



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA**

# **SÅRET SOM ALDRIG LÄKTE**

**En intervjuundersökning med distriktssköterskor i  
hemsjukvården**

**Stina Andersson  
Jenny Johansson**

---

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Uppsats/Examensarbete:  | 15 hp  |
| Program och/eller kurs: | Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, OM 5310 |
| Nivå:                   | Avancerad nivå   |
| Termin/år:              | Ht/2019  |
| Handledare:             | Helene Berglund  |
| Examinator:             | Eva Lidén  |

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Titel svensk:           | Såret som aldrig läkte- en intervjuundersökning med distriktssköterskor i hemsjukvården                   |
| Titel engelsk:          | The ulcer that never healed- an interview survey with district nurses in home care services               |
| Uppsats/Examensarbete:  | 15 hp   |
| Program och/eller kurs: | Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, OM 5310                          |
| Nivå:                   | Avancerad nivå  |
| Termin/år:              | Ht/2019   |
| Handledare:             | Helene Berglund   |
| Examinator:             | Eva Lidén   |
| Nyckelord:              | Svårläkta sår, distriktssköterska, kommunal hälso- och sjukvård, samverkan, samarbete, kunskap, kompetens |

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Sårbehandling är en av de vanligaste omvårdnadsåtgärderna oavsett vårdform. Sår som inte läkt inom sex veckor klassas som svårläkt. Distriktssköterskan har som ansvar att leda och organisera arbetet kring sårbehandlingen, det innebär även samarbete med andra yrkeskategorier. I kommunal hälso- och sjukvård arbetar man i multidisciplinära team vilket är en form av horisontell samverkan. Tidigare forskning visar att distriktssköterskan upplever att kontinuitet och kunskap är viktiga delar av sårbehandlingen. Den visar också att läkarna upplever sig ha en sekundär roll i sårbehandlingen i förhållande till distriktssköterskan.

**Syfte:** Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskans erfarenheter av att behandla svårläkta sår inom kommunal hälso- och sjukvård, med fokus på samarbete och kompetens.

**Metod:** Datainsamlingen skedde genom åtta semistrukturerade intervjuer med distriktssköterskor som arbetade inom kommunal hälso- och sjukvård. Datan analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Distriktssköterskans ledarskap lyfts fram som en viktig del i sårbehandlingen, likaså kunskapen om läkningsprocessen och behandlingsstrategier. Fortbildning önskas men erbjuds sällan. Samverkan med övriga yrkeskategorier lyfts fram som komplicerad och ibland otillräcklig. Organisationens möjlighet att åstadkomma kontinuitet i sårbehandlingen upplevs svår på grund av bland annat personalbrist.

**Slutsats:** Studien kan användas som stöd i distriktssköterskans fortsatta arbete med sår och som underlag för beslutsfattare på högre organisatorisk nivå för att påvisa det upplevda behovet av ökade kunskaper.

**Nyckelord:** Svårläkta sår, distriktssköterska, kommunal hälso- och sjukvård, samverkan, samarbete, kunskap, kompetens

## Abstract

**Background:** Treating wounds are the most common care actions regardless care unit. Wounds that have not healed within six weeks are classified as chronic ulcers. The district nurse has a responsibility to supervise and organize the work as well as collaborating with other professions. In home care services you work in multidisciplinary teams which are a form of horizontal co-operation. Previous research shows that the district nurse is experiencing that continuity and knowledge is important in the treatment. It also shows that the physicians are experiencing a secondary role in wound treatment in proportion to the district nurse.

**Aim:** The aim of this study is to describe the district nurse's experiences of treating chronic ulcers in home care services, with focus on co-operation and competence.

**Method:** The data were collected using a semi-structured interview guide. Eight district nurses that worked in home care services participated. A qualitative content analysis was used to analyze the data.

**Results:** The leadership of the district nurse is an important part of the wound treatment as well as the knowledge about the healing process and treatment therapy. Further training is wanted but seldom offered. Co-operation with other professions is lifted as complex and sometime insufficient. The ability of the organizations to create continuity in wound treatment was considered difficult because of lack of staff.

**Conclusions:** The study can be used as support for the district nurse in their continuing work with chronic ulcers and for decision-makers on higher organizational level to demonstrate the experienced needs of more knowledge.

**Keywords:** Chronic ulcer, district nurse, home care services, co-operation, collaboration, knowledge, competence.

## Förord

Vi vill rikta ett varmt tack till de informanter som medverkat i vår intervjustudie, utan er hade det aldrig gått att genomföra studien. Vi vill även tacka vår handledare, Helene Berglund, för gott stöd, mycket tålamod och många bra tankar och idéer. Slutligen vill vi tacka våra respektive familjer som stöttat och motiverat oss under skrivandets gång.

# Innehållsförteckning

|   |    |
|---|----|
| Inledning   | 7  |
| Bakgrund  | 7  |
| Sårläkningsprocessen                              | 7  |
| Svårläkta sår                                     | 8  |
| Kommunal hälso- och sjukvård som vårdkontext      | 9  |
| Team, samverkan och ledarskap                     | 10 |
| Tidigare forskning om arbetet med svårläkta sår   | 11 |
| Teoretisk referensram                             | 12 |
| Samverkan   | 12 |
| Problemformulering                                | 13 |
| Syfte   | 13 |
| Metod   | 13 |
| Design  | 13 |
| Urval   | 13 |
| Datainsamling                                     | 14 |
| Dataanalys  | 15 |
| Förförståelse                                     | 15 |
| Forskningsetiska överväganden                     | 16 |
| Resultat  | 17 |
| En utmaning på flera nivåer i det dagliga arbetet | 18 |
| Såret, en omfattande arbetsuppgift                | 18 |
| Att förhålla sig gentemot patienten               | 18 |
| Att vara professionell                            | 19 |
| Att vara ledare                                   | 19 |
| Behov av kunskap                                  | 20 |
| Att uppnå kunskap                                 | 20 |
| Varierande kunskapsnivå hos andra yrkesgrupper    | 21 |
| Att bedöma egen och andras kunskap                | 21 |
| Betydelsen av stöd i samverkan                    | 22 |
| Kollegor som stöttepelare                         | 22 |

|   |    |
|---|----|
| Att samarbeta med andra aktörer                   | 22 |
| Organisationens betydelse för sår läkningen       | 23 |
| Upplevelsen av tillgång till materiella resurser  | 23 |
| (Bristande) kontinuitet                           | 24 |
| Diskussion  | 25 |
| Metoddiskussion                                   | 25 |
| Resultatdiskussion                                | 26 |
| En utmaning på flera nivåer i det dagliga arbetet | 26 |
| Behov av kunskap                                  | 27 |
| Betydelsen av stöd i samverkan                    | 28 |
| Organisationens betydelse för sår läkningen       | 29 |
| Slutsatser  | 30 |
| Referenslista                                     | 31 |
| <br>  |    |
| Bilaga 1 Information till forskningspersonerna    |    |
| Bilaga 2 Intervjuguide, semistrukturerad          |    |

## Inledning

Distriktssköterskor verksamma i kommunal hälso- och sjukvård har patientens hem som arbetsplats. I samverkan med andra professioner arbetar distriktssköterskan för att erbjuda patienterna en god vård. Distriktssköterskan möter bland annat olika typer av sår i det dagliga arbetet och behöver då ha kunskap om sår-läkningsprocessen, olika behandlingar och kunskap om arbetsledning av grupp. Vanligtvis läker såren enligt förväntan och distriktssköterskans behandlande åtgärder i samverkan med andra professioners inblandning är tillräckliga. Dock inträffar det emellanåt att såren inte läker som förväntat. Det kan bero på enskilda eller en kombination av flera faktorer. När detta inträffar och distriktssköterskans kunskap inte räcker till behöver hen veta var specialister finns. Svårsläkta sår kräver tid och engagemang för att läka och innebär stora kostnader för den lokala verksamheten och för samhället. Det innebär även ett ökat lidande för patienten. Sårbehandling är således en komplex del i distriktssköterskans arbete då det är flera faktorer som spelar in för utgången.

Genom att studera distriktssköterskors erfarenheter av sårbehandling inom kommunal hälso- och sjukvård kan kunskaper erhållas om hur sårbehandlingen kan optimeras med rätt kompetens och ett välfungerande samarbete. Detta kan leda till minskat lidande för patienten och minskade kostnader för de lokala verksamheterna och samhället.

## Bakgrund

Sårbehandling är en av de vanligaste omvårdnadsåtgärderna oavsett vårdform (Lindholm, 2018a). Inom EU uppskattas 0,12–0,32 % av befolkningen ha svårsläkta sår vilket motsvarar mellan 490,000 och 1,3 miljoner människor. Det finns dock inga säkra siffror på förekomsten av svårsläkta sår i Sverige (SBU, 2014). Öien, Forssell och Ragnarson (2016) skriver att kostnaderna för svårsläkta sår uppskattas till 38 000 kr men att kostnaderna nästan kan halveras med hjälp av rätt kompetens och adekvata förbandsval. Förbandskostnaden utgör cirka 13-15 % av kostnaden. Sårömläggningar är en mycket tidskrävande uppgift och kostnaderna för vårdpersonal är ungefär 87 % av totalkostnaden (Lindholm & Searle, 2016). Kostnadseffektivitet uppnås enligt Lindholm (2018b) då ett sår läker utan komplikationer och med så få förbandsbyten som möjligt.

## Sår-läkningsprocessen

Enligt Lindholm (2012b) sker normal sår-läkning i en kronologisk ordning. Lindholm (2012b) beskriver läkningen som fyra separata faser men dessa kan överlappa varandra. *Koagulations-fasen* inleds med vasokonstriktion som stoppar blödningen (Lindholm, 2012b). Ytliga blodkoagler skyddar från bakterieangrepp. Därefter sker vasodilatation för att möjliggöra framkomsten av viktiga sår-läkningskomponenter (Lindholm, 2012b; Sterner & Åkesdotter Gustafsson, 2018). Fibrinogen bildar en nätliknande struktur som stabiliserar sår-vävnaden (Sterner & Åkesdotter Gustafsson, 2018).

I *inflammationsfasen* rensar vita blodkroppar såret från bakterier och död vävnad (Lindholm, 2012b; Sterner & Åkesdotter Gustafsson, 2018). Detta är den mest intensiva fasen och kännetecknas av lokal rodnad och värmeökning (Lindholm, 2012b). Detta ska inte misstolkas för infektion. Sedan startar *vävnadsnybildningsfasen* cirka två dygn efteråt (Sterner & Åkesdotter Gustafsson, 2018). Granulationsvävnad bildas för att underlätta bindvävsnybildningen i området (Lindholm, 2012b). Epidermis återskapas genom att celler från kanterna vandrar inåt (Lindholm, 2012b) och vid optimala förutsättningar kan återuppbyggnaden påbörjas efter bara några timmar (Sterner & Åkesdotter Gustafsson, 2018). Den sista fasen är *vävnadsremodelleringsfasen*. Vävnaden omformas genom bland annat kollageninlagring (Lindholm, 2012b; Sterner & Åkesdotter Gustafsson, 2018). Fasen kan vara i över ett år och kliniska tecken är stora, röda ärr som med tiden drar ihop sig och bleknar (Sterner & Åkesdotter Gustafsson, 2018).

## Svårläkta sår

Huden är människans största organ och är hos en vuxen cirka 1,5–2,0 m<sup>2</sup> stor (Sand, Sjaastad, Haug, Bjälje & Toverud, 2007). Hudens primära uppgifter är att skydda kroppen från penetrering av mikroorganismer, mekanisk påverkan och vätskeförlust. Huden reglerar även kroppstemperaturen, lagrar in fett och vätska (Sand et al., 2007). När ett sår uppstår äventyras de skyddande funktionerna. Enligt Lindholm (2012a) kan vanliga sår definieras som en störning i hudens normala struktur och funktion vilket läker i en organiserad och tidsbestämd ordning. Svårläkta sår orsakas av bakomliggande sjukdom och/eller vävnadsskada och läkningen följer inte det tidsbestämda förloppet. Ett sår som inte läker inom tidsramen sex veckor klassas som svårläkt och betecknas på engelska som chronic ulcer, exempelvis bensår, trycksår samt maligna tumörsår (Lindholm, 2012a). Enligt Bökberg och Drevenhorn (2017) bör distriktssköterskan så tidigt som möjligt i mötet med en ny patient göra en bedömning av risken för trycksår (vilket kan utvecklas till ett svårläkt sår). Identifieras en risk kan distriktssköterskan tidigt sätta in insatser för att förhindra uppkomsten av trycksår. Validerade trycksårsinstrument som kan användas i bedömningen är Modifierad Nortonskala (MNS) och Riskbedömning Trycksår (RBT) (Bååth & Källman, 2019).

