

Från INSTITUTIONEN FÖR LÄRANDE, INFORMATIK, MANAGEMENT OCH ETIK

Samverkan och lärande kring sårbehandling – erfarenheter
från olika professionsperspektiv i primärvård och utbildning

Anne Friman



**Karolinska
Institutet**

Stockholm 2017

All previously published papers were reproduced with permission from the publisher.

Published by Karolinska Institutet. Illustration: W. Friman

Printed by E-print AB

© Anne Friman, 2017

ISBN 978-91-7676-539-5

Samverkan och lärande kring sårbehandling – erfarenheter från olika professionsperspektiv i primärvård och utbildning

AKADEMISK AVHANDLING för doktorexamen (Ph.D)

AV

Anne Friman

Huvudhandledare:

Samuel Edelbring, PhD
Linköpings universitet
Institutionen för medicin och hälsa

Karolinska Institutet
Institutionen för lärande, informatik,
management och etik

Bihandledare:

Desirée Wiegleb Edström, MD, PhD
Karolinska Institutet
Institutionen för medicin, Solna

Opponent:

Professor Åsa Hörnsten, PhD
Umeå Universitet
Institutionen för omvårdnad

Betygsnämnd:

Professor Lena Gunningberg, PhD
Uppsala Universitet
Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap

Professor Sari Ponzer, MD, PhD
Karolinska Institutet
Institutionen för klinisk forskning och utbildning,
Södersjukhuset

Docent Mats Foldevi, MD, PhD
Linköpings Universitet
Institutionen för medicin och hälsa

Avhandlingen försvaras offentligen 15/3 2017 kl. 9.00 i föreläsningssalen
Inghesalen, Widerströmska huset, Tomtebodavägen 18 A, Stockholm.

Till min mor

*Luotas jos tie kerran mun vie, unhoon jää et. Muistot nää mieleen jää, rakkautes tää. Äideistä
parhain sä oot*



ABSTRACT

Aim: The overall aim of this thesis is to explore collaboration and knowledge development in wound management in practice and in education. One specific aim is to investigate district nurses' (DNs') wound management according to wound appearance, assignment of responsibilities for diagnosis and care, guidelines for wound treatment and DN's collaboration with other professional groups (I). Another is to describe DN's experiences of nursing actions in wound management (II), and experiences of knowledge and knowledge development in wound care when treating patients with different types of wounds (III). Further aim is to explore General Practitioners' (GPs') experiences of their role in leg ulcer management with emphasis on perceptions of knowledge in wound management and collaboration with DN's (IV). The last specific aim is to explore attitudes and perceptions from nursing and medical students towards the other profession in relation to wound care (V).

Methods: Data were collected by questionnaire (I). Descriptive statistical analysis and content analysis of the textual data were conducted. For study II-IV qualitative interviews were performed with eight DN's (II), 16 DN's (III) and 16 GPs (IV). Content of interviews were analyzed using qualitative content analysis (II-III) and thematic analysis (IV). One study applied both questionnaire and focus groups (V). Analyses of questionnaires were made by descriptive statistics and thematic analysis of focus groups (V).

Results: DN's wound management cases consisted in total of 310 wounds in 283 patients. The most common acute wounds were traumatic wounds while pressure ulcers and venous leg ulcers dominated of slow healing wounds. Collaboration between DN's and GPs was lacking. The area of responsibility of different professional groups was not defined and guidelines for wound treatment were often lacking. Interprofessional collaboration was regarded as important for wound healing (I). DN's strived to provide expert wound care while working independently. These aspirations were aggravated by organizational shortcomings, such as lack of authority and resources required to carry out their nursing actions optimally (II). DN's experienced wound management as knowledge-intensive and knowledge development as ongoing process based on learning alongside with clinical practice (III). GPs described their role in wound management as consultant and coordinator in charge of the diagnosis. They perceived their wound care knowledge as being depending on their education and clinical experience. Collaboration with DN's was governed by organizational factors (IV). Nursing and medical students showed a positive attitude towards interprofessional collaboration. They experienced the need for clarity of roles in wound care. Structures of authoritarian attitudes, care culture and old traditions were seen as obstacles to future collaboration. Interprofessional education (IPE) was seen as an opportunity to acquire wound care knowledge and jointly learn about each other's professions and thus IPE was seen as a tool in to the profession (V).

Conclusion: DN's and GPs work multiprofessionally in parallel activities and interact with each other only when problems occur in wound treatment. Collaboration is largely controlled by the organization. The wound care knowledge is mainly based on clinical experience which is extensive for DN's and sporadic for GPs. Nursing and medical students have positive attitudes towards interprofessional collaboration and see the IPE as a tool into the profession.

KEYWORDS: collaboration, knowledge, knowledge development, wound management, primary healthcare, district nurse, general practitioner, nursing- and medical students

INGÅENDE DELSTUDIER

Denna avhandling baseras på följande fem artiklar vilka refereras till med hjälp av romersk numrering:

- I. 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 (1), 90-99.
- II. 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 (3), 426-34.
- III. Friman, A., Wahlberg, A. C., Mattiasson, A. C., & Ebbeskog, B. (2014). District nurses' knowledge development in wound management: ongoing learning without organizational support. *Primary Health care Research & Development*, 15 (04), 386-395.
- IV. Friman, A., Wiegleb Edström, D., Edelbring, S. General practitioners' perceptions of interprofessional collaboration and knowledge development in wound care. (Manuscript).
- V. Friman, A., Wiegleb Edström, D., Edelbring, S. Attitudes and perceptions from nursing and medical students towards the other profession in relation to wound care. (Submitted).

INNEHÅLL

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund	3
2.1	Patienter med sår	3
2.2	Sårtyper och sårprevalens	3
2.3	Primärvård som vårdnivå	4
2.4	Ansvar för sårdiagnostik och sårbehandling	4
2.5	Professionsöverskridande samverkan i primärvården.....	5
2.6	Samverkan i sårbehandling	8
2.7	Lägga grunden för samverkande yrkespraktik	9
2.8	Kunskap och lärande	10
2.9	Yrkesmässig kunskap.....	10
2.10	Lärande i yrkeslivet	11
2.11	Lärande under grundutbildning.....	13
2.12	Professionsteoretiskt perspektiv.....	15
2.13	Motiv för studien	17
3	Syfte.....	19
4	Metod.....	23
4.1	Kvantitativ design.....	23
4.2	Kvalitativ design.....	23
4.3	Design med multipla metoder	25
4.4	Förförståelse	25
5	Delstudier.....	27
5.1	Delstudie I	27
5.1.1	Urval och deltagare	27
5.1.2	Enkät	27
5.1.3	Analys.....	28
5.2	Delstudie II.....	28
5.2.1	Urval och deltagare	28
5.2.2	Individuella intervjuer	28
5.2.3	Analys.....	29
5.3	Delstudie III.....	30
5.3.1	Urval och deltagare	30
5.3.2	Individuella intervjuer	30
5.3.3	Analys.....	30
5.4	Delstudie IV	31
5.4.1	Urval och deltagare	31
5.4.2	Individuella intervjuer	31
5.4.3	Analys.....	31
5.5	Delstudie V.....	32
5.5.1	Urval och deltagare	32
5.5.2	Kombination av enkät och fokusgrupp.....	33

5.5.3	Analys	34
5.6	Etiska aspekter.....	35
6	Resultat	37
6.1	Sammanfattning av resultat delstudie I.....	37
6.2	Sammanfattning av resultat delstudie II	38
6.3	Sammanfattning av resultat delstudie III.....	39
6.4	Sammanfattning av resultat delstudie IV	40
6.5	Sammanfattning av resultat delstudie V	41
7	Diskussion	45
7.1	Resultatdiskussion	45
7.1.1	Samverkansaspekter i relation till distriktssköterskans profession.....	45
7.1.2	Samverkansaspekter i relation till allmänläkarens profession	46
7.1.3	Samverkansaspekter i relation till profession ur studentperspektiv.....	46
7.1.4	Samverkansaspekter i relation till organisation ur distriktssköterskans perspektiv	47
7.1.5	Samverkansaspekter i relation till organisation ur allmänläkarens perspektiv	48
7.1.6	Samverkansaspekter i relation till organisation utifrån studentperspektiv.....	49
7.1.7	Kunskap/kunskapsutveckling ur distriktssköterskans perspektiv.....	49
7.1.8	Kunskap/kunskapsutveckling ur allmänläkarens perspektiv	50
7.1.9	Kunskap/kunskapsutveckling ur studentperspektiv	51
7.1.10	Tillämpning av kunskap ur distriktssköterskans perspektiv	51
7.1.11	Tillämpning av kunskap ur allmänläkarens perspektiv.....	52
7.1.12	Tillämpning av kunskap ur studentperspektiv	52
7.2	Diskussion utifrån professionsteoretiskt perspektiv	53
7.3	Metoddiskussion.....	55
7.3.1	Kvantitativ design med enkät	56
7.3.2	Kvalitativ design med Individuella intervjuer och innehållsanalys.....	56
7.3.3	Design med multipla metoder.....	59
7.3.4	Trovärdighet	61
7.4	Avslutande reflektioner	63
7.5	Implikationer för vårdpraktik och utbildning	65
7.6	Slutsatser	66
7.7	Fortsatt forskning.....	67
8	Summary in English	69
9	Tillkännagivanden	73
10	Referenser.....	74

