

Anonym

# VENØSE LEGGSÅR

## Fra et sykepleieperspektiv: Hvilke fordeler synliggjøres ved bruk av behandlingsstrømper som kompresjonsbehandling for venøse leggsår?

PROSJEKTACHELOR. Antall ord: 4868

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2021



Anonym

**VENØSE LEGGSÅR**  
**Fra et sykepleieperspektiv: Hvilke**  
**fordeler synliggjøres ved bruk av**  
**behandlingsstrømper som**  
**kompresjonsbehandling for venøse**  
**leggsår?**

PROSJEKTACHELOR. Antall ord: 4868

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

**Introduksjon:** Bakgrunn for studien er at en medisinsk klinikk i spesialisthelsetjenesten ønsket å få belyst bruken av behandlingsstrømper ved venøse leggsår. Venøse leggsår er sår som er forårsaket av en form for venøs svikt i beina. Venøse leggsår behandles i hovedsak med kompresjonsbehandling, enten ved kompresjonsbind eller ved behandlingsstrømper. Målet er at det skal være en kompresjonsgrad på 40mmHg. Studien retter seg mot hvilke fordeler bruken av behandlingsstrømper kan medføre.

**Metode:** For å sikre en god datasamling ble det benyttet en kvalitativ metode. Det ble utarbeidet en semi-strukturert intervjuguide som ble sendt ut til avdelingene informantene jobbet i. Det ble i alt utført syv dybdeintervjuer, med informanter fra spesialist- og kommunehelsetjenesten. Intervjuene ble utført i tidsrommet mars-april 2021.

**Resultater:** Funn fra denne studien viser at behandlingsstrømper har flere kliniske fordeler der en konstant adekvat kompresjon og likhet i utført arbeid gir et tilfredsstillende resultat. Videre tilsier funn at bruk av behandlingsstrømper kan gi psykososiale fordeler som høy grad av empowerment, brukermedvirkning og høyere livskvalitet. Det er også funn som tilsier at behandlingsstrømper både kan være material- og tidsbesparende. Det kommer også frem at behandlingsstrømper ikke egner seg til sår som er for store og væskende.

**Konklusjon:** Behandlingsstrømper gir ikke en dårligere klinisk effekt enn kompresjonsbind. Det kan være flere økonomiske fordeler med behandlingsstrømper som material- og tidsbesparing, og i lys av fagutvikling er dette drøftet. Studien viser også flere psykososiale fordeler der pasientenes delaktighet og empowerment skiller seg mest ut.

## Abstract

**Introduction:** The background of the study was a request from a medical department in the secondary health care in Norway. They wanted a study on the use of compression hoisery/stockings in the treatment for venouse leg ulcers. Venouse leg ulcers are wounds caused by some form of venouse failure in the legs. The primary treatment method of venouse leg ulcers is compressiontreatment, either with compression bandages or compression hoisery/stockings. The degree of the compression should be at 40mmHg. This study aims at which benefits the compression hoisery/stockings can result in.

**Method:** To secure the information gathering was of a significant value for the study, it was used a qalitative method. It was prepared a semi-structured interviewguide which was sent out to the departments where the informantes was employeed at. In total, it was preformed seven in-depht interviews, with informantes from the primary- and secondary health care. The interviews was done in the timframe of March-April 2021.

**Results:** Findings from this study implicates that there are several clinical benefits from the use of compression hoisery/stockings, where a constant adequate compression og similarity in the execution of the procedure gives a satisfactory result. Furthermore, findings also implicate several psychosocial benefits, such as empowerment, user participation and a higher experiance of quality of life. There are also findings that implicates both material- and timesaving advantages in the use of compression hoisery/stockings. Finally, findings also suggest that hoisery/stockings-treatment is not suitable for all venouse leg ulcers, given the degree of amount of seriousness of the wound.

**Conclution:** The clinical effect of compression hoisery/stockings compared to compression bandages are similar. Findings suggests that the hoisery/stockings has several economic benefits given the material- and timesaving advantages. The study also implicates several psychosocial benefits, such as user participation and empowerment.

## 1.0 Introduksjon

Denne studien er et samarbeidsprosjekt mellom Sykepleierutdanningen ved NTNU-Trondheim og en medisinsk klinikk i spesialisthelsetjenesten. Ledelsen i klinikken ønsket å få belyst bruken av behandlingsstrømper ved venøse leggsår og eventuelle fordeler og ulemper med dette.

### 1.1 Venøse leggsår og behandling

#### 1.1.1 Venøse leggsår

Et venøst leggsår er leggsår som er forårsaket av en form for venøs dysfunksjon (1,2). Venøse leggsår oppstår i regionen på benet fra under ankelen og opp til midten av leggen (3). De patologiske årsakene kan være medfødt klaffefeil eller ved nedsatt aktivitetsnivå, barnefødsler og overvekt der en trombose setter klaffen ut av funksjon (2). Dette medfører at tyngdekraften vil holde blodet nede i beina ettersom klaffene ikke klarer å låse av når hjertet pumper blodet, som over tid medfører til at åreveggene spiles ut og flere klaffer vil slutte å fungere. Dermed vil det bli en overvekt av væske som siver ut i vevet og skaper ødemer. Denne væsken inneholder også avfallsstoffer som skaper irritasjon i både hud og underhud, og over tid vil dette resultere i at det oppstår sår, nærmere bestemt venøse leggsår (2). Disse sårene kan ha en tilhelings tid på flere uker eller måneder og forskning viser at mellom 18-28% opplever tilbakefall (3). En annen forskning viser at det kan være så mye som opp mot 52% (4). Venøse leggsår oppleves også som smertefulle, illeluktende og kan påvirke den rammede i stor grad når det kommer til mobilitet og livskvalitet (3).