Sårets läkningsförmåga påverkas av olika faktorer; lokala (exempelvis lokalisering och storlek), externa (exempelvis rökning och fetma) och bakomliggande sjukdomar (exempelvis diabetes mellitus, venös och/eller arteriell insufficiens) (Lindholm, 2012b). Hudens förnyelse tar längre tid hos äldre vilket påverkar sårhäkning (Blomqvist, Edberg, Ernst Bravell & Wijk, 2017). Enligt Lindholm (2012b) har 60 % av alla svårläkta sår biofilm. Biofilm består av slemkapslade bakteriekolonier i sårhålan vilket är svårpenetrerbart för antibiotika och vissa antiseptiska preparat.

Den mänskliga faktorn kan också påverka sårhäkning genom kunskap, erfarenhet och skicklighet. Patienterna idag är välinformerade och ställer krav på nya, effektiva behandlingsmetoder vilket kan upplevas stressande för personalen och kan göra omlägningsprocessen mer tidskrävande. Hög kontinuitet av personal med stor sårkunskap är en viktig framgångsfaktor i sårhäkning (Lindholm, 2012a). Frekvent omläggning stör sårets läkningsprocess genom bland annat



nedkylning och uttorkning varför rekommenderad omlägningsfrekvens för sår i god läkningsprogress är 1-2 gånger i veckan (Lindholm, 2018b).

Enligt Lindholm (2018b) är målet med lokal sårbehandling sårläkning. Delmål är att:

- undvika smittspridning till/från såret och förhindra infektion
- rensa upp såret från nekrotisk vävnad (debridering)
- minska smärta och obehag
- skapa en optimal sårläkningsmiljö
- behandlingen skall vara hälsoekonomiskt försvarbar

För att undvika smittspridning och infektion är det viktigt med rengöring. Den rengöringsmetod (steril eller ren) som används dokumenteras i patientjournalen. Vid steril rutin används natriumklorid till rengöring. Steril rutin används exempelvis första dygnet efter operation och till sår i förbindelse med leder. Vid ren rutin används kranvatten, ren rutin används vid exempelvis svårläkta sår (Häggström & Tammelin, 2017/2018; Lindholm, 2018b).

Principer för lokal sårbehandling är enligt Lindholm (2018b) sårrengöring, debridering, eventuellt antiseptikum samt fuktighetsbevarande sårläkning med glesa omlägningsintervall. Det är även viktigt att välja förband utifrån individen, symptombild och målsättning.

Har patienten svårigheter att sköta personlig hygien är det viktigt att skydda områden nära såret från bakteriespridning, såret duschas om möjligt separat (Lindholm, 2018b). Enligt Lindholm, Vowden och Vowden (2018b; 2011) är det viktigt att rensa svårläkta sår på nekrotisk vävnad, döda celler, mikroorganismer biofilm samt fibrin som annars är en grogrund för infektioner. Rengöring utförs vid varje förbandsbyte och debrideras vid behov så att sårets rätta djup och utbredning ses. För att förebygga antibiotikakrävande infektioner är kunskap om antiseptiska lokalpreparat viktig. Nya produkter som kan bryta biofilm har tagits fram genom forskning (Lindholm, 2018b).

För att läkningsprocessen skall ske framgångsrikt krävs att bakomliggande orsaker till sårets uppkomst och hämmande läkningsfaktorer identifieras (Lindholm 2018b). Identifieras inte etiologin och sårets svårighetsgrad kan det leda till förlängd sårläkning, ökade kostnader och försämrad livskvalitet (Regmi & Regmi, 2012).

## Kommunal hälso- och sjukvård som vårdkontext

I samband med Ädelreformen som infördes januari 1992 (Regeringen, 1990/91:14) fick kommunerna ansvar för hälso- och sjukvård av personer i ordinärt och särskilt boende samt skyldighet att erbjuda dem hemsjukvård vid behov (Hälso- och sjukvårdslag [HSL], SFS 2017:30 kap 12 2§). I Socialtjänstlagen (SFS 2001:453 kap 5 4-5§§) står det att kommunerna ansvarar för äldre människors möjligheter att bo kvar i ordinärt boende samt upprätta boenden för de med särskilda omvårdnadsbehov. Det är här distriktssköterskan i kommunal hälso- och sjukvård (hemsjukvård) har sin arbetsplats tillsammans med andra legitimerade professioner så som sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter (Socialstyrelsen, 2019). Dessa professioner

arbetar utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Hemtjänstpersonalen som också ingår i teamet kring patienten arbetar utifrån Socialtjänstlagen (SFS 2001:453). Hemtjänstpersonalen har dock ofta delegering (SFS 1997:14) att utföra hälso- och sjukvårdande uppgifter. Alla professioner tillsammans med de båda lagarna ska mötas och samverka för att skapa de bästa förutsättningarna för patientens fortsatta vård. Eftersom både legitimerad och icke-legitimerad personal arbetar med samma arbetsuppgifter tack vare delegeringsmöjligheten gör det den kommunala hälso- och sjukvården till ett mycket komplext och invecklat system.

Att ha någons hem som arbetsplats skapar en komplex situation där distriktssköterskan måste visa hänsyn samtidigt som hen måste kunna utföra sitt arbete korrekt och säkert. Distriktssköterskan måste i mötet med patienten skapa en relation som innefattar öppen kommunikation, respekt och trygghet (Josefsson, 2009). Hemmet tillhör även de närstående vilka kan inkluderas i vårdandet genom ett familjecentrerat förhållningssätt (Goliath & Hellström, 2017). Närstående involveras i patientvården enligt deras och patientens önskemål. Distriktssköterskan behöver ta hänsyn till att deras arbetsplats även är anhörigas hem. Detta gör arbetsplatsen annorlunda eftersom inte vårdaren "äger" behandlingslokalen (Öresland, 2017).

## Team, samverkan och ledarskap

I distriktssköterskans kompetensbeskrivning (DSF, 2019) står det att distriktssköterskan behöver ha fördjupade kunskaper om fysiologi, uppkomst, patofysiologi och behandling avseende de vanligast förekommande sjukdomarna hos en befolkning. Detta innefattar fördjupade kunskaper om sår.

Distriktssköterskan är också ansvarig för att leda och organisera omvårdnadsprocessen (DSF, 2019). Detta innebär ett ansvar att leda, fördela, strukturera och fatta beslut i sårbehandlingen. Distriktssköterskan behöver därför ha ett gott samarbete med övriga vårdgivare och vara en professionell ledare för att samordna insatser samt stå fast vid ordinerad behandling. Dock måste distriktssköterskan vara lyhörd inför ny kunskap, tankar och idéer från övriga vårdgivare.

Arbetet i kommunal hälso- och sjukvård är idag mer uppdelat i team än i hierarkiska strukturer. Teamet kräver ledning, prioritering och samordning kring patienten (Josefsson & Ljung, 2017). Enligt Bångsbo (2018) har interprofessionella team fokus på att skapa de bästa förutsättningarna för patientens fortsatta vård mot gemensamma mål. Denna typ av samverkan kräver mycket av teamet och professionerna i det, bland annat täta kontakter och diskussioner kring patientens situation. Enligt Ekman och Norberg (2013) är distriktssköterskan ledare och bör ha professionella ledaregenskaper. Tanken med att arbeta i team är att få fram olika yrkeskategoriers idéer via en respektfull och ömsesidig dialog. Ingen yrkeskategori ska anses suverän men det får inte bortses från specialistkompetenser (Carlström, Kvarnström & Sandberg, 2013). Enligt Ekman och Norberg (2013) ska distriktssköterskan sträva efter att göra patienten till en del av teamet genom att lyfta fram patientens resurser för hälsa och värdera dessa tillsammans med medicinsk kunskap till en plan för det fortsatta vårdandet.

Distriktssköterskan ska också ha fördjupade kunskaper i handledning och undervisning (DSF, 2019) och kunna omsätta dessa i praktiken gentemot omvårdnadspersonal, patienter och närstående (Josefsson & Ljung, 2017). I yrkesutövningen sker en ständig balansgång som distriktssköterskan måste vara medveten om och medvetet reflektera över. Medveten reflektion är, enligt Ekebergh (2009), viktigt för att kunna fokusera på fenomenet och på så vis beslutet.

Distriktssköterskan ska även arbeta utifrån ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2017), ha ett personcentrerat förhållningssätt, arbeta evidensbaserat, arbeta med förbättrings- och kvalitetsutveckling samt erbjuda patienten en god och säker vård (DSF, 2019).

## Tidigare forskning om arbetet med svårläkta sår

Det finns inte mycket forskning med inriktning på distriktssköterskans erfarenheter av att arbeta med svårläkta sår inom kommunal hälso- och sjukvård. Friman, Klang och Ebbeskog (2011) beskriver distriktssköterskans upplevelser av sina vårdande handlingar under behandlingen av patienter med olika typer av sår inom primärvård och hemsjukvård. De beskriver att distriktssköterskor strävar efter att ge den bästa vården till patienter med sår där bland annat kunskap och kontinuitet är en viktig del. Distriktssköterskorna upplevde dock att brist på behandlingsrum och dåligt underhållen utrustning gjorde arbetet svårare och mindre effektivt (Friman et al., 2011).

I en annan studie skriver Friman, Klang och Ebbeskog (2010) om distriktssköterskors behov av samarbete och en välfungerande organisation som en förutsättning för bra sårbehandling. Utvecklingen av sårvård inom primärvården går långsamt och att det finns brister i rutinerna för samarbetet med läkarna samt att riktlinjer för sårvård sällan används. Dessa brister skulle enligt Friman et al. (2010) kunna leda till minskad kontinuitet, felbehandlingar, ökad väntetid och som följd även fördröjd sårsläkning för patienten.

I en litteraturstudie av Cornforth (2013) tar man upp aspekten av att ha en helhetssyn vid sårbedömningar i primärvården. Att inte bara se såret i sig utan att även ta hänsyn till bland annat patientens nutritionsstatus, smärta och psykologiska faktorer är en viktig del i arbetet med sårbehandling. Att arbeta i ett multidisciplinärt team framhålls av Cornforth (2013) som viktigt för att kunna tillhandahålla en effektiv bedömning och behandling av sår.

Friman, Wiegleb Edström och Edelbring (2018) tar i sin studie upp hur läkare upplever sin roll och sitt samarbete med distriktssköterskor i samband med sårvård. Enligt Friman et al. (2018) uppfattar läkarna sin roll som sekundär då de konsulterades först när sårsläkningen inte gick som förväntat. Läkarna litade på distriktssköterskornas bedömning och val av förband men framhöll att tidsbrist kunde vara en bakomliggande faktor till att patienterna i första hand fick träffa en distriktssköterska (Friman et al., 2018). En annan aspekt som framkom i studien var vikten av att patienten fick rätt diagnos på såret. Friman et al. (2018) menar att otydliga rutiner kring sårbehandling kan vara orsak

till att en del patienter inte fick någon diagnos tidigt i behandlingen, vilket kan ha fördröjt läkningen.

## Teoretisk referensram

### **Samverkan**

Samverkan kan ha flera olika definitioner och därför väljer många det övergripande begreppet integration. Integration betyder att olika parter har förts ihop till en större enhet. Det finns olika typer av integration, vertikal (hierarkisk struktur) och horisontell (frivilligt samarbete) (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007). Fortsättningsvis används samverkan synonymt med integration.

