befinner seg hele tiden på en skala av helse.

1.2. Helsefremming

Helsefremming baserer seg også på Antonovskys teori om salutogenese. I stedet for å være opptatt av hva en sykdom skyldes, så retter man fokuset mot hvilke faktorer som bidrar til at pasienten går mer i pluss i helsekontinuumet. Man retter med andre ord fokuset mot hva det er som styrker pasienten (18). I helsefremming er man opptatt av å finne ressurser, velvære, trivsel og livskvalitet (11,19). Helsefremming blir av Verdens Helseorganisasjon definert som den prosessen som setter den enkelte, så vel som fellesskapet, i stand til å ta kontroll over forhold som virker inn på helsen (20). Slik kan man tolke at helsefremming er alt som kan påvirke helsen i positiv retning, men det er likevel vanlig å skille mellom det som er helsefremmende og det som er forebyggende og problemreducerende arbeid (21). Helsefremmende arbeid har derfor fokus på empowerment og bygging av ressurser (22).

1.3. Empowerment

Empowerment handler om å omfordele makt, for eksempel fra sykepleiere til pasientene. Hensikten er å styrke den enkeltes ressurser, uavhengighet og tro på seg selv. Ut fra dette kan man lese tre grunnleggende prinsipper i helsefremming; pasienten som ekspert på seg selv, medvirkning og maktfordeling. Empowerment fremstår dermed som et rammeverk for helsefremming. Å medvirke kan innebære at man spør pasienten selv hva han eller hun tenker er viktig, at man tar seg tid til dette og viser at man tar vedkommendes ønsker og behov på alvor. Medvirkning og annerkjennelse handler om å delta i beslutningsprosesser (11,21,23-24).

Verdens helseorganisasjon (20) definerer empowerment som en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse. I en slik prosess skal sykepleiere være pasientens samarbeidspartnere (23,25-26). I Norges offentlige utredning i 1998 ble empowerment beskrevet slik:

«Empowerment er å styrke den makt den enkelte eller gruppen måtte være i besittelse av for å endre og påvirke uhensiktsmessige forhold. Målet er at personene mer effektivt kan styre sine liv mot egne mål og behov. Det er en direkte forbindelse mellom empowerment og frigjøring» (27, s. 274).

Empowerment uttrykker dermed både et begrep, en prosess og et resultat i denne sammenhengen (11,23-24).

I denne studien blir et styrket selvbilde forstått som en ressurs og en bidragsyter til empowerment. Dette fordi det er avgjørende for personlig vekst (28). I følge Hummellvoll (28) er selvbilde hvordan vi oppfatter vår egen kropp rent funksjonelt og utseendemessig, og hvordan vi oppfatter at selvet kommer til uttrykk gjennom sosiale handlinger, fysiske holdninger, gjennom sanseorganene og gjennom måten vi kler og pynter oss på. En del av selvbilde er, ifølge Hummellvoll (28), også hvordan vi oppfatter oss selv ut fra idealer, moral og verdi.

1.4 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å undersøke nytteverdien av behandlingsstrømpe- sett. Den skal utforske hvordan behandlingsstrømper kan være et godt alternativ til den mer vanlige typen behandling med kompresjonsbind. Videre begrenser studien seg til å se på hva det er som gjør behandlingsstrømper helsefremmende. Formålet med denne studien er dermed å besvare følgende problemstilling:

Hvordan opplever sykepleiere at behandlingsstrømper kan være helsefremmende for pasienter med venøse leggsår?

2. Metode

Studien var et samarbeidsprosjekt mellom en medisinsk avdeling ved et universitetssykehus og sykepleierutdanningen ved NTNU. Oppdraget om å se nærmere på nytteverdien av behandlingsstrømper ble først gjennomgått i et digitalt møte med de involverte, dette på grunn av koronapandemien. Kvalitativ metode med bruk av semistrukturerte og individuelle intervjuer med åpne spørsmål ble benyttet i studien. Dette fordi den kvalitative metoden egner seg godt til å fange opp noens opplevelse og mening som ikke lar seg tallfeste. Den er spesielt godt egnet til å få fram helheten med en større forståelse, dybde, fylde, og særegenhet. Kvalitative intervju er også et godt alternativ når man er interessert i noens erfaringer, meninger og holdninger. Samtalene kan føre til en dypere forståelse av en persons følelser, intensjoner, meninger og tanker. Åpne spørsmål gjør dessuten at informantene selv kan være med å bestemme hva som tas opp i intervjuet, og sørger slik for mer kompleksitet og nyanser i resultatene (29,30).

