

BEDÖMNING OCH BESKRIVNING AV SÅR

- formulär och riktlinjer leder till kontinuitet och förbättrad sårläkning

FÖRFATTARE	Hanna Abrahamsson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Omvårdnad – Eget arbete HT 2007
OMFATTNING	15 hp
HANDLEDARE	Ingrid Johansson
EXAMINATOR	Solveig Lundgren

Förord

Jag vill passa på att varmt tacka min handledare, Ingrid Johansson, för det stora stöd hon varit för mig under uppsatsskrivandet, genom kontinuerlig kontakt och stöttning. Ett varmt tack vill jag också tillägna examinatorn, Solveig Lundgren, för bra respons på uppsatsen samt uppmanat till mer kritiskt tänkande! Jag vill också tacka min make som varit förstående och hjälpsam på andra sätt under uppsatsskrivandet.

Titel (svensk):	Bedömning och beskrivning av sår – formulär och riktlinjer leder till kontinuitet och förbättrad sårhäkning
Titel (engelsk):	Wound assessment and description – forms and guidelines leads to continuity and improved wound healing
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ Omvårdnad - Eget arbete/OM2240/SPN8
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	26 sidor
Författare:	Hanna Abrahamsson
Handledare:	Ingrid Johansson
Examinator:	Solveig Lundgren

SAMMANFATTNING

Inledning: Patienter med sår förekommer överallt i vården och det är ett tillstånd som leder till ökat lidande hos de drabbade patienterna. Dessvärre fungerar inte alltid vården kring patienter med sår på önskvärt sätt. Subjektiva bedömningar görs och dokumentationen är bristfällig. Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka om och hur bedömning och beskrivning av sår enligt riktlinjer och bedömningsformulär resulterar i förbättrad sårbehandling och sårhäkning hos patienter jämfört med när olika hjälpmedel inte används. *Metod:* Resultatet baseras på tio vetenskapliga artiklar. Nio av artiklarna är kvantitativa och en är litteraturstudie. Artikelsökning genomfördes i databas, genom manuell sökning samt sökning på författarnamn som togs fram via referenslistor. *Resultat:* Före införandet av olika riktlinjer och bedömningsformulär bekräftades det i resultatet att bedömningen och beskrivningen av sår var bristfällig på olika sätt. Bedömningen och beskrivningen av sår förbättrades genom att den blev mer objektiv efter införandet av riktlinjer och bedömningsformulär, och därigenom förbättrades också sårbehandlingen och sårhäkningen. Det ledde även till större kontinuitet i datainsamlingen. *Diskussion:* Vikten av en mer objektiv bedömning enligt olika riktlinjer eller bedömningsformulär stöds i resultatet. Genom införandet av evidensbaserade riktlinjer kan patienter med sår gynnas genom god och evidensbaserad vård, som leder till förbättrad sårhäkning och sårbehandling.

Keywords: Wound assessment, wound documentation, improved healing, guidelines

Innehållsförteckning	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
HUDEN	1
Anatomi och fysiologi	1
SÅR	2
Definition	2
Historik	3
Sårläkning	3
BEDÖMNING	4
Definitioner	4
Omvårdnadsprocessen	5
OMVÅRDNADSPROCESSEN I	
OLIKA OMVÅRDNADSTEORIER	5
Bedömning och observation	6
Dokumentation	7
Omvårdnadsdiagnostik	7
ANSVAR OCH DOKUMENTATION	8
Ansvar	8
Dokumentation	8
SYFTE	9
METOD	9
ARTIKELSÖKNING	9
Sökning i databas	9
Tabell 1.	10
Manuell sökning i tidsskrifter	11
Sökning på författarnamn	11
ANALYSMETOD	11
RESULTAT	11
SÅRLÄKNING	11
Förbättrad sårläkning	11
Före införande av riktlinjer	12
Efter införande av riktlinjer	12
DOKUMENTATION	13
Bristfällig dokumentation	13
Konsekvent dokumentation	14
Standardvårdplaner och individuella vårdplaner	14
BEDÖMNING OCH BESKRIVNING	14
Sårstorlek, sårdjup och lokalisation	14
Hudens kondition	14
Sårsmärta, lukt, sekretion, febrinbeläggning och nekroser	14
Övrig dokumentation	15
PÅVERKAN PÅ BEHANDLING	15
Val av behandling	15
Kostnadseffektiv vård	15
OMVÅRDNADSPROCESSEN	16
DISKUSSION	16
METODDISKUSSION	16
RESULTATDISKUSSION	18

Förbättrad sårhäkning	19
Bedömning av sår	19
Dokumentation av sår	20
Omvårdnadsprocessen	21
Implikationer för sjuksköterskans yrkesfunktion	21
Utbildningens möjlighet och ansvar	21
Förslag till framtida forskning och utveckling	22
KONKLUSION	22
REFERENSER	23

BILAGOR

1. Den Modifierade Nortonskalan
2. Artikelöversikt

INLEDNING

Patienter med sår kan förekomma överallt i vården och alla patienter kan drabbas av sår oberoende av kön, ålder, etnicitet och social bakgrund. Sjuksköterskor möter patienter med olika slags sår, bland annat i form av diabetessår, operationssår, traumasår, bensår och trycksår. Hos den drabbade patienten leder sår till ökat lidande och minskat välbefinnande. Enligt handboken för hälso- och sjukvårdspersonal (1) är målet med sårbehandling läkta sår för att därigenom kunna underlätta patientens dagliga liv samt minska lidande och öka välbefinnande (1). Dit når man genom rätt behandling. Eftersom varje patient är unik kan sår hos patienter med likartad sår diagnos vara i behov av olika behandlingar.

Ute på praktikplaceringar har möjligheten att reflektera över hur vården ser ut i verkligheten funnits, jämfört med det universitetet lär ut. Omvårdnaden kring patienter med sår är fascinerande! Jag har deltagit i vård kring patienter med svårläkta sår som, med hjälp av god och evidensbaserad bedömning, dokumentation och behandling, förbättrats i sin sår läkning på kort tid. Det är en process, och en utmaning, som är mycket inspirerande och rolig att vara med om, både som vårdpersonal och patient. Tyvärr fungerar inte alltid vården kring patienter med sår på ett önskvärt sätt. Omvårdnadsdokumentationen kring sår är ofta otillräcklig, där sår många gånger kan beskrivas som "sår hö u-ben" följt av, "ser bättre ut" och "ser fint ut". Det är inte heller alltid den personal som lagt om såret som sedan dokumenterar omläggningen i journalen. På sjukhus delegeras ofta omläggningssuppgiften till undersköterskor som sedan berättar för sjuksköterskan om såret såg "bra" eller "dåligt" ut, följt av en muntlig beskrivning av omläggningsmaterial. Allt detta gör det svårt att följa upp och utvärdera patienternas sår läkning. Även om det skulle vara samma person som vid nästa omläggning följer upp såret så är det näst intill omöjligt att exakt minnas föregående sårstatus. Genom detta finns risken att en förändring i sårstatus obemärkt går förbi, vilket kan leda till försämring av patienternas sår. Det är därför mycket viktigt att patienternas sår bedöms och dokumenteras från början och att sårbeskrivningen alltid uppdateras för att kunna följas upp av nästa personal.

Begreppet beskrivning ses som en subjektiv förklaring till något. Begreppen beskrivning och dokumentation kommer i under denna litteraturstudie att användas synonymt.

BAKGRUND

HUDEN

Anatomi och fysiologi

Huden, cutis (2, 3), är ett organ som är uppbyggt av många olika vävnadstyper (3). Den är kroppens största organ med en vikt på cirka 5kg (4). Hudens och slemhinnornas uppgifter är bland annat att skydda kroppen från omgivningens temperatur, mot vätskeförluster och mot mekanisk, kemisk och bakteriell påverkan. Under solens påverkan tillverkar huden D-vitamin (2, 3). Huden består av överhud (epidermis), läderhud (dermis) och underhud (subcutis). Till cutis hör också mjölkörtlarna och naglar (2).

Epidermis

Epidermis, hudens tunnaste lager, består av flerskiktat plattepitel (2). Dess tjocklek varierar från 0,05 mm till 1 mm eller mer och bildar en effektiv barriär mot omgivningen (5). Detta lager saknar blodkärl, vilket är anledningen till att det inte blöder då man får en rispa i huden (3). Överst består epidermis av ett lager platta, vattentäta celler som hela tiden nöts och byts ut mot nya celler. Celldelning sker då i ytterhudens djupaste lager (4). I epidermis basala cellskikt, alltså det djupaste lagret, finns melanocyter som producerar färgämnet melanin, vars funktion är att skydda hudcellerna från ultravioletta strålar. Det är melanin som bidrar till pigmentering i huden då man solat (3). Förutom melanocyter, består epidermis även av framförallt keratinocyter som bland annat frisätter cytokiner (små proteiner) vid immunologiska reaktioner. I epidermis finns även Langerhans' celler, vilka är immunceller som fungerar som ett filter mot främmande ämnen (5).

Dermis

Dermis är 1-10 mm tjock och består av celler, fibrer och grundsubstans, där blod- och lymfkärl och nerver finns (5). Dermis, även kallad läderhud, består främst av fibrös bindväv (3), som innehåller receptorer, nerver, blodkärl, svettkörtlar, talgkörtlar, hår och hårresande muskler (2, 4, 6). Bindväv består till 90 % av kollagenfibrer som går i flera olika riktningar i huden, men i stort sett parallellt med hudytan. Ett snitt genom huden parallellt med kollagenfibrernas huvudriktning läker snabbare med mindre ärrbildning än om ett snitt går tvärs emot dess huvudriktning (3). Det är kollagen som ger huden sin hållfasthet, och brist på kollagen ger skörhet i huden. Dermis är viktig för epidermis nutrition, då epidermis saknar blodkärl. Blodkärlen i dermis har stor betydelse för kroppens temperaturreglering, men också för inflammatoriska processer (5). Talgkörtlar producerar en oljig vätska som gör huden smidig och vattentät. Därmed skyddas de inre organen från vattenskadorna vid bad och regn (4).

Subcutis

Subcutis består av fett och lucker bindväv, som innehåller blodkärl och nerver. Mellan bindvävstrådarna finns fett lagrat (2). Hur mycket fett som finns lagrat beror på födointag, hereditet och hormonbalans (5). Detta underhudsfett har tre funktioner, nämligen att verka som näringsreserv, skyddande lager och isolerande lager (2). Den luckra vävnaden innehåller även mycket vatten vilket gör den till ett viktigt vattenförråd (3). Vid subcutis djupaste lager fäster bindvävstrådarna till underliggande vävnader som muskulatur och benvävnad, vilket förhindrar huden att röra på sig allt för mycket (2).

SÅR

Definition

Sår definieras enligt Nationalencyklopedin (7) som:

"avbrott i eller undergång av en vävnad som uppstår när påverkan är starkare än hållfastheten i vävnaden. Sår kan uppkomma genom yttre åverkan, traumatiskt sår (vulnus), eller orsakas av en sjuklig process i vävnaden (ulcus)" (citat ur 7)

Historik

Allmänt

Sår har varit fruktade i alla tider eftersom de ofta varit källan till infektioner, amputation och i många fall till och med döden. Papyrus från 1700 f.Kr, som baserats på Egyptiska original från 3000-2500 f.Kr, beskriver att sår var ett stort problem redan då (8). I det antika Grekland var sår främst en manlig företeelse då det hörde samman med krig och hjälteskap. På 100-talet e.Kr. skildras sagan om hjälten Akilles i Homeros *Illiaden* som speglar det Trojanska kriget. Där berättas historien om modern som doppade sitt barn i floden Styx i tron om att det skulle göra honom osårbar. Modern höll det lilla barnet, Akilles, i hälsenan, vilken blev den enda punkt som inte doppades i floden, och förblev sårbar. Denna sårbara del, känd som "Akilleshälen", kom senare att bli hans död (9) Lindholm (8) beskriver att sårläkning alltid varit en av de viktigaste uppgifterna för läkare. Cirka 2000 f.Kr. beskrivs konsekvenserna av läkarens misslyckande på följande sätt (8):

"Om en läkare behandlar en människa för ett allvarligt sår med kniv, och om människan dör, skall hans hand avhuggas" (8, sid. 9)

Sårbehandling är troligen den äldsta medicinska åtgärden i historien, lika gammal som människan själv (8).