I en modell av Axelsson och Bihari Axelsson (2007) förklaras samverkan som en komplicerad form av integration där det finns en hög grad av både hierarkisk struktur och frivilligt samarbete parterna emellan. Detta kännetecknas av att deltagarna både styrs horisontellt av teamet men också vertikalt av chefer och organisationer. Detta kan, enligt Axelsson och Bihari Axelsson (2007), skapa dubbla lojaliteter och stress hos teammedlemmarna som då både har förpliktelser gentemot teamet och den organisationen de tillhör, framförallt när teamets och organisationens mål inte överensstämmer. En annan svårighet är om organisationerna har olika sätt att se patienterna på vilka kan förstärkas av medlemmarnas skillnader i utbildningsnivå.

Samverkan har i flera verksamheter upplevts som krångligt och ineffektivt men förespråkas dock i folkhälsoarbetet (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007). Vård och omsorg på regional nivå är stora aktörer inom folkhälsoarbetet (Västra Götalandsregionen, 2019). Folkhälsoarbetet är en del av välfärden och innefattar bland annat kommunala, regionala, statliga, frivilliga och privata aktörer. På grund av dessa många aktörer, innefattande olika professioner och viljor, är gränsöverskridande samverkan välbehövligt och avgörande inom folkhälsoarbetet. Intersektionell samverkan förespråkas med nätverk och partnerskap som metoder för att samordna aktörerna. Bristande samverkan kan leda till kvalitetsproblem i folkhälsoarbetet (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007).

I vård och omsorg skapas ofta multidisciplinära team som är gränsöverskridande för ett djupare samarbete. Personerna i teamet, eller hela teamet, arbetar mer eller mindre regelbundet med patienterna (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007). Äldres vård och omsorg är det största området för intersektionell samverkan internationellt men i Skandinavien dominerar samverkan inom öppenvårdspsykiatri (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007).

Samverkan är en viktig del i distriktssköterskans ledarroll och sker både internt och externt med olika professioner för att skapa en patientcentrerad vård och för att utveckla verksamheten. Det är önskvärt att vara geografiskt nära patienten och omvårdnadspersonalen för att lättare kunna handleda och utbilda. Arbetet är komplext med komplicerade bedömningar och samordningsansvar vilket avkräver distriktssköterskan ett tydligt ledarskap (Josefsson & Ljung, 2017).

## Problemformulering

Distriktssköterskan i hemsjukvården arbetar ofta ensam hos patienten. Detta kräver kunskap om både sårläkningsprocessen och om medicinska och fysiska faktorer som påverkar sår läkningen samt en förmåga att se helheten kring såret. Arbetet med svår läkta sår ställer många krav på distriktssköterskan, bland annat kontakten med externa vårdgivare, val av behandling och förbandsmaterial. Det finns många faktorer som spelar in vid sårbehandlingen och därför blir detta en komplex del av arbetet. Tidigare forskning pekar på brist i samverkan vårdgivare emellan, vikten av personalens kompetens och en holistisk syn på patienten då sår inte enbart läks med hjälp av förband. Tidigare forskning betonar även kontinuitet av personal i samband med sårbehandling och dess betydelse för läkningsprocessen.

Genom att undersöka distriktssköterskans erfarenheter av att arbeta med svår läkta sår kan deras kunskaper av fenomenet belysas. Kunskaper som framkommer kan i sin tur vara betydande för distriktssköterskors fortsatta arbete med svår läkta sår och utveckling inom området.

## Syfte

Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskans erfarenheter av att behandla svår läkta sår inom kommunal hälso- och sjukvård, med fokus på samarbete och kompetens.

## Metod

### Design

För att besvara syftet valdes kvalitativ metod med induktiv ansats som enligt Polit och Tatano Beck (2012) ger en helhetssyn på fenomenet. Genom kvalitativ metod kan forskaren under datainsamlingen analysera data löpande och parallellt för att bedöma om mer data behöver inhämtas eller om tillräckligt med data finns för att besvara syftet (Polit & Tatano Beck, 2012). Induktiv ansats innebär att författarna förutsättningslöst analyserar datan för att finna mönster (Lundman & Hällgren Granheim, 2017).

Med hänsyn tagen till uppsatsens givna tidsram har författarna valt att använda semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod. Det är ett lämpligt val i jämförelse med den ostrukturerade intervjun där författaren riskerar att få för stort material under datainsamlingen i relation till uppsatsens storleksproportioner. Det var även ett lämpligt val då författarna, som har en viss förförståelse för ämnet, gavs möjlighet att ställa adekvata frågor som speglade uppsatsens syfte. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) erbjuder semistrukturerad intervju dessutom större möjligheter till jämförelser i svaren än vad ostrukturerade intervjuer erbjuder.

### Urval

Inklusionskriterierna var att informanterna skulle vara distriktssköterskor med minst tre månaders sammanhängande arbetslivserfarenhet från kommunal hälso- och sjukvård. Författarna

informerade via e-post verksamhetscheferna genom det officiella brevet från institutionen gällande examensarbete. Enhetschef/vårdchef informerades om studien via e-post. Skriftligt tillstånd att utföra studien inhämtades av verksamhetschef respektive enhetschef/vårdchef innan förfrågningar skickades ut till distriktssköterskorna.

Enligt Dysthe, Hertzberg och Hoel (2011) och Kvale och Brinkman (2014) bör ställningstagande göras utifrån resurser som till exempel kompetens, tid och tillgång till medverkande innan man beslutar om forskningsmetod och urvalsprocess. Författarna valde att tillfråga de distriktssköterskor som arbetar i kommunal hälso- och sjukvård i två olika kranskommuner till en större stad i Västsverige. Förfrågan skickades ut via e-post tillsammans med information om studiens syfte. Totalt tillfrågades nio distriktssköterskor i den ena kommunen respektive tio i den andra. Nio distriktssköterskor tackade ja, fem svarade inte, fem tackade nej. Utifrån de som tackade ja gjordes ett bekvämlighetsurval. Polit och Tatano Beck (2012) skriver att syftet med kvalitativ forskning är att studera personers erfarenheter kring ett fenomen. Ofta rör det sig om få informanter som ger mycket information. Totalt valdes åtta informanter ut, fyra i respektive kommun. Studiens författare arbetar i de tillfrågade kommunerna. För att minska risken för bias valde författarna att intervjua informanter på varandras arbetsplatser. För data över informanterna, se tabell 1.

**Tabell 1: Informanterna**

| Informanter (n) | Kön     | Ålder                 | Erfarenhet som sjuksköterska | Erfarenhet som distriktssköterska | Anställd inom hemsjukvården |
|-----------------|---------|-----------------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| 8               | Kvinnor | 33-62 år<br>(45,5 år) | 4-30 år<br>(9 år)            | 1-10 år<br>(6 år)                 | 3-17 år<br>(6,5 år)         |

*Medianåldern inom parentes*

## Datinsamling

Alla tillfrågade fick skriftlig information i form av en forskningspersonsinformation (FPI) (se Bilaga 1) och de som tackade ja till att medverka i studien fick muntlig information innan intervjun påbörjades. Alla som deltog i studien gav informerat samtycke. Enligt Cöster (2014) är det informerade samtycket en förutsättning för att få utföra studier med människor.

Informanterna fick själva välja plats för intervjun. Alla valde ett lugnt rum på arbetsplatsen där det inte förekom någon passage. Intervjuerna genomfördes under vecka 38 och 39 2019, under informanternas arbetstid och tog mellan 16 och 33 minuter. Intervjuerna spelades in och transkriberades för att sedan kunna läsas igenom flera gånger. Kvale och Brinkmann (2014) menar att intervjusituationen upprepas vid transkriberingen vilket underlättar analysen.

För att minska risken för bias samt för att aktivt ta del av varandras intervjuer transkriberade författarna inte sina egna intervjuer utan varandras. En intervjuguide (se bilaga 2) med öppna frågor användes, även följdfrågor användes i syfte att få fram djup och detaljerad information. Frågornas utformning gjorde det möjligt att få fram data som svarade an på syftet samtidigt som informanterna

gavs möjlighet att ge ytterligare förklaringar (Polit & Tatano Beck, 2012). Författarna intervjuade fyra personer var.

## Dataanalys

Dataanalysen är den process då forskaren strukturerat undersöker och ordnar inhämtad data till mindre enheter, kodningar och kategorier vilka sedan presenteras i ett resultat (Bogdan & Biklen, 2007; Polit & Tatano Beck, 2012).

För att analysera datan som insamlats valdes kvalitativ innehållsanalys som enligt Lundman och Hällgren Granheim (2017) är lämplig för att granska transkriberade intervjuer. Enligt Krippendorff (2013) är kvalitativ innehållsanalys ett varsamt sätt att analysera semistrukturerad data på då den tar hänsyn till symbolism och uttryck. För att utföra analysen behöver den som analyserar vara medveten om kontextens betydelse vilket i analysprocessen betyder att delar av texten måste förstås i sitt sammanhang och inte kan abstraheras från helheten (Lundman & Hällgren Granheim, 2017; Krippendorff, 2013).

I kvalitativ innehållsanalys söker forskaren efter gemensamma mönster bland olika texter för att sedan kunna sammanställa dessa till kategorier och underkategorier baserat på dess innehåll (Krippendorff, 2013; Lundman & Hällgren Granheim, 2017). Datat lästes igenom flera gånger och meningsbärande begrepp letades ut, kondenserades och kodades. Koderna delades upp i kategorier och underkategorier utifrån innehållet, vilket exemplifieras i tabell 2.

**Tabell 2 Exempel på analysprocessen**

| Meningsbärande enheter  | Kondenserad mening   | Kod            | Underkategori           | Kategori                                    |
|---|----------------------|----------------|-------------------------|---|
| Oftast vill man ju ha att samma person går, så man kan följa såret. | Samma person som går | Regelbundenhet | (Bristande) kontinuitet | Organisationens betydelse för sårläggningen |

## Förförståelse

Thurén (2007) skriver om förförståelsen som något som människan erhållit från kulturen i det samhälle hen lever i och som hen indoktrinerats i sedan barnsben. Genom en hermeneutisk cirkel (eller spiral) kan förförståelsen utmanas och medvetandegöras parallellt med att ny kunskap inhämtas. Samtidigt som ny kunskap förstås och tolkas utvecklas förförståelsen till ny kunskap och verklig förståelse.

Författarna har båda arbetat inom kommunal hälso- och sjukvård som grundutbildade sjuksköterskor under tre respektive 20 år. Båda har stött på svårsläktade sår flertalet gånger i arbetet och en av författarna har ett ökat intresse för ämnet och är, tillsammans med en annan kollega,

såransvarig på sin arbetsplats. Detta ger en förförståelse för ämnet som inte går att bortse ifrån. Då båda författarna varit väl medvetna om sin förförståelse har de kunnat identifiera och varit lyhörda för sin egen förförståelse under arbetets gång. Genom sin förförståelse har författarna under intervjuerna kunnat ställa relevanta och adekvata följdfrågor till informanterna för att kunna undersöka syftet.

För att med öppna sinnen kunna läsa igenom och analysera intervjuerna har författarna emellanåt behövt sätta sin förförståelse åt sidan vilket kräver självinsikt och försiktighet vid dataanalysen. Författarna har kunnat hjälpa och påminna varandra när förförståelsen lyst igenom.

## Forskningsetiska överväganden

Ansökan hos etikprövningsnämnden krävs för att få tillstånd att utföra studier där forskning avser människor (2003:460; 3-4§). Examensarbeten inom ramen för högskoleutbildningar på grund- eller avancerad nivå omfattas dock inte utav detta (2003:460; 2§).

I varje studie som utförs, oavsett nivå, måste etiska aspekter begrundas. I Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) står det i 16§ att den som deltar i studien ska informeras om studiens syfte, metoder, följder och risker etcetera. Alla informanter har fått skriftlig (se bilaga 1) och muntlig information om vad det innebär att delta i studien. Informerat samtycke har inhämtats muntligt (i enlighet med SFS 2003:460 17§) och informanterna har själva beslutat tid och plats för intervjuerna, detta för att öka deras trygghet i och kontroll av intervjusituationen. Cöster (2014) problematiserar det informerade samtycket då det kan vara så att personer som tackar ja till att delta i studier blir informerade men i slutändan ändå inte förstår deltagandets innebörd. Det är därför väsentligt att forskaren i varje situation ger tydlig information samt besvarar informanternas frågor för att undvika missförstånd.