2.1. Inklusjonskriterier og forskningsetiske betraktninger

På grunn av etiske retningslinjer og tidsomfanget for denne studien, så begrenser den seg til å benytte sykepleiere som kilde for datainnsamlingen. Det var ønskelig å bruke informanter med varierende arbeidserfaring og kjønn, men alle måtte ha erfaring med sårbehandling for å kunne besvare problemstillingen. Ledelsen på den medisinske avdelingen rekrutterte tre informanter fra spesialisthelsetjenesten, og veileder fra universitetet rekrutterte fire informanter fra kommunehelsetjenesten. Deltakelse i studien var frivillig og anonym. En redegjørelse for studiens hensikt og bakgrunn, samt bekreftelse på samtykke fra deltakerne, ble gjennomført muntlig med hjelp fra avdelingslederne på de ulike områdene informantene ble rekruttert fra. Informantene som valgte å delta fikk deretter tilsendt en mail med en beskrivelse av prosjektet, hvor en intervjuguide med spørsmålene vi skulle stille var vedlagt (se vedlegg 1). På grunn av tidsomfanget for studien ble ingen opptak av intervjuene utført, da dette ville medført søknadsplikt hos Regional komité for etikk (REK). Det ble ikke innhentet opplysninger som kan brukes til å identifisere enkeltpersoner direkte eller indirekte og studien var derfor ikke meldepliktig, ifølge Norsk senter for forskningsdata (NSD).

2.2. Datainnsamling

Data ble samlet inn ved hjelp av en intervjuguide. Dette valgte vi fordi relativt få enheter skulle undersøkes og fordi vi ønsket en dyp og grundig beskrivelse av fenomenet (30). Intervjuguiden ble utformet av to studenter og godkjent av veileder fra NTNU, samt ledelsen på den medisinske avdelingen. Vi gjennomførte også et pilotintervju i forkant av studien for å se om det var mange nok spørsmål og om de fungerte godt nok, noe vi konkluderte med at de gjorde. Vi var to studenter som samarbeidet under intervjuene, og vi byttet på hvem som stilte spørsmål og hvem som noterte underveis. Hvert intervju ble gjennomført digitalt på grunn av koronapandemien, og varte i omtrent én time. Underveis i intervjuene ble stikkord fra samtalene skrevet ned, med det vi anså som de viktigste poengene der og da. I tillegg forsøkte vi etter beste evne å skrive ned sitater som underbygget disse.

2.3. Analyse og tolkning

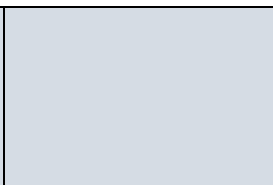
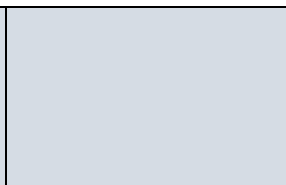
Samtidig som denne studien var et samarbeidsprosjekt så var det også et krav fra NTNU om at hver student skulle levere hver sin individuelle artikkel. Analysen av råmaterialet ble derfor gjennomført individuelt med hensyn til egen problemstilling. Analysen har en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming. Dette fordi man i fenomenologiske undersøkelser er oppmerksom på verden slik den konkret oppleves og erfares. Hermeneutikk betyr fortolkningslære. Å fortolke er å forsøke å finne frem til meningen i noe, eller forklare noe som i utgangspunktet er uklart (29). En fenomenologisk og hermeneutisk studie vil derfor forsøke å finne mening i konkrete opplevelser og erfaringer, og videre tolke hva dette kan bety. I denne studien ble sykepleiernes konkrete erfaringer og opplevelser med pasienter som bruker behandlingsstrømper tolket, og videre forsøkte jeg å forstå hva dette betyr for en pasients helsefremming.

Analysen ble gjennomført i fire hovedfaser inspirert av Malteruds strategi for analyse av kvalitative data (31). I første fase av analysen leste jeg gjennom stikkord og sitater fra intervjuene og dannet meg et helhetsinntrykk. I andre fase gikk jeg gjennom notatene på nytt for å finne ulike tekstelementer, såkalte meningsbærende enheter (30), som ga kunnskap og informasjon om problemstillingen. Deretter ble en sortering gjennomført ved at de meningsbærende enhetene ble kopiert ut og limt inn i en tabell, som gav ulike helsefremmende kategorier, som eksemplifisert i tabell 1. Dette ble gjort som alternativ til koding med farger eller merkelapper etterfulgt av kondensering – fase tre, i Malteruds fremgangsmåte (30). I løpet av denne prosessen ble de helsefremmende hovedkategoriene også justert. Noen hovedkategorier ble også til subkategorier under nye hovedtema. Ulike subkategorier ble også utledet av enkelte hovedkategorier. Til slutt sto fem hovedkategorier igjen, med tolv sub- kategorier, som vist i tabell 2. I den fjerde fasen ble materialet gjort om til en sammenfattet beskrivelse, en analytisk tekst med nye begreper og beskrivelser tolket ut fra materialet. For å vurdere om inntrykket man kan få av det opprinnelige materialet var i tråd med resultatene, ble notatene lest gjennom ved flere anledninger i etterkant.