FÖRKORTNINGAR

AN	Assistant nurse
DN	District nurse
GP	General practitioner
IPE	Interprofessional education
AL	Allmänläkare
DSF	Distriktssköterskeföreningen
DSK	Distriktssköterska
IPL	Interprofessionellt lärande
SFAM	Svensk förening för allmänmedicin

FÖRORD

”hon [patienten] hade gått en längre tid hos oss för omläggning av såret men det hände inget med det där såret ... det blev inte bättre. Sen en dag frågade jag patienten, hur äter du?, bra sa hon. Ok, vi fortsatte med omläggningar som tidigare men det hände inget, det blev inte bättre så jag frågade henne, vad åt du i morse innan du kom hit’?, jag fikade och åt wienerbröd sa hon. Vid vidare förfrågning så visade det sig att patienten i stort levde på fikabröd, åt sällan frukt och grönsaker och så vidare och det ökade min förståelse för sårhäkning. När jag sedan fick henne [patienten] att förstå detta och hon började med små portioner med frukt och grönt ... så småningom började även såret att läka och patienten blev mer motiverad ...”

Citatet är hämtat från en intervju med en distriktssköterska med lång yrkeserfarenhet inom primärvården. Hennes erfarenhet, som illustreras i citatet, gjorde att hon fick fördjupade kunskaper om inifrån kommande faktorer som påverkar sårhäkning. Hon var också medveten om betydelsen av kontinuitet i behandlingen, det vill säga att det var hela tiden hon som bedömde och följde upp sårhäkningen. Detta gjorde att hon kunde få patienten trygg i deras relation och som gjorde det möjligt för henne att börja nysta upp olika faktorer som har betydelse för sårhäkning. Tyvärr visade det sig också vid intervjun att patienten inte hade någon etiologisk diagnos på sitt sår. Att ha en etiologisk diagnos är en grundförutsättning för distriktssköterskans omvårdnad och för vidare handläggning och behandling av patienten och såret. Citatet illustrerar en del av de problem som finns vid sårbehandling. Det illustrerar också en del av de positiva aspekter som det innebär att handlägga och behandla en patient med sårproblematik i primärvården. I denna avhandling beskrivs olika aspekter av sårbehandling i praktik och utbildning utifrån olika professionsperspektiv och som förhoppningsvis kan bidra till en djupare förståelse för distriktssköterskors och allmänläkares arbete vid sårbehandling i primärvården.

Mitt intresse för detta område väcktes med min egen kliniska erfarenhet som distriktssköterska i primärvården. Jag ställdes inför många komplexa sårfall som skulle lösas och det blev väldigt tydligt att det behövdes mer kunskap inom området. Ju mer erfarenhet och teoretisk kunskap jag inhämtade ju mer ökade mitt intresse. Ett intresse som sedan ytterligare fördjupats genom mitt arbete som universitetsadjunkt, och då jag var kursledare för valbar kurs i sår och sårbehandling på avancerad nivå. Internationellt, inom ramen för EWMA (European Wound Management Association), har det bildats ett nätverk för lärare som är verksamma i sårutbildningar på olika nivåer. Varje år vid EWMA:s konferens anordnas också ett lärarmöte där det finns möjlighet, inte bara att utbyta erfarenheter lärare emellan, utan även att fördjupa kunskaper på sårområdet. Dessa möten har även inneburit att min egen medvetenhet kring sårbehandling har ökat, framför allt gällande behovet av kunskap för verksamma aktörer i sårbehandling, men även om professionsövergripande samverkan och dess betydelse för sårhäkning. Framst gäller det inom primärvården som utgör basen i behandlingen och ofta är patientens första möte med sjukvården.

1 INLEDNING

Tyvärr ser vi alltför många patienter med svårläkta sår utan diagnos, utan optimal behandling och med onödigt lidande (Hellström et al., 2016; Mooij & Huisman, 2016). Globalt står vi inför en alltmer ökande befolkning, och då i synnerhet äldre individer med mer komplexa sjukdomstillstånd. Patienternas alltmer mångfasetterade vårdbehov innebär att vårdpersonalen måste känna till varandras kompetensområden och arbeta utifrån ett samverkansperspektiv, där ett fungerande samarbete mellan professioner beskrivs som en förutsättning för att upprätthålla och utveckla god vård (Moore et al., 2014; Svensk sjuksköterskeförening & Svenska läkarsällskapet, 2013; Öien & Ragnarson Tennvall, 2006). Beträffande sårproblematiken är det framför allt äldre personer som drabbas, och allt resulterar i sämre livskvalitet (Green et al., 2014; Nicolaidis et al., 2008). För hälso- och sjukvården innebär prevention och behandling av sår, framförallt de svårläkta såren, ökande kostnader på grund av att dessa typer av sår tar lång tid att läka (Harding & Queen, 2010; Lindholm & Searle, 2016). Sårbehandling är många gånger ett område som inte får den uppmärksamhet som den borde. Då vi har en åldrande befolkning där förekomst av sår förväntas öka (SBU, 2014), borde området få ett större utrymme både hos de professionella, och hos sjuksköterske- och läkarstudenter, framför allt under deras grundutbildning (Moore & Clarke, 2011; Patel & Granick, 2007). De flesta patienter med sårproblematik behandlas inom primärvården där distriktssköterskor och allmänläkare är involverade i handläggning av sårbehandling (Ebbeskog, 2003; Öien, 2002).

Distriktssköterskor är specialistutbildade sjuksköterskor på avancerad nivå med bred kompetens. De har en lång tradition av att arbeta självständigt med alla ålderskategorier (Emanuelsson & Wendt, 1994). Arbetet inkluderar både mottagningsverksamhet och hemsjukvård. Hembesök med vård i det egna hemmet sker till patienter som är svårt sjuka och har ett stort omvårdnadsbehov (DSF, 2008). Allmänläkare är specialister i allmänmedicin med reglerad vidareutbildning efter läkarexamen (Swartling, 2006). Den allmänmedicinska kompetensen innebär ett generalistkunnande dvs. bredd snarare än djup i sjukdomstillstånd och skador som förekommer i primärvården (SFAM, 2016). Den internationella utvecklingen av primärvården pekar på behovet av samverkan mellan yrkesprofessioner (McInnes et al., 2015). Trots det finns det endast ett fåtal studier gällande sårbehandling inom primärvårdskontext utförda, där distriktssköterskor och allmänläkare är involverade utifrån ett samverkansperspektiv. Den här avhandlingen kan därför bidra till att öka kunskapen om yrkesmässig samverkan mellan dessa professioner. De empiriska delarna av avhandlingen består av fem delstudier som beskriver sår förekomst, ansvar, användning av riktlinjer för sårbehandling och samverkan i sårbehandling (I), upplevelser av omvårdnadshandlingar vid sårbehandling (II), erfarenheter av distriktssköterskors kunskapsutveckling vid sårbehandling (III), allmänläkarperspektiv på sår och sårbehandling med fokus på kunskap i sårbehandling och samverkan med distriktssköterskor (IV). Då det visats i tidigare studier att interprofessionell samverkan är avhängig yrkesutövarnas attityder och att dessa attityder grundläggs tidigt under utbildning med bäring i den framtida yrkesutövningen, inkluderas även ett studentperspektiv av sjuksköterske- och läkarstudenter på deras kommande professioner (V).