Cöster (2014) skriver vidare om maktpositionen forskaren har gentemot informanterna. Informanten kanske inte vågar säga sin ärliga mening med rädsla av att bli behandlad illa av forskaren eller av andra om informationen skulle spridas. Forskaren måste därför vara väl medveten om sin roll och hur hen uttrycker sig, både i ord och handling, för att skapa en trygg och pålitlig relation till informanten.

Det finns risk att frågorna under intervjuerna kan uppbringa obehagliga känslor hos informanterna vilket nämns i FPI:n (se bilaga 1). Forskaren måste vara lyhörd och önskar informanten avbryta intervjun görs detta. Under intervjuerna kan det även framkomma känslig information om kollegor då några av frågorna berör samverkan med andra professioner och kollegor, det är då av stor vikt att forskaren inte lägger personliga värderingar i det som sägs. Forskaren måste även vara försiktig med hur materialet hanteras, det ska enligt Kvale och Brinkmann (2014) förvaras inlåst, oåtkomligt för obehöriga under studiens gång, samt förstöras när studien avslutats (se bilaga 1).

Inför studien gjordes en bedömning av riskerna för den enskilda individens deltagande i studien kontra den kunskapsvinst studien kunde bidra till. Författarna till studien anser att



kunskapsvinsterna överväger riskerna då alla som deltar är myndiga personer som informerats grundligt om studiens syfte och mål samt att de när som helst under studiens gång kan välja att avbryta sin medverkan.

## Resultat

Efter att ha analyserat alla intervjuer enligt ovan framkom fyra kategorier och elva underkategorier, dessa presenteras i tabell 3. I resultatet kommer all verksam personal inom hemtjänsten och vård- och omsorgsboenden benämnas synonymt med hemtjänstpersonal. Författarna upplever att ett innehållsrikt och varierat resultat framkom där distriktssköterskorna i vissa hänseenden var överens medan de i andra hade olika erfarenheter.

**Tabell 3 Studiens resultat**

| Huvudkategori                                     | Subkategori                                      |
|---|--|
| En utmaning på flera nivåer i det dagliga arbetet | Såret, en omfattande arbetsuppgift               |
|   | Att förhålla sig gentemot patienten              |
|   | Att vara professionell                           |
|   | Att vara ledare                                  |
| Behov av kunskap                                  | Att uppnå kunskap                                |
|   | Variierande kunskapsnivå hos andra yrkesgrupper  |
|   | Att bedöma egen och andras kunskap               |
| Betydelsen av stöd i samverkan                    | Kollegor som stöttepelare                        |
|   | Att samarbeta med andra aktörer                  |
| Organisationens betydelse för sårhäkningen        | Upplevelsen av tillgång till materiella resurser |
|   | (Bristande) kontinuitet                          |

## En utmaning på flera nivåer i det dagliga arbetet

### **Såret, en omfattande arbetsuppgift**

Informanterna hade flera gånger under sitt arbete i kommunal hälso- och sjukvård stött på svårläkta sår. Ett eller två svårläkta sår per distriktssköterska och år var vanligast men fler kunde förekomma. De flesta distriktssköterskor upplevde tidsbrist i samband med såromläggning. Någon informant menade att om såren läkt fortare hade de kunnat skriva ut fler patienter ur hemsjukvården och på så vis frigjort tid och resurser till andra uppgifter.

Såren tog inte bara tid från distriktssköterskan utan lyftes flera gånger som ett problem även för hemtjänsten. Att delegera ut omläggningen till hemtjänsten uppgavs som avgörande för att arbetsdagen skulle gå ihop tidsmässigt samtidigt som det uttrycktes en oro för fördröjd sårsläkning.

“Det som också är fel med hemtjänsten är ju det här med tiderna de har... det är inte omvårdnad längre utan det är löpande band, /.../ sviker omvårdnaden så sviker HSL-insatser.”

*Informant 7*

Distriktssköterskorna upplevde arbetet med svårläkta sår komplext då det förutom deras omvårdnad och behandling även fanns andra faktorer som spelade in. Fysisk aktivitet, patientens egen motivation, nutrition och nedsatt cirkulation togs upp som exempel på ytterligare faktorer som skulle beaktas för att främja sårsläkningen. Det var sällan patienterna fick sina sår diagnostiserade vilket upplevdes försvåra valet av behandling för distriktssköterskan.

### **Att förhålla sig gentemot patienten**

Patientens delaktighet upplevdes viktigt för sårsläkningen. Många patienter gjorde sitt yttersta utifrån bästa förmåga men det var inte en självklarhet med följsamhet i behandlingen. Många patienter upplevdes som alltför sjuka, fysiskt eller psykiskt, för att kunna medverka men det fanns även de som inte ville. Detta kunde resultera i en förlängd läkningsprocess eller komplikationer såsom infektioner eller amputation.

“Och sen kan det ju vara att patienten inte alls är med på noterna. Ah, och hur gör man då? /.../ man kan inte göra underverk /.../.”

*Informant 4*

Anhörigas delaktighet ansågs positiv och önskvärd så länge den gagnade patienten och följde ordinerad behandling. Anhöriga var en förlängd arm och många gånger de som upptäckte nya sår eller hade koll på sjukhusbesök, remisser och liknande. Någon av informanterna tog upp familjecentrering och familjehälsovård som en viktigt grund i distriktssköterskans arbete eftersom hela familjen berördes av patientens sår. Anhöriga sågs även som en drivkraft när patientens följsamhet sviktade i behandlingen. Andra informanter upplevde dock att anhöriga hade en liten roll i behandlingen och menade att de sällan var delaktiga på ett framträdande sätt.

Kontinuerlig information var också en betydande del i behandlingen. Möjligheten att motivera patienten till följsamhet i behandlingen var större om patienten först fått information om sin situation och behandlingsplanen. En statusuppdatering gavs till patienten vid varje omläggning men det var anhöriga som efterfrågade informationen.

Patienter som hade låg följsamhet verkade uppleva behandlingen som betungande eller ineffektiv. Det fanns exempel där patienter tagit bort förband eller kompressionslindor för att de upplevt smärta eller obehag. Informanterna var lyhörda för patientens önskemål och strävade efter att anpassa behandlingen trots att det ibland stred mot evidensen. Enligt informanterna blev livsvärldsperspektivet ett viktigt förhållningssätt i mötet. Såren upplevdes inskränkande och tidsödande för patienten och alla informanter uttryckte en önskan och vilja om sårhäkning för minskat lidande.

### **Att vara professionell**

När såren inte läkte eller när patienten inte medverkade till behandlingen var det viktigt att distriktssköterskan behöll ett professionellt förhållningssätt. Uttryck för uppgivenhet för den bristande sårhäkningen var framträdande.

“då får man ju bara ta det för vad det är liksom”

*Informant 3*

Svårigheten i att ge upp hoppet beskrevs tydligt i och med att distriktssköterskorna “kämpade på”. Acceptansen om utebliven läkning beskrevs genom att de höll såret “i schack”. Många hyste dock ett underliggande hopp om att såren skulle läka vilket många gånger bottnade i ett personligt och professionellt engagemang. Flera informanter uttryckte ett nöje i att arbeta med svårhäkta sår just eftersom de erbjöd en utmaning.

Även hemtjänstens engagemang framkom. Några informanter berättade att de gått ut med förfrågningar via mejl till hemtjänstgruppen om vilka som ville vara med och lägga om ett svårhäkt sår. På detta sätt upplevde distriktssköterskorna att de undkom problem som bristande engagemang och sviktande kontinuitet i behandlingen samtidigt som kvalitén höjdes. Engagemanget från hemtjänsten var dock inte alltid positivt, ibland hade de egna tankar och tyckanden som var ogrundade och inte stämde överens med ordinerad behandling eller evidens. Detta försvårade distriktssköterskans arbete.

Alla informanter beskrev ett professionellt ansvar för såren men att de också kände ett personligt ansvar. De upplevde ibland ett större ansvar än vad de ansåg att de hade kunskap till att ta. Det personliga ansvaret var extra tydligt i samband med uppföljning och utvärdering som de menade uteblev om de inte gjorde den själva.

### **Att vara ledare**

I likhet med ansvarskänslan var ledarskapet en viktig del av arbetet. Som ledare skulle distriktssköterskan både handleda och undervisa hemtjänstpersonal samt ordinera och följa upp

behandlingen. De flesta distriktssköterskorna berättade att de upplevde ledarskapet positivt och bra i förhållande till hemtjänsten medan någon distriktssköterska menade att det var svårt när hemtjänstpersonalen ibland var både äldre och mer erfarna med mycket tyckanden.

Som ledare upplevde distriktssköterskorna att många såg dem som suveräna vilket var en bild de inte delade. Själva ansåg de sig arbeta i samverkan med hemtjänsten och inte som en hierarkisk ledare. Dock vittnade några distriktssköterskor om vikten av att ibland anta en mer framträdande roll och "peka med hela handen" för att behandlingar och ordinationer skulle efterföljas. Tydlighet lyftes fram som en betydande faktor i både journalföring och dialog. Några informanter berättade att ordinationer ibland behövde förklaras på mycket grundläggande nivå för att hemtjänsten skulle utföra dem korrekt eller överhuvudtaget. Detta var ett problem som togs upp flera gånger under intervjuerna.

## Behov av kunskap

### Att uppnå kunskap

Fortbildning efterfrågades i samband med medarbetarsamtal varje år. Informanterna kände sig osäkra och önskade lära sig mer, särskilt om svårsläta sår men även om förband då de ständigt utvecklas. Den kunskap om nya rön som till exempel hudmottagningarna hade kom sällan till hemsjukvårdens kännedom förrän långt senare.

Informanterna uppskattade internutbildningar och önskade mer av det då det skulle leda till minskat beroende av andra professioner. En del informanter hade möjlighet att gå på träffar för fortbildning. Några informanter hade gått en extern högskoleutbildning om sår. Det framkom att informanterna förväntat sig och önskat mer om sår under distriktssköterske-utbildningen då sår upplevdes som en mycket stor del av arbetet. Även grundutbildningen lyftes som bristfällig gällande sår och sårbehandling.

Praktiken under utbildningen upplevdes för kort för att de skulle kunna ta till sig mer kunskap om sårbehandling. Någon informant uttryckte att det under praktikperioden var långa dagar och uppgifter som skulle göras varför de inte hann reflektera eller läsa på ytterligare.

Informanterna upplevde att de under det praktiska arbetet fick en fördjupad kunskap och förståelse för helheten. Några vittnade om att de i början av sin yrkesutövning inte hade mycket kunskap men med tiden och praktisk erfarenhet växte den. Det gjorde att de kände sig trygga i att delge andra sin kunskap, till exempel i samband med delegering av hemtjänst-personal eller stöttning av kollegor. Informanterna uppskattade även att samåka med erfarna kollegor för att utbyta kunskaper. Några informanter berättade att de lärt sig av undersköterskor som var särskilt duktiga på sårbehandling.

".../ det mesta man har lärt sig har man lärt sig av erfarenhet, hands on, inte i skolan. I grundutbildningen i skolan kan jag inte minnas att vi hade någonting om sårvård."

*Informant 5*

## **Varierande kunskapsnivå hos andra yrkesgrupper**

I flera av intervjuerna nämndes hemtjänstens varierande kompetens. Dålig kunskap om bakomliggande orsaker och bristande förmåga att se helheten gjorde att hemtjänstpersonal inte insåg vikten i att följa en ordination vilket äventyrade patientsäkerheten. Då många erfarna och äldre medarbetare i hemtjänsten slutade på grund av pension eller sjukskrivning urlakades kompetensen på arbetsplatsen. De nya, särskilt yngre, stannade inte länge på samma arbetsplats vilket kunde bero på nya jobb eller studier. Detta gjorde att nya personer utan utbildning eller erfarenhet inom vård och omsorg anställdes. Avancerade såromläggningar upplevdes skapa rädsla hos hemtjänsten vilken troddes bottna i bristande kunskap och ovana. Någon informant uppgav att sårbehandlingen blev lidande på grund av hög personalomsättning.