Tabell 1. Eksempel på analyse fra meningsbærende enhet til hovedkategori/funn

Meningsbærende enheter (stikkord fra intervju)	Subkategori	Hovedkategori/funn
<ul style="list-style-type: none">- Pasienter kan bli mer uavhengig av hjelp fra andre, kan bytte og ta av og på strømpe selv.-Pas. blir mer låst med kompresjonsbind. som må byttes 1-2 ganger i uka.- Man slipper mange avtaler noe som innskrenker friheten. De får mer fri til å gjøre sine greier hva det nå enn er.-pasienten blir selvhjulpen- pas uavhengig av hjelp-pasientene som bruker dette er ofte ikke innom poliklinikken over lengre tid	Behandlingsstrømper fører til mer frigjort tid	Økt sosial deltakelse

-Hvis pas kan bruke strømper selv så slipper man å linne, såret gror fortere og det blir mindre stell og besøk osv.
-Hjemmesykepleien vil kunne bruke mindre tid på sårskift



3. Resultat

Deltakerne i denne studien besto av til sammen sju kvinnelige sykepleiere med ulik arbeidserfaring i alderen 28-65 år fra tre ulike avdelinger. Tre av de arbeidet i spesialisthelsetjenesten, mens fire arbeidet i hjemmesykepleien. Felles for alle informantene var at de hadde et spesielt ansvar for sårbehandling og var utnevnt som ressurspersoner for dette, og utgjorde på denne måten en ekspertgruppe. Fire av informantene hadde også erfaring med pasienter som brukte behandlingsstrømper.

Gjennom analysen av intervjuene ble det avdekket flere forhold ved behandlingsstrømpene som kan tenkes å være helsefremmende, som vist i tabell 2.

Tabell 2. Hovedkategorier og subkategorier

Hovedkategorier				
Økt sosial deltakelse	Økt fysisk aktivitet	Forbedret selvbilde	Økt kontroll og motivasjon	Velvære
Sub- kategorier				
Mer frigjort tid	Mer frigjort tid	Mer uavhengig	Større tillit og tro	Luftigere
Mer anonym	Mindre engstelse	Mer aktiv		Mer hygienisk
	Mindre klumpete og i veien	Mer anonym		Mindre smerter

3.1. Økt sosial deltakelse

Flere av sykepleierne fortalte at behandlingsstrømpe- sett har en tynn innerstrømpe som er glatt med bomull inn mot huden og med en tynn ytterstrømpe som glir lett over.

Behandlingsstrømper er mer anonyme med et mindre skjemmende utseende, som kan føre til at færre pasienter isolerer seg.

(Informant 2)

De mener dette gjør at behandlingsstrømper oppleves mindre invaderende for pasienten fordi den ikke er like ruvende og synlig. Dette kan føre til økt sosial deltakelse.

Sykepleierne forteller også at behandlingsstrømper krever færre konsultasjoner fra sykepleiere og annet helsepersonell, og vil dermed også kunne frigjøre mer tid til sosiale arrangement, reiser og aktiviteter.

Folk blir mer selvhjelpen, de slipper å få hjelp, de slipper timeavtaler og kan gjøre mer selv, som vil være bedre for de fleste.

(Informant 3)

Slik mener de behandlingsstrømpen representerer en form for frigjøring hvor pasienten i større grad kan fokusere på egne mål og behov.

3.2. Økt fysisk aktivitet

Flere av sykepleierne ser at behandlingsstrømper er mindre klumpete og store på foten til pasientene i forhold til kompresjonsbind. Behandlingsstrømper sklir heller ikke ned like lett og løsner ikke opp, slik kompresjonsbind har en tendens til å gjøre.

Pasienten slipper å være redd for at bandasjen blir våt eller ødelagt, de slipper redselen for at bandasjen sklir ned.

(Informant 5)

I følge flere av informantene kan dette føre til økt mobilitet i seg selv, og til at færre pasienter engster seg for at kompresjonen skal bli ødelagt som følge av fysisk aktivitet. Man kan i større grad fokusere på den fysiske aktiviteten – og eventuelt gleden ved denne, når man slipper å tenke på kompresjonen hele tiden. Slik kan terskelen for å bedrive fysisk aktivitet også bli lavere. Mer uavhengighet vil også kunne frigjøre mer tid til fysisk aktivitet på samme måte som sosiale aktiviteter. Slik bidrar den både til mer frigjort tid og mulig også til bedre kvalitet i denne tiden. Økt fysisk aktivitet vil også kunne bedre sårtilhelingen.

3.3. Forbedret selvbilde

Å bruke mindre tid på å være pasient vil også kunne påvirke hvordan man ser på seg selv, forteller sykepleiere. For mange vil det å være avhengig av hjelp fra andre oppleves negativt for selvbilde.

Behandlingsstrømper kan ha stor innvirkning på livskvalitet ettersom det for mange vil muliggjøre at pasienten kan dra på jobb og delta på fritidsaktiviteter.