2 BAKGRUND

Detta avhandlingsarbete har fokus på yrkesmässig samverkan och kunskapsbildning med sårområdet i primärvården som kontext.

2.1 PATIENTER MED SÅR

Man kan råka ut för sår i alla åldrar men patienter som drabbas av svårläkta bensår är ofta äldre med ålder runt 80 år (Öien & Forssell, 2013). Sårhäkning av de svårläkta bensåren har i långa tider betraktats som komplicerad då såren ofta varit långvariga och återkommit efter läkning (Finlayson et al., 2015). För den enskilda patienten innebär ett öppet sår inskränkningar i vardagen med bundenhet både till hemmet, och till tider, ett beroende av sjukvårdande insatser samt en försämrad livskvalitet (Green et al., 2014; Hellström et al., 2016; Moffatt et al., 2011; Morgan & Moffatt, 2008). Smärta, lukt och läckage från såret är problem som ofta upplevs av patienter. Detta för med sig en inskränkt rörlighet och isolering till hemmet (Briggs & Flemming, 2007; Green et al., 2014). Skam och rädsla för amputation samt förändrad självbild är också känslor som patienter med svårläkta bensår uttrycker (Briggs & Flemming, 2007). En majoritet av patienterna lider även av sömnstörningar som i sin tur påverkar livskvaliteten (Hellström et al., 2016; Öien et al., 2013).

2.2 SÅRTYPER OCH SÅRPREVALENS

Sårtyper definieras utifrån sårhäkningsprocessen. Akuta sår är sår som kommer plötsligt och som läker inom sex veckor. Dessa sårtyper delas i sin tur in i kirurgiska och i traumatiska sår som till exempel brännskador (Vowden & Vowden, 2009). Svårläkta sår definieras som sår som inte läker inom sex veckor och innefattar ben- och fotsår av varierande etiologi, såsom venös insufficiens och arterioskleros (Nicolaidis et al., 2008). Åldern betraktas som en av de största riskfaktorerna för svårläkta ben- och fotsår (SBU, 2014). Även tunga arbeten som innebär att man går och står mycket, rökning och diabetes samt bindvävssjukdomar och autoimmuna sjukdomar utgör en risk för utveckling av svårläkta sår (Nicolaidis et al., 2008). Trycksår är en avgränsad skada i huden och i underliggande vävnad som förorsakas av tryck eller skjuv, eller en kombination av dessa faktorer, och är en komplikation som uppstår i samband med sjukdom, vård och behandling (Lindgren, 2009; Sterner, 2012). Trycksår drabbar vanligen äldre, sängliggande personer men kan även uppstå efter långa operationer, vid svår sjukdom och hos personer med ryggradsskador (Sterner, 2012).

Internationellt rapporteras förekomsten av sår generellt ligga på 3,5 personer per 1000 invånare (Vowden & Vowden, 2009). I svenska studier beräknas svårläkta sår av typen ben- och fotsår till 2,4 personer per 1000 invånare (Forsgren et al., 2008), och andelen av dessa sår beräknas öka i en åldrande befolkning (SBU, 2014). För patienter som omhändertas inom hemsjukvården har internationella studier visat på en förekomst av 2,7 % ben- och fotsår (Laible et al., 2002). Förekomsten av trycksår i svenska studier beräknas till ca 14,5% inom kommunala boendeformer (Gunningberg et al., 2012). Av svårläkta ben- och fotsår har venösa och arteriella sår visat tendens till minskning, medan förekomst av fotsår hos personer

med diabetes, och sår orsakade av multifaktoriella orsaker tenderar att öka (Forsgren et al., 2008; Forsgren & Nelzén, 2012). Mellan 26-69% av venösa bensår beräknas återkomma inom 12 månader (O'Meara et al., 2012). Patienter med den här typen av sårproblematik handhas mestadels inom primärvården (Ebbeskog, 2003).

2.3 PRIMÄRVÅRD SOM VÅRDNIVÅ

Primärvård betecknar en vårdnivå där vård bedrivs, oavsett huvudman, utanför sjukhus inom den öppna vården. Som en del av den öppna vården svarar primärvården för grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete samt för rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser (Socialstyrelsen, 2011). Det karakteristiska för primärvården är att den ofta hanterar hälsoproblem som inte tidigare har diagnostiserats eller behandlats på andra vårdnivåer, och därmed är primärvården ofta människors första kontakt med sjukvården (McMurray & Clendon, 2015; Olofsson, 2010). Generellt samverkar och samordnar primärvården kring patientens vård och behandling med specialistvården på sjukhusen och även med andra aktörer i närområdet, till exempel kommunernas hälso- och sjukvård och socialförvaltning, försäkringskassa och arbetsförmedling (Socialstyrelsen, 2011). Begreppet vårdcentral lanserades på 60-talet som arbetsplats för yrkeskategorier inom primärvården (Gerner 1975). Vanligt förekommande yrkeskategorier är allmänläkare, distriktssköterska, sjuksköterska och undersköterska (Olofsson, 2010). Patienter som kommer till vårdcentralen bedöms av läkare, sjuksköterska, sjukgymnast eller annan legitimerad personal (Bökberg, 2013).

2.4 ANSVAR FÖR SÅRDIAGNOSTIK OCH SÅRBEHANDLING

Allmänmedicin är primärvårdens medicinska specialistkompetens och därmed utgångspunkten för den medicinska vården som ges inom primärvården (Swartling, 2006). Allmänläkare är specialist i allmänmedicin och har samordningsansvar för patientens vård och medicineri, samt ansvar för den medicinska behandlingsplanen (Mooij & Huisman, 2016; SFAM, 2016). Arbetet bör präglas av helhetssyn och vara personcentrerad, samt inkludera deltagandet i teamarbete runt patienten. Ansvaret innefattar även medicinskt stöd till övriga vårdgivare, samt att vården bör anpassas för individer med komplexa vårdbehov (SFAM, 2016). I ansvaret ingår att diagnostisera, behandla och vid behov remittera patienter med svårläkta sår (Mooij & Huisman, 2016; SFAM, 2016). Den etiologiska diagnosen och utredningen av bakomliggande orsaker till sårbildning är avgörande för ställningstagande till rätt behandling (Alavi et al., 2016; Mooij & Huisman, 2016; Sinha & Sreedharan, 2014).

Sårbehandling ingår i distriktssköterskans kunskapsområde och omvårdnadsansvar, och arbetet utförs både på mottagning och vid hembesök. Omvårdnaden, som vilar på humanvetenskaplig grund, utgör grunden för distriktssköterskors verksamhet (DSF, 2008). Begreppet omvårdnad kan beskrivas utifrån ett åtgärds perspektiv där utförandet av omvårdnad kan innefatta både lösning av patientens hälsoproblem samt personcentrerad omvårdnad (Kim, 2010). Personcentrerad omvårdnad är ett internationellt erkänt begrepp och innebär att personer med någon form av ohälsa inte främst betraktas utifrån ohälsotillståndet

utan omvårdnaden fokuseras istället på de resurser som personen har. Vården planeras i samförstånd med personen i fråga och vårdrelationen ska bygga på partnerskap mellan vårdare och vårdseekande. Omvårdnaden bör även baseras på evidensbaserade metoder (Kim, 2010; Willman et al., 2011). Att arbeta evidensbaserat innebär att medvetet och systematiskt sträva efter att bygga vård och omsorg enligt bästa tillgängliga kunskap (Willman et al., 2011). Sårbehandling är både arbetsintensivt och tidskrävande. Studier beskriver att cirka hälften av arbetstiden för sjuksköterskor/ distriktssköterskor i kommuner och landsting går åt till sårbehandling (Drew et al., 2007; Lindholm & Searle, 2016). Med en åldrande befolkning förväntas behovet av sårbehandling öka (SBU, 2014).

Sårläkning är en komplicerad process som kräver kontinuerlig bedömning och utvärdering av de insatta åtgärderna (Finlayson et al., 2015). Olika faktorer kan försvåra sårläkning som till exempel bristande nutrition, sårsmärta, lokalt tryck och infektion, men även felaktiga omvårdnadshandlingar vid sårbehandling (Finlayson et al., 2015; Lindgren, 2009).