Vetenskaplig syn på sår

Lindholm (8) sammanfattar sårets historia och beskriver hur Hippokrates (460-377 f.Kr) lade grunden för en mer vetenskaplig syn på medicinen i det gamla Grekland. Han var troligen den första som noterade ett samband mellan varikösa vener och bensår. Redan vid denna tid föreslog han kompressionsbehandling för bensår. Orsaken till att bensår uppstod var länge en gåta, men 1658 beskrev William Harvey hur klaffarna i underbenets vener förhindrade tillbakaflöde av blodet. Under 1900-talets första år började man förstå sambandet mellan den tyngdkraft som verkar när man står under långa perioder och klaffinsufficiens. John Gay upptäckte 1866 sambandet mellan posttrombotisk venskada och bensår. Det är oklart när man förstod sambandet mellan högt lokalt tryck i vävnaden med trycksår. Indiska skrifter beskriver cirka 600 f.Kr. skillnader mellan olika typer av brännskador. Risken för kontrakturer i samband med ärrbildning efter brännskador belystes av Wilhelm Fabry of Hilden cirka år 1600 (8).

Sårläkning

Sårläkningsprocessen börjar när hudbarriären bryts och pågår sedan i flera år (6). Direkt efter skadan drar kärlen ihop sig och koagulation sker för att bilda en skorpa, som ger ett provisoriskt skydd (5). I den normala sårläkningen ingår tre delar som alla är viktiga för optimal sårläkning (10): inflammationsfas, nybildningsfas och mognadsfas (6, 8).

Inflammationsfasen

Denna fas pågår vanligtvis mellan tre till fyra dagar (8) och har typiska inflammationstecken som rodnad, värmeökning, smärta och svullnad (8, 10). Blodkärnen vidgas lokalt och det sker en ansamling av leukocyter. Celler lockas till sårområdet med hjälp av tillväxtfaktorer som släppts ut i samband med koagulationsprocessen, som startar strax efter att kroppsskada skett (8). Kollagen börjar nybildas för att sedan komma att stärkas i den fortsatta i sårläkningsprocessen (6). De

vita blodkropparna skyddar såret mot infektion och hjälper till med avlägsnandet av nekrotisk vävnad (5, 8, 10).

Nybildningsfasen

Nybildningsfasen, proliferationsfasen (6), varar cirka tre till fyra veckor vid akuta sår och påbörjas inom 48 timmar efter att skadan uppstår. Under denna tid nybildas förlorad eller skadad vävnad (8). Såret fylls med nybildade blodkärl vilka tillsammans med fibroblaster och nybildat kollagen utgör granulationsvävnad. Granulationsvävnaden fungerar som en bädd för nya epitelceller (6). Granulationsvävnaden som fyller ut sårhålan innehåller rikligt med kapillärer, vilket så småningom bidrar till att hel epidermis bildas som får sårskorpan att lossna (5).

Mognadsfasen

Denna fas, även kallad rekonstruktionsfasen (5), påbörjas en till tre veckor efter det att skadan uppkommit (8). Denna fas, då dermis återskapas, pågår vanligtvis i veckor till månader (5) men kan pågå i flera år (8). Efter epiteliseringsprocessens slut, då epitelceller möts i sårvävnaden, drar sig granulationsvävnaden samman och omvandlas till ärrvävnad (6). Kollagen utvecklas till fibrer som vrider sig för att skapa hållfasthet i den nybildade vävnaden, som efter fyra veckor når 70 % hållfastighet (8). Under mognadsfasen drar sig den extra kärlförsörjningen sakta tillbaka, men det kan ta månader innan rodnaden lagt sig helt (5). Huden återfår aldrig helt sin ursprungliga styrka efter att såret läkt (6), utan max 80 % av den ursprungliga hållfastheten. Att sår blir kroniska, svårläkta, tros bero på störningar i den exakta samverkan av tillväxtfaktorer under läkningsprocessen (8).

Faktorer som påverkar sår läkningen negativt

Prognosen för hur snabbt ett sår läker beror på patientens tillstånd (1). Hög ålder ger långsammare sår läkning genom en allmän minskning av cellaktiviteten. Den främsta orsaken till försämrad sår läkning hos äldre beror på bristtillstånd såsom försämrat immunförsvar och försämrat näringstillstånd. Proteiner och vitaminer är viktiga faktorer som bidrar till bland annat kollagensyntes (6). Vissa sjukdomar som diabetes mellitus försvårar sår läkningen på cellulär och vävnadsnivå. Vävnadshypoxi fördröjer bildningen av granulationsvävnad och epitelisering, samt minskar kollagenbildningen. Livsstilsfaktorer som rökning, dåligt matintag, nedsatt rörlighet och brist på motion påverkar sår läkningen negativt. Läkemedel som verkar inflammationshämmande som till exempel non-steroid antiinflammatoriska läkemedel (NSAID-preparat) och kortikosteroider påverkar sår läkningen negativt, då inflammation är en viktig del i sår läkningsprocessens första fas (8).

BEDÖMNING

Definitioner

Sjuksköterskebedömning (nursing assessment) definieras som att sjuksköterskan gör en bedömning av en patients behov, förutsättningar och förmågor (12). Enligt Nationalencyklopedin (11) definieras bedömning som en värderande bedömning över något (11). Sjuksköterskans bedömning inkluderar en intervju med och observation av en patient där bland annat symptom och tecken på tillståndet skall uppmärksammas. Bland de fysiska aspekterna som skall bedömas hör bland annat vitala tecken, hudfärg och hudens kondition, nutrition, sömn samt aktivitet. Bedömning är extremt viktig

eftersom den ger den vetenskapliga basen för sjuksköterskans kompletta vårdplan, som baseras på bedömning och diagnos (12).

Bedömning av sårstatus

Bedömning av sårstatus är grunden till sjuksköterskans val av lämplig behandling (13). Innan såret bedöms görs såret rent (1). Därefter mäts sårstorlek, det bredaste och längsta stället, samt sårdjup (1,10). Därefter kan såret ritas av på en plastfilm eller fotograferas där storlek ska framgå samt vilket som tillhör övre delen och nedre delen av såret. Bedömning av eventuella tecken på infektioner eller ödem i omgivande vävnad samt eventuella tecken på eksem, klåda i sårområdet och lukt från såret ska göras. Sårets utsida ska bedömas efter sårsekretion, fibrinbeläggning och nekros (1). Systematiska ramverk som till exempel Tissue, Infection, Moisture, Edge (TIME) (14), och Nortonskalan (15), finns att tillgå för att underlätta bedömning och risbedömning av sår. TIME kan användas av alla som bedömer sår och kan vara en hjälp till tydlig och likartad vård (14). Den modifierade Nortonskalan (Bilaga 1) inkluderar förutom bedömning av fysiskt tillstånd, mentalt status, aktivitet, rörelseförmåga och inkontinens, enligt den ursprungliga Nortonskalan, också nutitions- och vätskestatus som faktorer för att kunna bedöma patienters risk för att utveckla trycksår. Maxpoäng på skalan är 28 poäng och patienter med 20 poäng eller mindre har en ökad risk för trycksår (16).

Omvårdnadsprocessen

Omvårdnadsprocessen är det organisatoriska ramverket för omvårdnad och innehåller de steg sjuksköterskor utövar kring patientens omvårdnad (12). Det är omvårdnadsprocessen som bidrar med ordning och styrning i omvårdnadsarbetet (17). I processen ingår bedömning, planering, genomförande, utvärdering och dokumentation (18). Syftet med omvårdnadsprocessen är att arbeta målinriktat, systematiskt och metodiskt vid genomförande av individualiserad god omvårdnad (15). Omvårdnadsprocessen startar med bedömningen varpå efterföljande steg följer varandra som i en cirkel (12). Sjuksköterskan gör först en systematisk bedömning där objektiva och subjektiva observationer görs av patienten (18), därefter följer stegen på varandra fram till dokumentationen. Dokumentationen är inte en slutfas, utan processen fortsätter med en ny bedömning etc. Genom att arbeta på ett sådant sätt blir det möjligt att göra återkommande värderingar av bedömning, plan, mål och åtgärder (12). I bedömningen ingår även utarbetning av omvårdnadsdiagnoser och fastställande av mål samt bedömning av eventuella behov av annan expert hjälp (18).

En god och säker vård förutsätter en strävan efter att evidensbasera den vård som ges. Detta kan göras med hjälp av till exempel kliniska riktlinjer, vårdprogram, standardiserade vårdplaner och rutiner (19). Standardvårdplaner (SVP) innehåller omvårdnadsdiagnoser som på förhand tagits ut för att underlätta vården av en viss patientgrupp. De kan tillämpas på patienter med samma diagnos, som en guide för att organisera vården, öka patientsäkerheten och vårdkvaliteten (20). Forsberg och Edlund (21) understryker att patientjournalen är individuell, vilket innebär att SVP ibland behöver övergå i en individuell vårdplan (IVP). Genom SVP har man ett vårdprogram att utgå ifrån (21).

OMVÅRDNADSPROCESSEN I OLIKA OMVÅRDNADSTEORIER

King (22) menar att struktur, funktion, resurser och mål är beståndsdelar som ingår i alla system. Funktioner inom omvårdnad är bland annat observation och mätning,

syntetisering och tolkning samt analys. Dessa funktioner utförs samtidigt inom ramen för omvårdnadsprocessen. De resurser som ingår är mänskliga och materiella, där målet är hälsa (22). Olika omvårdnadsteorier beskriver omvårdnadsprocessen och begrepp som är av vikt vid bedömning och beskrivning av sår.

Bedömning och observation

Bedömning är beroende av observation och grunden för observation är vår förmåga till perception. King (22) menar att perceptionen låter människan få kunskap om personer, objekt, och saker i omgivningen. Perception sker både med hjälp av sinnesorganen och av processer i hjärnan och den är varje människas representation av verkligheten (22). Bedömning (assessment) är det medvetna, systematiska, och logiska insamlandet av data. Det är en aktiv process av observation och kritiskt tänkande (23). Rooke (24) hänvisar till Wiedenbach, som menar att detta är grunden för sjuksköterskans förmåga att fatta beslut och det är framförallt en kognitiv process (24). Nightingale (25) lade grunden till den systematiska patientbedömningen och fastslog att bedömning utgör en standard för omvårdnad. Hon menade att det som eftersöktes var fakta och inte åsikter när det kom till frågan om en patient hade blivit bättre eller inte.

”The most important lesson that can be given to nurses is to teach them what to observe – how to observe – what symptoms indicate improvement – what the reverse – which are of importance – which are of none...” (25, sid. 59)

Under omvårdnadsprocessens bedömningsfas skaffar sig sjuksköterskan information om patienten och situationen. Sjuksköterskan använder sig då av färdigheter i observation och mätning. Information från mätning påverkar hur man handskas med problemet (22). Sjuksköterskans preliminära bedömning är av stor vikt för att åstadkomma en optimal omvårdnad av patienten (26). ”Nybörjaren” och ”experten” har olika omfattande erfarenhet att grunda sina bedömningar på, och Tanner (27) menar att experten därmed löper mindre risk att införa systematiska fel (27). Utvecklingen från novis till expert sker främst genom den erfarenhet sjuksköterskan skaffar sig genom att arbeta länge inom samma verksamhetsfält. Därmed är det inte sagt att all erfarenhet leder till inläring och ökat kunnande (26).