(Informant 7)

Å kunne være en person med mulighet for å være sosial, aktiv, i jobb og med fritidsaktiviteter, gjør noe med hvordan man tolker seg selv. En av sykepleierne peker også på at behandlingsstrømper kan føre til at mange vil slippe å ha sykehusseng i sitt eget hjem, noe som er et krav ved bruk av kompresjonsbind i hjemmetjenesten. Hjemmet utgjør en del av vår selvoppfattelse, og mange opplever nok det å ha en sykehusseng i hjemmet sitt som en motsetning til sine egne idealer. Å føle seg mindre som en pasient vil for mange også være viktig for hvor verdifull man oppfatter seg selv.

En pasient med en mindre ruvende kompresjon som er mindre i veien, vil nok tenke at den er en mindre del av seg selv.

(Informant 2)

En behandlingsstrømpe ligner helt vanlige nylonstrømper og vil derfor oppleves mindre sykkelig, forteller sykepleiere.

Pasientene blir mer uavhengig av hjelp fra andre når de kan bytte og ta av og på strømpene selv. Ikke alle vil ha hjelp i hjemmet.

(Informant 4)

Den økte uavhengigheten kan bidra til at pasienten styrkes og i større grad kan takle hverdagslivets utfordringer.

3.4. Økt kontroll og motivasjon

Av samtalene kommer det også frem at behandlingsstrømper har en forutbestemt kompresjon som tilpasses pasienten. Denne kompresjonen vil holde seg konstant i lengre perioder. Med dette mener de at pasienten kan føle seg tryggere på at kompresjonen og behandlingen er riktig over tid.

Pasienten kan være trygg på at kompresjonen er i orden

(Informant 3)

Behandlingsstrømper sikrer en jevn og adekvat kompresjon med mindre sjanse for komplikasjoner, forteller sykepleierne. Slik vil pasienten kunne få styrket tillit til at selve behandlingen fungerer, og en større tro på at såret vil gro. Pasienten vil også kunne oppleve større kontroll over sin egen helse, ettersom man kan ta av og på disse strømpene selv.

Jeg tror dette vil sykeliggjøre dem mindre. Jeg tror de vil føle seg mer motivert av en sånn strømpe, fordi de får ta del i det som foregår. Økt selvbestemmelse kan øke motivasjonen og kanskje pasientene får mer lyst til å ta mer tak selv.

(Informant 1)

Pasienten får et verktøy som han eller hun kan bruke, og blir på denne måten myndiggjort.

3.5. Velvære

Flere av sykepleierne understreker også at behandlingsstrømper er mer luftige og behagelige å ha på seg. De er ikke like varme og ukomfortable som kompresjonsbind. I tillegg har pasienten eller brukeren mulighet til å luften foten dersom han eller hun ønsker de. Brukeren kan også velge å ta av strømpene ved dusjing. Pasienten kan også velge og ta av kompresjonen og legge beina høyt en stund dersom smertene blir for voldsomme, forteller de.

4. Diskusjon

Gjennom analysen av intervjuene ble det avdekket flere forhold som viser at behandlingsstrømper kan være helsefremmende for pasienter med venøse leggsår. Sykepleiernes erfaringer kan oppsummeres i fem hovedkategorier; økt sosial deltakelse, økt fysisk aktivitet, styrket selvbilde, økt kontroll og motivasjon, og velvære. På lik linje med vår undersøkelse, viser også Dowsett (9) til at denne typen behandlingsstrømper kan styrke en pasient både fysisk og emosjonelt, hvor pasienten får økt mulighet til å opprettholde en aktiv livsstil. Dette gjelder selvfølgelig i større grad pasienter som er i stand til å ta av og på strømpene selv, og som har mulighet til forflytning for eksempel. Dowsett (9) understreker også at ikke alle pasienter er like motivert for å gjøre mer selv på egen hånd. Bruken av denne typen behandling krever at pasienten selv tenker at dette er en god idé, som peker mot en av grunnpilarene for empowerment, nemlig pasienten som ekspert på seg selv (23). Som sykepleier bør man derfor vurdere om pasienten selv mener dette er en god idé. Man må ta pasienten på alvor og vise at pasientens meninger er viktige. Dette vil kunne føre til en følelse av økt kompetanse og selvbestemmelse for brukeren, og da er det også større sjanse for at behandlingsmetoden vil virke helsefremmende (22,26). Dette er også viktig for å skape motivasjon (32).