Utgångspunkten för sårbehandling är därför att det är hela patienten med såret som ska behandlas och inte bara det enskilda såret (Brown, 2010; Lindholm & Searle, 2016). Detta har visat sig öka möjligheten till en optimal sårläkning (Brown, 2010; Templeton & Telford, 2010). För att utgå från ett helhetsperspektiv krävs att kunskap inhämtas om sårkaraktäristika men också om livsstilsrelaterade faktorer som till exempel patientens matvanor, eventuella tobaksbruk, rörelseförmåga och motionsvanor (Gray et al., 2011). Även smärta och sömnsvårigheter kan vara relaterat till såret (Hellström et al., 2016; Herber et al., 2007). Omvårdnad vid akut sårproblematik eller svårläkta sår ställer således stora krav på teknisk skicklighet och förmåga att identifiera det normala respektive det patologiska i läkningsförloppet samt vilka faktorer som påverkar sårläkningen (Ebbeskog & Emami, 2005; Nicolaidis et al., 2008). Målet för sårbehandling är att åstadkomma sårläkning på kortast möjliga tid, med så få omläggningar som möjligt, och med en metod som bibehåller eller förbättrar livskvaliteten, samt förhindrar sårrecidiv (Alavi et al., 2016; Augustin et al., 2012). Alla åtgärder i sårbehandling dokumenteras i patientens journal (Kinnunen et al., 2012).

Som framgår av ovanstående är allmänläkarens ansvarsområde förlagt till den medicinska vetenskapen och distriktssköterskans till omvårdnadsvetenskapen. Både medicinska insatser och omvårdnadsåtgärder behövs, från prevention till utvärdering, i handläggning av patient med sår. För att utfallet av sårbehandling ska bli optimalt behöver professionerna samverka över professionsgränserna (Brown, 2010; Moore et al., 2014).

2.5 PROFESSIONSÖVERSKRIDANDE SAMVERKAN I PRIMÄRVÅRDEN

Nästan alla som söker vård i dag träffar företrädare för fler än en profession vilket innebär en komplex verklighet för vårdtagaren. I primärvården är allmänläkare och distriktssköterskor två professioner som är involverade i patientens vård och behandling gällande diagnostisering och behandling av såren. Ordet profession kommer av det latinska ordet "professio" som betyder erkännande, uppgift eller yrke och att vara professionell ses liktydigt med att vara yrkesmässig (Selander & Ödman, 1989). Yrkesmässig samverkan i primärvården mellan distriktssköterskor och allmänläkare är helt avgörande för utfallet i sårbehandlingen (Moore et

al., 2014) och är därför av intresse att studera i denna avhandling. I avhandlingen används genomgående begreppen yrkesmässig och professionell i samma betydelse.

Samverkan som begrepp innebär att verka tillsammans dvs. att uträtta eller åstadkomma något gemensamt (WHO, 2010). Samverkan kan ske på olika sätt och i olika former. Litteraturen presenterar en rad olika sätt att samverka, såsom multi-, inter- och transprofessionell samverkan (Petri, 2010; Thylefors et al., 2005). Att arbeta multiprofessionellt innebär att medlemmar av olika professioner bedömer eller behandlar en patient självständigt, och delar endast information med varandra. Detta innebär i praktiken att arbetsuppgifterna utförs i parallella verksamheter, och utan särskild interaktion professionerna emellan. Integration eller samordning mellan professionerna är därför minimal. Även interprofessionellt arbete innebär att fler än en profession samverkar, men samverkan kräver integration mellan professionerna, vilket innebär en hög nivå av kommunikation, kollektiva beslut, delat ansvar i patientvården samt att allas bidrag beaktas (D'Amour et al., 2005; Thylefors et al., 2005). Transprofessionellt arbete beskrivs som tillfällen där olika professioner arbetar i samma arbetsmiljö och med samma arbetsuppgifter. I transprofessionell verksamhet är arbetsprocessen integrerad mellan professionerna och de traditionella rollerna "smälter samman" och överförs till övriga gruppmedlemmar (Thylefors et al., 2005). En vanlig form för samverkan är teambaserad arbetssätt. Begreppet team betecknar en sammanhållen grupp med gemensamt mål och ansvar, och innebär avsiktligt skapat, vanligen relativt små arbetsgrupper som delar ansvaret för en patient eller grupp av patienter, till exempel i primärvården (Xyrichis & Lowtin, 2008). Förutom patientansvaret har teamet också en hög grad av gemensam identitet och en tydlig rollfördelning (Légaré et al., 2011). Teamarbete utförs således i en organiserad och jämställd form av samverkan. De olika funktionerna i teamet varierar mellan multi-, inter- och transprofessionella team, och en sammanställning av dessa ges i tabell I.

Behov av samverkan inom primärvården har aktualiserats på senare år (Mulvale et al., 2016; Supper et al., 2014). Det finns flera orsaker till detta. Förändringar i sjukdomspanoramata har skapat nya behov av vård, omsorg, stöd och service (Hughes, 2014). Åldrande befolkning med den ökande medellivslängden och med ökad förekomst av långvariga sjukdomar medför en ökad komplexitet i behov och efterfrågan av hälso- och sjukvård (SBU, 2014; van Oostrom et al., 2014). Detta i sin tur avspeglas i större krav på hälso- och sjukvårdens tjänster och har även skapat behov av samverkan professioner emellan (Supper et al., 2014). I primärvårdskontext beskrivs samverkan som en nyckelkomponent då olika professioners samverkan kring patienten kan ge betydligt större effekt än vad varje yrkeskategori kan åstadkomma enskilt (Freund et al., 2015; Newhouse & Spring, 2010; Vachon et al., 2013). Litteraturen beskriver en mångfald av olika faktorer som påverkar samverkan. Dessa faktorer kan ha både strukturella och kulturella inslag (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013). De strukturella faktorerna omfattar olika regler och föreskrifter som är byggda på olika lagar och förordningar. Ekonomiska restriktioner och olika politiska direktiv samt ekonomiska styrsystem är en del av de strukturella faktorerna. De kulturella faktorerna omfattar både den organisatoriska och den professionella kulturen. Samverkan mellan professionerna, hur de

tänker och hur de argumenterar och handlar, innehåller således också professionernas olika yrkeskulturer som i sin tur har med utbildning att göra. I detta ingår enligt Khalili et al., (2014) professionella värden, föreställningar och attityder. För att kunna skapa en gemensam identitet och samverka professionerna emellan, förespråkar litteraturen en stödjande organisatorisk kultur (Fewster-Thuente & Velsor-Friedrich, 2008; Newhouse & Spring, 2010; Petri, 2010). Detta för att olika regler och föreskrifter kan innebära olika sätt att se på patienter. Detta förstärks ofta av skillnader i utbildningsbakgrund som kan orsaka kulturkrockar mellan olika professioner (Khalili et al., 2014). De professionella försvarar sina yrkesroller, kunskaper och synsätt gentemot andra professioner, vilket kan försvåra samverkan (Abbott, 1988). Det har till exempel visats att ju mer utbildning man har desto svårare är det att samverka med andra (Davies, 2000; Roodbol, 2010).

Tabell I. Teamets funktion, fritt översatt från Thylefors et al., (2005).

	Multiprofessionell	Interprofessionell	Transprofessionell
Rollernas specialisering	Rollerna är specialiserade, alla koncentrerar sig på de egna uppgifterna	Rollerna är specialiserade men alla förväntas interagera	Rollerna är specialiserade, alla måste vara beredda att komplettera och ersätta varandra vid behov
Uppgifternas ömsesidiga beroende	Uppgifterna utförs vanligen i en bestämd sekvens.	Uppgifterna är delvis beroende av varandra och måste samordnas	Gruppmedlemmar samt deras uppgifter är beroende av varandra
Samordning	Samordning är baserad på övervakning eller standardisering	Alla måste samordna sin verksamhet	Samordning uppnås genom nära samverkan, flexibilitet och improvisation
Uppgifternas specialisering	Uppgifterna är specialiserade, endast de med en speciell yrkesutbildning tillåts att utföra uppgiften	Alla måste vara beredda att anpassa sig till uppgiften	Alla måste vara beredda att anpassa sig till styrkor och svagheter hos de andra
Ledarskap	Gruppledaren fungerar som en traditionell chef	Gruppledaren fungerar som en "coach"	Ledarskap varierar med situationen, teamet är självreglerande
Rollernas ömsesidiga beroende	Gör jobbet på det bästa sättet som du kan	Gör ditt jobb och samarbeta	Gör jobbet på ett interaktivt sätt och är redo för kontinuerliga justeringar