”Även om de har delegering i sårbehandling så... har de inte erfarenheten så vet de ändå inte... de förstår inte innebörden i hur viktigt det är att arbeta med sår.”

*Informant 6*

Det fanns också duktig hemtjänstpersonal som tog sitt uppföljningsansvar, var noggranna och rapporterade när det uppstod problem. Informanterna vittnade om de som var engagerade och självständiga som tidigare arbetat med sår och därför hade kompetensen och vanan av såromläggningar. Deras kunskap var viktig att ta tillvara då de hade bra synpunkter som kunde förbättra sårbehandlingen. Distriktssköterskorna hade hög tillit till dessa bedömningar.

Läkarna upplevdes sällan bedöma svårålkta sår vilket var en förutsättning för diagnossättning och vidare behandling. Uppfattningen var att läkarna inte hanterade svårålkta sår särskilt ofta och att de verkade tycka att det var ett svårt område. Läkarna var dock bra på att vid behov konsultera specialister. Nästan alla informanter uppgav att de i första hand frågade kollegor med kunskap om svårålkta sår istället för läkarna då de menade att läkarna saknade kunskapen.

## **Att bedöma egen och andras kunskap**

Informanterna vittnade om att andra yrkeskategorier förlitade sig på deras kunskap och ansvarskänsla. Distriktssköterskan hade i mötet med hemtjänsten och läkare många gånger fått upplevelsen att de tyckte distriktssköterskan besatt stor kunskap gällande hudåkommor, sårbehandling och materialval. Informanterna kände att materialvalet i princip alltid överläts till dem, läkarna upplevdes hålla sig i bakgrunden vid sådana beslut.

Den upplevda tilliten till distriktssköterskans kunskap kunde leda till känslor som otillräcklighet och ensamhet i beslutsfattandet. Distriktssköterskorna upplevde att de ibland inte vetat vad de skulle göra med ett sår, särskilt vid uppföljningar av sår de inte sett tidigare. Sårbehandling upplevdes svårt och komplicerat, känslor av tvivel på sig själva och på sin kunskap var vanliga. Några såg bristande sårbehandling som ett misslyckande eftersom de ville vara kompetenta nog att klara av uppgiften. Nästan alla informanter var överens om att de i början av sin distriktssköterskekarriär inte hade så mycket kunskap om sår och sårbehandling. Som grundutbildade sjuksköterskor hade de haft fullt fokus på att lära sig om de olika förbanden och lärandet om sårbehandlingen fått stå tillbaka.

Några informanter hävdade att utmaningen låg i att ta reda på varför svårläkta sår uppstod och då behandla de orsakerna. Många informanter vittnade om att det förebyggande arbetet var av mycket stor vikt för att sår inte skulle uppkomma. I några verksamheter hade man i samråd med enhetscheferna valt att köpa in tryckavlastande madrasser till alla patienter för att undvika uppkomsten av svårläkta sår. Detta upplevdes som en kostnadseffektiv åtgärd.

Böcker om sårbehandling användes ofta men ibland användes även sökmotorer som "Google®" när kunskapen inte räckte till. Detta bottnade i en frustration på grund av den upplevda kunskapsbristen.

"Ju mer man läser om sår förstår man att man aldrig kommer att lära sig om sår. Så har jag känt."

*Informant 7*

## Betydelsen av stöd i samverkan

### **Kollegor som stöttepelare**

Informanterna uppskattade det tillåtande klimatet på arbetsplatserna och upplevde en stor vinning i att få stöttning, råd och tips via de mer erfarna kollegornas kunskap. När informanterna beskrev sina distriktssköterskekollegor och deras sårkompetens var det blandade upplevelser. Kollegorna innehade olika mycket kompetens när det gällde sårbehandling beroende på erfarenhet och yrkesverksam tid. Några av informanterna uppgav att de hade tillgång till kollegor med extra kunskap om sår och sårbehandling på arbetsplatsen, så kallade sårsköterskor vilket de upplevde positivt. Distriktssköterskorna hade hög tillit till de kollegor de själva ansåg besitta stor kunskap och kände då att de inte behövde kunna allt själva. Kollegorna visade och utbildade vilket bidrog till ökad kunskap inte bara på individnivå utan också på arbetsplatsen. De informanter som upplevde sig ha mer kunskap om sår berättade att de uppskattade att bli tillfrågade och såg det som ett tecken på att andra litade på deras kunskap.

"Så vi hjälps åt, och det känns jättegott."

*Informant 7*

### **Att samarbeta med andra aktörer**

Flera faktorer påverkade sårhäkningsprocessen och alla yrkeskategorier var viktiga i samverkan kring såret. Informanterna upplevde att samarbetet med hemtjänsten i de flesta fall fungerade bra, att de ofta återkopplade snabbt om de uppmärksammat förändringar hos patienten. Det hände dock att sår förvärrats utan att distriktssköterskan fått kännedom om det förrän senare. Detta upplevdes inträffa oftare när det var vikarier involverade.

Det hände emellanåt att hemtjänsten protesterade mot distriktssköterskans ordination men det löste sig oftast genom öppen dialog. Att utbyta tankar och idéer ansågs utvecklande för båda yrkesgrupperna. Att lyssna på hemtjänsten och vara ödmjuk inför deras idéer var viktigt eftersom

de sågs som distriktssköterskornas ögon och öron. Distriktssköterskorna som satt i samma lokaler som hemtjänsten upplevde att det geografiskt korta avståndet underlättade kommunikationen och samarbetet.

Upplevelsen av samverkan med läkarna var blandad, några informanter upplevde det som välfungerande medan andra upplevde det bristande eller totalt uteblivet. Informanterna menade att läkarna ofta saknade engagemang och att det var svårt att få till läkarundersökning för diagnostisering och planering av sårbehandlingen. Övervägande del av informanterna uppgav att de sällan kontaktade läkaren i annat fall än vid komplikationer eller vid behov av ordinationer. Läkare med specialistkompetens på sårvård saknades och efterfrågades.

Kommunikationen distriktssköterskorna emellan upplevdes fungera väl. Kommunikationen mellan hemsjukvården och specialistmottagningarna fungerade oftast bra men kunde brista om anhöriga var med vid besöken och mottog information. Hemsjukvården glömdes då bort och blev inte kontaktade angående nya ordinationer eller liknande. Samverkan med specialist-mottagningar och rehabteam handlade enligt några informanter om att skapa relationer genom frekvent kontakt. Informanter var eniga i att det kändes tryggt att kunna ta hjälp av andra med mer eller annan kunskap; till exempel hudmottagningen för sårbehandling och rehabteamet för tryckavlastande dynor i rullstol.

## Organisationens betydelse för sårhäkningsprocessen

### Upplevelsen av tillgång till materiella resurser

Flera distriktssköterskor berättade att de använde fotografier för att bedöma och dokumentera svårhelade sår vilket underlättade vid uppföljning av läkningsprocessen. Fotografierna användes även i samband med rond som uppföljning eller för bedömning och framhölls som en praktisk tillgång i samband med diskussion eller rådfrågning av kollegor.

Tillgången till material upplevdes ofta som tunn och bristande vilket distriktssköterskorna menade hämmande dem i deras yrkesutövning. Några informanter önskade en större frihet i möjligheten att välja bland alla förband och inte bara de upphandlade. Det framkom också att friheten var avhängig verksamhetens ekonomi. Andra upplevde dock att de hade bra tillgång till material och möjlighet att köpa in annat material vid behov. De som upplevde en bristande tillgång till material arbetade alla i samma kommun.

”/.../man är ju liksom knuten till det som finns på plats och det är ju inte alltid att just de förbanden är superduper bra. Så det hade väl varit skönt att ha lite större frihet vad gäller förband faktiskt. Och prova och testa lite olika. Det är en sak som är lite så, hämmande.”

*Informant 1*

Enligt flera informanter fanns det tydliga begränsningar i möjligheten att köpa in förband som inte var upphandlade. När dyrare material hade behövts köpas in eller användas till svårhelade sår

upplevde sig informanterna tvungna att motivera materialvalet vilket kändes besvärande. Känslan av att de "slösade" pengar var tydlig och de kände sig personligt ansvariga för kostnaderna.

När sjukhusen ordinerat förband var det sällan de skickade med material och stod för kostnaden, istället uppmanades distriktssköterskan att använda det som fanns tillgängligt i det kommunala förrådet. Detta skapade en stor frustration och önskemål om bättre samarbete med patienten i fokus.

### **(Bristande) kontinuitet**

Kontinuiteten ansågs vara den viktigaste framgångsfaktorn för sårhäkningsprocessen. Flera uppgav att de oftast lade om svårhärläta sår själva alternativt med hjälp av andra distriktssköterskor/sjuksköterskor. Resten delegerade ut uppgiften till hemtjänsten och bad då schemaansvariga att det endast skulle vara ett fåtal personer som utförde uppgiften. I vissa områden upplevdes detta enklare än i andra och möjligheten kunde även variera inom samma kommun. Några informanter berättade att de fått riktlinjer från medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) att inte delegera ut omläggningar av svårhärläta sår till för många för att upprätthålla patientsäkerheten.

Att vara en liten grupp i sårbehandlingen gav möjlighet att tidigt upptäcka förändringar, förenklade uppföljningar och öppnade för diskussion vårdarna emellan. Omläggningarna upplevdes skötas bäst om de i den utvalda gruppen var utbildade undersköterskor med erfarenhet och kännedom om patienten. Dock var det ofta många personer inblandade i behandlingen vilket upplevdes ofördelaktigt. Personal med delegering försvann ofta på grund av, framförallt, sjukskrivningar och vikarierna var sällan vana vid att arbeta med eller delegerade på såromläggning. Uppgiften återkom därför ofta till distriktssköterskan vilket skapade stress.

"Att det inte är för många som lägger om såret, utan att det är ett fåtal. Nu är det ju väldigt svårt... inom hemsjukvården att få detta, men det går ju om man försöker."

*Informant 6*

Hemtjänstens enhetschefer upplevdes ha störst möjlighet att påverka kontinuiteten. De hade även ansvar för att delegerad personal fanns när uppgifter behövde delegeras ut. Ibland upplevde informanterna att de hade ett gott stöd och samarbete med enhetscheferna, vilket visade sig främst genom viljan att samordna resurserna för att främja kontinuiteten. Dock menade flera att samarbetet med enhetscheferna var bristfälligt och otillräckligt. För att lösa kontinuiteten pratade distriktssköterskorna istället direkt med de schemaansvariga. Enhetscheferna upplevdes ibland tycka att svårhärläta sår var en för svår och tidsödande arbetsuppgift för hemtjänsten vilket kunde uttryckas genom muntliga protester.

Distriktssköterskorna bjöd även på lösningar och tankar kring den bristande kontinuiteten och den låga kunskapen hos hemtjänstpersonalen. Flera av informanterna hade önskemål om att hemtjänstgrupperna skulle bli mindre för att skapa kontinuitet och patientsäkerhet och att den delegerade personalen skulle få utbildning om sårbehandling. De som arbetade inom hemtjänsten föreslogs vara utbildade undersköterskor för att höja kompetensen i grupperna samt för att upprätthålla en patientsäker vård.



Återigen togs omfattningen och komplexiteten av arbetet med svårläkta sår upp som ett besvärligt fenomen som inte enbart skapade tidsbrist hos distriktssköterskorna utan även hos hemtjänsten vilket i slutändan skapade stress för båda grupperna.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Författarna valde att använda kvalitativ metod med induktiv ansats. Induktiv ansats baseras på att forskaren studerar ett fenomen som hen sedan beskriver så förutsättningslöst som möjligt. Utifrån resultatet finns sedan möjligheter att dra slutsatser och paralleller. Deduktiv ansats har sin utgångspunkt i teorier och forskarna förväntar sig ett givet svar. Deduktiv ansats används ofta då syftet präglas av en befintlig hypotes (Polit & Tatano Beck, 2012). Eftersom syftet i denna studie var att beskriva erfarenheter ansågs induktiv ansats vara bäst lämpad då erfarenheterna som eftersöktes inte kunde förutses.