Samtidig må man ikke glemme at sykepleieren er en samarbeidspartner i denne sammenhengen, og for mange vil det kanskje hjelpe å forstå hvordan denne behandlingsmetoden fungerer og hva det er som kan være fordelaktig før man tar en beslutning. Tveiten beskriver veiledning som et middel i empowermentprosessen (23). Hun beskriver veiledning som en istandsettingsprosess hvor pasienten blir i stand til å mestre. Slik kan veiledning i bruk av disse behandlingsstrømpene bidra til empowermentprosesser hos pasienter med venøse leggsår. Bruk av behandlingsstrømper kan være noe sykepleier lærer bort, og som pasienten blir i stand til å mestre. Et hvert møte representerer også mulighet for god profesjonell kommunikasjon, som alltid vil ha et helsefremmende og motiverende formål (32).

En annen studie viser at behandlingsstrømpe- sett fører til at pasienten kan selvadministrere behandlingen, med hjelp av instruksjoner fra sykepleier (33). Studien påpeker også at aktive leggsår ofte vil trenge hyppige observasjoner og håndtering av store mengder eksudat. Kompreser som kan håndtere store mengder eksudat passer ikke nødvendigvis inn under en behandlingsstrømpe, og kompresjonen kan i noen tilfeller hindre kompressen i å absorbere fullt ut. Behandlingsstrømper vil derfor som regel kun kunne brukes hos pasienter med leggsår hvor mengden eksudat er moderat og i ferd med å avta (33). Dette bør sykepleier derfor vurdere før behandlingsstrømper kan tenkes å være helsefremmende. Man bør med andre ord ikke glemme det problemreduserende og sykdomsforebyggende aspektet selv om man tenker helsefremming. Selv om vår studie viser at behandlingsstrømper både kan virke motiverende, skape håp og økt kontroll hos brukeren, så er det viktig å understreke at de kan ha motsatt effekt dersom de brukes på feil tidspunkt i en sårhelingsprosess.

Ian Payne forteller hvordan han selv har opplevd bruken av behandlingsstrømper i tidsskriftet «*Journal of Community Nursing*» (34). Han bekrefter også hvordan behandlingsstrømpen kan være helsefremmende gjennom at kompresjonen i mindre grad blir et hinder for å kunne leve mer normalt. Her er et sitat fra artikkelen som underbygger opplevelsen fra hans perspektiv:

As soon as I tried on the hosiery kit I felt relieved — not only was I able to go on holiday and independently care for my leg, I also continued to wear the hosiery kit when I returned home and, to my surprise, one month later the ulcer was healed

(33, s.64).

Ian fortalte også hvordan behandlingsstrømpene fikk han til å føle seg mer som et menneske, mer normal og sivilisert (34). Sykepleiernes erfaringer i vår studie peker på noe lignende, som forklart i avsnittet om styrket selvbilde. Ian forteller også at han følte seg mer komfortabel, og at han nå kunne gjøre ting som han før tok for gitt, slik som å dusje og å ha på seg normale sko. Det samme bekrefter resultatene fra vår studie. For mange vil dette sikkert fremstå som nokså små og ubetydelige detaljer, men slik denne brukeropplevelsen viser, og slik teori om helsefremming og empowerment understreker, så er det nettopp slike fenomen man bør være på jakt etter som sykepleier, for å kunne styrke en pasients ressurser til å komme seg ut av avmakten en slik livssituasjon kan representere. Ian forteller også hvordan behandlingsmetoden har bidratt til økt forståelse av hvorfor venøse leggsår bør behandles med kompresjon, og har gitt han en større tillit til at det fungerer. Sykepleiere i vår studie peker også på at pasientene får mer tillit og motivasjon i behandlingen. Vår studie og Ians erfaringer viser dessuten at pasientene kan bli mer aktive som følge av behandlingsstrømpene, noe som i seg selv vil kunne gi forbedret sirkulasjon og dermed også bedre sårheling (35,36).

Denne brukeropplevelsen er selvfølgelig bare én persons opplevelse. Empowerment handler som nevnt om å styrke en persons ressurser gjennom å legge til rette for medvirkning, å anerkjenne pasienten som ekspert på seg selv og å omfordele makt. Ifølge Tveiten er dette lettere sagt enn gjort (23). Å benytte seg av denne behandlingsstrømpen som et alternativ kan være en måte å styrke pasienten på, men empowerment forutsetter ressurser i form av bevissthet og vilje til å ta kontroll (23). Denne bevisstheten og viljen kan variere fra pasient til pasient. Ulike pasienter har dessuten ulike forutsetninger, og kanskje er det ikke akkurat på dette området pasienten har mulighet for, eller et ønske om mer kontroll? Kanskje er det andre områder av behandlingen man bør rette søkelyset mot? Tveiten peker også på at det å velge å ikke medvirke også er en form for medvirkning (23). Hos mange pasienter kan det også tenkes at flere møter med sykepleiere vil være helsefremmende på grunn av muligheten for helsefremmende interaksjon (11,37). Vår studie med flere (8-9,33) viser at behandling med behandlingsstrømpen kan føre med seg færre sykepleiekonsultasjoner, og da vil også vinduet for helsefremmende interaksjon kunne bli mindre. Dialogen er dessuten hovedformen for veiledning ifølge Tveiten (23). Noe av det viktigste man gjør som sykepleier kan foregå i kommunikasjon i relasjoner til den som ønsker endring (38). Slik vil behandlingsstrømper også kunne representere et minus for helsefremming. At strømpen frigjør mer tid til sosiale aktiviteter, reiser og lignende betyr ikke nødvendigvis at den frigjorte tiden blir brukt på denne måten, eller at denne tiden blir fylt med annet helsefremmende innhold. Kanskje bruken av

denne behandlingsstrømpe i noen tilfeller kan føre til mer isolasjon og mindre daglig kontakt med andre, og slik skape en dårligere helse for enkelte.