I tidigare forskning om professionsöverskridande samverkan i primärvården framgår både främjande och hindrande faktorer. De främjande faktorerna för distriktssköterskors och allmänläkares samverkan beskrivs främst som att det finns klart definierade roller med respekt och förtroende för varandra samt en fungerande kommunikation (McInnes et al., 2015). Som främjande faktorer beskrivs också aktörernas intresse för samverkan, möjligheten att förbättra vårdkvaliteten i den givna vården samt yrkesgruppernas utvecklingsmöjligheter, där medvetenhet om varandras roller och kompetenser ingår (Supper et al., 2014; Vachon et

al., 2013). Hinder för samverkan beskrivs framförallt vara hierarki i organisationen med traditionella värderingar och konstruktioner, okunskap om varandras roller, brist på utbildning i interprofessionellt teamarbete samt brist på gemensamt ansvarstagande (Supper et al., 2014). En sammanställning av forskning om olika hinder för yrkesmässig samverkan har visat att de kulturella hindren i allmänhet är de svåraste då dessa kan leda till bristande kommunikation och förtroende mellan samverkande individer (Andersson et al., 2011). Detta kan leda till en ond cirkel då bristande förtroende och kommunikation i sin tur kan leda till bristande samverkan mellan distriktssköterskor och allmänläkare (Friman, 2012).

2.6 SAMVERKAN I SÅRBEHANDLING

Betydelsen av samverkan över professionsgränserna vid sårbehandling har uppmärksamats på senare tid då det kan leda till en förbättring av patientsäkerheten och optimering av sårsläkningen (Kjaer et al., 2005; Moore et al., 2014; Öien, 2002). Rent praktiskt innebär samverkan vid sårbehandling att man integrerar kunskap av olika aspekter i patientens behandling, såsom bedömning av sårstatus, vävnadsreparation, sårbehandling och specialistkunskaper om sårens etiologier (Apelqvist, 2012; Brown-Maher, 2009; Mooij & Huisman, 2016). Genom att olika yrkesgrupper samverkar kring olika aspekter av bedömning och behandling av sår kan det leda till positiva behandlingsresultat. Detta, för att var och en kan tillföra sitt perspektiv och sitt kunnande, både när det gäller bedömningar och åtgärder, för patienter med sår (Moore et al., 2014). I en studie av Öien och Ragnarson Tennvall (2006) kunde man visa att förbättrad sårbedömning med korrekt diagnos på såren ledde till framgångrik behandling där både sårprevalens, behandlingstid och kostnaderna för sårbehandling minskade. Andra studier har visat att till exempel vården av diabetiska fotsår och venösa bensår gynnas av professionsöverskridande samverkan med bättre och snabbare sårsläkning (Brown-Maher, 2009; Chiu et al., 2011; Krishnan et al., 2008).

Nära samverkan mellan distriktssköterska och allmänläkare vid sårbehandling har beskrivits som viktig för att bedöma och fastställa diagnos, erbjuda patienter med svårsläkta sår optimal behandling, följa sårsläkning samt att ompröva diagnos i fall av långsam läkning (Mooij & Huisman, 2016; Öien, 2002). Det mesta av tidigare forskning om samverkan vid sårbehandling är genomförda vid stora sårcentra (Kjaer et al., 2005; Öien & Ragnarson Tennvall, 2006). Primärvården är dock ofta patientens första kontakt med sjukvården vilket aktualiserar samverkans betydelse inom primärvårdskontext. Samverkan vid sårbehandling i primärvården kan även bjuda in till mer professionsöverskridande arbete mellan yrkesgrupper (Öien, 2002), där viktiga aspekter beskrivs vara medvetenhet om varandras yrkeskulturer och roller. Så även kompetenser då varje profession har sin kunskapsbas som utgångspunkt i samverkan med andra professioner (Légaré et al., 2011; Supper et al., 2014). En väg att möta behovet av samverkan vid sårbehandling är att arbetssättet byggs in i professionen på grundutbildningsnivå så att grunden läggs in ”från början” (Khalili et al., 2013).

2.7 LÄGGA GRUNDEN FÖR SAMVERKANDE YRKESPRAKTIK

Samverkande yrkespraktik definieras som praktik där vårdpersonal från olika professioner samverkar för att utföra högkvalitativ vård. Samverkan anses bland annat omfatta diagnostisering, behandling och kommunikation mellan professionerna (WHO, 2010). Att lära sig samverka över professionsgränserna kräver förståelse för hur olika yrkesroller och ansvar kompletterar varandra (Milburn & Colyer, 2008). Att förstå den andres roll och ansvar i förhållande till sin egen roll beskrivs således som kärnan i samverkande yrkespraktik (Khalili et al., 2013; Petrie, 1976). Effektiv och välfungerande samverkan mellan olika professioner beskrivs förekomma endast när den andres expertis och kapacitet används optimalt i patientvården (Khalili et al., 2014). Genom den traditionella vårdutbildningen skapas homogenitet i den professionella yrkeskulturen. Till exempel har gamla traditioner varit styrande i utbildning så att sjuksköterskor och läkare utbildats var för sig i åtskilda utbildningsprogram (Khalili et al., 2014; Roodbol, 2010). Läkare utvecklar en självständighet under sin utbildning, medan sjuksköterskor lär sig tidigt att arbeta teambaserat (Hall, 2005). Samverkan med andra yrkesgrupper förmodas sedan att fungera av sig självt efter avslutad utbildning (Khalili et al., 2014). En väg till samverkande yrkespraktik är att samverkan sker redan under grundutbildningen för att forma yrkesidentitet och uppfattning om den egna och den andres yrkesroll. Kunskap och utveckling av den egna yrkesrollen samt förståelse för ens professionella gränser beskrivs som viktigt, men även att få förståelse för likheter och skillnader i de olika yrkesrollernas färdigheter och attityder (Newhouse & Spring, 2010).

I tidigare forskning (Hansson et al., 2008; Hansson et al., 2010 a; Zheng et al., 2016) har framhållits att framgång i professionsöverskridande samverkan till stor del beror på de attityder som de yrkesverksamma har mot varandra. Attityder till samverkan har dock visats variera mellan sjuksköterskor/distriktssköterskor och läkare. Överlag har det framkommit att sjuksköterskor/distriktssköterskor har mer positiv attityd till samverkan, jämfört med läkare (El Sayed & Sleem, 2011; Hansson et al., 2010a; Zheng et al., 2016). I en begreppsanalys av Altmann (2008), framgår tre betydande egenskaper av begreppet attityd: *tanke* eller kunskapskomponent som innebär idéer och föreställningar vi har om någonting, *känsla* som kan innebära både positiva och negativa känslor och *handling* som hänsyftar på vår förmåga att i relation till situationen eller personen handla på ett visst sätt. Enligt ovanstående kan både upplevelser och uppfattningar ingå i begreppet attityd. Man kan också tala om handlingsbenägenhet där det är många faktorer som påverkar vårt sätt att handla och hur vi beter oss.

Det har visats att när sjuksköterske- och läkarstudenter får möjlighet att delta tillsammans i lärandeaktiviteter under deras utbildning, så påverkar det deras attityder gentemot varandras professioner, och hur de upplever yrkesmässig samverkan (Jacobsen & Lindqvist, 2009; Wilhelmsson et al., 2013). Även om motsatsen har framkommit, dvs. att ingen påverkan på attityder kunde ses (Hansson et al., 2010 b), pekar det mesta ändå på att lära tillsammans på studentnivå kan bidra till att skapa en grund för en framgångsrik samverkan med ömsesidig respekt för varandras kunskaper och färdigheter (Ateah et al., 2011). Att lära tillsammans kan

även bidra till att motverka risken att utveckla negativa stereotyper som kan vara samarbetshindrande (Ateah et al., 2011; Carpenter, 1995).

2.8 KUNSKAP OCH LÄRANDE

En aspekt som påverkar samverkan är hur kunskap bildas både i yrkespraktiken och i grundutbildningen. Kunskapsområdet med relevans för samverkan har stor spännvidd som inkluderar biomedicinsk kunskap om såruppkomst, kunskap om sårläkningsprocesser och faktorer som påverkar dessa processer, färdigheter i behandlingstekniker och inte minst kunskap om den egna och den andras yrkesroller och beredskap till samverkan.