Eriksson (28) beskriver att bedömning vid systematisk observation sker på ett förutbestämt sätt. Uppgjorda observationsscheman kan användas men det är viktigt att inte känna sig helt bunden till observationsschemat, utan vara beredd på att registrera andra händelser av värde. Observation betyder iakttagelse och ska vara relevant och spegla det man vill få reda på. Vid osystematisk observation finns inget färdigställt observationsschema, utan det som anses vara av värde är det som observeras. Risken är då att observatören ser det den vill se genom att observatören styrs av sina känslor. Detta kan undvikas genom att två observatörer observerar oberoende av varandra. Oavsett om observation sker genom systematisk eller osystematisk observation, ska den vara objektiv (28). Enligt Rooke (24) menar Abdellah att sjuksköterskan ska vara skicklig på att observera såväl objektiva som subjektiva omvårdnadsproblem hos patienten (24). Kravet på objektivitet inom vården innebär att man bör hålla sig à jour med de viktigaste vetenskapliga landvinningarna rörande hälso- och sjukvård. Observation ska vara primär och alltså i så stor utsträckning som möjligt bestå av förstahandsuppgifter och inte sekundäruppgifter (28).

Klinisk bedömning, innefattande sjuksköterskans metoder för att förstå patientens problem, frågor eller bekymmer, är inte endast rationell och problemlösande. Den kliniska bedömningen kan existera utan medveten reflektion från sjuksköterskan (29). Systematisk dokumentation kan utvidga och utveckla den kunskap som ofta ligger fördold i expertsjuksköterskans praktik. Novisen går efter regler som vägleder dennes handlande. Stegen efter novis beskriver hur sjuksköterskan går från oerfaren och beroende av regler, till att skapa sig en mer holistisk förståelse och förmåga att planera flera steg i förväg. Om man når det sista steget, expert, uppfattar sjuksköterskan varje situation intuitivt. Denna sjuksköterska går direkt på problemet istället för att prova sig fram och är inte längre medveten om alla regler och detaljer. Utövningen blir flytande, flexibel och ytterst skicklig (26). En skicklig yrkesutövare vet vad hon gör, men kan inte alltid förklara varför hon gör det hon gör. Detta kallas ibland för magkänsla, intuition eller klinisk blick. Carlsson (30) citerar Schmidts ord:

”...genom att uttrycka egna och ta del av kollegors upplevda erfarenheter lyfts de delar av kunskapen som inte alltid varit vedertagen och respekterad fram. Tyst kunskap förblir inte längre tyst och därmed blir det inte längre en motsättning mellan intuitionen och fakta. Vetenskap och beprövad erfarenhet blir ett” (30, sid. 25)

Dokumentation

Enligt Kings (22) teori om måluppfyllelse har den målinriktade omvårdnadsjournalen fem huvudelement, bland annat information från bedömningen och omvårdnadsdiagnoser som revideras allt eftersom ny information tillkommer. Utöver detta ingår anteckningar om mål som främjar kontinuitet i omvårdnaden, omvårdnadsåtgärder som följer målen, planering och anteckningar om framsteg (22). Nybörjarens omvårdnadsutövande vägleds av patientjournalens innehåll. Då journalen innehåller information om patienten kan den fungera som en vägledning i den kliniska bedömningen, men journalen kan också tvärtom ge för lite information om tolkningar och problem, genom att utelämna viktig information (29).

Omvårdnadsdiagnostik

Problem kan inte hanteras effektivt om det inte diagnostiseras (27). Den diagnostiska processen innefattar en kombination av observation och bearbetning av information (23). När sjuksköterskan ställer omvårdnadsdiagnoser är det viktigt att de medicinska kunskaperna utnyttjas på ett annorlunda sätt än vid utförandet av medicinska uppgifter. Medicinsk kunskap, kunskaper från omvårdnadsområdet och information om patienten är utgångspunkten som behövs för att ställa en omvårdnadsdiagnos (27). Dokumentationen möjliggör ett systematiskt angreppssätt av omvårdnadsdiagnoserna, vilka i sin tur är grunden för målsättning och vidare planering av vården (22). Rooke (24) säger att omvårdnad enligt Abdellah baseras på fem grundläggande funktioner, där observation är en av dem. Det innebär att kunna observera och rapportera om symtom och andra tecken hos patienten, vilket ställer krav på skicklighet i att kunna kommunicera. Omvårdnadens kvalitet kan förbättras om sjuksköterskor bland annat har en förmåga att observera och identifiera omvårdnadsproblem (24). Experten kan få fram diagnoser på ett effektivt sätt utifrån enskilda tecken eller mönster av tecken eller associationer till andra diagnostiska begrepp, eftersom experten har ett stort nätverk av kunskap. Utifrån begreppet ”orörlighet” till exempel så kan experten, till skillnad från nybörjaren, hämta ett flertal olika diagnostiska begrepp som associeras med riskfaktorer

vid "örörlighet", såsom till exempel trycksår. Först då begreppet trycksår är givet kan nybörjaren räkna upp tecken och symtom och tala om när risk för trycksår föreligger. Det kan alltså finnas inlärd listor med tecken och symtom, som dyker upp då begreppet nämns (27).

ANSVAR OCH DOKUMENTATION

Ansvar

Sjuksköterskan har fyra ansvarsområden, att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och att lindra lidande (31). Sjuksköterskan ska ha förmåga att på egen hand tillämpa omvårdnadsprocessen, tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov samt observera, värdera, prioritera, dokumentera och vid behov åtgärda och hantera förändringar i patientens tillstånd (32). Enligt socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993: 17) om omvårdnad inom hälso- och sjukvården krävs kunskaper från olika områden för att kunna bedöma vad god omvårdnad är i den enskilda situationen. Allmän omvårdnad utövas av all hälso- och sjukvårdspersonal medan specifik omvårdnad kräver speciell kompetens. Allmän omvårdnad syftar till kunskaper om människors normala funktioner medan specifik omvårdnad även kräver kunskap kring den aktuella sjukdomen och dess behandling (33). Sjuksköterskan ska motverka komplikationer i samband med sjukdom, vård och behandling och ansvarar för omvårdnad, sårbehandling och val av lämpliga sårförband (32). Viktiga beslut som rör patientens hälsa ska bygga på bästa tillgängliga vetenskapliga underlag från välgjorda undersökningar. Det vetenskapliga underlaget används sedan som komplement till annan kunskap. Evidensbaserad vård betyder att den vård som ges bygger på bästa möjliga vetenskapliga grund (evidens) genom systematisk och medveten strävan att nå dit (34).

"Evidensbaserad vård innebär en strävan efter att ge en vård på säkrare vetenskaplig grund och att göra detta på ett medvetet sätt" (35, sid. 19).

Enligt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, får sjukvårdspersonal överlåta en arbetsuppgift till någon annan om det är förenligt med god och säker vård. Den som överlåter uppgiften till någon annan svarar för att den personen har kvalifikationer att klara av uppgiften (33). När sjuksköterskan tar på sig ansvar måste den egna kompetensen värderas. Vid delegering, ska sjuksköterskan värdera både den egna och andras kompetens (31).

Dokumentation

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska hälso- och sjukvården bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den bland annat ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. För att bidra till att trygga patientens säkerhet ska dokumentation föras. Dokumentationen ska dessutom utföras för att ge ett underlag för fortlöpande utvärdering av omvårdnadsinsatserna. I socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1993:20) om patientjournalagen, framgår det att det i första hand är sjuksköterskan som har ansvaret för att dokumentation sker kring patientens omvårdnad. Detta, eftersom det i allmänhet åligger sjuksköterskan att svara för koordineringen av omvårdnadsinsatserna (33). I sårjournalen ska medicinsk sår diagnos anges tillsammans med lokalisering av såret samt duration och uppkomst. Bedömning av patientens sår dokumenteras och

utöver detta dokumenteras eventuell sårsmärta, lokalförband, riskfaktorer för försämring, analgetika och allergier mot sårprodukter. Det ska också framgå hur läkningen fortskrider, om det blir bättre, sämre eller oförändrat (1). Omvårdnadsdokumentation enligt välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet (VIPS) föreslår dokumentation av sår under sökordet hud/vävnad. Under detta sökord dokumenteras patientens status som avser hud, slemhinnor och annan vävnad. Hudstatus omfattar bland annat eksem och hudens utseende, sårstorlek, sårsmärta och eventuell lukt (15). Patientjournalen ska innehålla en tydlig omvårdnadsdokumentation där vårdens planering, genomförande och resultat ska beskrivas utifrån patientens individuella behov (33).

SYFTE

Syftet med denna uppsats är att undersöka om och hur bedömning och beskrivning av sår enligt riktlinjer och bedömningsformulär resulterar i förbättrad sårbehandling och sårsläkning hos patienter jämfört med när olika hjälpmedel inte används.

METOD

ARTIKELSÖKNING

Artikelsökningar gjordes i databaserna CINAHL, pre-CINAHL, PubMed, Academic Search Elite och Blackwell Synergy (tabell 1). Därutöver har manuella sökningar i tidskrifter och sökningar på författarnamn gjorts.

Sökning i databas

Sökningen i Academic Search Elite, CINAHL och Pre-CINAHL gjordes initialt i form av en gemensam sökning i nämnda databaser (tabell 1). Sökningarna omfattar artiklar på alla språk med avgränsningar peer-reviewed i Academic Search Elite och avgränsningarna peer-reviewed och research i CINAHL och Pre-CINAHL. De artiklar som jag fick fram var på engelska. Därefter har sökningar gjorts i databaserna CINAHL, PubMed och Blackwell Synergy (tabell 1) var för sig. Avgränsningar för PubMed (tabell 1) var att de skulle länka till fulltext och endast visa artiklar med abstract. Avgränsningar för artikelsökning i CINAHL (tabell 1) var att de skulle länka till fulltext, endast visa artiklar med abstract och vara peer-reviewed och research. Sökningar i Blackwell Synergy gjordes utan begränsningar, samt en sökning med begränsning till årtal 2007, där abstract i de första 20 träffarna lästes igenom. Sökningar har även utförts utan avgränsningar i CINAHL och PubMed 2007-12-05. Sökningarna påbörjades genom att använda få ord till exempel "wound + nursing". Antalet träffar ökade betydligt jämfört med gjorda sökningar med begränsningar. Fler sökord lades till sökningen för att få ner antalet träffar, till exempel "nursing assessment + improve healing wound", vilket gav färre antal träffar. Trots detta var fulltexttillgängligheten knapp och de som länkade till fulltext svarade inte till syftet. På grund av den knappa tillgängligheten till fulltext läste jag endast igenom träffarnas artikeltitel för att eventuellt hitta något som kunde vara intressant, och då det verkade intressant lästes abstract igenom. De artiklar som saknade fulltexttillgänglighet och som kunde vara av intresse fanns i tidskriften "International wound journal". Sökning på denna tidskrift via

Gunda och Libris utfördes som visade att tidskriften inte fanns tillgänglig. Endast en artikel verkade vara av intresse men på grund tidsbrist då denna sökning gjordes i ett senare stadie, och ekonomiska skäl, beställdes inga artiklar hem.

Några artiklar dök upp under flera sökordskombinationer i sökningarna med begränsningar. Av de träffar som visas i tabell 1 har genomläsning av abstract genomförts. Det antal artiklar som eventuellt kunde vara av intresse visas i tabell 1 under "granskade". Dessa artiklar skrevs ut där abstract återigen lästes igenom. De artiklar som inte var relevant för studien valdes därefter bort, alltså de artiklar som inte svarade till syftet. Efter detta gjordes en mer noggrann genomläsning, vilken gav utrymme för fler bortfall av artiklar. Då en stor mängd sökordskombinationer används, valdes endast de sökordkombinationer vars träffar visade artiklar som verkade intressanta. De bortvalda artiklarna syftade inte till att undersöka bedömningen eller beskrivningen av sår, om läkningsprocessen förbättrades eller handlade inte om sår över huvud taget.