#### 1.1.2 Kompresjonsbehandling

Den mest effektive måten å behandle venøse sår på er å bruke kompresjonsbehandling (5). Ved å påføre et gradert trykk, høyest ved ankelen og redusert til kneet (3,6), vil man kunne gjenopprette funksjonen til veneklaffene ved at muskulaturen får en ytre motstand og at veneveggen presses tilbake til tilnærmet normaltilstand. Væsken trekker tilbake i normal sirkulasjon (2).

Det finnes ulike former for kompresjonsbehandling, og denne studien har tatt sikte på kompresjonsbind og kompresjonsstrømper, nærmere bestemt behandlingsstrømper.

Kompresjonsbind, den mest brukte og tradisjonelle metoden, er bandasje med spesielle egenskaper som bandasjeres, eller linner, rundt beina med en ønskelig kompresjon rundt 40mmHg (3). Ved bruk av denne metoden kreves det ferdigheter fra sykepleieren for at arbeidet blir gjort riktig for at tilhelingen skal bli tilfredsstillende (3). Det finnes ulike støtteanordninger for utstyr. Ved sår som behandles hos fastlege, kan delvis av beløpet tilbakebetales av Helfo. Ved sår som behandles av hjemmesykepleien er det kommunene som betaler hele beløpet (7,8).

Behandlingsstrømper er et nyere alternativ. Det består av to strømper, en inner- og en ytrestrømpe, som tilsammen gir et trykk på 40mmHg (9). Strømpene er praktiske, mer anonyme enn bandasjer og forskning viser at det også kan være et bedre økonomisk alternativ (3). Det finnes pr i dag ingen støtteanordninger til behandlingsstrømper. Et sett med behandlingsstrømper har en veiledende pris på ca. 1000 NOK (10).

### 1.1.3 Pasientgruppe

Leggsår er et utbredt problem blant befolkningen. Hyppigheten ligger på mellom 0,1-1 prosent, men stiger til tre til fire prosent ved personer over 65 år, der kvinner er mest utsatt. Mellom 70-80% av leggsår er venøse leggsår (11).

## 1.2 Helsefremming i sykepleieryrket

### 1.2.1 Helsefremming

Haugan og Rannestad sier at Verdens Helseorganisasjon, WHO, definerer helsefremming som den prosessen som setter den enkelte, så vel som fellesskapet, i stand til å ta kontroll over forhold som virker inn på helsen (12). Ved å ta utgangspunkt i at sykepleierens rolle også innebærer å ha ansvar for å fremme helse (13), kan man rette fokus på hvilke faktorer som kan legges til rette for at pasienten vinner mest mulig kontroll over sin egen helseutfordring og dermed opplever høyere grad av autonomi, empowerment og mestring (14–16).

### 1.2.2 Empowerment

Begrepet empowerment oppstod først i USA i 1960-årene der stigmatiserte grupper begynte å bekjempe undertrykking for å få likhet i menneskerettigheter. Empowerment betyr det motsatte av undertrykking (16). I sykepleieryrket er det ofte assosiert med brukermedvirkning, men det har en større betydning enn som så. Empowerment er mer en



prosess som setter folk i stand til å ta kontroll over utfordringer som påvirker ens egen helse (16). Dette samsvarer med sykepleierens verdier, ansvar og funksjon der en skal tilrettelegge for å styrke pasientens egne ressurser og tro på seg selv (13). Dette kan i praksis bety at sykepleier legger til rette for at pasienten kan bidra til egen tilfriskning gjennom å få muligheten til å medvirke i behandlingen, utnytte sine egne ressurser og oppleve mestring gjennom å selv legge grunnlaget for å overkomme sine utfordringer (15). Ved å overkomme sine utfordringer kan en få et bedre selvbilde, økt selvtillit og samtidig øke sin egen kompetanse (14). I en studie av Phillipa Tollow og Jane Ogden legges det til grunn der mangelen på kommunikasjon og brukermedvirkning medfører til at pasientene ikke føler seg hørt og dermed resignerer, noe som igjen fører til at helsen forverres ytterligere (4). Samme studien viser også til at der pasientene ble ivaretatt og fikk medvirke, opplevde de at det hadde en betydelig positiv innvirkning i behandlingsforløpet (4).

### 1.2.3 Livskvalitet

Som empowerment, er også livskvalitet et begrep som oppstod i USA i 1960-årene (17). Begrepet er nært tilknyttet lykke, og omhandler hvilken grad av kvalitet pasientens liv har sett i sammenheng med utfordringene en har. Hos pasienter med venøse leggsår har studier bevist at livskvaliteten er påvirket i form av nedsatt aktivitet, smerte og ubehag (3,4). Livskvalitet har blitt et viktig mål for pasientomsorg, og kan ikke måles direkte, men en mer subjektiv vurdering i samråd med pasienten (17).

## 1.3 Fagutvikling

Som sykepleier må man ha en forankring i fagets verdigrunnlag og kunne basere arbeidet på anerkjent fagkunnskap (18,19). Dette betyr at man bygger yrket på flere grunnleggende funksjonsområder, deriblant fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (13). Ved å holde seg faglig oppdatert, kombinere kunnskapsbasert med erfaringsbasert kunnskap, vil man kunne kvalitetssikre yrket gjennom å stadig optimalisere rutiner, prosedyrer og samhandlinger med kolleger og pasienter (18,20). Dette medfører at den sykepleien pasienten får er bygget på de beste, nyeste metodene forskning viser til i fagområdet i tillegg til erfaringsbasert kunnskap. Det å kunne bidra med egne erfaringer er viktig i fagets utvikling, samtidig som man utforsker nye metoder (18,20). I dagens helsevesen er det et økende krav til effektivisering og et mål om lavest mulig kostnadsnivå (18,20,21). For at dette ikke skal bli et etisk hinder er det viktig at sykepleieren er villig til å se løsninger og evner å utvikle faget i tråd med utviklingen. Dette

kan bety å anvende eller innføre nye prosedyrer, metoder og teknikker som samtidig er i tråd med de yrkesetiske prinsippene sykepleie bygger på (18,20).