Kunskap är ett stort begrepp och det finns olika uppfattningar om vad kunskap är. En traditionell uppfattning av begreppet utgår från Platons kunskapsdefinition som säger att kunskap är sann och rättfärdigad tro. Utifrån denna definition utgår stora delar av den västerländska kunskapsteorin, epistemologin eller *episteme* som är beteckningen för den vetenskapliga kunskapen. Denna kunskap har under lång tid uppfattats som den enda formen av kunskap som räknas och betecknas också som ”veta att” kunskap. Förutom den vetenskapliga formen av kunskap, särskiljs också kunskap som är förbunden med praktiska färdigheter, ”att kunna” kunskap. Att kunna något innebär att ha en färdighet, förmågan att utföra något praktiskt. Denna form av kunskap kallades under antiken för *techne* och är knuten till tillverkning, skapande och framställning av materiella och andliga produkter. *Fronesis* betecknar praktisk visdom, förmågan att enskilt eller tillsammans med andra fatta goda och kloka beslut i konkreta situationer (Gustavsson, 2000). Ytterligare begrepp om kunskap som används är evidens som innebär att vården bör baseras på den bästa tillgängliga kunskapen (Willman et al., 2011). Hälso- och sjukvårdens verksamhet vilar på både evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap och båda kunskapsgrunderna utvecklas ständigt (Svensk sjuksköterskeförening & Svenska läkarsällskapet, 2013).

2.9 YRKESMÄSSIG KUNSKAP

Yrkesmässig kunskap är ett brett begrepp som syftar på kunskap, utbildning och erfarenhet och innefattar således både teoretisk- och praktisk kunskap samt hur kunskapen tillämpas i praktiska situationer (Gustavsson, 2000; Rolf, 1993). Yrkesmässig eller professionell kunskap ses därför som ett sammanvägt resultat av såväl teoretisk kunskap på vetenskaplig bas som praktiskt kunnande. Det bör också finnas möjlighet att verbalt kommunicera yrkets innehåll och kvalitetskriterier med andra inom yrket för att påverka och förändra yrkets innehåll och kvalitetskriterier. Detta benämns som professionell kompetens (Rolf, 1993). Därmed innefattar yrkesmässig, professionell kunskap både teoretisk kunskap som kan bestå av generella och specifika vetenskapliga arbetsprinciper, och av praktisk kunskap. Kunskap finns hos och uppbärs av individer, och den är socialt förvärvat i den mening att vi alla har socialiserats in i och är en del av den yrkesgemenskapen där vi har vår tillhörighet (Benner, 2001). Det praktiska kunnandet förvärvas till stor del genom kliniska erfarenheter där kunskap anskaffas och utvecklas i handlingen (Benner, 2001). Detta innebär att kunskapen blir levande och leder mot fullgörande av uppgiften. Den här typen av kunskap kallas ofta för

tyst i och med att den är outtalad och underförstådd och den fungerar även om vi inte kan verbalisera den då den finns inbäddad i själva det praktiska handlaget (Rolf, 1993). På sårområdet omfattar den teoretiska kunskapen bland annat kunskaper om sårens såväl etiologiska orsaker som evidensbaserade behandlingsmetoder (Nicolaidis et al., 2008; Richmond et al., 2013).

Den åldrande befolkningen och kortare vårdtider på sjukhus gör att personal som arbetar inom primärvården får hantera personer med mer komplexa sår (Dickson et al., 2011; Forsgren & Nelzén, 2012). Därmed ökar också komplexiteten i sårbehandlingen, vilket i sin tur förutsätter fördjupade kunskaper om sår och sårbehandling såsom rätt bedömning av sårstatus och rätt val av lokal behandling, utifrån fastställd etiologisk diagnos (Nicolaidis et al., 2008). Tidigare studier som har genomförts inom detta område visar att både distriktssköterskor och allmänläkare upplever sina kunskaper i sårbehandling som bristfälliga och otillräckliga, samt att det förekommer felbehandling av sår (Edwards et al., 2013; Graham et al., 2003; Haram et al., 2003; Ylönen et al., 2014). Fördjupade kunskaper i sår och sårbehandling är därför nödvändiga för att kunna utveckla den professionella verksamheten som leder till säker vård av patienter med sår (Brown, 2010; Smith-Ström & Thornes, 2008).

Sårbehandling, som all annan behandling inom hälso- och sjukvård, bör baseras på evidensbaserade metoder (Edwards et al., 2013; Willman et al., 2011). Att luta sig mot vetenskaplig, evidensbaserad kunskap i sårbehandling är dock svårt, då det till stor del saknas vetenskapligt hållbara studier i ämnet. Bland svårigheterna för vetenskapliga studier inom sårområdet återfinns faktorer såsom patientens underliggande sjukdomar, malignitet och diabetes (SBU, 2014) för att nämna några. Då det till stor del saknas tillförlitliga vetenskapliga studier och således en stabil evidensbas blir beprövad erfarenhet viktig som kunskapsbas i den yrkesmässiga sårbehandlingen (Ashby et al., 2010; SBU, 2014).

2.10 LÄRANDE I YRKESLIVET

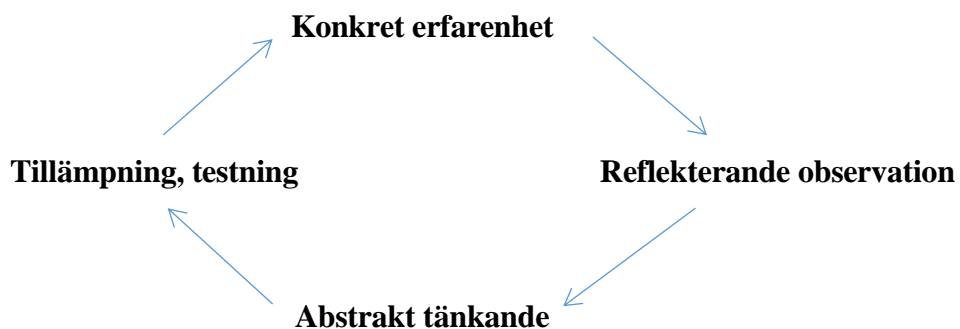
Legitimerad personal har ett stort individuellt ansvar för sina handlingar varför den enskildes kunskapsutveckling är viktig. Hälso- och sjukvård är dock komplex och bedrivs i en social kontext i ständig utveckling. Kunskapsutveckling är därför viktig ur både det individuella och det kollektiva perspektivet (Socialstyrelsen, 2015). Att utveckla sin kunskap på sårområdet handlar till stor del om att tillämpa och ta till vara de erfarenhetsbaserade kunskaperna såväl som de praktiska kunskaperna. Att exponeras för olika typer av erfarenheter som till exempel vid sårbehandling, utgör en möjlig källa till kunskapsutveckling (Mann et al., 2009). Nya rön om tekniker och arbetsprinciper samt omlägningsmaterial introduceras ständigt och kommer ut till praktiken för att användas i handhavandet av patienter med sår (Alavi et al., 2016; Dugdall & Watson, 2009).

För att illustrera den erfarenhetsbaserade kunskapsutvecklingen inom sårbehandling kan man använda sig av en välkänd och väletablerad modell utvecklad av Kolb (1984). Modellen beskriver erfarenhetsbaserad kunskapsutveckling som en läroprocess i fyra faser och innefattar upplevelser utifrån tidigare erfarenheter och kunskaper samt reflektion över dessa. De fyra

faserna i processen följer på varandra (modellen illustreras i figur I). Kopplat till sårbehandling kan den första fasen i processen vara att utföra en handling som ger konkret erfarenhet, till exempel såromläggning och val av behandling. I nästa fas sker observation och reflektion som är direkt relaterat till den konkreta erfarenheten, dvs. bedömning och reflektion av den valda behandlingen där reflekterandet leder till en djupare förståelse av den konkreta erfarenheten. Därefter följer abstraktion och generalisering där man utifrån det reflekterade och observerade försöker att sortera intrycken i begrepp. I sårbehandling skulle det kunna innebära att man drar slutsatser av behandlingen, hur den fungerade. I den fjärde och sista fasen görs en bedömning av behandlingsstrategin och värdet av att fortsätta med behandling eller ändra strategi. Andra exempel på erfarenhetsbaserat lärande som beskrivs i litteraturen (Biguet et al., 2015) kan vara aktiviteter och situationer när man löser problem tillsammans med andra professioner, deltar i samtal och diskussioner och värderar resultat från olika undersökningar och tester.