Tabell 1. Artikelsökning i databaser

<i>Databas Datum</i>	<i>Sökordskombinationer</i>	<i>Träffar</i>	<i>Granskade</i>	<i>Använda</i>	<i>Referensnummer</i>
Academic Search Elite, CINAHL, Pre-CINAHL 2007-11-12	Wound + documentation + nursing	32	6	2	43, 45
	Ulcer + documentation + nursing	18	3	2	40, 44
PubMed 2007-11-19	Wound documentation + nursing	3	1	1	42
	Ulcer documentation + nursing	12	1	1	41
PubMed 2007-11-22	Guidelines wound + assessment	76	1	0	
	Guidelines wound + documentation	8	1	0	
	Guidelines ulcer + assessment	13	2	0	
	Ulcer assessment + nursing	12	1	1	39
CINAHL 2007-11-22	Guidelines + wound	18	3	1	37
	Guidelines + ulcer	32	1	0	
	Wound assessment + nursing	19	1	0	
Blackwell Synergy 2007-12-08	Assessment + healing	83	1	0	

Implementation + guidelines + wound assessment	184	2	1	38
Wound assessment (begränsning till årtal 2007)	102	4	1	46

Manuell sökning i tidskrifter

Manuell sökning har gjorts 2007-11-21 och 2007-11-23 i alla tillgängliga nummer i tidskrifterna: American Journal of Nursing, 2003-2007, Australian Journal of Advanced Nursing, 2002-2003, The Nurse Practitioner – the American Journal of Primary Health Care, 2002-2004, och tidskriften Nursing Times, 2006-2007. Ur dessa sökningar fanns en artikel som var relevant för syftet, men som exkluderades på grund av avsaknad av beskrivet syfte.

Sökning på författarnamn

Allt eftersom sökningen fortgick uppkom vissa författarnamn flera gånger i samband med artiklar som hade med sår att göra. Sökning i Academic Search Elite, Pre-CINAHL och CINAHL har gjorts utan begränsningar på: Lindholm C + wound, Hess CT + wound och Krasner D + wound. Inga av de artiklarna som uppkom har använts till resultatet, då inget nytt uppkom eller inte svarade till syftet.

ANALYSMETOD

De artiklar som valdes ut för analys lästes initialt igenom i sammanfattning och resultat för att få en bild av vad varje artikel syftade till och resulterade i. Därefter gjordes en mer noggrann genomläsning av de valda artiklarna där jag först fokuserade på att hitta något som handlade om bedömning och/eller dokumentation, för att i nästa genomläsning se om ytterligare tema växte fram ur artiklarna. Utifrån en induktiv ansats framkom underteman som resultatet bygger sin struktur på. De kvantitativa artiklarna har kvalitetsgranskats enligt checklista för kvantitativa artiklar (36). Resultatet grundar sig på tio artiklar som presenteras i bilaga 2. De artiklar som ingår i resultatet har valts ut enligt den beskrivning som finns i metoden. Resultatet presenteras utifrån de teman som framkom vid den induktiva analysen, nämligen sårläkning, dokumentation, bedömning och beskrivning, påverkan på behandling och omvårdnadsprocessen.

RESULTAT

SÅRLÄKNING

Förbättrad sårläkning

Flera studier fann att läkningsfrekvensen ökade efter införandet av nya rutiner (37, 38, 39) Sjuksköterskorna i en studie (39) fick genomgå en utbildning inför införandet av de nya riktlinjerna om hur vården kring bensår ska gå till och hur bensår ska bedömas, för att bli primärsjuksköterska. Varje patient tilldelades sedan en primärsjuksköterska vid inskrivningen. Andelen patienter vars bensår läkt tre månader efter införandet av de nya riktlinjerna varierade mellan 48 % och 61 % (39). Före införandet av en ny

sårbehandlingsstrategi var läkningsgraden låg, i studien gjord av Moffatt och Franks (38), mellan 9 % och 24 % efter en tolv veckors period. Efter införandet utvärderade man på nytt läkningsgraden efter tolv veckor, då varierade läkningsgraden mellan 19 % och 39 %. Den genomsnittliga skillnaden i läkning mellan de båda grupperna gick från 14 % till 37 % (38). Då Edwards et al (37) ämnade undersöka om sjuksköterskeåtgärder bland annat förbättrar läkningstakten, fann de att läkningen hade förbättrats signifikant i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Redan tolv veckor in i studien fann de att kontrollgruppens sårarea minskat från 10.63 kvadratcentimeter till 9.60 kvadratcentimeter. Interventionsgruppens sårarea hade jämförelsevis minskat från 9.12 kvadratcentimeter till 2.82 kvadratcentimeter. För att jämföra hur bra såren läkte, använde sig Edwards et al (37) av Pressure Ulcer Scale for Healing scores (PUSH), som mäter från noll till sjutton, där sjutton är sämst läkning och noll är helt läkt. Kontrollgruppen hade gått från ett medel på 10.18 till 7.63 på skalan. Interventionsgruppen gick från 10.31 till 4.75, detta också en signifikant skillnad. Efter tolv veckor hade sju patienter (43.8 %) i interventionsgruppen helt läkta sår, jämfört med fyra patienter (23.5 %) i kontrollgruppen. Denna skillnad var dock inte signifikant (37).

Före införande av riktlinjer

Två studier (40, 41) som båda undersökte trycksår, fann att patienterna hade viss frekvens av trycksår i början av studien. Av de femtiofem patienter som inkluderades i studien gjord av Gunningberg et al (40), hade 10 % trycksår vid inskrivningen, där samtliga bedömdes ha låga poäng enligt den modifierade Nortonskalan. Av alla patienter utvecklade 45 % trycksår under sjukhusvistelsen, och av dessa bedömdes tjugotre av tjugofem patienter ha låga poäng enligt Nortonskalan vid minst ett tillfälle under vårdtiden (40). De Laat et al (41) fann en trycksårsfrekvens på 18 % (grad I-IV) innan införandet av de kliniska riktlinjerna. Av 1091 patienter som genomgick bedömning av hudstatus, bedömdes 84 % ligga i riskzonen för att utveckla trycksår eller hade viss grad av trycksår. Av de patienter som bedömdes i studien hade 16 % trycksår grad II eller värre (41). Moffatt och Franks (38) påpekade att nivån på bedömningen var låg innan införandet av nya riktlinjer, då det visade sig att endast en patient från en inrättning bevisligen hade mäts enligt ”ankle brachial pressure index” (ABPI) mätning. Detta visade att etiologin i de flesta fall var obevisad (38).

Efter införande av riktlinjer

Två studier fann att trycksårsprevalensen minskade efter införande av riktlinjer (41, 42). Gunningberg et al (42) som i en tidigare studie bland annat undersökt prevention av trycksår (40) fann att trycksårsincidensen hos patienter med höftfraktur minskat signifikant. Utgångspunkten i studien var att varken personalen på akuten eller ortopedavdelningen använde sig av något systematiskt riskbedömningsformulär eller trycksårsklassifikation. Gunningberg et al (42) ville undersöka om trycksårsincidensen kunde minska genom att införa daglig riskbedömning enligt den modifierade Nortonskalan och observation av huden med trycksårsgradering. En trycksårssjuksköterska införde 1999 skrivna riktlinjer för trycksår hos patienter med höftfraktur. Dessa riktlinjer hade för avsikt att uppmuntra till användandet av riskbedömningsformulär, användandet av hälkuddar, högläge, samt inspektion av huden vid varje skiftbyte, tre gånger dagligen. De fann att medvetenheten kring nutrition hos äldre hade ökat och att alla patienter med höftfraktur genomgick en riskbedömning enligt den modifierade Nortonskalan vid inskrivningen i den jämförande studien 1999.

Mellan 1997 och 1999 fann de att trycksårsincidensen hos patienter med höftfraktur minskat från 55 % till 29 %, efter införandet av den modifierade Nortonskalan och ett graderingssystem för trycksår (42). Mofatt och Franks (38) fann att de nya riktlinjerna påverkade bedömningen positivt gällande ABPI-mätning. Efter införandet av nya riktlinjer förbättrades bedömning gällande ABPI från 79 % till 100 % (38). De Laat et al (41) fann en generell minskning av trycksår från 18 % till 13 % och trycksårsfrekvensen gick ner till 13 % fyra månader efter införandet av den nya policyn. Efter elva månader hade ytterligare en minskning av både trycksårsfrekvens och generell minskning av trycksår skett till 11 % i båda fallen. Om man definierar trycksår grad II-IV kunde man se en minskning av trycksårsfrekvens från 11 % till 7 % både fyra och elva månader efter införandet (41).

Införandet av olika riktlinjer och strategier förbättrar alltså sårhäkning (37, 38, 39) och minskar prevalensen av trycksår (40, 41). Insatta omvårdnadsåtgärder, såsom vändschema, högläge och inspektion av huden (42).

DOKUMENTATION

Bristfällig dokumentation

Flera studier (40, 42, 43, 44) fann att dokumentationen kring sår var bristfällig. Detta framgick genom att bedömningen inte var konsekvent (44), att innehållet i dokumentationen varierade (43) samt bristande dokumentation gällande val av omläggingsmaterial, omvårdnadsåtgärder och anteckningar i omvårdnadsstatus. Hos patienter som inte utvecklade trycksår var dokumentationen kring förebyggande och behandlande åtgärder mycket mindre omfattande än hos de patienter som utvecklade trycksår (40). Dokumentation kring patienternas nutritionsstöd, minskning av friktion, eller patientundervisning saknades helt i studien av Gunningberg et al (40, 44). Hos endast två av de tio patienter som inkom med trycksår vid ankomst till sjukhuset fanns det dokumenterat under "omvårdnadsstatus". Val av omläggingsmaterial dokumenterades endast hos sex av de tjugofem patienter som utvecklade trycksår under vårdtiden. Hos de patienter som kom in med trycksår dokumenterades val av omläggingsmaterial hos endast två av tio patienter. Hos fyra patienter, av de femtiofem som inkluderades i studien, saknades dokumentation helt kring vilket omläggingsmaterial som användes, varvid en av dessa patienter hade fyra sår (40). Ehrenberg och Birgersson (43) beskrev i sin studie hur dokumentationen varierar från fåordig till alltför beskrivande information med hela meningar beroende på vem som dokumenterat. Maylor (45) bekräftade att de ord som används för information reflekterar personlighetsstilen, då han undersökte den använda terminologin vid sårbedömning. Olika människor använder sig av olika termer. Till exempel, menar Maylor (45), så kan "bra" vara en "uppskattande bedömning" om att någon ser bra ut. De sår som var i oförändrat status behövde en mer omfattande beskrivning än de sår som hade förändrats genom läkning eller försämring. Trots att det fanns gemensamma ord för att beskriva oförändrade sår, läkning och försämring, fanns det andra unika ord som antingen kan eller inte kan förstås av alla. Detta gör att enighet i vad de använda orden verkligen består i kan ifrågasättas (45).

Konsekvent dokumentation

Harrison et al (39) fann i sin jämförande studie före och efter införandet av riktlinjer och användandet av formulär, att konsekvent datainsamling ökade vid användandet av

formulär (39). De vanligast dokumenterade åtgärderna var förändring av läge, vändschema, kuddar, mjukgörande, och val av förband (44, 40) Ehrenberg och Birgersson (43) fann att sårets utseende dokumenterades i 100 % av fallen och att det var vanligt med anteckningar av förändring i status och där åtgärder vidtagits (43).