4.1. Kliniske implikasjoner

Som diskusjonen har vært inne på vil behandlingsstrømper kunne ha både fordeler og ulemper når det gjelder helsefremming. Viktig for sykepleiere med ansvar for sårbehandling vil uansett være å ha kjennskap til dette behandlingsalternativet og i hvilke situasjoner de kan virke helsefremmende, slik at de blir i stand til å informere pasientene sine om dette. Det er viktig at sykepleieren sammen med pasienten tar ansvar for å utforske om dette kan være et godt alternativ eller ikke. Slik kan behandlingsstrømper være en del av sykepleierens verktøykasse i møte med pasienter med venøse leggsår.

4.2. Studiens styrker og svakheter

I følge Thurén (39) vil hermeneutikken forstå og ikke bare forklare, og legger til at tolkning er en usikker virksomhet. Ifølge Dalland er det sjelden en tolkning lar seg teste intersubjektivt (29). Slik vil resultatene av denne studien kunne tolkes på mange forskjellige måter, for andre kan legge en annen betydning i funnene enn det som er gjort i denne studien. Studien baserer seg på samtaler som har påvirket datainnsamlingen (30). Samtalene har foregått i en kontekst, og i tillegg har vi brukt oss selv som instrument i denne sammenhengen. En annen forsker vil aldri kunne gjennomføre en studie under de samme forholdene som oss. En annen forsker vil også alltid ha en annerledes erfaringsbakgrunn og forståelseshorisont, som vil føre til ulike tolkninger (30). Malterud peker på at få mennesker snakker slik at en direkte gjengivelse av samtalen gir en gyldig gjengivelse av det som ble sagt og hørt. Når muntlig samtale omsettes til skriftlig tekst, skjer det alltid en fordreining, også ved detaljert gjengivelse av ord for ord (40). Spesielt for denne studien var også at vi noterte stikkord underveis i samtalene, det ble ikke gjort opptak, noe som kan ha bidratt til ytterligere misforståelser og unøyaktigheter.

Etter innledende pilotintervju konkluderte vi med at vi syntes intervjuguiden fungerte bra i denne studien. Spørsmålene var åpne og ikke for ledende etter vår mening. Intervjuguiden førte til flere overraskende svar og flere sider ved behandlingsstrømpe- sett vi ikke hadde tenkt på fra før. Informantene bidro med personlige og detaljerte beskrivelser av konkrete opplevelser med de ulike behandlingsmetodene. Alle informantene som bidro, hadde også erfaring med pasienter som brukte kompresjonsbind eller behandlingsstrømper. Dette er en styrke med studien ettersom man i kvalitative studier ønsker seg fylldige beskrivelser fra informanter som er rike på informasjon om problemstillingen (30). De som ikke hadde erfaring med behandlingsstrømper, bidro i mindre grad til å besvare problemstillingen enn de som hadde erfaring med disse. Likevel viste de – og bekreftet indirekte, noen helsefremmende fortrinn ved behandlingsstrømpe gjennom å påpeke ufordelaktige forhold ved kompresjonsbind. Likevel kan en svakhet med denne studien ha vært at informantene samlet sett hadde for lite erfaring med fenomenet. En annen svakhet kan ha vært mangelen på pasienter eller brukere av behandlingsstrømper blant informantene. Dette ville gitt studien et rikere resultat.

Moment som kunne styrket validiteten til resultatene i denne studien er bruk av flere metoder slik som for eksempel en kombinasjon av observasjon og intervju. Man kunne også tilbakeført resultatene til informantene for å få de bekreftet, eller latt andre kompetente personer analysere det samme datamaterialet for å se om de kommer frem til samme fortolkning (30). En svakhet i min analyse var derfor at det kun var jeg som vurderte om min tolkning var i tråd med inntrykket man kan få av det opprinnelige materialet. Jeg har både gjort et utvalg av det jeg har ansett som relevant for problemstillingen, og jeg har tolket betydningen av dette uten at noen har sett på det og sagt seg enig i mine tolkninger. Men samtidig har jeg forsøkt å ha et åpent sinn i analysen og å være så tro og nøyaktig til dataene som mulig.