Informanterna i studien var alla kvinnor. Trots förfrågan var det inga män som deltog i studien. Det är oklart varför just män inte visade intresse av att delta i studien men det kan bero på den upplevda tidsbristen vilken andra som tackade nej uppgav. Distriktssköterskorna i respektive kommun kontaktades via mejl vilket slutligen resulterade i åtta stycken informanter. Hade istället en generell förfrågan på exempelvis sociala medier gjorts hade möjligheten till en större spridning i urvalet erbjudits men också riskerat att ingen distriktssköterska svarat. Initialt var tanken att göra ett strategiskt urval och sedan intervjua åtta informanter för att erhålla stor variation i svaren (Polit & Tatano Beck, 2012). Det strategiska urvalet skulle göras utifrån ålder, kön och erfarenhet bland de som visade intresse och uppfyllde inklusionskriterierna. Utav 19 tillfrågade var det enbart nio stycken som visade intresse för deltagande i studien. Detta resulterade i att författarna tvingades göra ett bekvämlighetsurval bland de nio intresserade istället för ett strategiskt urval.

Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor utfördes vilket delvis styrde intervjun men samtidigt erbjöd möjlighet för informanten att berätta fritt (Kvale & Brinkman, 2014; Polit & Tatano Beck, 2012). Om ostrukturerade intervjuer valts hade materialet troligtvis blivit alltför stort för att hinna bearbeta inom den givna tidsramen. Ostrukturerade intervjuer kan även vara en nackdel för de informanter som har svårt att uttrycka sig (Polit & Tatano Beck, 2012). Eftersom semistrukturerad intervjuguide användes kunde intervjuerna styras genom anpassade frågor och därigenom kunde erfarenheter av dessa faktorer inhämtas

Enligt Rienecker, Stray Jørgensen och Lagerhammar (2018) är ett intresse för ämnet en god förutsättning för att skriva ett bra arbete, det är dock inte en nödvändighet men kan upplevas underlätta processen. Båda författarna har ett intresse för svårläkta sår och därmed en viss förförståelse i ämnet vilken inte gick att bortse från under intervjuerna eller under analysen. Dock erbjöd förförståelsen att författarna lättare kunde ställa relevanta följdfrågor under intervjuerna för att få fram ett innehållsrikt resultat. Enligt Olsson och Sörensen (2011) tolkar forskaren datan

utifrån sin förförståelse och växlar mellan att tolka fristående delar för sig och som en del av helheten. Det går därför inte att som författare till studien helt fransäga sig sin förförståelse men det är viktigt att medvetandegöra den.

Trovärdigheten och pålitligheten i en studie är enligt Trost (2010) beroende av faktorer så som etiska ställningstaganden och att FPI lämnats till alla informanter, författaren ska under intervjuerna antagit en neutral inställning samt ställt öppna följdfrågor. Detta anses höja trovärdigheten för resultatet. Författarna till denna studie hade innan intervjuerna påbörjades gjort etiska överväganden, lämnat ut FPI till informanterna samt under intervjuerna förutsättningslöst ställt öppna frågor.

Enligt Polit och Tatano Beck (2012) är överförbarhet av resultatet möjlig om datan är väl beskriven, då kan läsare själva avgöra om resultatet är möjligt att överföra på andra verksamheter eller situationer. Det är troligt att överförbarheten i denna studie är möjlig i vissa delar av resultatet enligt författarna. Det faktum att nästan alla informanterna upplevde sig ha för lite kunskap kan troligtvis överföras på andra liknande verksamheter som till exempel andra hemsjukvårdsgrupper samt vårdcentraler. Att flera av informanterna upplevde en materialbrist och att dessa dessutom arbetade i samma kommun är troligen inte ett överförbart resultat då detta inte säkert förekommer i alla kommuner men dock ett intressant fynd. I studien framkom varierande kunskaper om sårbehandling både bland distrikts-sköterskor, hemtjänst samt läkare vilket författarna inte tror är unikt för studerade kommuner.

## Resultatdiskussion

Innehållsanalysen mynnade ut i fyra huvudkategorier; det dagliga arbetet, behovet av kunskap, betydelsen av stöd i samverkan samt organisationens betydelse för sårsläkningen. Det huvudsakliga resultatet visade att arbetet med svårsläta sår upplevdes tidsödande och komplext. Den kunskap distriktssköterskorna hade upplevdes bristfällig och det kollegiala stödet var påtagligt. Det fanns ett samstämmigt önskemål om ytterligare kunskaper och utbildningar. Samverkan med andra yrkeskategorier upplevdes blandad liksom deras kompetens. Läkarna tycktes sätta en hög tilltro till distriktssköterskans kunskaper om sår och sårbehandling vilket ofta skapade stress då hen själv inte upplevde sin kunskap tillräcklig. Det resultat som framkommit anser författarna svarar an på syftet så som det är utformat.

### **En utmaning på flera nivåer i det dagliga arbetet**

Tidigare forskning visar att ledarskapet inte kommer av sig självt utan är något som måste tränas för att kunna implementeras i arbetet (Foster et al., 2018). Enligt distriktssköterskorna i denna studie lärde de sig och utvecklade sitt ledarskap i interaktion med kollegor och övriga teammedlemmar. Enligt Hansen, Carryer och Budge (2007) var distriktssköterskorna i egenskap av ledare ansvariga för att undervisa och handleda övriga teammedlemmar. I denna studie framkom att om distriktssköterskans handledning brast gentemot hemtjänsten fanns det risk att delar av sårbehandlingen uteblev eller gjordes felaktigt. Anledningen till brister i utförandet tros beror på hemtjänstens upplevda kunskapsluckor och pressade tidsschema. Det är därför grundläggande att

distriktssköterskan tar ledarrollen på allvar och nyttjar den för att utbilda och handleda hemtjänstpersonalen i vikten av noggrannhet i samband med sårbehandlingen.

Vidare betonas distriktssköterskans ledarskap som centralt för att ge en professionell ton på vården, för att strategiskt samordna arbetsuppgifter i teamet och för att främja personlig och professionell utveckling (Hansen, Carryer & Budge, 2007). Distriktssköterskorna i denna studie upplevde sig dock mer som en del av teamet än som en hierarkisk ledare. Denna typ av samverkan är horisontell och innebär att alla teamets kompetenser fångas upp likvärdigt (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007). Att överdriva sin roll som teammedlem kan ibland leda till svårigheter i samband med ledarskapet. Det är essentiellt att vara en del av teamet för att kunna vägleda samtidigt som en mer strikt ledarroll ibland behövs vid exempelvis konflikter parterna emellan. Willis och Anstey (2019) menar att distriktssköterskans positiva men samtidigt tydliga ledarskap är nyckeln till framgång i teamarbetet och att ledarskapet ska verka för teamemedlemmarnas välbefinnande. Ledarskapet kan även användas för att skapa trygghet hos patienterna. I denna studie framkommer kontinuiteten som en nyckel för god sårsläkning. Det kan antas att kontinuiteten även bidrar till att patienterna känner sig trygga när de känner vårdarna och att de känner sig hoppfulla när såret läker. Distriktssköterskorna verkar för att upprätthålla kontinuiteten i teamet och bidrar på så vis till goda patientrelationer och snabbare sårsläkning. Genom detta menar Cowan et al (2006) att distriktssköterskan i teamet kan bidra till reducerade kostnader för arbetet med svårsläkt sår.

### **Behov av kunskap**

I denna studie framkommer utbildning om sårbehandling som det mest efterfrågade i samband med medarbetarsamtal då många upplevde en osäkerhet i ämnet. I en studie av Lagerin, Hylander och Törnkvist (2017) framkommer även där osäkerhet kring sårbehandling och de trycker på att utbildning om sår bör finnas med i specialistutbildningen. Flera informanter i denna studie upplevde att de saknade utbildning om sårbehandling både i grund- och i specialistutbildningen. I kursplanerna för två olika högskolor ingår målet att sjuksköterskan ska lära sig grunderna kring vanligt förekommande åkommor (Borås Högskola, 2019a; Göteborgs Universitet, 2019), däribland sårbehandling. I specialistutbildningen på samma skolor ingår mål som åsyftar att distriktssköterskan ska ha fördjupade kunskaper i att identifiera ohälsa samt självständigt planera och utföra omvårdnad (Borås Högskola, 2019b; Göteborgs Universitet, 2018) vilket innefattar fördjupade kunskaper om sårbehandling.

Hallin och Danielson (2008) styrker distriktssköterskans önskan om kompetensutveckling som en förutsättning för att hålla sig ajour med aktuell forskning och för att utföra ett gott arbete. Författarna till denna studie håller med om att fortbildning krävs då behandlingsmetoder och förband ständigt utvecklas, det ingår dessutom i yrkesutövningen att ha ett kostnadseffektivt och evidensbaserat arbetssätt. Kostnaden för sår som inte behandlas korrekt och drabbas av komplikationer blir höga för samhället vilket även Socialstyrelsen (2006) kommit fram till, de hävdar även att vårdrelaterade infektioner kan resultera i förlängda vårdtider och ökad dödlighet.

Anledningen till att distriktssköterskornas önskemål om fortbildning uteblev skulle kunna bero på hög arbetsbelastning och en upplevd tidsbrist vilket även Brown et al och Hallin och Danielson (2011; 2008) menar är vanliga inslag i dagens sjukvård. Dock bör cheferna ge möjlighet till fortbildning för att gynna verksamhetens utveckling (Hallin & Danielson, 2008).

### **Betydelsen av stöd i samverkan**

Alla informanter i denna studie upplevde ett gott kollegialt stöd och framhävde det som en förutsättning för ett trivsamt arbetsklimat. Det kollegiala stödet anses positivt och utvecklande på både ett professionellt och personligt plan (Kjaer, Stolberg & Coles, 2015; Ylitörmänen, Turunen, Mikkonen & Kvist, 2019) men när det sviker kan det skapa en otrygg och dålig arbetsmiljö (Bos, Silén & Kaila, 2015).

Informanterna i denna studie hade hög tilltro till sina kollegor. De kände trygghet i stödet från kollegorna och ansåg att det var viktigt att ta vara på kunskapen som fanns i teamet vilket även framkommer i studien av Lagerin et al. (2017). Det finns en förståelse för varandras olika kunskapsnivå utifrån mängden erfarenheter och Lagerin et al. (2017) skriver i sin studie om vikten att de mer erfarna distriktssköterskorna delar med sig av sin kunskap till de nyanställda. På så sätt kan kompetensen överföras och bibehållas på arbetsplatsen när de erfarna slutar.

Samverkan med läkarna upplevdes som både bra och dålig bland informanterna. En aspekt som uppkom var svårigheten med att kunna erbjuda patienten en läkartid. Detta styrks i studien av Lagerin et al. (2017) där de skriver att läkarnas tidsbrist inskränkte möjligheten till hembesök vilket ibland var nödvändigt för att diagnostisera och behandla sårkomplikationer. Inspektionen för vård och omsorg (IVO, 2019) rapporterar också om att det kan bli allvarliga konsekvenser för de patienter som inte får korrekta diagnoser i tid. I arbetet med svårläkta sår betyder detta att insättningen av korrekt behandling försenas vilket kan leda till kostsamma komplikationer vilket även påvisas i denna studie. Som setts tidigare betonar Friman et al. (2018) vikten av tidig diagnostisering vilket i förlängningen leder till minskade kostnader för både verksamheterna och samhället i stort.

I denna studie är upplevelsen av läkarnas okunskap stor vilket styrks av Boman, Glasberg, Levy-Malmberg och Fagerström (2019). I studien av Lagerin et al. (2017) framkommer att läkarnas kompetensbrist skapade villrådighet hos distriktssköterskorna. Informanterna i denna studie tog inte kontakt med läkarna förrän behovet av hjälp var kritiskt. Bristande samverkan kan även enligt Boman, Glasberg, Levy-Malmberg och Fagerström (2019) bero på en hierarkisk och stel kultur som lever kvar mellan sjuksköterskor och läkare i den kommunala hemsjukvården. Bristar i samarbetet parterna emellan kan leda till försämrad vårdkvalité för patienterna.