Standardvårdplaner och individuella vårdplaner

Gunningberg et al (42) beskrev att dokumentationen förenklades genom införandet av standardiserade vårdplaner, men att omvårdnadsprocessen ändå inte följdes fullt ut (42). Efter den första bedömningen utformades individuella vårdplaner för alla trettiofyra patienter i den jämförande studien hos patienter med bensår (37). Av de femtiofem patienter som ingick i en annan studie (40), hade fyra standardiserade vårdplaner för höftfrakturer, inklusive prevention av trycksår. Dessa var dock inte fullständiga och saknade signatur (40).

Det visade sig alltså i studierna (40, 42, 43, 44) att dokumentationen före införandet och användandet av formulär var bristfällig. Efter införandet var datainsamlingen mer konsekvent och dokumentationen förbättrades något (39, 40, 43, 44).

BEDÖMNING OCH BESKRIVNING

Sårstorlek, sår djup och lokalisation

Ehrenberg och Birgersson (43) visade i sin studie att det saknades anteckningar om sårstorlek och sårgrad (43). Sjuksköterskors och läkares bedömning av ett och samma sår gjordes olika. Mätning av sår diameter varierade mellan två till sju centimeter mellan läkare och sjuksköterskor. Läkare uppgav ett djup på 0.5 centimeter medan sjuksköterskor uppgav ett sår djup på mellan 0.6 centimeter och 2 centimeter. Sår djupet bedömdes till en till två centimeter av 48.3 %, medan 37.5 % inte kommenterade sår djupet. Fjorton deltagare, 87.5 %, uppgav att det fanns blottade sensorer medan två uppgav att det inte fanns blottade sensorer (46). Uppgifter om lokalisation saknades.

Hudens kondition

Hudens kondition dokumenterades i 78 % av fallen (43). Gunningberg et al (44) fann att trettiofyra sjuksköterskor (80 %) och trettiosju undersköterskor (84 %) uppgav att de alltid bedömde hudens kondition, medan åtta (20 %) av sjuksköterskorna och fem (11 %) av undersköterskorna uppgav att de ibland bedömde hudens kondition. De områden som inspekterades mest var sacrum och hälar (44). Då ett och samma sår bedömdes fanns det stora "oenigheter" kring bedömning av sårkanterna bland sjuksköterskor och läkare. Rodnade kanter beskrevs av 62.5 %, medan 37.5 % beskrev dem som "lugna" (ingen rodnad) sårkanter (46).

Sårsmärta, lukt, sårsekretion, fibrinbeläggning och nekroser

Sårsmärta dokumenterades i 77 % av de etthundra journaler som granskades i en studie. Faktorer som lukt från såret dokumenterades i ungefär 25 % av fallen och sekretion dokumenterades i 74 % av fallen (43). Stremitzer et al (46) som undersökte hur olika personer bedömer ett och samma sår, fann att det som saknades mest i dokumentationen var förekomst av nekroser och granulationsvävnad. Av sjuksköterskorna och läkarna uppgav över 50 % att de inte visste om dessa vävnadstyper förekom i såret. Förekomst av granulationsvävnad i såret uppgavs av 43 % och en deltagare uppgav att det inte

förekom granulationsvävnad, medan en annan deltagare uppgav att det förekom i sårkanterna. Förekomst av fibrin i såret uppgavs av 93.8 % av deltagarna och 6.3 % (en deltagare) visste inte. Förekomsten av en måttlig mängd exudat uppgavs av 62.5 %, medan 25 % uppgav att det inte fanns, och 12.5 % uppgav att de inte visste (46).

Övrig dokumentation

I 59 % av fallen fann man anteckningar om cirkulationen och i cirka 50 % av fallen dokumenterades såruration. Anteckningar om fysisk aktivitet dokumenterades i 10 % av fallen, sömn 9 % och psykosocial situation i 7 % av fallen. Mentalt skick dokumenterades endast av en av fyrtioen sjuksköterskor (44). Dokumentation om patientens nutritionsstatus dokumenterades endast i 4 % av fallen (43). Nutritionsstatus ingick hos fyra av fyrtioen sjuksköterskor i riskbedömningen av trycksår hos patienter med höftfraktur (44).

PÅVERKAN PÅ BEHANDLING

Val av behandling

Införandet av riktlinjer resulterade i att underbehandling minskade från 60 % till 31 % efter både fyra och elva månader hos 176 patienter som hade grad II eller värre. Denna minskning resulterade i en signifikant ökning av medelmåttig behandling på 28 % före införandet till 40 % och 39 % vid fyra respektive elva månader efter införandet. Detta innebar även en ökning av adekvat behandling från 13 % till 31 % och 27 % vid fyra respektive elva månader efter införandet (41). Harrison et al (39) fann att andelen patienter som fick passande behandling nästan dubblades under deras studie. Patienter som behandlades med kompressionsbehandling ökade signifikant, jämfört med innan införandet av de nya riktlinjerna då kompressionsbehandling användes orutinerat och ibland olämpligt till bensår med arteriell orsak (39). Moffatt och Franks (38) noterade även de en ökning av kompressionsbehandling från 11 % till 85 % under införandet av den nya strategin för sårvård, och variationen av behandlingsmetoder gick från ett medelvärde på 24.0 före införandet till 13.5 efter införandet (38). Stremitzer et al (46) fann oenigheter i valet av omläggningsfrekvens. Efter bedömning av ett och samma sår gjort av sexton sjuksköterskor och läkare, ansåg 43.8 % att omläggningsfrekvensen borde vara en gång varje dag, medan 37.5 % ansåg att omläggningsfrekvensen borde vara två gånger dagligen (46).

Kostnadseffektiv vård

Harrison et al (39) fann att sjuksköterskorna planerade signifikant färre besök efter det att den initiala bedömningen gjorts. De dagliga besöken gick från 38 % till 6 %. Genom att jämföra patienter som nyss skrivits in under den senaste sex månaders perioden under båda undersökningsperioderna avslöjades att medianen av sjuksköterskebesök hade minskat från trettiosju till tjugofem (39). Mofatt och Franks (38) kom fram till att patienterna ofta fick besök av sjuksköterskan på grund av sina bensår, detta med ett medelvärde på 20.1 till 29.2 gånger under en tolv veckors period. Efter införandet av den nya strategin för sårvård togs de flesta patienter omhand på klinik med undantag för de mest immobiliserade patienter, som togs om hand i hemmet. Vårdandet i hemmet gick från 79 % till 14 %, medan vårdandet på kliniker ökade från 3 % till 77 % (38). Medianen för kostnader av material minskade från 1923 dollar till 406 dollar per fall, och medeltalet för antal besök per patient minskade. Kostnaderna för denna vård ökade inte jämfört med tiden före införandet av den nya modellen, vilket gör den kostnadseffektiv

med tanke på ökad andel läkning. Denna riktlinjestyrda vård förbättrade vården stort gällande hälsoresultat och effektivitet utan att kostnaderna ökade (39).

OMVÅRDNADSPROCESSEN

Omvårdnadsprocessen är en viktig del i sjuksköterskans arbete och dess genomförande nämns i ett flertal artiklar (40, 42-44). Fyra artiklar fann brister i genomförandet av omvårdnadsprocessen (40, 42-44). Endast en studie redovisade att ett omvårdnadsproblem följde och dokumenterades helt enligt omvårdnadsprocessen (43).

Omvårdnadsdiagnostik

Gunningberg et al (40) fann total avsaknad av omvårdnadsdiagnoser (40). I den jämförande studien två år senare fann de att omvårdnadsdiagnoser fortfarande saknades helt, trots införandet av standardiserade vårdplaner (42).

Omvårdnads mål

Inga omvårdnads mål sattes upp i några av journalerna enligt Gunningberg et al (40) och precis som med omvårdnadsdiagnoserna, saknades även omvårdnads mål helt även efter införande av standardiserade vårdplaner (42). Ehrenberg och Birgersson (43) beskriver i sin studie att uppsatta omvårdnads mål i dokumentationen var begränsade.

Omvårdnadsåtgärder

Av de åtgärder som genomfördes var nästan inga planerade åtgärder. De åtgärder som sattes in, gjorde det först då trycksåret nått stadie I eller II (40). I sin jämförande studie två år senare, fann Gunningberg et al (42) att fler planerade åtgärder dokumenterades efter införandet av standardiserade vårdplaner 1999 (42). Ehrenberg och Birgersson (43) beskrev i sin studie att omvårdnadsåtgärder fanns men att de var knapphändiga i dokumentationen. De identifierade totalt 493 beskrivna symtom i dokumentationen. Av dessa var 264 symtom eller problem som krävde åtgärder. De kvarstående 229 symtomen indikerade att symtomen inte förekom, till exempel ”ingen smärta” (43). De Laat et al (41) satte in åtgärder som lägesändringsschema och antidecubitusmadrass hos de patienter som hade risk för att utveckla trycksår eller de med grad I (41).

Trots införandet av kliniska riktlinjer var dokumentationen i studien otillräcklig för en exakt beskrivning av vårdprocessen. Då dokumentation sker utan en klar struktur enligt omvårdnadsprocessen menar Ehrenberg och Birgersson (43) att blir det svårt att följa processen, vilket hämmar kontinuitet och säkerhet i vården (43).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Det visade sig att det fanns en mängd tillgängliga artiklar att tillgå inom sårområdet. Dessvärre fann jag inom kort att det skulle bli svårt att hitta artiklar som svarade till studiens syfte. De artiklar som framkom vid artikelsökningarna syftade ofta till att undersöka behandlingsmetoder vid olika typer av sår, val av förband, sårinfektioner eller prevention av framförallt trycksår. De vanligast beskrivna sårtyperna i de olika artiklarna är trycksår, bensår, och diabetessår. Artiklar som endast syftade till att undersöka bedömningen och/eller beskrivningen av sår fann jag inte. De artiklar som

analyserats i resultatet valdes då det i artiklarnas resultat fanns information som svarade till syftet. Det var efter många genomförda artikelsökningar som antalet artiklar slutligen stannade vid tio artiklar (37-46). Av dessa artiklar är nio artiklar kvantitativa (37-44, 46), och en artikel är en litteraturstudie (45).

Initialt var syftet att undersöka hur sjuksköterskor bedömer och beskriver sår, men efter många motgångar i artikelsökningarna ändrades syftet något, dock utan att ändra riktning i uppsatsen. Fokus skulle fortfarande ligga på bedömningen och beskrivningen av sår. En svårighet i att hitta artiklar som svarar till syftet kan vara att vård av patienter med sår är en vård som kräver helhetssyn av patienten. Därigenom finns det svårigheter att dela upp de olika delar som ingår i vården av patienter med sår. Detta ses som en svaghet, inte i uppsatsen utan inom forskningen. Det finns dock en stor mängd forskning kring andra delar av sårvården som syftar till att undersöka en del av vården, till exempel behandling av sår. Behovet av mer forskning kring bedömning och beskrivning av sår är stort.

För att hitta de sökord som bäst ansågs kunna svara an till syftet, avseende vetenskapliga artiklar, gjordes initialt sökningar med färre sökord för att sedan bygga på med fler om antalet träffar var för stort. Vid artikelsökning utan begränsningar fanns en stor mängd artiklar som inte hade tillgång till fulltext. Artiklar som saknade fulltexttillgänglighet och som inte var tillgängliga via Gunda eller Libris, beställdes inte fram bland annat på grund av att dessa databassökningar gjordes i ett senare skede. Detta innebar att de inte skulle hinna fram i tid. Ekonomiska skäl till att artiklar som saknade fulltexttillgänglighet inte beställdes fram fanns också. Detta ses som en svaghet i uppsatsen, då det kan finnas mer material att tillgå. Ytterligare en svaghet är att resultatet mestadels grundar sig på kvantitativa artiklar. Kvalitativa artiklar skulle möjligen kunna bidra med information kring vad sjuksköterskor anser vara av intresse att observera och bedöma samt faktorer som hindrar optimal bedömning och dokumentation av sår. I träffarna som framkom vid artikelsökning utan begränsningar verkade endast en artikel vara av intresse efter genomläsning av titlar och abstract. Genom detta knappa urval är det mindre troligt att en ytterligare artikel skulle påverka resultatet, då resultatet i stort sett är kongruent.