Kolb (1984) skiljer på kunskap och förståelse, där kunskap står för kunskap om något, och där förståelse har en mer funktionell innebörd - att använda kunskap till något. Detta kan också uttryckas som kunskap genom erfarenhet/empirism eller logisk/rationell kunskap. Empirisk kunskap är kunskap genom bekantskap, medan rationell kunskap ses som kunskap om, att känna till. Kolb (1984) understryker vikten av att koppla teori med praktik och tvärtom, och att det är först då som förståelse kan uppnås. Detta innebär således att förståelse uppnås genom att reflektera över den gjorda erfarenheten och att praktiskt testa den samt att transformera teorin, som i sårbehandling kan vara teoretisk kunskap i kombination med beprövad erfarenhet gällande nya rön om tekniker i behandling.

Effekterna av de gjorda erfarenheterna påverkar kunskapsutvecklingen och ger kunskap om vad man bör undvika i sårbehandling, och hur man bör hantera en uppgift. Att lära genom erfarenhet blir därför avgörande för att kunna upprätthålla och utveckla sitt kunnande inom sårbehandling. Utifrån Kolbs (1984) tankar förutsätts det ett aktivt förhållningssätt till lärande för att kunskapsutveckling ska ske, och som leder till förståelse av de gjorda erfarenheterna. Den erhållna kunskapen kan sedan omsättas och implementeras i sårbehandlingen. Därigenom utvecklas den yrkesmässiga kunskapen som i sin tur kan leda till professionell kunskap inom sårbehandling.



Figur I. Kolbs modell över erfarenhetsbaserad kunskapsutveckling, fritt översatt från Kolb, (1984).

En ytterligare dimension av kunskap är att den är intersubjektiv. Det innebär att man kan dela med sig av sin kunskap, och att kunskapen utvecklas i reflektion och dialog med andra människor (Rolf, 1993). Detta uttrycks i välfungerande samverkan mellan professioner då det förutom adekvata kunskaper, färdigheter och förhållningssätt, även kräver att man kan lyfta blicken och se både sin egen och den andres del i samverkan. Just att ta in den andres perspektiv beskrivs som nyckeln till samverkan (Khalili et al., 2013; Petrie, 1976) och där kan interprofessionellt lärande (IPL) vara ett verktyg som kan bidra till att lägga grunden till kunskapsbildning under grundutbildning, och därmed ge bättre förutsättningar till professionsövergripande samverkan.

2.11 LÄRANDE UNDER GRUNDUTBILDNING

Professionell kunskap lärs in under utbildning som sedan praktiseras och vidareutvecklas i det dagliga arbetet. Interprofessionellt lärande (IPL) sker när det är två eller flera studenter från två eller flera professioner som lär med, av och om varandra för att förbättra samverkan och vårdkvaliteten (WHO, 2010). Genom IPL kan studenterna lära sig att öka den egna kunskapen i ett specifikt ämne, och även om den andra professionens kompetenser (Barnsteiner et al., 2007). IPL kan även ge kunskap om den egna och den andra professionens ansvar och roll i ett samverkande team (Khalili et al., 2013; More et al., 2014). Gemensamt lärande möjliggör därmed förmågan att dela kunskaper och färdigheter med varandra och underlätta kommunikationen mellan olika yrkesgrupper, och kan därför främja positiva stereotyper mellan professionerna (Carpenter, 1995; Khalili et al., 2014). I en kunskapsöversikt (Hammick et al., 2007) har man visat att interprofessionellt lärande med principen vuxet lärande, dvs. att lärandet bygger på och tar till vara studenternas egna erfarenheter, är mest framgångsrikt. IPL rekommenderas starta tidigt i utbildningen för att bygga broar mellan olika studentgrupper på grundutbildningsnivå (Khalili et al., 2013). Detta för att lära sig både sin egen och den andras professionella fokus, och att lära sig ta in och tolka information i ljuset av det egna lärandet (Khalili et al., 2013; Petrie, 1976). IPL tidigt i utbildningen tros kunna förändra arbetssätt och teoretiska vanemönster (Khalili et al., 2013).

Under grundutbildning genomgår studenterna en socialiseringsprocess och träder in i sitt yrke och blir medlemmar i respektive yrkeskollektiv. Det finns olika teorier som beskriver processen. Då fokuset i detta arbete inte ligger på socialiseringsprocessen i sig, men ändå har beröringspunkter med studenternas lärande, ges det endast en kort översikt av två olika teorier. Enligt "Contact Hypothesis" teorin (Brown et al., 1986) om socialiseringsprocessen skulle kontakt mellan medlemmar av olika grupper hjälpa till att upptäcka ömsesidiga likheter och därmed kunna ändra på stereotypa attityder mot varandra. Kritiken mot denna teori riktar sig på att den lägger fokus på likheterna, vilket inte alltid är framgångsrikt för att förändra etablerade stereotypa uppfattningar. Det anses dock vara lika viktigt att få förståelse för skillnader mellan grupperna. I "The Realistic Conflict Theory" (RCT) enligt Brown et al., (1986) anses det att grupper som har olika mål agerar diskriminerande gentemot varandra i grupprelationer, medan grupper med gemensamma mål agerar med accepterande attityd mot varandra. Att ha ett gemensamt mål anses således som viktigt. Dock menar kritiker att RCT

inte ensamt kan förklara komplexiteten i ett grupp beteende (Brown et al., 1986). Ytterligare en teori är ”Social Identity Theory” (SIT) av Tajfel, (1978), som menar att en individs självuppfattning är baserad på ens identitet som medlem i den grupp som man tillhör. I denna teori betonas grupptillhörigheten, och att individen utvecklar en yrkesspecifik kognitiv karta och ett system mot det valda yrket genom identifikation med en viss yrkeskategori. Den sociala identiteten består av kognitiva, emotionella och värderande komponenter, vilka påverkar individens samhörighet med gruppen. Den kognitiva komponenten avser en medvetenhet om grupptillhörighet, medan den emotionella eller känslomässiga komponenten avser det affektiva engagemanget i gruppen. Hur man värderar sin gruppidentitet och grupptillhörighet har visats ha betydelse för hur effektivt man arbetar inom samverkande vårdteam (Tajfel, 1978). Tagna tillsammans har dessa komponenter visats vara viktiga för utvecklandet av gruppidentitet (Turner & Tajfel, 1986). Enligt denna teori (SIT) har olika yrkegrupper således olika ”kartor” som gör att verkligheten betraktas på olika sätt, och man formulerar det man ser med olika ord och termer utifrån sin specifika ”karta”. Risken kan vara att om man inte kan se det som andra ser, är att man inte heller ser det relevanta i det som de andra ser. Man riskerar då att tala förbi varandra eftersom man endast talar om det som man kan tala om. I sårbehandling är det därför viktigt att yrkesgrupperna kan få förståelse för varandras ”kartor”, dvs. varandras olika kunskapsområden.

Att studera sjuksköterske- och läkarstudenters gemensamma lärandeaktivitet i sårbehandling innebär bland annat att studenterna får möjlighet att utvidga sina kunskapsområden. Då de olika yrkegrupperna kan ”se” olika saker när de betraktar samma företeelse, t.ex. i mötet med en patient med sår, är det viktigt att erbjuda möjligheter för studenter från sjuksköterske- och läkarutbildning att förstå varandras kognitiva kartor (Khalili et al., 2013). Detta kan i sin förlängning leda till interprofessionell socialisering som enligt Khalili et al., (2013) sker i tre steg: *bryta barriärer* genom öppenhet gentemot den egna och den andras yrkesspecifika åsikter och missuppfattningar, lärandet av *interprofessionell roll* och samverkan genom att lära mer med, av och om varandra, vilket leder till utveckling av en gemensam tillhörighet, samt genom *dubbel identitetsutveckling*, dvs. identifikation med sitt eget yrke och samverkande teamarbete vilket resulterar i dubbel identitet. Enligt Tajfel, (1978) skapar en utvidgning av den egna grupptillhörigheten en gemensam förståelse för hur yrkesrollerna kombineras i en samverkande yrkespraktik. Följaktligen är det fördelaktigt att studenter deltar tillsammans som ett samverkande team för att ”se” varandras olika kunskapsområden (Acquavita et al., 2014). Detta har även uppmärksammats på nationell nivå av Svensk sjuksköterskeförening och Svenska läkarsällskapet, (2013).