I denna studie framkommer att komplexiteten i arbetet med svårläkta sår kräver gott samarbete, kontinuitet och kunskap vilket även framkommer i studierna av Friman et al. och Lagerin et al. (2010; 2017). I författarnas egna verksamheter märks tydligt att sårets läkningsprogress saktar ner när samarbete, kontinuitet och kunskap fallerar oavsett om det gäller hemtjänsten,

sjuksköterska/distriktssköterska eller läkare. Det gäller att se helheten och ta hänsyn till kringliggande faktorer och inte missa tecken på att såret är i obalans.

### **Organisationens betydelse för sårhäknings**

Informanterna uppgav att de kände sig delaktiga i ansvaret för verksamhetens ekonomi när det gällde material och använde därför inte dyrare förband i onödan. Författarna till denna studie känner igen informanternas resonemang på så sätt att valet av förband bör vara så billigt som möjligt men ändå förväntas klara sårets behov, vilket det billigaste förbandet sällan uppnår. Istället leder de billigare förbanden till mer frekventa byten vilket kräver mer material och tid. Frekventa förbandsbyten gör att sårhäknings avstannar vilket i slutändan leder till förlängd sårhäkning som kan öka risken för komplikationer samt lidandet för patienten. Samhällsekonomiskt är det en förlust. Denna studies författare menar vidare att det måste till ett långsiktigt tänk, även om materialet är dyrare så är det, förhoppningsvis, bättre anpassat efter ändamålet, det vill säga att bidra till optimal sårhäkning med så få förbandsbyten som möjligt vilket även Lindholm (2018b) förespråkar.

Informanterna upplevde brist på tillgång till material vilken styrdes av vad som upphandlats varför urvalet inte alltid nådde upp till förväntningarna. Författarna till denna studie anser att de som sitter med och styr över vilket material som skall ingå i upphandlingen bör ha en dialog med de som behandlar sår då de besitter stor erfarenhet och vet vad som kan behövas. Författarna menar också att om bättre material finns med i upphandlingen kunde det material som köps in till verksamheten optimeras utifrån kvalitet och funktion vilket även nämns i studien av Lagerin et al. (2017). Lagerin et al. (2017) anser att det idag finns ett mycket stort utbud av material och att verksamheten bör välja ut en mindre mängd som motsvarar behoven och då fokusera på de av bättre kvalitet. De menar att det går att vara kostnadsmedveten och hålla kostnaderna nere även om dyrare förband används. Det beror på att de dyrare förbanden oftare är bättre och inte behöver bytas så ofta. Den tydliga ekonomistyrningen av vården styrks även av Boman et al. (2019).

Enligt Friman et al. (2011) kunde bristande personalkontinuitet i behandlingen leda till fördröjd sårhäkning. I studien framkom att kontinuitet var grunden till effektiv sårhäkning. En informant i vår studie kunde tydligt se sambandet mellan de två då en sjuksköterskestudent ingick i arbetslaget och ensam ägnade sig åt ett svårt sår. Under den period hen arbetade läkte då förloppet kunde följas och åtgärder vidtas löpande. Vikten av kontinuitet skall därför inte underskattas utan tvärtom, prioriteras både hos distriktssköterskor och hos hemtjänsten.

Den stress som kändes i samband med att delegerade arbetsuppgifter föll tillbaka på distriktssköterskan som påvisas i denna studie upplevdes påverka kvalitén på omläggningen. Arnetz (2013) styrker detta och menar att hög arbetsbelastning leder till ökad stress och försämrade eller uteblivna resultat. I denna studie framkom en upplevd tidsbrist i samband med sårömläggningar varför uppgiften ofta delegerades ut. I Socialstyrelsens författningssamling (1997:14) står det tydligt att delegering enbart får ske när det är förenligt med en god och säker vård och inte på grund av tidsbrist, personalbrist eller av ekonomiska skäl. I denna studie upplevdes detta dock som en vardag för många distriktssköterskor och eftersom båda författarna arbetat inom

hemsjukvården kan även de vittna om att delegeringsbeslut flera gånger gått emot lagen. Detta är ett stort problem inom sjukvården idag då det ständigt rapporteras om personalbrist och kvalitetsbrister (Ström, 2019; Inspektionen för vård och omsorg [IVO], 2019).

## Slutsatser

Syftet var att beskriva distriktssköterskans erfarenheter av att arbeta med svårläkta sår inom kommunal hälso- och sjukvård med fokus på samarbete och kompetens. I studien framkom att distriktssköterskan upplevde arbetet med svårläkta sår som både tidsödande och komplext. Samverkan med övriga professioner kunde upplevas som både berikande och slitsamt, framförallt när kunskaperna hos de andra professionerna upplevdes bristfälliga. På grund av detta blev distriktssköterskans ledarskap en viktig och central del i arbetet med svårläkta sår. Ledarskapet innebar ett ansvar som distriktssköterskan inte kunde bortse ifrån. Tilliten till distriktssköterskans kompetens skapade stress och en osäkerhet på den egna kunskapen och känslan av att inte räcka till, därför fanns en hög efterfrågan av fortbildning.

Studien kan användas som underlag till beslutsfattare på högre organisatorisk nivå för att påvisa distriktssköterskans utbildningsbehov. Studien kan också användas som stöd för utvecklingen av läroplaner på högskolor för att förändra utbildningen på grund- och avancerad nivå.

Studien kan även användas som underlag för att påvisa behovet av och skapa nya typer av patientfokuserade samverkansteam mellan hemsjukvården och vårdcentralerna. Detta för att öka samarbetet mellan distriktssköterskorna och läkarna och för att höja patientsäkerheten.

Det vore intressant att undersöka nyutexaminerade distriktssköterskors erfarenheter kring utbildningen om svårläkta sår för att se om de upplever sig ha fått tillräckliga kunskaper för att kunna behandla dessa. Detta eftersom informanterna i denna studie upplevde utbildningen som innehållsfattig.

Trots att arbetet med svårläkta sår är en mycket vanlig arbetsuppgift inom vården idag är det ett relativt outforskat ämne utifrån distriktssköterskans perspektiv på samarbete och kompetens. Studien kan användas till fortsatt forskning inom ämnet för att bidra till mer kunskap som kan minska kostnader, öka vårdkvalitén och underlätta utförandet av sårbehandlingen för distriktssköterskan.

## Referenslista

- Arnetz, B. (2013). Hälsa, stress och effektivitet- ett ledningsperspektiv. I R. Ekman, B. Arnetz (Red.), *Stress: Gen, individ, samhälle* (3. uppl., s. 272-286). Stockholm: Liber.
- Axelsson, R., & Bihari Axelsson, S. (2007). Samverkan och folkhälsa- begrepp, teorier och praktisk tillämpning. I R. Axelsson, & S. Bihari Axelsson (Red.), *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer* (s. 11-32). Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert: Mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet* (Forskning, vård, utbildning). Lund: Studentlitteratur.
- Blomqvist, K., Edberg, A., Ernsth Bravell, M., & Wijk, H. (red.) (2017). *Omvårdnad & äldre*. Lund: Studentlitteratur.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2007). *Qualitative research for education: An introduction to theory and methods* (5. uppl.). Boston, Mass.: Pearson A & B.
- Boman, E., Glasberg, A.-L., Levy-Malmberg, R., & Fagerström, L. (2019). "Thinking outside the box": advanced geriatric nursing in primary health care in Scandinavia. *BMC Nursing*, 18(1), N.PAG. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1186/s12912-019-0350-2>
- Borås Högskola. (2019a). Klinisk omvårdnad: Somatisk hälsa, ohälsa och sjukdom 61SH01. Hämtad från <https://www.hb.se/Student/Mina-studier/Kurs-och-programtorget/Programtorget/Antagen-HT-2018/Sjukskoterskeutbildning/>
- Borås Högskola. (2019b). Familjehälsovård med inriktning mot vuxna och äldre inkl. förskrivning av förbrukningsartiklar och tekniska hjälpmedel B2DÄ01. Hämtad från <https://www.hb.se/Student/Mina-studier/Kurs-och-programtorget/Programtorget/Antagen-HT-2018/Specialistsjukskoterskeutbildning-med-inriktning-mot-distriktsskoterska/>
- Bos, E., Silén, C., & Kaila, P. (2015). Clinical supervision in primary health care; experiences of district nurses as clinical supervisors - a qualitative study. *BMC Nursing*, 14(1), 1–8. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1186/s12912-015-0089-3>
- Brown, J., Lewis, L., Ellis, K., Stewart, M., Freeman, T.R., & Kasperski, M.J. (2011). Conflict on interprofessional primary health care teams -- can it be resolved? *Journal of Interprofessional Care*, 25(1), 4–10. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.3109/13561820.2010.497750>
- Bångsbo, A. (2018). *Collaborative Challenges in Integrated Care: Untangling the Preconditions for Collaboration and Frail Older People's Participation*. (Doctoral thesis, Göteborgs universitet, Göteborg). Hämtad 191107 från <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/56888>
- Bååth, C., & Källman, U. (2019). Riskbedömning. Hämtad 191016 från <https://www.varhandboken.se/vard-och-behandling/hud-och-sar/trycksar/riskbedomning/>
- Bökberg, C., & Drevenhorn, E. (2017). Omvårdnad av vuxna och äldre. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård* (2. uppl., s. 59-76). Lund: Studentlitteratur
- Carlberg, E., Kvarnström, S., & Sandberg, H. (2013). Teamarbete i vården. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad*

- nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 63-102). Lund: Studentlitteratur.
- Cornforth, A. (2013) [Holistic wound assessment in primary care](#). *British Journal of Community Nursing*, (18), 28-34.
- Cowan, M.J., Shapiro, M., Hays, R.D., Afifi, A., Vazirani, S., Ward, C.R., & Ettner, S.L. (2006). The Effect of a Multidisciplinary Hospitalist/Physician and Advanced Practice Nurse Collaboration on Hospital Costs. *Journal of Nursing Administration* 36 (2), 79-85.
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet – vård, social omsorg och skola*. Stockholm: Liber AB.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: I teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur
- DSF Sverige. (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska*. Hämtad 190911 från [swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktssjukskoterskor-kompetensbeskrivning-2019-klar-for-webb.pdf](http://swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktssjukskoterskor-kompetensbeskrivning-2019-klar-for-webb.pdf)
- Dysthe, O., Hertzberg, F., & Hoel, T.L. (2011). *Skriva för att lära*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekebergh, M. (2009). *Att lära sig vårda: med hjälp av handledning*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekebergh, M. (2018). *Att lära sig vårda: Med hjälp av reflexion och handledning* (2.uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård -teori och tillämpning. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 29-62). Lund: Studentlitteratur.
- Foster, A., Makukula, M., Moore, C., Chizuni, N., Goma, F., Myles, A., & Nelson, D. (2018). Strengthening and Institutionalizing the Leadership and Management Role of Frontline Nurses to Advance Universal Health Coverage in Zambia. *Global Health, Science and Practice*, 6(4), 736-746.
- Friman, A., Klang, B., & Ebbeskog, B. (2010). [Wound care in primary health care: district nurses' needs for co-operation and well-functioning organization](#). *Journal of Interprofessional Care*, (24), 90-99. doi:10.3109/13561820903078249.
- Friman, A., Klang, B., & Ebbeskog, B. (2011). [Wound care by district nurses at primary healthcare centres: a challenging task without authority or resources](#). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (25), 426-434. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00839.x.
- Friman, A., Wiegleb Edström, D., & Edelbring, S. (2018). [General practitioners' perceptions of their role and their collaboration with district nurses in wound care](#). *Primary Health Care Research & Development*, (19), 1-8. doi:10.1017/S1463423618000464.
- Goliath, I., & Hellström, I. (2017). *Närstående i hemsjukvården*. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård* (2. uppl., s. 171-186). Lund: Studentlitteratur
- Göteborgs Universitet. (2018). Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, 75 högskolepoäng V2DIS. Hämtad från [https://sahlgrenska.gu.se/digitalAssets/1697/1697110\\_distriktssk--terska-75-hp-v2dis.pdf](https://sahlgrenska.gu.se/digitalAssets/1697/1697110_distriktssk--terska-75-hp-v2dis.pdf)