Eftersom antalet sökningar var omfattande, valdes endast de sökningar och sökordskombinationer, som gav träffar av intresse för uppsatsen, ut att presenteras (tabell 1). De artiklar som exkluderades svarade inte till syftet. Vid genomläsning av referenslistor fann jag återkommande författarnamn vid titlar som verkade intressanta för syftet. Sökningar på dessa författarnamn gjordes, men inget nytt eller intressant uppkom genom denna sökning. För att ytterligare undersöka kunskapsområdet gjordes manuella sökningar i fyra tidskrifter. Det fanns en mängd artiklar som handlade om sår och sårvård, men de flesta saknade vetenskaplig grund. Ur dessa fanns en artikel som var relevant för syftet, men som exkluderades då den helt saknade beskrivning av syfte. Anledningen till val av antal år som genomsöktes under den manuella sökningen berodde på hur utbudet av artiklar om sårvård såg ut i de olika tidskrifterna.

De artiklar som slutligen inkluderades i denna litteraturstudie uppfyllde i tillräckligt hög grad kriterierna för vetenskaplig artikel. De tio artiklarna sträcker sig från 2000-2007, vilket tillhör en av uppsatsen styrkor, då resultatet grundar sig på relativt aktuell information. Det kan också indikera att den typ av information som söktes till denna uppsats, inte har uppmärksamats inom forskningen i särskilt många år. Detta visar

återigen på behovet av ytterligare forskning inom området. De nio empiriska artiklarna som använts till resultatet har gett en bred bild över kunskapsområdet. Genom statistik, enkätundersökningar, interventioner och journalgranskningar som presenteras i de kvantitativa artiklarna blir det möjligt att jämföra likheter och skillnader mellan de olika artiklarna. Alla artiklar som tagits med i resultatet saknar teoretisk anknytning (37-46) och genusperspektiv nämns ofta i samband med vilket kön deltagarna har, både patienter och personal. Bortfall i studierna var få, men då det förekom gjordes bortfallsanalysen tydligt endast i en studie (44). Etiska aspekter togs upp i form av anonymitet (45) och skriftligt godkännande (41), men i övrigt saknade artiklarna diskussion kring etiska aspekter.

Av de artiklar som induktivt analyserats till resultatet kommer fyra från Sverige och två från Storbritannien. De resterande fyra kommer från Holland, Kanada, Australien och Österrike. Trots att länderna säkerligen skiljer sig i hur behandling av sår bör ske, fanns liknande problem i form av bristande bedömning och dokumentation av sår samt att dessa faktorer kunde förbättras vid införandet av nya rutiner eller riktlinjer, oberoende av var studien gjorts. Detta är en styrka som visar på att resultatet till stor del kan appliceras i svenskt kontext.

En artikel (45) svarade inte direkt till syftet, men inkluderades då resultatet var av vikt för uppsatsen. Maylor (45) beskriver i sin artikel precis så som jag från början beskrivit problemet, nämligen att sår beskrivs som bland annat ”bra”. Nationalencyklopedins definition av sår finns beskriven i bakgrunden (7), men konstigt nog finns ingen definition av begreppet sår i varken medicinska ordböcker eller Svenska Akademiens ordbok, som endast har en grammatisk förklaring till ordet.

Denna uppsats har varit en utmaning på många sätt då jag skrivit den ensam, bland annat genom att disciplinera sig och hela tiden kritiskt granska det man själv skrivit. Nackdelar har varit att det inte funnits någon att ”bolla” med på samma sätt som när uppsats skrivs tillsammans med någon annan. Fördelaktigt har varit att jag kunnat lägga upp hur och när jag skrivit och arbetat med uppsatsen. Känslan av att ha klarat av att skriva uppsatsen på egen hand har stärkt mitt självförtroende, genom att mina kunskaper på många olika plan, satts på prov.

RESULTATDISKUSSION

Sår har historiskt sett alltid varit ett problem för både patient och vårdgivare (8). Det är ett tillstånd som leder till ökat lidande hos den drabbade patienten, och sjuksköterskor har en central funktion när det gäller omvårdnaden hos de drabbade patienterna. Bedömning och beskrivning av sår är två viktiga element i vården kring patienter med sår. Syftet var att undersöka om och hur bedömning och beskrivning av sår resulterar i förbättrad sårbehandling och sårhäkning vid användandet av olika riktlinjer och bedömningsformulär jämfört med då dessa typer av hjälpmedel inte används. Resultatet visar att både bedömning och dokumentation kan förbättras med hjälp av införandet av nya rutiner, strategier och riktlinjer. Resultatet visar också att bedömningen och beskrivningen ofta utförs utan olika hjälpmedel, och att den då ofta är otillräcklig (38, 40, 42-44, 46). Studier visar att bedömningen påverkar val av behandling (38, 39, 41) och att införandet av riktlinjer bidrar till att bedömningen förbättras och därigenom också behandlingen. Genom användandet av formulär förbättras kontinuiteten för datainsamling (39). Genom detta resultat anses syftet vara uppnått.

Resultatet bekräftade det ursprungliga intrycket av att dokumentation av sår är bristfällig (38, 40, 42, 44) och fåordig (45). Överlag visar resultatet att bedömning och beskrivning av sår är viktiga för valet av rätt behandling (38, 39, 41, 46) och att bedömning enligt riktlinjer leder till en förbättrad sårhäkning (37-39). Resultatet visar också att en subjektiv bedömning av sår leder till olika bedömningsresultat beroende på vem som utför bedömningen (46). Detta visar på hur viktigt det är att bedömningen blir mer objektiv, genom användandet av riktlinjer.

Förbättrad sårhäkning

Flera studier beskriver att sårhäkningen förbättrats efter införandet av nya riktlinjer eller rutiner (37-39), och många gånger med en signifikant skillnad. Målet med sårbehandling är läkta sår (1) och därigenom minskar patientens lidande och detta leder till ökat välbefinnande. Att återställa hälsa, lindra lidande, förebygga sjukdom och främja hälsa hör till sjuksköterskans fyra ansvarsområden (31). Genom att använda sig av riktlinjer och bedömningsformulär, blir det alltså möjligt för sjuksköterskan att nå upp till sitt ansvar, då patienten erbjuds evidensbaserad, god vård. Den evidensbaserade vården är en strävan att ge en vård på säkrare vetenskaplig grund och att göra det på ett medvetet sätt (35). Kravet på objektivitet inom vården innebär, enligt Eriksson (28), att man bör hålla sig à jour med de viktigaste vetenskapliga landningarna rörande hälso- och sjukvård. Observationen ska också vara primära och alltså i så stor utsträckning som möjligt bestå av förstahandsuppgifter och inte sekundäruppgifter (28). Detta problem stöter man ofta på i den kliniska verkligheten, där inte samma person är den som återkommande sköter omläggningar av ett och samma sår. En god och säker vård förutsätter en strävan efter att evidensbasera den vård man ger och detta kan göras med hjälp av till exempel riktlinjer (16). Vården ska inte bero på vem som jobbar, utan hur man arbetar. Genom att arbeta enligt till exempel riktlinjer hos patienter med sår får patienterna en kontinuitet i vården som grundas på en god och säker vård, oberoende av vem som arbetar.

Bedömning av sår

Bedömning är en värderande bedömning över något (11), vilket indikerar att det är något subjektivt. Wiedenbach menar enligt Rooke (24) att bedömning är grunden till det sjuksköterskan fattar beslut på. Eriksson (28) säger att ett observationsschema ska vara till hjälp för observatören, utan att denne ska känna sig bunden till det. Observatören måste vara beredd på att registrera andra händelser som är av värde. Vidare talar Eriksson (28) om att observation ska vara relevant och spegla det man vill få reda på. Bedömning av sår är grunden till sjuksköterskans val av lämplig behandling (19). För att sjuksköterskor ska kunna bedöma och beskriva sår måste de veta hur den normala sårhäkningsprocessen ser ut. Trots att sjuksköterskan känner till sårhäkningsprocessens faser indikerar resultatet att det inte alltid räcker till. Stremitzer et al (46) beskriver i sin studie hur sjuksköterskor och läkare ofta bedömde sårets utseende på olika sätt, allt ifrån att det fanns nekroser, att det inte fanns nekroser, till att inte veta om det fanns nekroser i såret. Nightingale (25) beskriver att bedömning är något av det viktigaste en sjuksköterska kan lära sig; vad som ska observeras, hur observationer ska ske, vad som tyder på förbättring, och vad som inte gör det, vad som är viktigt, och vad som inte är viktigt (25). Riktlinjer och formulär kan vara en hjälp för sjuksköterskor att veta vad som är viktigt att observera och inte. Nybörjaren och experten som beskrivs av Benner (26) och Tanner (27) har olika erfarenheter att grunda sina bedömningar på. Benner (26)

beskriver att experten är mindre bunden till regler och formulär än vad novisen, nybörjaren, är. Carlsson (30) beskriver också att experten vet vad hon gör, men att hon har svårare att förklara varför hon gör det hon gör.

King (22) menar att perception sker med både sinnesorgan och processer i hjärnan som gör den till varje människas representation av verkligheten (22). Detta verifieras i studien av Stremitzer et al (46) där resultatet visade hur sexton olika människor, sjuksköterskor och läkare, bedömde ett och samma sår på olika sätt och därigenom också gav olika förslag på omlägningsfrekvens. Enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (32) ska sjuksköterskan motverka komplikationer i samband med sjukdom, vård och behandling och ansvarar för omvårdnad, sårbehandling och val av lämpliga sårförband (32). För att kunna avgöra, återigen, vad lämpliga förband är måste sjuksköterskan veta hur såret ser ut samt vilka förutsättningar och motsättningar patienten har gällande sårläkning.

Dokumentation av sår

Det är sjuksköterskans ansvar att allt dokumenteras i patientjournalen (1, 33). Patientjournalen ska innehålla en tydlig omvårdnadsdokumentation där vårdens planering, genomförande och resultat ska beskrivas utifrån patientens individuella behov (33). Bedömning av sår dokumenteras avseende eventuell sårsmärta, lokalförband, riskfaktorer för försämring, analgetika, allergier mot sårprodukter (1), sårstorlek, sårsmärta och eventuell lukt (15). Det ska också framgå hur läkningen fortskrider, om det blir bättre, sämre eller oförändrat (1). ”Bättre”, ”sämre”, eller ”oförändrat” är alla begrepp som kan uppfattas på olika sätt. För att dokumentationen kring sår ska kunna förbättras måste mer objektiva begrepp föras in i det använda språket. Det bör vara ord som kan användas och förstås av alla, som Maylor (45) också beskriver det.

Flera studier visade brister i dokumentationen kring sår före införandet av nya riktlinjer och rutiner (40, 42-44), och trots att flera artiklar uppgav att dokumentationen förbättrades efter införandet, nämndes endast sårsmärta i en av artiklarna (43). De fann också att det saknades anteckningar om sårstorlek och sårgrad och bristfällig dokumentation om patienternas nutritionsstatus (43). Sårsmärta, analgetika, och allergier mot sårprodukter presenterades inte i någon av artiklarna. Detta indikerar att användandet av riktlinjer och formulär inte står som ensam faktor till förbättring, utan att även andra faktorer spelar in. Vilka faktorer detta är, ligger på forskningen att undersöka. Det skulle kunna bero på bristande kunskaper kring vad som ska dokumenteras eller att man noterar för sig själv, utan att dokumentera det. Hur som helst fanns det inte med i dokumentationen, vilket kan påverka den efterföljande vården negativt. King (22) menar att det i journalen ingår anteckningar om mål som främjar kontinuitet i omvårdnaden, omvårdnadsåtgärder som följer målen, planering och anteckningar om framsteg (22). Detta gick inte att följa i resultatet då många studier saknade omvårdnadsprocessens olika steg. Nybörjarens omvårdnadsutövande vägleds, enligt Benner et al (29), av patientjournalens innehåll. Lika väl som att journalen kan vägleda i den kliniska bedömningen av patienten, kan den även ge föga information om kliniska tolkningar och problem genom att utelämnar viktig information (29). Genom denna kunskap blir det än viktigare för experten att sätta ord på det denne gör. Genom att sätta ord på det man gör, lyfter man kunskapen så att den tysta kunskapen inte längre förblir tyst (30).