#### 1.4 Problemstilling og hensikt med studien

Studiens hensikt er å belyse og kartlegge hvilke fordeler som synliggjøres ved bruk av behandlingsstrømper som kompresjonsbehandling for venøse leggsår. For å gjøre dette er det foretatt en studie som belyser forskjellene behandlingsforløpet blir for pasientene ved bruk av to behandlingsmetoder: kompresjonsbind og behandlingsstrømper, og hvilke fordeler og ulemper dette har for både pasientene og sykepleierne. Dette vil bli drøftet opp mot hverandre for å synliggjøre hvilke fordeler som faktisk finnes, og om det er unikt for bare behandlingsstrømper. Kompresjonsbind er en anerkjent og tradisjonell metode og blir ansett som «gullstandarden» i kompresjonsbehandling (22). Behandlingsstrømper er mindre praktisert og har ennå ikke fått en forankring som metode i regionen studien er foretatt. Studien vil også ta for seg hvorfor valg av behandlingsmetode kan være med på å utvikle faget (18,20). Samtidig setter studien søkelys på klinisk effekt og hvilken grad av empowerment og brukervedvirkning behandlingsmetodene har og hvorfor dette er viktig. I lys av dette er problemstillingen:

Fra et sykepleieperspektiv: «Hvilke fordeler synliggjøres ved bruk av behandlingsstrømper som kompresjonsbehandling for venøse leggsår?

## 2.0 Metode

### 2.1 Metodevalg

Denne studien er basert på en kvalitativ metode der ble det valgt å bruke kvalitative intervjuer for å kunne gå i dybden på det valgte tema. En kvantitativ studie kunne medført utilstrekkelige funn ettersom i oppstarten av prosjektet ble det tatt opp at bruk av behandlingsstrømper som behandlingsmetode ikke var særlig utbredt eller kjent i regionen. Dette ble senere bekreftet, ettersom det var fire av syv informanter hadde erfaring med dette. Selve intervjuene og meningskodingen ble utarbeidet og utført sammen med en annen medstudent ved NTNU Trondheim. Kommunikasjonen for å avtale møtene foregikk på Skype og via e-post, og selve intervjuene av deltakerne ble utført digitalt via Skype grunnet pandemi.

### 2.2 Rekruttering av informanter og datasamling

I oppstartsfasen av prosjektet avtalte prosjektansvarlig ved NTNU et møte med en medisinsk klinikk i spesialisthelsetjenesten. I dette møtet kom det frem at ledelsen hadde erfaringer med at det ofte var tilbakefall relatert til venøse leggsår, og at bruk av behandlingsstrømper kunne være med på å løse dette problemet. Videre vurderte ledelsen at tilbakefall kunne relateres til blant annet at det ikke var en likhet i behandlingsmetodene i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette medførte at dette prosjektet også avtalte et møte i to ulike soner i kommunehelsetjenesten for ytterligere intervjuer for å få en bredere datainnsamling. Ledelsene i spesialist- og kommunehelsetjenestene rekrutterte erfarne sykepleiere som var ressurspersoner for sårstell. Det ble særlig etterspurt disse sykepleierne for å kvalitetssikre at informasjonen informantene kunne bidra med var relevant for studiet. Prosjektet fikk tilgang til tre informanter fra spesialisthelsetjenesten og fire fra to ulike soner i kommunehelsetjenesten. Etter det ble etablert kontakt, ble det avtalt tidspunkt for digitale intervjuer. Under forberedelsene ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide (23). Intervjuguiden (se vedlegg 1) ble sendt ut, fra en til fire uker i forkant, til ledelsen i avdelingene informantene jobbet i. Dette for at informantene skulle ha tilgang til spørsmålene i forkant av intervjuene og for å kunne gjøre eventuelle forberedelser. Det ble utført totalt syv intervjuer der det ble spurt om erfaringer rundt behandlingsmetodene kompresjonsbind og behandlingsstrømper. Det var satt av en time per intervju. Videre ble det spurt om når det var riktig å bruke de forskjellige behandlingsmetodene, konkrete erfaringer, hvilke grad av

brukermedvirkning og opplevelse av livskvalitet informantene hadde erfart det var for brukerne, økonomiske fordeler og arbeidsflyt som gjelder ved disse metodene. Ettersom vi var to studenter som samarbeidet med datasamlingen og intervjuene, ble det skiftet på hvem som intervjuet og hvem som noterte. Alt som informantene sa ble skrevet ned, og det ble tatt god tid mellom spørsmålene under intervjuet for å få det til tilnærmet ordrett, slik at vi senere hadde sitater vi kunne analysere, og i tillegg for at informantene skulle få reflektert over det de sa for å få frem meningene. Etter intervjuene var utført jobbet vi sammen, leste intervjuene flere ganger og diskuterte innholdet i fellesskap. Dette var for å danne seg et helhetsbilde av intervjuene. I analysefasen ble det brukt en meningskoding (24) der sitatene ble systematisert i en tabell med hoved- og underkategorier. Dette var for å få et innblikk i hvilke temaer studien skulle ha fokus på.

Et eksempel fra meningskodingen:

Meningsbærende enheter	Subkategori	Hovedkategori/funn
<p>«<i>Fordelen med behandlingsstrømper er at man får en adekvat kompresjon, og da vet man hva man får.</i>»</p> <p>«<i>Med kompresjonsbind legger folk det forskjellig, og det kan forårsake sår. Det slipper man med behandlingsstrømpe.</i>»</p>	<p>Behandlingsstrømper legges likt hver gang og gir adekvat kompresjon.</p>	<p>Kliniske fordeler</p>
<p>«<i>Det er praktisk for brukere, de blir mer selvhjulpne. Man kan få en høyere grad av empowerment. Høyere deltakelse for brukeren.</i>»</p> <p>«<i>Brukerne blir mer selvhjulpen, slipper å få hjelp og timeavtaler. De kan gjøre mer selv, noe som vil være bedre for de fleste.</i>»</p>	<p>Behandlingsstrømper gir høy grad av brukermedvirkning og legger til rette for mestring, livskvalitet og empowerment</p>	<p>Psykososiale fordeler</p>