- Göteborgs Universitet. (2019). Symtom och tecken på ohälsa OM6210. Hämtad från <https://canvas.gu.se/courses/26350/assignments/syllabus>
- Hallin, K., & Danielson, E. (2008). Registered Nurses' perceptions of their work and professional development. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 62-70.
- Hansen C, Carryer J, & Budge C. (2007). Public health nurses' views on their position within a changing health system. *Nursing Praxis in New Zealand*, 23(2), 14–26. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105870133&site=ehost-live>
- Hägström, C, Tammelin, A. (2017/2018). Rengöring av sår. I M. Grauers & C. Lindholm (Red.), *Sårbehandling 2017 / 2018: katalog över sårprodukter* (8.uppl., S. 6-8). Stockholm: Gothia fortbildning.
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 190919 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)
- Inspektionen för vård och omsorg. (2019). *Vad har IVO sett 2018?* (IVO 2019-6). Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Josefsson, K. (2009). *Sjuksköterskan i kommunens äldreomsorg*. Stockholm: Gothia.
- Josefsson, K., Ljung, S. (2017). *Sjuksköterskans roll i hemsjukvården*. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård* (2. uppl., s. 19-40). Lund: Studentlitteratur
- Kjaer, N., Stolberg, B. & Coles, C. (2015). Collaborative engagement with colleagues may provide better care for “heart-sink” patients. *Education for Primary Care*, 26(4), 233–239. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=109824655&site=ehost-live>
- Krippendorff, K. (2013). *Content analysis: An introduction to its methodology* (3.uppl.). Thousand Oaks, Calif.; London: SAGE.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460). Hämtad från Riksdagens webbplats: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)
- Lagerin, A., Hylander, I., & Törnkvist, L. (2017). [District nurses' experiences of caring for leg ulcers in accordance with clinical guidelines: a grounded theory study](#). *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, (12), 1-12. doi: 10.1080/17482631.2017.1355213.
- Lindholm, C. (2012a). *Sår* (3., [rev., uppdaterade och utök.] uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lindholm, C. (2012b). Sår i samband med trauma och kirurgi. I L. Lindwall (Red.), *Omvårdnad vid kirurgiska sjukdomar* (s. 221-242). Lund: Studentlitteratur.
- Lindholm, C. (2018a). Sårbehandling- Översikt. Hämtad 191016 från <https://www.varhandboken.se/vard-och-behandling/hud-och-sar/sarbehandling/oversikt/>
- Lindholm, C. (2018b). *Sår* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

- Lindholm, C., & Searle, R. (2016). Wound management for the 21st century: Combining effectiveness and efficiency. *International Wound Journal*, 13(Suppl 2), 5-15.
- Lundman, B., & Hällgren Granheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund-Nielsen & M. Granskär (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3. uppl., s. 211-226). Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (3. uppl. s. 219-234). Stockholm: Liber.
- Polit, D.F., & Tatano Beck, C. (2012) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9. uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Regeringens proposition. (1990/91:14) *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.* Regeringskansliet.
- Regmi, S., Regmi, K. (2012). Best practice in the management of venous leg ulcers. *Nursing Standard*, 26(32), 56–66.
- Rienecker, L. & Stray Jørgensen, P. (2018). *Att skriva en bra uppsats* (4. uppl.). Stockholm: Liber.
- Sand, O., Sjaastad, &, Haug, E., Bjålie, J., & Toverud, K. (2007). *Människokroppen: Fysiologi och anatomi* (2. uppl.). Stockholm: Liber.
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: Etik för vårdande yrken* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner Ett kunskapsunderlag.* (Artikelnummer 2006-123-12). Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/3692c757601b40eda5e49f890c2d11ca/att-forebygga-vardrelaterade-infektioner-ett-kunskapsunderlag-2006-123-12.pdf>
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.* (SOSFS 1997:14). Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/1997-10-14.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019). *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2018.* Hämtad 191107 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-5-21.pdf>
- Socialtjänstlag (2001:453). Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 190919 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453)
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Svårläkta sår hos äldre- Prevention och behandling. En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport 226). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- Sterner, E. & Åkesdotter Gustafsson, B. (2018). *Sår-läkningsfaser.* Hämtad 190907 från <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/hud-och-sar/suturer-och-suturtagning/sarlakningsfaser/>

- Ström, M. (2019 4 mars). IVO: Personalbristen i vården måste upp på högsta ledningsnivå. *Läkartidningen*. Hämtad från <https://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2019/03/IVO-om-risker-och-brister-2018/>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 190911 Från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas-etiska-kod-2017.pdf>
- Thurén, T. (2007). *Vetenskapsteori för nybörjare* (2., [omarb.] uppl.). Stockholm: Liber.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer* (4., [omarb.] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Willis, S., & Anstey, S. (2019). Compassionate leadership in district nursing: a case study of a complex wound. *British Journal of Community Nursing*, 24(2), 50–57. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.12968/bjcn.2019.24.2.50>
- Vowden, K., Vowden, P. (2011). Debridement made easy. *Wounds UK*, 7(4), 1-4.
- Västra Götalandsregionen. (2019). För en god och jämlik hälsa. Hämtad 191016 från [https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/d24d115e-409f-4aa7-8b7f-ef7be5db40d5/F%c3%96R%20EN%20GOD%20OCH%20J%c3%84MLIK%20H%c3%84LSA%20\(1\).pdf?a=false&guest=true](https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/d24d115e-409f-4aa7-8b7f-ef7be5db40d5/F%c3%96R%20EN%20GOD%20OCH%20J%c3%84MLIK%20H%c3%84LSA%20(1).pdf?a=false&guest=true)
- Ylitörmänen, T., Turunen, H., Mikkonen, S., & Kvist, T. (2019). Good nurse-nurse collaboration implies high job satisfaction: A structural equation modelling approach. *Nursing open*, 6(3), 998–1005. doi:10.1002/nop2.279
- Öien, R., Forssell, H., & Ragnarson Tennvall, G. (2016). Cost consequences due to reduced ulcer healing times – analyses based on the Swedish Registry of Ulcer Treatment. *International Wound Journal*, 13(5), 957-962.
- Öresland, S. (2017). *Sjuksköterskor går på visit- aspekter på hembesök, etik och genus*. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård* (2. uppl., s. 93-108). Lund: Studentlitteratur

# Bilaga 1

## Information till forskningspersonerna

Vi vill fråga dig om du vill delta i en intervjustudie. I det här dokumentet får du information om studien och om vad det innebär att delta.

### Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Vi är två studenter på Göteborgs Universitet som ska skriva vår magisteruppsats i omvårdnad med inriktning mot primärvård. Studien är ett examensarbete på avancerad nivå och är en del av utbildningen till distriktssköterska vid Göteborgs Universitet.

Då sår är en stor del av distriktssköterskans dagliga arbete har vi valt att skriva vårt arbete om svårläkta sår. Ett sår som inte läker räknas som svårläkt efter sex veckors behandling.

Syftet med studien är att samla in information om distriktssköterskans erfarenheter av att behandla svårläkta sår i kommunal hälso- och sjukvård.

Vi vänder oss till distriktssköterskor som arbetar inom kommunal hälso- och sjukvård. Vi har fått godkännande från verksamhetschef samt enhetschef/vårdchef att fråga medarbetare på er arbetsplats om ni vill delta i vår studie.

Forskningshuvudman för projektet är institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs Universitet.

### Hur går studien till?

Ett deltagande i studien innebär att du medverkar vid en 20-30 minuter lång intervju vid ett tillfälle under vecka 38-40 2019. Du som deltar kommer enbart att träffa en av oss studenter under intervjun. Du bestämmer själv tid och plats för intervjun, det är viktigt att intervjun sker i en ostörd miljö och att du upplever dig ha tid att delta. Intervjun kommer att fokusera på din erfarenhet av arbetet med och behandlingen av svårläkta sår. Intervjun kommer att spelas in och sedan skrivas ut i text. Vi kommer eventuellt anteckna stödord under intervjun för att ha möjlighet att ställa följdfrågor samt som förtydliganden vid utskrivning av texten. Anteckningar, inspelat material och utskrifter kommer att behandlas konfidentiellt och enbart ansvariga för studien kommer att ha tillgång till materialet. Allt material kommer att förstöras vid arbetets slut.

### Möjliga följder och risker med att delta i studien

Via intervjuer kommer studenten närmre deltagaren än vid enkätstudier. Detta kan i vissa fall upplevas som besvärande. Under intervjun kan det komma frågor som kan väcka känslor hos dig som du inte räknat med. Deltagandet är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan närmare motivering. Det finns inga övriga risker med att delta i studien.

### Vad händer med mina uppgifter?

Studien kommer att behandla alla uppgifter som inhämtas konfidentiellt. Det kommer inte att vara möjligt att härleda några uppgifter till dig som person när studien är avslutad och arbetet

godkänt. Den information som du lämnar kommer att behandlas säkert och förvaras inlåst så att ingen obehörig kommer att få ta del av den.

## **Hur får jag information om resultatet av studien?**

Har du som deltagare önskemål om att ta del av din intervju i text eller av examensarbetet i sin helhet går det bra att kontakta någon av studenterna enligt nedan. Du har inga förpliktelser att ta del av arbetet när det är klart.

## **Ersättning**

Ersättning för deltagande i studien utgår ej.

## **Deltagandet är frivilligt**

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Väljer du att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, det kommer inte heller att påverka din framtid. Skulle du vilja avbryta ditt deltagande ska du kontakta en av de ansvariga för studien (se nedan).

## **Ansvariga för studien**

Ansvariga för studien är Stina Andersson och Jenny Johansson, studenter vid Göteborgs Universitet och handledare Helene Berglund.

|  |  |  |
|--|--|--|
| Stina Andersson  | Jenny Johansson  | Helene Berglund  |
| Student  | Student  | Lektor   |
| <a href="mailto:gusandstad@student.gu.se">gusandstad@student.gu.se</a> | <a href="mailto:gusjohjerd@student.gu.se">gusjohjerd@student.gu.se</a> | <a href="mailto:helene.berglund@gu.se">helene.berglund@gu.se</a> |
| 0730-635167  | 0702-646764  | 031-786 6107   |

## Bilaga 2

### Intervjuguide, semistrukturerad

Datansamling: ålder, kön, erfarenhet i år som ssk och dsk, erfarenhet i år inom HSV

Hur vanligt är det att du behandlar svårläkta sår?

Hur fungerar samarbetet mellan dig och:

- Kollegor
- Andra yrkeskategorier
- Andra institutioner och verksamheter

Hur organiseras arbetet när det gäller vilken personal och hur många som deltar i sårbehandlingen?

Vad tänker du om kontinuitet gällande personal vid sårbehandling?

Hur ser du på patientens delaktighet i sårbehandlingen?

- Närståendes...?

Hur ser du på din roll som ledare i arbetet kring ett svårläkt sår?

- Hur ser enhetschefens ledarskap ut (för hemtjänst/boendepersonal)?
- Hur upplever du relationen till hemtjänsten i din roll som ledare?

Hur ser du på distriktssköterskans samlade kompetens gällande svårläkta sår?

- Individuell..?
- Samlad kompetens för hela yrkesgruppen?
- Hemtjänst?
- Läkare på vårdcentral?

Hur upplever du det som distriktssköterska när ett sår inte läker?

Hur hanterar du det?

Finns det något i din utbildning som du saknar gällande svårläkta sår?

Finns det något du saknar i verksamheten som skulle kunna underlätta arbetet med svårläkta sår?

Kan du utveckla..?      Berätta mer      Hur menar du...?

Vad kände du..?      Hur tänker du om..?      Vad innebär..?