Omvårdnadsprocessen

Omvårdnadsprocessen bidrar med ordning och styrning i omvårdnadsarbetet (17). King (22) menar att funktioner inom omvårdnad bland annat är observation och mätning, syntetisering och tolkning samt analys (22). Flera studier fann att genomförandet av omvårdnadsprocessen var bristfällig både före och efter införande av nya riktlinjer och rutiner (40, 42-44). Syftet med omvårdnadsprocessen är att arbeta målinriktat, systematiskt och metodiskt vid genomförande av individualiserad god omvårdnad (15). SVP kan tillämpas på patienter med samma diagnos som en guide för att organisera vården och öka patientsäkerheten och vårdkvaliteten (20). Gunningberg et al (42) fann att införandet av SVP underlättade vården men att omvårdnadsprocessen ändå inte tillämpades fullt ut (42). I bedömningen ingår även utarbetning av omvårdnadsdiagnoser och fastställande av mål (18). Flera studier fann total avsaknad av omvårdnadsmål och omvårdnadsdiagnoser (40, 42) och en studie fann att omvårdnadsdiagnoser var knapphändiga (43). Utan införandet av omvårdnadsprocessen försvåras omvårdnadsarbetets styrning. Genom att nybörjare och experter har olika mycket erfarenheter är det viktigt att det finns en klar struktur för hur arbetet ska läggas upp, så att alla strävar åt samma håll och arbetar målinriktat. Genom användandet av omvårdnadsprocessens alla delar möjliggörs detta och så även en kontinuitet i arbetet, vilket i sin tur leder till en god vård.

Implikationer för sjuksköterskans yrkesfunktion

Sår, och framförallt svårläkta sår, är ett stort problem inom vården idag och kan ta lång tid att läka. Detta innebär att patienten behandlas av ett flertal personer på vägen mot målet. Allmänsjuksköterskor kommer inte i kontakt med olika typer av sår såsom sjuksköterskor inom dermatologin gör. Detta innebär att sjuksköterskan kan vara novis inom detta område. Även yrkeserfarna sjuksköterskor kan vara noviser inom ett visst område. För att vara expert inom ett område krävs det till en början en lång tids arbete inom samma område. Då området inte känns lika familjärt kan det vara till nytta att använda sig av bedömningsformulär och riktlinjer, inte minst för patientens skull men också för att verka för att öka kontinuiteten i vården. På så sätt gör alla samma och får också en förståelse för varandras beskrivningar. Genom denna litteraturstudie erbjuds en ökad förståelse till att sårvården kräver kontinuitet för bästa resultat, vilket också innebär att bedömning från personal till personal måste vara så lika varandra som möjligt. Detta kan åstadkommas genom en mer objektiv bedömning genom till exempel bedömningsformulär. Precis som Eriksson (28) noterar, är det viktigt att inte fastna i formulären, utan vara vaksam på andra saker som kan vara av intresse. För att veta vad som är av intresse, och vad som inte är det som Nightingale (25) beskriver det, är det viktigt att kunskaperna etableras redan under utbildningen.

Utbildningens möjligheter och ansvar

Att känna sig trygg i sitt yrkesutövande och känna att man ger varje patient den goda vård vi som sjuksköterskor är skyldiga att erbjuda dem, är viktigt för både nyutexaminerade men även sjuksköterskor som arbetat länge. Eftersom alla är noviser inom något område, gäller det att kunna tillämpa evidensbaserad vård även när man inte är ute på så välkänd mark. Under utbildningen till sjuksköterska vid Göteborgs Universitet har det vid ett flertal tillfällen erbjudits undervisning kring temat sår. I utbildningen ingår anatomi och fysiologi där hudens anatomi och fysiologi är en del. Vi har även läst mikrobiologi för att bland annat få en ökad förståelse för bakterier och dess smittspridning. Vidare har undervisningen tryckt på vikten av god hygien i

vårdarbetet. Flera gånger har möjligheten att delta vid föreläsningar kring sår erbjudits, där det har undervisats om olika typer av sår, dess orsak och eventuella risker. Utöver detta har vi även fått undervisning i olika typer av sårmaterial samt teknik vid benlindning genom föreläsning och praktisk träning på avdelningen för färdighetsutveckling (AFU). En uppgift som utbildningen kan verka för är att tidigt i utbildningen trycka på vikten av bedömning och dokumentation för att öka kontinuiteten i vården. Några punkter som är viktiga att framhålla:

- Vad är viktigt att bedöma, och vad är mindre viktigt
- Avsätta mer tid att träna på att göra bedömningar
- Låta studenterna göra skriftliga beskrivningar av sår efter till exempel bilder, för att sedan jämföra med varandra och upptäcka olikheter

Förslag till framtida forskning och utveckling

Mer forskning kring delarna ”bedömning” och ”beskrivning” av sår behöver undersökas, precis så som behandling av sår plockats ur helheten och undersökts. Förutom detta följer ytterligare behov till mer forskning:

- Undersöka olika evidensbaserade riktlinjer och bedömningsformulär för att få fram ett generellt bedömningsformulär som kan användas överallt – till alla sår
- Undersöka faktorer som påverkar följsamheten till riktlinjer och bedömningsformulär
- Undersöka semantiska skillnader då vårdpersonal bedömer och beskriver olika sår samt ta fram vedertagna begrepp inom området som förstås och kan användas av alla

KONKLUSION

Sammanfattningsvis är det viktigt hur sjuksköterskor tillsammans med kollegor kan arbeta för att förbättra patienters välbefinnande genom minskat lidande då patienter erbjuds en evidensbaserad och god vård, den viktigaste innebörden hos denna uppsats. Det finns också stora möjligheter för utbildningen att införa vikten av användandet av riktlinjer/formulär hos patienter med sår så att den nyfärdiga sjuksköterskan sedan har möjlighet att införa sina kunskaper i den kliniska vården.

Referenser

1. Handbok för hälso- och sjukvårdspersonal, avsnitt sårbehandling reviderad 2007-06-19, <http://www.sjukvardsradgivningen.se/handboken>, tillgänglig 071018.
2. Franson P, Kvist U. Anatomi och fysiologi 2. Fjärde upplagan. Uppsala: Liber AB; 2002.
3. Haug E et al. Människokroppen fysiologi och anatomi. Uppsala: Liber AB; 1998.
4. Walker R. En resa genom kroppen. Stockholm: Bonnier Carlsson Bokförlag; 2006.
5. Rorsman H, Björnberg A, Vahlquist A. Dermatologi Venerologi. Sjunde upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2007.
6. Tarpila E. Svårläkta sår. Jönköping, Kalmar, Östergötlands län; 2005.
7. NE.SE:
http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=322344&i_word=s%e5r, tillgänglig 2007-11-07.
8. Lindholm C. Sår. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2003.
9. Malmberg C. Sår i myt, kult, bild och dikt. Värnamo: Fälth & Hässler; 2005.
10. Myers B A. Wound Management: principles and practice. New Jersey: Pearson Education Inc; 2004.
11. NE.SE:
http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=O115073&i_word=bed%f6mning, 2007-11-07.
12. Andreasen C et al. Mosby's Dictionary of Medicine, Nursing & Health Professions, 7th edition (UK edition): Mosby Elsevier; 2006.
13. Jamieson EM, McCall JM, Whyte LA. Clinical Nursing Practice. 4th Ed, Elsevier Science Limited; 2002.
14. Fletcher J. Wound bed preparation and TIME principles. Nursing Standard. 2005;20(12):57-65.
15. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand. I. VIPS-boken – om en forskningsbaserad modell för dokumentation i patientjournalen. Stockholm: Vårdförbundet; 2000.

16. Modifierad Nortonskal för bedömning av patienters risk att utveckla trycksår: http://www.uas.se/upload/Sjukvard_pa_natet/Vardprogram/Nortonskala.pdf, tillgänglig 2007-12-11.
17. George JB (ed). NURSING THEORIES The Base for Professional Nursing Practice. 3rd Ed. New Jersey: Appleton & Lange;1990.
18. PUNK-handboken på nätet: <http://www.distriktsskoterska.com/punk.htm>, tillgänglig 2007-10-22.
19. Skärsäter I. et al. Kvalitetsutveckling av omvårdnad. Omvårdnadsmagasinet 2007;6:14-19.
20. KebbisonVårdutveckling: <http://www.kebbison.se/?gclid=CImBtd36mZACFRw4ZwodPmyrnw>, tillgänglig 2007-12-09.
21. Forsberg A, Edlund K. Standardvårdplaner: ett instrument för högkvalitativ vård. Lund: Studentlitteratur; 2003.
22. King I. A Theory for Nursing - systems, concepts, process. Canada: John Wiley & Sons; 1981.
23. Carnevali D. Nursing care planning: Diagnosis and Management. 3rd Ed. J.B Lippincott Company, Philadelphia; 1983.
24. Rooke L. Omvårdnad - teoretiska ansatser i praktisk verksamhet. Falköping: Rooke och Liber Utbildning AB; 1995.
25. Nightingale F. Notes on Nursing: what is, and what is not. Philadelphia: J.B Lippincott Company; 1992.
26. Benner P. Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbete. Lund: Studentlitteratur; 1993.
27. Tanner C. Kap. 3. Faktorer som påverkar diagnostiken. I: Carnevalli D et al. Omvårdnadsdiagnostik. J.B. Arlov: Lippincott Company; 1990.
28. Eriksson K. Vårdprocessen, fjärde upplagan. Göteborg: Liber utbildning AB; 1995.
29. Benner P, Tanner C, Chesla, C. Expertkunnande i omvårdnad – omsorg, klinisk bedömning och etik. Lund: Studentlitteratur; 1999.
30. Carlsson P. Tillit till intuitionen stärker yrkesrollen. Omvårdnadsmagasinet 2005;2:24-27.
31. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. ICN; 2000. <http://www.icn.ch/icncodeswedish.pdf>, tillgänglig 2007-11-01.

32. Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor, 2005. www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf, tillgänglig 2007-11-01.
33. Raadu G. Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Liber; 2007.
34. SBU Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården. <http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-varld/Vad-innebar-evidensbaserad-varld/>, tillgänglig 2007-12-06.
35. Bahtsevani C, Willman A, Rohlin M, Levi R. Evidensbaserad vård – att använda vetenskaplig kunskap i det dagliga vårdarbetet. Omvårdnadsmagasinet. 2006;5:18-24.
36. Checklista för kvantitativa artiklar. Utarbetad vid Institutionen för omvårdnad. I Studiehandedning, Omvårdnad – eget arbete OM2240. Reviderad 2007-07-02. Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet. 2004-02-12.
37. Edwards H, Courtney M, Finlayson K, Lewis C, Lindsay E, Dumble J. Improved healing rates for chronic venous leg ulcers: Pilot study results from a randomized controlled trial of a community nursing intervention. *International Journal of Nursing Practice*. 2005;11:169-176.
38. Moffatt CJ, Franks PJ. *Epidemiology and Health Services Research*. Implementation of a leg ulcer strategy. *British Journal of Dermatology*. 2004;151:857-867.
39. Harrison MB, Graham ID, Lorimer K, Friedberg E, Pierscianowski T, Brandys T. Leg-ulcer care in the community, before and after implementation of an evidence-based service. *Canadian Medical Association Journal*. 2005;172(11):1447-1452.
40. Gunningberg L, Lindholm C, Carlsson M, Sjärdén P-O. The development of pressure ulcers in patients with hip fractures: inadequate documentation is still a problem. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31(5):1155-1164.
41. De Laat E, Schoonhoven L, Pikkers P, Verbeek AL, Van Achterberg T. Implementation of a new policy results in a decrease of pressure ulcer frequency. *International Journal for Quality in Health Care*. 2006;18(2):107-112.
42. Gunningberg L, Lindholm C, Carlsson M, Sjärdén P-O. Reduced incidence of pressure ulcers in patients with hip fractures: a 2-year follow-up of quality indicators. *International Journal for Quality in Health Care*. 2001;13(5):399-407.