Denne studien ble som nevnt initiert av ledelsen på en medisinsk avdeling. Denne avdelingen utgjør et avgrenset miljø hvor man utelukkende hadde positive erfaringer med behandlingsstrømpene. Dette miljøet endte samtidig opp med å utgjøre tre fjerdedeler av de med behandlingsstrømpe-erfaring blant informantene. Slik ble dette miljøet mulig overrepresentert i utvalget og resultatene ville kanskje vært mer gyldig dersom en større andel av de tyngst veiende informantene hadde kommet fra andre miljø. Resultatet ville også mulig vært mer gyldig dersom et større antall informanter hadde deltatt. Samtidig er ikke representativitet et mål i seg selv for kvalitativ forskning (30).

4.3. Konklusjon

Resultatene og diskusjonen viser at behandlingsstrømpen kan være helsefremmende på flere områder for pasienter med venøse leggsår. Effekten av strømpene kan synes å være økt sosial deltakelse, økt fysisk aktivitet, styrket selvbilde, velvære, motivasjon og kontroll. Dette gjelder imidlertid ikke for alle pasienter da helsefremming og empowerment synes å være styrt av bevisste og villige pasienter. Det er også et potensial for redusert sykepleierkontakt som kan tenkes å ha negative konsekvenser for enkelte pasientgrupper. Viktig for sykepleiere med ansvar for sårbehandling vil uansett være å ha kjennskap til dette behandlingsalternativet og i hvilke situasjoner de kan være helsefremmende. Videre studier på området burde etterstrebe å ha en bredere sammensetning av informanter fra flere ulike miljø, hvor brukere av behandlingsstrømper og pårørende av disse også er inkludert.

Referanser

1. Guest JF, Ayoub N, McIlwraith T, Uchegbu I, Gerrish A, Weidlich D, mfl. Health economic burden that wounds impose on the National Health Service in the UK. *BMJ Open*. 2015;5(12).
2. Jäbrink K, Gao N, Sönnnergren H, Schmidtchen A, Pang C, Bajpai R, mfl. The humanistic and economic burden of chronic wounds: a protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2017;6(1).
3. Ashby R L, Gabe R, Ali S, Saramago P, Chuang L, Adderley U, mfl. VenUS IV (Venous leg Ulcer Study IV) - compression hosiery compared with compression bandaging in the treatment of venous leg ulcer: a randomised controlled trial, mixed-treatment comparison and decision-analytic model. *The Lancet*. 2014;383(9920).
4. Anand SC, Nettleton R, Praburaj DV. Health-related quality of life tools for venous-ulcerated patients. *Br J Nurs*. 2013;12(1).
5. Abbade LPF, Lastória S. Venous ulcer: epidemiology, physiopathology, diagnosis and treatment. *Int J Dermatol*. 2005;44(6).
6. Wyller VBB. Hudsykdommer. I: Syk - Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2019.
7. Finlayson K, Courtney M, O'Brien JA, Parker CN, Edwards HE. The effectiveness of a four-layer compression bandage system in comparison with Class 3 compression hosiery on healing and quality of life in patients with venous leg ulcers: a randomised controlled trial. *Int Wound J*. 2012;11(1).
8. Ashby R L, Gabe R, Ali S, Adderley U, Bland M J, Cullum N A, mfl. Clinical and cost-effectiveness of compression hosiery versus compression bandages in treatment of venous leg ulcers (Venous leg Ulcer Study IV, VenUS IV): a randomised controlled trial. *Health Technol Assess J*. 2014;18(57).
9. Dowsett C. Transforming venous leg ulcer management: opportunities for self-care solutions. *Wounds UK*. 2021;17(1).
10. Kristoffersen N J, Nortvedt F, Skaug E, Grimsbø (red.) G H,. Grunnleggende sykepleie 1. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
11. Haugan G, Rannestad T. Helsefremmende sykepleie i spesialisit- og kommunehelsetjenesten. I: Helsefremmende sykepleie -- i teori og praksis. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.
12. Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64) [Internett]. 2021 [sitert 22. januar 2021]. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
13. Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) [Internett]. 2001 [sitert 22. januar 2021]. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=brukerrettighet>
14. Folkehelseloven. Lov om folkehelsearbeid (LOV-2020-06-19-89) [Internett]. 2020 [sitert 22. januar 2021]. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=brukerrettighet>
15. Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30) [Internett]. 2011 [sitert 22. januar 2021]. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven>
16. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen [Internett]. 2009 [sitert 22. januar 2021]. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