### 2.3 Etiske betraktninger

Intervjuene ble gjennomført digitalt via Skype og ble ikke tatt opp. Det ble notert underveis i intervjuene i et eget dokument. Intervjudeltakerne er anonyme, så det foreligger ingen

spesielle krav eller tillatelser for bruk i forskning, dog det ble tatt et muntlig samtykke fra hver deltaker. Selve spørsmålene er bygd opp som veldig konkrete og åpne, med den hensikt at de ikke ville bli opplevd som ledende eller ytre noen meninger. Dette er for å ivareta deltakernes egne meninger og opplevelser. Som forskere, fant vi det også gunstig at intervjuene ble utført med høflighet for å få et godt etisk utgangspunkt i studien (25). Vi hadde også forberedt oss slik at vi ikke satt med en forforståelse av temaene i intervjuet (26).

## 3.0 Resultat

I teksten under er resultatene inndelt inn i to hovedtemaer med undertemaer. Hovedtemaene består av «behandlingsstrømper» og «kompresjonsbind». Under hvert hovedtema er det to undertemaer, delt inn i fordeler og ulemper. Resultatene presenteres her i form av sitater fra informantenes intervju samt en analyse. Dette er for å kunne gi en oversiktlig og strukturert fremstilling av resultatene.

### 3.1 Behandlingsstrømper

#### 3.1.1 Fordeler

Informantene setter søkelyset på at ved behandlingsstrømper er det alltid samme kompresjonsgrad, og dermed oppfyller kravene til adekvat behandling, kontra ved kompresjonsbind der en er avhengig av at sykepleieren har nok kompetanse og erfaring til å utføre bandasjeringen på riktig måte. Relatert til dette kom informantene med flere kommentarer:

*«Fordelen med behandlingsstrømper er at man får en adekvat kompresjon, og da vet man hva man får.»*

*«Med kompresjonsbind legger folk det forskjellig, og det kan forårsake sår. Det slipper man med behandlingsstrømpe.»*

*«Hvem som helst kan hjelpe med strømper, også pasienten selv, kontra kompresjonsbind der man er avhengig av kvalifikasjoner til den som utfører behandlingen. Linning er et håndverk og krever kompetanse.»*

*«Linning legges forskjellig, mens strømper er konstant. Det gir et likt resultat hver gang og dette er ønskelig.»*

Informantene opplyser om de psykososiale effektene bruk av behandlingsstrømper kan medføre. Informantene tar opp at bruken av strømper kan gi en høy grad av brukermedvirkning. I tillegg indikerer de at strømpene er mer estetiske og anonyme enn

alternativet. De opplyser også at de erfarer at pasientene har det lettere med å være aktive. Ved en positiv opplevelse av behandlingsforløpet kan dette bidra til bedring i helsen.

*«Pasienten kan føle seg mer normal, jeg tror det sykliggjør dem mindre. Kompresjonsbind gjør at man føler seg mer syk. Jeg tror de vil føle seg mer motivert av en sånn strømpe, for de får ta del i det som foregår. Ulik fra gang til gang kan også gjøre dem engstelig.»*

*«Det er praktisk for brukere, de blir mer selvhjulpne. Man kan få en høyere grad av empowerment. Høyere deltakelse for brukeren.»*

*«Pasientene har gode erfaringer, behandlingsstrømpene er mer komfortable og luftige. De kan dusje når de vil fordi de er lette å ta av og på.»*

*«Den som ønsker det skulle ha fått det, stor innvirkning på livskvalitet. Mange får ikke til å jobbe eller gjøre fritidsaktiviteter.»*

*«Brukerne blir mer selvhjulpne, slipper å få hjelp og timeavtaler. De kan gjøre mer selv, noe som vil være bedre for de fleste.»*

I etableringsfasen av denne studien ble det i møtet med spesialisthelsetjenesten bemerket at behandlingsstrømper ikke var en ofte brukt praksis. Dette fordi det ikke finnes noen støtteanordninger på dem, da de blir ansett som et dyrere alternativ enn kompresjonsbind. Vi ønsket å høre med informantene våre om hvordan de stilte seg til det økonomiske aspektet ved bruk av behandlingsstrømper. De fikk spørsmål som relaterte seg til arbeidsflyt, økonomi og ressursbruk. Flere av informantene hadde interessante utsagn:

*«Vi brukte mindre tid der vi var, det var bare å trekke opp strømpen om morgenen og kvelden, og smøre føttene. Behandlingsstrømper er veldig tidsbesparende.»*

*«Det kan høres ut som det er et litt høyt inngangsbeløp, men totalt sett kan jeg se for meg at det kan lønne seg. Det kan bli mye forbruk med kompresjonsbind, men en strømpe kan man vaske.»*



*«Sykepleierne vil kunne bruke mindre tid på sårskift. Kanskje de kun trenger hjelp til å ta på ytterstrømpe. De vil kunne spare tid på å dra på en strømpe i stedet for å linne.»*

*«Pasienten må selv betale for behandlingsstrømper, det blir da en større utgift for pasienten. Strømpene må skiftes etter hvert og på den måten blir det en utgift på sikt.»*

*«Samfunnsøkonomisk stor fordel, personell bruker kortere tid på å legge strømper, kortere tid med bruker - sparer tid.»*

### 3.1.2 Ulemper

Informantene blir spurt om de ser noen ulemper med bruk av behandlingsstrømper. Det kommer frem at strømpene ikke alltid egner seg ved alvorlige tilfeller av venøse leggsår. Et annet tema som ble nevnt var at ved bruk av behandlingsstrømper kan såret utvikle seg i en negativ retning grunnet mindre inspeksjon ettersom brukerne gjør mer selv.