43. Ehrenberg A, Birgersson C. Nursing documentation of leg ulcers: Adherence to clinical guidelines in a Swedish primary health care district. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2003;17:278-284.

44. Gunningberg L, Lindholm C, Marianne C, Sjödén P-O. Risk, prevention and treatment of pressure ulcers – nursing staff knowledge and documentation. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2001;15:257-263.

45. Maylor ME. Establishing nurses' preferences in wound assessment: a concept evaluation. *Journal of Clinical Nursing*. 2005;15:444-450.

46. Stremitzer S, Wild T, Hoelzenbein T. How precise is the evaluation of chronic wounds by health care professionals? *International Wound Journal*. 2007;4:156-161.

BILAGA 1

Modifierad Nortonskala för bedömning av patienters risk att utveckla trycksår (21)

- A. Psykiskt status Poäng:.....
4. Helt orienterad till tid och rum
 3. Stundtals förvirrad
 2. Svarar ej adekvat på tilltal
 1. Okontaktbar
- B. Fysisk aktivitet Poäng:.....
4. Går med eller utan hjälpmedel
 3. Går med hjälp av personal (ev. rullstol för oberoende förflyttning)
 2. Rullstolsbunden hela dagen
 1. Sängliggande
- C. Rörelseförmåga Poäng:.....
4. Full
 3. Något begränsad (assistans vid lägesändring)
 2. Mycket begränsad (behöver fullständig hjälp vid lägesändring, men kan bidra)
 1. Orörlig (kan ej alls bidra vid lägesändring)
- D. Födointag Poäng:.....
4. Normal portion (eller fullständig parenteralt)
 3. $\frac{3}{4}$ av normal portion (eller motsvarande parenteralt)
 2. Halv portion (eller motsvarande parenteralt)
 1. Mindre än halv portion (eller motsvarande parenteralt)
- E. Vätskeintag Poäng:.....
4. Mer än 1000 ml/dag
 3. 700-1000 ml/dag
 2. 500-700 ml/dag
 1. Mindre än 500 ml/dag

BILAGA 1

F. Inkontinens

Poäng:.....

4. Nej
3. Tillfällig (vanligen kontinent men ej just nu)
2. Urin- eller tarminkontinent (KAD)
1. Urin- och tarminkontinent

G. Allmäntillstånd

Poäng:.....

4. Gott (afebril, normal andning, frekvens, rytm, normal puls och blodtryck, ej smärtpåverkad, normal hudfärg, utseende motsvarande åldern)
3. Ganska gott (afebril-subfebril, normal andning, puls och blodtryck, ev. lätt tachycardi, latent hypo-hypertoni, ingen eller lätt smärtpåverkad, vaken, hud ev. blekhet, lätta ödem)
2. Dåligt (ev. feber, påverkad andning, tecken på cirkulationsinsufficiens, tachycardi, ödem, hypo- eller hypertoni, smärtpåverkad, somnolent eller vaken men apatisk. Huden ev. blek eller cyanotisk, varm fuktig eller kall fuktig eller nedsatt turgor eller ödem)
1. Mycket dåligt (ev. feber, påverkad andning, utpräglade tecken på cirkulationsinsufficiens ev. chock, starkt smärtpåverkad somnolent, stuporös, comatös. Huden blek eller cyanotisk, varm och fuktig eller kall och fuktig eller nedsatt turgor eller ödem)

Totalpoäng:.....

20 poäng eller lägre = ökad risk för tryckskada.

Mycket aktiv trycksårsprofilax och skärpt totalomvårdnad!

BILAGA 2

ARTIKELÖVERSIKT

<i>titel</i> <i>referensnummer</i>	<i>författare</i> <i>land/ursprung</i>	<i>tidsskrift</i> <i>publikationsår</i>	<i>syfte</i>	<i>metod</i>	<i>urvalsgrupp</i>
Improved healing rates for chronic venous leg ulcers: Pilot study results from a randomized controlled trial of a community nursing intervention Referensnummer: 37	Edwards H, Courtney M, Finlayson K, Lewis C, Lindsay E, Dumble J Australien	International Journal of Nursing Practice 2005; 11: 169-176	Att undersöka om de kommunala sjuksköterskeåtgärderna för patienter med venösa bensår förbättrar läkningstakt, livskvalitet, hälsostatus, funktionsförmåga, och smärtnivå.	Kvantitativ studie, pilot studie	Trettiofyra patienter med venösa bensår under knäet; sexton patienter i interventionsgruppen och sjutton patienter i kontrollgruppen.
Epidemiology and Health Services Research. Implementation of a leg ulcer strategy Referensnummer: 38	Moffatt CJ, Franks PJ Storbritannien	British Journal of Dermatology 2004;151:857-867	Att beskriva och utvärdera införandet av en strategi för bensår	Kvantitativ studie, jämförande studie	995 patienter utvärderades totalt från fyra vårdhem. 518 före införandet och 437 efter införandet av strategin.
Leg-ulcer care in the community, before and after implementation of an evidence-based service Referensnummer: 39	Harrison MB, Graham ID, Lorimer K, Friedberg E, Pierscianowski T, Brandys T Kanada	Canadian Medical Association Journal 2005; 172(11): 1447-1452	Att fastställa och jämföra hälsoeffekterna och effektiviteten före och efter införandet av en ny vård som bemannats med speciellt utbildade sjuksköterskor	Kvantitativ studie, prospektiv studie genom en pre-/postinförande studie design	Sjuttien patienter före införandet av ny vård, och 167 patienter efter införandet av ny vård. Nyligen remitterade till hemsjukvården för behandling av venösa bensår, eller blendsår, beläget under knät.

<p>The development of pressure ulcers in patients with hip fractures: inadequate documentation is still a problem</p>	<p>Gunningberg L, Lindholm C, Carlsson M, Sjödén P-O Sverige</p>	<p>Journal of Advanced Nursing 2000; 31(5): 1155-1164</p>	<p>Att undersöka utvecklingen och framstegen av trycksår, de dokumenterade omvårdnadsåtgärderna gällande prevention och behandling av trycksår, och när dess åtgärder dokumenterades i relation till patientens riskstatus och utvecklande av trycksår</p>	<p>Kvantitativ studie, prospektiv, jämförande och beskrivande studie</p>	<p>Femtiofem patienter 65 år eller äldre med höftfraktur ingick i studien. Patienterna skulle ha genomgått minst två bedömningar enligt den modifierade Nortonskalan under sin sjukhusvistelse.</p>
<p>Referensnummer: 40</p>					
<p>Implementation of a new policy results in a decrease of pressure ulcer frequency</p>	<p>De Laat E, Schoonhoven L, Pikkers P, Verbeek AL, Van Achterberg T Holland</p>	<p>International Journal for Quality in Health Care 2006; 18(2): 107-112</p>	<p>Att undersöka nya riktlinjers effekt på vården av trycksår</p>	<p>Kvantitativ studie, jämförande studie</p>	<p>Före införandet av den nya policyn deltog 657 patienter i studien, ett år senare, fyra månader efter införandet var det 735 patienter, och elva månader efter införandet 755 patienter.</p>
<p>Referensnummer: 41</p>					
<p>Reduced incidence of pressure ulcers in patients with hip fractures: a 2-year follow-up of quality indicators</p>	<p>Gunningberg L, Lindholm C, Carlsson M, Sjödén P-O. Sverige</p>	<p>International Journal for Quality in Health Care 2001; 13(5): 399-407</p>	<p>Att undersöka incidensen av trycksår mellan 1997 och 1999 hos patienter med höftfraktur, att studera förändringar i omvårdnads- och behandlingsrutiner under samma period, att identifiera varningstecken för utvecklingen av trycksår</p>	<p>Kvantitativ metod, jämförande studie</p>	<p>Fyrtiofem patienter 1997 och 101 patienter 1999. Inklusionskriterier: patient med höftfraktur, 65 år eller över, inga trycksår vid inskrivningen.</p>
<p>Referensnummer: 42</p>					

<p>Nursing documentation of leg ulcers: Adherence to clinical guidelines in a Swedish primary health care district</p> <p>Referensnummer: 43</p>	<p>Ehrenberg A, Birgersson C</p> <p>Sverige</p>	<p>Scandinavian Journal of Caring Science</p> <p>2003; 17: 278-284</p>	<p>Att undersöka hur sjuksköterskors dokumentation sker i enlighet med kliniska riktlinjer för patienter med bensår</p>	<p>Kvantitativ studie, retrospektiv studie</p>	<p>Konsekutivt urval av 100 patientjournaler från hemsjukvården där studien gjordes granskades.</p>
--	--	---	--	---	--

<p>Risk, prevention and treatment of pressure ulcers – nursing staff knowledge and documentation</p> <p>Referensnummer: 44</p>	<p>Gunningberg L, Lindholm C, Marianne C, Sjödén P-O</p> <p>Sverige</p>	<p>Scandinavian Journal of Caring Science</p> <p>2001; 15: 257-263</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors och undersköterskors kunskap kring risk, prevention och behandling av trycksår före och efter införandet av system för riskbedömning och trycksårsklassifikation hos patienter med höftfraktur, att undersöka sjuksköterskornas dokumenterade åtgärder, och i vilken utsträckning de rapporterade och dokumenterade åtgärderna stämmer överens med de svenska riktlinjerna för kvalitet</p>	<p>Kvantitativ studie, beskrivande studie</p>	<p>Fyrtioen sjuksköterskor och fyrtiofyra undersköterskor från fyra olika ortopedavdelningar deltog i undersökningen genom att besvara frågeformulär som skickades ut före införandet av det nya systemet. Alla patientjournaler granskades sedan retrospektivt.</p>
--	--	---	---	--	---

<p>Establishing nurses' preferences in wound assessment: a concept evaluation</p>	<p>Maylor ME Storbritannien</p>	<p>Journal of Clinical Nursing 2005; 15: 444-450</p>	<p>Att bidra till ökad reliabilitet vid sårbedömning</p>	<p>Litterurstudie</p>	<p>Fyrtiofem sjuksköterskor (posreg. Nurses) och sexton sjuksköterskor som arbetade på hud ingick i studien</p>
<p>Referensnummer: 45</p>					
<p>How precise is the evaluation of chronic wounds by health care professionals?</p>	<p>Stremitzer S, Wild T, Hoelzenbein T Österrike</p>	<p>International Wound Journal 2007;4: 156-161</p>	<p>Att dokumentera variation och noggrannhet av bedömningen av kroniska sår för att få ett intryck av den subjektiva bedömningen av sår hos läkare och sjuksköterskor</p>	<p>Kvantitativ studie, jämförande studie</p>	<p>Åtta läkare och åtta sjuksköterskor som arbetat mer än två år på sjukhuset där undersökningen utfördes och handskas med kroniska sår i det dagliga arbetet. Dessa sexton ombads undersöka, beskriva och bedöma en patient med ett diabetessår på avdelningen.</p>
<p>Referensnummer: 46</p>					