17. Larsen T B,. Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I: Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.
18. Antonovsky A. Helsens mysterium - Den salutogene modellen. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
19. Espnes GA, Lindström B. Salutogenese - et viktig sted for å forstå helse? I: Helsefremming i kommunehelsetjenesten. 1. utg. Trondheim: Cappelen Damm Akademisk; 2014.
20. World Health Organization. The Ottawa Charter for health promotion. I Geneve: WHO; 1986.
21. Rannestad (red.) T, Haugan G. Helsefremming i kommunehelsetjenesten. 1. utg. Trondheim: Cappelen Damm AS; 2018.
22. Mittelmark M B, Kickbusch I, Rootman I, Scriven A, Tones K. Helsefremmende arbeid -- ideologier og begreper. I: Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.
23. Tveiten S. Empowerment og veiledning. I: Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.
24. Kristoffersen N J, Nortvedt F, Skaug E, Grimsbø (red.) G H,. Grunnleggende sykepleie 3. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
25. Askheim OP, Starrin B. Empowerment i teori og praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007.
26. Tveiten S. Den vet best hvor skoen trykker...Om veiledning som middel i empowermentprosessen. Bergen: Fagbokforlaget; 2007.
27. NOU 1998:18. Det er bruk for alle -- Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. Sosial- og helsedepartementet; 1998.
28. Hummelvoll J K. Helt -- ikke stykkevis og delt. 7. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
29. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 7. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2020.
30. Christoffersen L, Johannessen A, Tufte PA, Utne I. Forskningsmetode for sykepleierutdanning. Oslo: Abstrakt forlag; 2015.
31. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
32. Eide H, Eide T. Hva er god, profesjonell kommunikasjon? I: Kommunikasjon i relasjoner. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
33. Coull A. Self-management of leg ulceration using a compression hoisery kit: considerations for service delivery. Br J Community Nurs. 2013;18(9).
34. Payne I, Hutchinson K. What is the patient experience of healing in a hosiery kit? J Community Nurs. 2015;29(5).
35. Langøen A, Gürgen M. Sårhelingsprosessen - enkelt forklart. Sykepleien. 2019;2.
36. Langøen A, Gürgen M. Sårbehandling, generelle prinsipper. I: Sårbehandling og hudpleie. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
37. Haugan G. Helsefremmende interaksjon. I: Helsefremming i kommunehelsetjenesten. 1. utg. Trondheim: Cappelen Damm Akademisk; 2018.
38. Haugan PS, Sætertrø O. Motiverende intervju - helsefremmende samtale. I: Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.
39. Thurén T. Vitenskapsteori for nybegynnere. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
40. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning -- forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskr Den Nor Legeforening. 2002;(25).

Vedlegg 1

Intervjuguide

1. Hvilke erfaringer har du med bruk av kompresjonsbind?
 - a. Kompetanse?
 - b. opplæring/informasjon om det?
 - c. konkrete erfaringer/hendelser?
 - d. i forbindelse med venøse sår?

2. Hvilke erfaringer har du med bruk av behandlingsstrømper (også kalt sårstrømper)?
 - a. Kompetanse?
 - b. opplæring/informasjon om det?
 - c. konkrete erfaringer/hendelser?
 - d. i forbindelse med venøse sår?

3. I hvilke tilfeller mener du det er riktig å bruke kompresjonsbind?
4. I hvilke tilfeller mener du det er riktig å bruke behandlingsstrømper?
5. Hvilke fordeler ser du med kompresjonsbind?
6. Hvilke fordeler ser du med behandlingsstrømper?
 - a. ser du noen fordeler i forhold til brukermedvirkning?
 - b. ser du noen fordeler i forhold til myndiggjøring av pasientene?
 - c. ser du noen fordeler i forhold til livskvalitet?
 - d. ser du noen fordeler mtp. ressursforbruk?

7. Hvilke ulemper ser du med kompresjonsbind?
 - a. ser du noen ulemper i forhold til brukermedvirkning?
 - b. ser du noen ulemper i forhold til myndiggjøring av pasientene?
 - c. ser du noen ulemper i forhold til livskvalitet?
 - d. ser du noen ulemper mtp. ressursforbruk?

8. Hvilke ulemper ser du med behandlingsstrømper?
 - a. ser du noen ulemper i forhold til brukermedvirkning?
 - b. ser du noen ulemper i forhold til myndiggjøring av pasientene?
 - c. ser du noen ulemper i forhold til livskvalitet?

d. ser du noen ulemper mtp. ressursforbruk?

9. Hva legger du i brukermedvirkning? Hva tenker du om dette?

10. Hvilke forskjeller ser du mellom kompresjonsbind og behandlingsstrømper?

11. Hvordan virker behandlingsstrømper inn på dine arbeidsoppgaver?

- a. Arbeidsflyt? Kortere tid, pasientene som bruker dette er ofte ikke innom poliklinikken over lengre tid.
- b. rutiner?
- c. resultater?
- d. tidsforbruk?

12. Hvordan virker kompresjonsbind inn på dine arbeidsoppgaver?

- a. Arbeidsflyt?
- b. rutiner?
- c. resultater?
- d. tidsforbruk?

13. Hvor økonomisk tenker du at kompresjonsstrømper er i forhold til behandlingsstrømper?

- a. tidsbruk?
- b. pengebruk?
- c. materialforbruket?
- d. annen ressursforbruk?
- e. Hvordan?