*«Strømpebehandling må ha slank fot. Kan ikke brukes når beina er for ødematøse, eller veldig væskende. Foten må være tilnærmet normal størrelse.»*

*«Behandlingsstrømper må skiftes ut ofte, pasienten kan bruke dem for lenge, at de bruker dem når de begynner å bli løse.»*

*«Hvis såret utvikler seg i en negativ retning, kanskje det ikke blir fanget opp like lett?»*

En av informantene kom med et interessant innspill, der vedkommende tar opp kjønnsrollene og hvilke utfordringer dette kan by på.

*«Kanskje ikke alle menn vil bruke dem, de kan se litt ut som kvinnestømper.»*

## 3.2 Kompresjonsbind

### 3.2.1 Fordeler

Informantene beskriver kompresjonsbind som et fleksibelt verktøy som passer til de fleste sår. Kompresjonsbindet kan også tilpasses livsstil og aktivitetsnivå, og kan tas av eller dekkes til ved dusjing. Det kommer også frem at det finnes ulike økonomiske støtteordninger til behandlingsmetoden. Videre blir det tatt opp at behandlingsmetoden har en grad av brukermedvirkning.

*«De kan tilpasse komprimeringen etter livsstil og aktivitetsnivå med ulike bind. De kan også ta den av når de skal dusje.»*

*«Man kan gradere kompresjonen med ulike bind.»*

*«Kompresjonsbind dekkes av hjemmetjenesten eller etter Helfo.»*

*«Brukerne kan medvirke i hvordan linningen skal legges, i type kompresjonsstyrke.»*

I behandlingsforløp der det er særlig store og væskende sår, hentyder informantene at kompresjonsbind er ideelt. Sårene krever nøye og hyppig oppsyn, noe informantene sier man får ved denne behandlingsmetoden.

*«Kan brukes på alle typer sår. Kanskje man må se på såret hver dag? Kanskje væsker såret mye?»*

*«Når man har væskende sår med ødem, og man stiller dem daglig, mener jeg det er fordelaktig med linning.»*

### 3.2.2 Ulemper

Studien viser at det kan være ulemper ved kompresjonsbind. Informantene tar opp at man kan få utfordringer med å utføre aktiviteter grunnet det er praktisk å bevege seg i, og gjør det

vanskelig å bruke sko. Videre blir det nevnt at pasientene kan isolere seg på grunn av det estetiske med bandasjene.

*«Pasientene blir mer låst med kompresjonsbind som må byttes 1-2 ganger i uka. Man kan heller ikke dusje uten å dekke det til. Kompresjonsbind kan føre til at pasienten lar være å delta på aktiviteter for å verne den. Også er de upraktiske å bevege seg i.»*

*«Kompresjonsbind gjør det vanskelig å bruke sko og klær.»*

*«Kan gå ut over livskvalitet hvis de isolerer seg fordi de synes det er vanskelig å gå ut med kompresjonsbind.»*

*«Kompresjonsbind er ofte lag på lag, og det kan oppleves invaderende i livet.»*

Informantene tar opp utfordringene kontinuitet i behandlingsforløpet har, og hvordan det kan påvirke pasienten.

*«Pasienten kan miste troa på behandlingen ved dårlig kompresjon, og ikke være like trygg på behandlingen. Noen har opplevelsen av at kompresjonen ikke fungerer godt nok på grunn av dårlig linning, som igjen kan føre til demotiverte pasienter.»*

## 4.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil resultatene bli diskutert opp mot forskning og teori. Diskusjonen vil ha utgangspunkt i problemstillingen «Fra et sykepleieperspektiv: Hvilke fordeler synliggjøres ved bruk av behandlingsstrømper som kompresjonsbehandling for venøse leggsår?»

### 4.1 Kliniske fordeler

Ashby PhD et al. (3), trekker frem at de ikke kunne registrere noen bevis for at det var noe forskjell i tilhelingstiden for behandlingsstrømper og kompresjonsbind, mens Susan O'Meara et al. (5) sin forskning forteller at behandlingsstrømper kommer bedre ut enn enkelte kompresjonsbind. På en annen side kunne Ashby PhD et al. vise til tall som tilsier at tilbakefallsandelen var merkbart mindre ved bruk av behandlingsstrømper enn ved kompresjonsbind. Dette samsvarer med funn i denne studien, der informantene påpeker fordeler som at behandlingsstrømper gir en kontinuerlig adekvat behandling, og gjøres likt hver gang, vil gi positive resultater. Informantene presiserer også at når helsepersonell legger kompresjonsbindet forskjellig kan det forårsake sår. Legging av kompresjonsbind, linning, blir av informantene omtalt som et håndverk der det kreves tilstrekkelig kompetanse for å utføre prosedyren. For å få til den riktige kompresjonsgraden må bandasjene legges manuelt med et trykk rundt 40 mm Hg (2,3,6), mens ved behandlingsstrømpene er dette trykket oppnådd ved å bare trekke strømpene på beina (9). Dette indikerer at det kan være enklere for sykepleiere og vurdere om kompresjonen er tilfredsstillende ved bruk av strømpene. På en annen side trekker informantene frem at ved behandlingsstrømper er man begrenset til et visst nivå av kompresjon, mens ved kompresjonsbind er dette fleksibelt og kan justeres etter pasientens ønske, dog dette ikke vil være optimalt for tilhelingen (3,5). Samtidig er det et språk i forskning om hvorvidt man opplever smerte ved behandlingsstrømper, der en forskning tilsier at noen av deltakerne gikk bort fra behandlingen på grunn av ubehag relatert til strømpene (3), mens en annen forskning sier det motsatte og rapporterte at det var mer opplevelse av smerte relatert til kompresjonsbind (5). Under våre intervjuer ble vi gjort oppmerksom på at behandlingsstrømper ikke alltid egner seg for alle typer sår. Informantene forteller at det egner seg best for bein som ikke er for ødematøse eller væskende. Dette kan en finne støtte i fra studien til Ashby PhD et al. (3), der de ekskluderte pasienter fra studien med sår som overskredet kriteriene til bruk av strømper, dog det ble satt en grense for deltakerne i studien der de måtte ha alle typiske kjennetegn til et fullt utviklet venøst leggsår (3).

## 4.2 Psykososiale fordeler

Funn fra resultatene i denne studien viser til flere fordeler som kan ha innvirkning på psykososialt nivå. Empowerment er et sterkt ord som symboliserer hvordan mennesker kan ta tilbake kraften i sitt liv (14,16). Informantene forteller det er en større grad av brukermedvirkning ved behandlingsstrømper, på en annen side opplyser de også at ved bruk av kompresjonsbind er det også en grad av brukermedvirkning. De tar også opp at pasientene blir mer selvhjulpne med strømper og at det er mer praktisk å bruke. I tillegg påpeker de at pasientene kan føle seg mindre sykeliggjort ved å gå med en mer anonym og lett strømpe, enn alternativet kompresjonsbind der informantene påpeker at bandasjene kan oppleves invaderende i livet til pasientene. Videre tilsier funn fra resultatene at det kan være mer praktisk å være i aktivitet ved å bruke strømper enn ved alternativet. Gjennom å fokusere på det som kan være helsefremmende i en vanskelig livssituasjon, kan mennesker finne styrke, glede, håp og økt selvtillit (14). Dette kan bety at pasienten tilegner seg ny kompetanse og benytter denne for å mestre sine utfordringer. I studien til Tollow og Ogden (4) påpeker de viktigheten av å ha en god relasjon til denne pasientgruppen. De trekker frem ordet «makteløshet» som en konsekvens av manglende kommunikasjon, inkludering og brukermedvirkning. Deltakerne fra det studiet hadde rapportert om hvordan den manglende kommunikasjonen hadde resultert i en forverring av helsen, gjennom at de ble demotiverte i sin egen behandling (4). Dette er påstander man kan finne likhetstrekk med i denne studien, der en av informantene opplyste om at pasienter kan føle seg mer motivert på grunn av at de får delta mer i behandlingen ved bruk av strømper. Dette er noe sykepleiere kan bidra med ved å legge til rette for brukermedvirkning, opplæring, motivasjon og oppmuntring. Summen av dette kan bety at pasienten opplever høyere grad av empowerment og tar tilbake makten fra en posisjon som tidligere kunne ha blitt opplevd som makteløs (14,16), noe som igjen kan bidra til øke livskvaliteten. Et annet funn var betydningen av det estetiske ved kompresjonsbind, der informantene opplyser at de opplevde pasienter som isolerte seg grunnet utseende av bandasjene. Som sykepleier er dette viktig å ta i betraktning ved vurderinger av tiltak.

## 4.3 Økonomiske fordeler og fagutvikling

Helsevesenet er i stadig forandring. Organiseringer fører til at sykepleiere må tenke annerledes for å ivareta pasientene på riktig måte. Nydal et al. (21) skriver om hvordan budsjett, resultatmål og effektivisering fører til stress for sykepleierne og hvordan dette kan ha konsekvenser for yrkesutøvelsen. Man kan uti fra dette trekke paralleller fra funn i denne

studien, der informantene opplyser om hvilke økonomiske gevinster behandlingsstrømper kan ha for behandlingsforløpet. På den ene siden sier informantene at strømpene alltid vil gi en adekvat behandling, mens de i tillegg opplyser at det ikke tar lang tid å trekke på en strømpe. På den andre siden meddeler informantene at det medfører mye forbruk av materialer med kompresjonsbind, samtidig som det er tidkrevende. Dette kan ses i lys av fagutvikling, som har som mål å heve kompetansen i helsetjenesten og samtidig ta hensyn til effektivisering (20). En av informantene påpekte at det var flere økonomiske grunner til at behandlingsstrømper ikke ofte blir tatt i bruk. For det første ville ikke avdelingen informanten var ansatt i dekke beløpet på dem, og for det andre vegret pasienten seg for å kjøpe dette selv på grunn av kostnadene. En kan også tenke seg følgende hypotese: Hvis man tar utgangspunkt i studien til Ashby et al. (3) som baserer seg med tall fra England i 2014, vil man årlig kunne spare helsetjenestene opp til 3500 NOK (£300) pr person som mottar behandling i form av behandlingsstrømper kontra kompresjonsbind. Hvis man da tar utgangspunkt i at 80% av leggsår i Norge er venøse leggsår, og at 1% av befolkningen har det, men det stiger til 4% etter fylt 65 år kan helsevesenet potensielt kunne spare 224 000 000 NOK i året (se utregning i vedlegg 2). Dette samsvarer med et av funnene i denne studien der noen av informantene mente at behandlingsstrømper, gjennom tidsbesparelser og klinisk effekt, vil være mer økonomiske på sikt. På en annen side kan tallene være misvisende, da behandlingsstrømper ikke passer for alle typer venøse leggsår, og det kan være store ulikheter i kostnadene i England kontra i Norge.

#### 4.4 Metodediskusjon

Dette prosjektet var i utgangspunktet tiltenkt som en observasjons studie med tilhørende intervjuer. Grunnet smittevernstiltak relatert til pandemi, ble prosjektet omgjort til kun intervjuer. Av samme årsak ble det heller ikke mulig å gjennomføre intervjuene med fysisk tilstedeværelse og dette medførte i både styrker og svakheter i metoden. Det resulterte i at prosessen rundt intervjuene ble veldig strukturert gjennomført med tanke på at alt foregikk digitalt. Vi etablerte kontakt, sendte ut intervjuguide og gjennomførte selve intervjuene på en ryddig måte med god oversikt, vi følte at å gjøre hele prosessen fra en datamaskin gav en god sammenhengende flyt. På en annen side medførte det til utfordringer med at det var en avstand mellom informantene og oss, spesielt ved deltakere som ikke hadde tilgang på kamera. Videre forelå det ingen godkjenning for taleopptak i prosjektet. Dette resulterte i at vi måtte notere alt informantene sa i et dokument, noe som var både utfordrende og bidro til at

det ble flere stopp i intervjuene. Vi gjorde det på denne måten for å styrke funnene i resultatene, slik at vi kunne analysere sitater, fremfor notater. Noe som igjen bidrar til en bedre flyt i studien.

En annen svakhet er at vi sendte ut intervjuguiden til alle deltakerne samtidig, og ettersom vi brukte fire uker på å gjennomføre alle intervjuene medførte dette til at noen av deltakerne hadde mer tid på å forberede seg i forkant enn andre. På den ene siden kan dette ha styrket studien ved at informantene var godt forberedt, men på den andre siden kan det ha resultert i eventuelle forforståelser blant deltakerne ettersom de kan ha satt seg mer inn i innholdet i intervjuguiden på forhånd. Dog vi fikk opplyst ved oppstart av hvert intervju at det ikke engang var alle som hadde lest nøye gjennom intervjuguiden, men at de hadde sett kjapt gjennom spørsmålene.

Ikke alle deltakerne hadde erfaring med behandlingsstrømper, dette resulterte i at noen av spørsmålene ble ubesvart. Dette gjaldt ved tre intervjuer.

En annen styrke i studien er at vi valgte å gjennomføre totalt syv intervjuer, tre i spesialisthelsetjenesten og fire intervjuer i to ulike soner i kommunehelsetjenesten. Dette bidro til en stor og bred datasamling, noe som gjorde det gunstig å analysere og drøfte funnene. Analysen kan dog ha svakheter da det er rom for tolkning i meningskodingen. Det finnes også svakheter i studien når det kommer til kilder. Det er sprik i de ulike forskningene som denne studien refererer til i teori- og diskusjonsdel. Dette gjelder hvordan smerte rapporteres ved de ulike behandlingsmetodene, og hvor stor andel tilbakefall det er ved de ulike metodene.

#### 4.5 Konklusjon

Denne studien har tatt utgangspunkt i å belyse fordeler med bruk av behandlingsstrømper som kompresjonsbehandling for venøse leggsår. Kompresjonsbehandling er tradisjonelt sett i sammenheng med kompresjonsbind som behandlingsmetode. På bakgrunn av det ønsket en medisinsk klinikk, i spesialisthelsetjenesten i Norge, å få belyst bruk av behandlingsstrømper og hvilke fordeler dette kan gi. Studien er basert på en kvalitativ metode der det ble utført syv intervjuer av sykepleiere med spesielt ansvar for sår i spesialist- og kommunehelsetjenesten. I denne studien er det presentert funn som kan tilsa at behandlingsstrømper ikke har en dårligere klinisk effekt enn kompresjonsbind. Videre spesifiseres det at behandlingsstrømper alltid gir en adekvat kompresjon, noe som er gunstig for tilhelingen. Det er også gjort funn som hentyder at tilbakefallsandelen er mindre hos pasientene som bruker behandlingsstrømper enn ved de som brukte kompresjonsbind. Det er også presentert og drøftet funn som tilsier at bruk

av behandlingsstrømper kan gi en høy grad av empowerment, der brukermedvirkning, mestring og at de er praktiske å bruke, kan føre til helsefremming og en økning i livskvaliteten for pasientene. I lys av fagutvikling er den økonomiske gevinsten behandlingsstrømpene kan ha, presentert og drøftet. Forskning tilsier at strømpene kan være et billigere alternativ. Dette støttes av denne studiens funn, der tid og materialer kan bli spart. Pr dags dato finnes det ingen støtteanordninger for behandlingsstrømper i Norge, til tross for kjent forskning belyser både klinisk og økonomisk effekt. Med utgangspunkt i denne studien, kan man fra et sykepleieperspektiv se en rekke fordeler med å bruke behandlingsstrømper som behandlingsmetode: empowerment, brukermedvirkning, praktisk å bruke, material- og tidsbesparende og klinisk effekt.



## Referanser:

1. Lindholm C. Sår. 3rd ed. Oslo: Akribe AS; 2012.
2. Barbro Kristiansen, Ragnhild Sætren. Behandling av kroniske sår. Oslo: Akribe Forlag; 2002.
3. Rebecca L Ashby PhD, Rhian Gabe PhD, Shehzad Ali PhD, Una Adderley PhD, Martin Bland PhD, Prof Nicky A Cullum PhD, et al. 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. *The Lancet* [Internet]. 2014 Mar 8; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613623685>
4. Phillipa Tollow, Jane Ogden. The importance of relationships in treatment for chronic leg ulceration. *J Health Psychol* [Internet]. 2017 May 4 [cited 2021 Apr 29]; Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1359105317705984>
5. Susan O'Meara, Nicky Cullum, E Andrea Nelson, Jo C Dumville. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Library* [Internet]. 2012 Nov 14 [cited 2021 May 4]; Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000265.pub3/full#CD000265-sec1-0005>
6. Deborah A Simon, Charles N McCollum. Management of venous leg ulcers. *thebmj* [Internet]. 2004 Jun 3 [cited 2021 Apr 29]; Available from: <https://www.bmj.com/content/328/7452/1358.short>
7. NIFS Norsk interessefaggruppe for sårheling. Paragraf § 5-22 Refusjon av utgifter til bandasje- og forbruksmateriell og reseptfrie legemidler [Internet]. 2018 [cited 2021 May 5]. Available from: <https://www.nifs-saar.no/5-22-refusjon>
8. Helfo. Betaling for bandasjemateriell, forbruksmateriell og reseptfrie legemidler [Internet]. 2021 [cited 2021 May 5]. Available from: <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/betaling-for-bandasjemateriell-forbruksmateriell-og-reseptfrie-legemidler/>
9. medinorway.no. mediven ulcer kit [Internet]. [cited 2021 May 4]. Available from: [https://www.medinorway.no/produkter/mediven-ulcer-kit/?sword\\_list%5B0%5D=mediven&sword\\_list%5B1%5D=ulcer&sword\\_list%5B2%5D=kit&no\\_cache=1](https://www.medinorway.no/produkter/mediven-ulcer-kit/?sword_list%5B0%5D=mediven&sword_list%5B1%5D=ulcer&sword_list%5B2%5D=kit&no_cache=1)
10. med24.no. Jobst Ulcercare Behandlingsstrømpe 2-i-1 [Internet]. Available from: [https://www.med24.no/medisinsk-utstyr/stoettestroemper/kompresjonsstroemper/jobst-ulcercare-behandlerstroempe-2-i-1-beige?gclid=EAIAIqObChMIuuqe3JTU7wIVztnVCh0jBwGcEAQYASABEgKfi\\_D\\_BwE](https://www.med24.no/medisinsk-utstyr/stoettestroemper/kompresjonsstroemper/jobst-ulcercare-behandlerstroempe-2-i-1-beige?gclid=EAIAIqObChMIuuqe3JTU7wIVztnVCh0jBwGcEAQYASABEgKfi_D_BwE)
11. nhi.no. Kronisk leggsår. In: NHI [Internet]. 2020 [cited 2021 May 5]. Available from: <https://nhi.no/sykdommer/hud/sar-hudskader-bitt/leggsar-venose/>
12. Toril Rannestad, Gørill Haugan. Helsefremming i kommunehelsetjenesten. In: *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. 1st ed. Oslo: Cappelen Damm AS; 2016.
13. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug. Om sykepleie. In: *Grunnleggende sykepleie 1*. 2nd ed. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2014.
14. Ole Petter Askheim. Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2018.
15. Sigrunn Drageset. Mestring. In: *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. 1st ed. Oslo: Cappelen Damm AS; 2016.
16. Nina Jahren Kristoffersen. Den myndige pasienten. In: *Grunnleggende sykepleie 3*. 2nd ed. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2014.
17. Toril Rannestad. Livskvalitet. In: *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. 1st ed. Oslo: Cappelen Damm AS; 2016.

18. Per Nortvedt, Randi Grønseth. Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. In: Klinisk sykepleie 1. 5th ed. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2016.
19. Helse og omsorgsdepartementet. Lov om helsepersonell [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 30]. Available from: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2)
20. Maria Løvsløtten. Kompetanseutvikling. Fagutvikling i praksis. Sykepleien [Internet]. 2013 Feb 15 [cited 2021 May 5]; Available from: <https://sykepleien.no/forskning/2013/01/fagutvikling-i-praksis>
21. Ingeborg Nydal, Kristina Åsmo, Tove Katrin Dybvik, Henny Torheim. Stressa sykepleiere i kommunene. Sykepleien [Internet]. 2016 Mar 21 [cited 2021 Apr 30]; Available from: <https://sykepleien.no/forskning/2016/02/effektivitet-i-kommunehelsetjenesten-0>
22. Ingrid Gilje Heiberg, Arne Langøen. Kroniske sår følges ikke opp riktig. Sykepleien [Internet]. 2019 Apr 25; Available from: <https://sykepleien.no/forskning/2019/04/kroniske-sar-folges-ikke-opp-riktig>
23. Sidsel Sverdrup. Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag. Råd og vink. Skritt for skritt. 1st ed. Oslo: Cappelen Damm AS; 2020.
24. Kristi Malterud. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. 3rd ed. Universitetsforlaget; 2011.
25. Aksel Tjora. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 3rd ed. Opolgraf, Polen: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2020.
26. Øyvind Dahl. Forståelsessirkelen. In: ndla (Nasjonal digital læringsarena) [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://ndla.no/nb/subject:18/topic:1:193544/topic:1:82742/resource:1:82759?filters=urn:filter:b9e86c43-93b8-49e9-81af-09dbc7d79401>
27. Norwegian Smart Care Cluster. Nordmenn over 65 år er mange, friske, høyt utdannet, rike og produktive. In 2018 [cited 2021 May 25]. Available from: <https://www.smartcarecluster.no/aktuelt/2018/9/nordmenn-over-65-%C3%A5r-er-mange-friske-h%C3%B8yt-utdannet-rike-og-produktive>

# Vedlegg:

## 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?

- a. er informasjon brukermedvirkning?
- b. er valg brukermedvirkning?

10. Hvilke forskjeller ser du mellom kompresjonsbind og behandlingsstrømper?
  - a. materialer?
  - b. størrelser?
  - c. nødvendig utstyr for bruk?
  
11. Hvordan virker behandlingsstrømper inn på dine arbeidsoppgaver?
  - a. Arbeidsflyt?
  - 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 kompresjonsbind er i forhold til behandlingsstrømper?
  - a. tidsbruk?
  - b. pengebruk?
  - c. materialforbruket?

d. annen ressursforbruk?

## Vedlegg 2

### Utregning:

Ifølge Norwegian Smart Care Cluster, er 16,8 prosent av befolkningen i Norge over 65 år (27). Jeg velger å bruke avrundinger i utregningen. Det gir følgende tall til utregning: 16,8 rundes av til 17. 17 prosent av en befolkning på 5 300 000 gir tilnærmet antall på 900 000. 900 000 (personer over 65 år) trekkes fra 5 300 000 (antall mennesker i Norge), som gir 4 400 000 (personer under 65 år).

Hyppighet leggsår i Norge (11): 1 prosent av 4 400 000 = 44 000 (under 65 år)

4 prosent av 900 000 = 36 000 (over 65 år)

= 80 000 (mennesker med leggsår i Norge)

Tilnærmet 80 prosent av alle leggsår er venøse leggsår (11) =  $80\,000 \times 0.8 = 64\,000$

Ifølge disse kildene og denne utregningen er det potensielt 64 000 mennesker med venøse leggsår i Norge. Videre presenterte Ashby et al. (3) at det engelske helsevesenet kunne spare opp mot £300 (tilnærmet 3500NOK) per pasient som brukte behandlingsstrømper kontra kompresjonsbind. Det gir følgende tall:

$3500\text{ NOK} \times 64\,000 = 224\,000\,000\text{ NOK}$