Det yttersta målet med interprofessionellt lärande är att förbättra vården genom att tillföra lämpliga kunskaper, färdigheter och attityder för yrkesverksamma professioner som ska arbeta med varandra. I en litteraturgenomgång (Reeves et al., 2013) har man sammanställt 15 studier varav sju visade på positiva effekter av IPL, bland annat gällande arbete vid diabetesvård och patienttillfredsställelse. Fyra av studierna visade både positiva och neutrala utfall av IPL och fyra studier kunde inte påvisa någon effekt på vare sig yrkespraktik eller patientvård. För att förbättra arbetet med sårbehandling bör en gemensam strategi i

samverkan professionerna emellan grundläggas under utbildning (Moore et al., 2014). IPL kan vara ett verktyg eftersom det ger fördelar såsom en fördjupad kunskap om den egna kompetensen, en förmåga att särskilja andra professioners kompetenser samt att IPL motiverar vikten av att ha denna kunskap (Acquavita et al., 2014).

2.12 PROFESSIONSTEORETISKT PERSPEKTIV

Både distriktssköterske- och allmänläkarprofessionen har en lång tradition av att arbeta självständigt med patienter av alla ålderskategorier (Emanuelsson & Wendt, 1994; Swartling, 2006). Ett professionsteoretiskt perspektiv enligt Abbott (1988), som har fokus på olika yrkesgruppers roller i samhället och deras professionella krav på att självständigt få utöva sitt yrke, kan bidra till ökad förståelse i och kunskap om betydelsefulla aspekter som kan påverka samverkan i relation till både praktik och utbildning. Viktiga inslag i teorin är dess syn på både professionell yrkesutövning och kunskap. Teorin fokuserar därför på relationen mellan profession, kunskap och tillämpningen av kunskapen i den praktiska yrkesverksamheten.

Enligt Abbott (1988) bildar relationen mellan olika yrkesgrupper ett system som till exempel kan vara den lokala enheten där man är verksam dvs. arbetsplatsen. Arbetsplatsen i sin tur karakteriseras av ett antal olika delar som består av olika yrkesgrupper, som tillsammans bildar en helhet. Inom denna konkurrerar yrkesgrupperna med varandra genom sin abstrakta kunskap. Abstrakt kunskap måste översättas och konkretiseras utifrån en given situation. Detta sker genom tillämpning av olika centrala begrepp, generella principer och modeller och som är ens vetenskapligt prövad abstrakt kunskapsbas och finns definierad i ens profession. Exempel på abstrakt kunskapsbas inom omvårdnad kan t.ex. vara omvårdnadsteorier och inom medicin använder sig läkare av ett diagnossystem som enligt Abbott (1988) bara kan tolkas av läkare. En yrkesgrupps anspråk på ensamrätt att bedriva sin verksamhet, samt att ha kontroll över det egna yrkesområdet, benämns med begreppet jurisdiktion. En förutsättning för jurisdiktion är att medlemmarna i en profession betraktas som experter och att de har kontroll över tillämpningen av sin kunskap. Detta innebär att professionen självständigt ska kunna lösa sina arbetsuppgifter som de själva vill och ha rätt att utesluta andra yrkesgrupper från problemlösningen. Abbott menar att en yrkesgrupp kan förlora sin jurisdiktion genom konkurrens med andra yrkesgrupper, men yrkesgruppen kan även utvidga sin jurisdiktion genom expansion där arbetsuppgifter kan övertas från närliggande yrkesgrupper. På samma sätt är det möjligt att överlåta enkla arbetsuppgifter till en underordnad grupp. Jurisdiktionen påverkas och förändras av kunskapsutveckling eftersom ny teknologi och organisationsförändringar förändrar sammansättningen och karaktären av de arbetsuppgifter som yrkesgrupper har att hantera, och där gamla arbetsuppgifter och metoder försvinner och nya tillkommer.

Hur legitimt en yrkesgrupps anspråk på jurisdiktion uppfattas av omgivningen beror på vilken typ av kunskap som gruppen har, hur den är formaliserad och organiserad samt hur kunskapen kommer till praktisk användning i den dagliga verksamheten. Abbott (1988) menar att ett kunskapsområde utgör ett vägledande ramverk att hålla sig till men är också exkluderande i förhållande till andra professioner. Den vetenskapligt baserade och abstrakta

kunskapen gör det lättare att definiera och omdefiniera samt införliva nya arbetsuppgifter i den egna verksamheten. Om inte yrkesgruppen räknas som experter och har stöd från samhället och övriga professioner så har de ingen jurisdiktion över tillämpningen av sin kunskap. Enligt Abbott kan en yrkesgrupp agera på olika arenor för att upprätthålla sin jurisdiktion: på arbetsplatsen, den officiella (mediala) arenan samt den juridiska.

På en arbetsplats är självbestämmande viktigt och det eftersträvas kontroll och inflytande över konkreta arbetsuppgifter. Det är här som konkurrensen mellan yrkesgruppernas respektive område blir tydlig då de kommer i direkt kontakt med andra yrkesgruppers områden. Här får även jurisdiktionen konkurrera med organisatoriska krav på effektivitet och rationalitet. Yrkesgrupper kan även välja att samarbeta i professionella frågor och öppna upp för andra grupper. De kan till exempel välja att överlåta vissa rutinartade arbetsuppgifter till andra yrkesgrupper. På den officiella arenan kan frågor om yrkesgruppen drivas i media och detta kan i sin tur påverka allmänhetens bild av yrkesgruppen. Abbott (1988) menar att det är viktigt att ha allmänhetens och samhällets förtroende och stöd, samt också ett officiellt erkännande.

På den juridiska arenan förs frågor kring yrket, utbildning och kunskap genom att försöka påverka lagstiftningen. Enligt Abbott (1988) utbildar en autonom profession själv sina medlemmar. En egen självstyrande utbildningsorganisation som är segregerad från andra utbildningar, står för utbildning och garanterar att den är befriad från yttre inblandning. För att signalera yrkesgruppens kvalifikationer och att den är seriös är legitimation och etiska riktlinjer viktiga. Det samma gäller för lagstiftning av vissa arbetsuppgifter som kan stärka upp jurisdiktionen. Abbott ser en skillnad mellan den offentliga bilden och vad som förespråkas juridiskt med det som faktiskt sker i verkligheten på arbetsplatsen. Han lyfter därmed fram relationen mellan de olika yrkesgrupperna som han ser som central för jurisdiktionen. I Abbotts teori (1988) är tillämpningen av en yrkesgrupps abstrakta kunskap central. En professionell grupp kan till exempel delegera arbete men inte abstrakt kunskap. Sjuksköterskor har ett eget kunskapsområde som är omvårdnad och som idag räknas som ett akademiskt ämne där det genom forskning utvecklas ny kunskap. Distriktssköterskor bygger sin huvudsakliga kunskap på denna grund men hämtar även kunskap från andra områden som folkhälsovetenskap och medicin (DSF, 2008). Allmänläkare har sin kunskapsbas inom allmänmedicin som idag är den största specialiteten inom medicinen (Swartling, 2006). Abbott menar att de medlemmar som har möjlighet att applicera den teoretiska kunskapen i praktiken har en högre status inom yrkesgruppen än dem som vid sina arbetsplatser är mer beroende av andra kunskapssystem. Högre status innebär enligt Abbotts synsätt, att det är lättare att hävda sina kunskapsanspråk samt äga rätten till att fatta beslut i sitt yrkesutövande, det vill säga vara autonom.

Det professionella yrkesutövandet omfattar olika aspekter. Denna avhandling har fokus på yrkesmässig samverkan och kunskapsbildning vid sårbehandling inom praktik och utbildning. Med hjälp av Abbotts teori tydliggörs distriktssköterskors och allmänläkares jurisdiktion, som innebär kontroll över det egna yrkesområdet och strävan till yrkesmonopol,

som båda kan leda till konkurrens om ansvaret. Vidare tydliggörs yrkesgruppernas kunskapssystem med abstrakt kunskap, som i sin tillämpning kan utvecklas till kamp och konkurrens på arbetsplatsen om arbetsuppgifter med kunskapsmonopol som resultat.

2.13 MOTIV FÖR STUDIEN

En åldrande befolkning där andelen svårsläta sår förväntas öka, samt en allt snabbare utskrivning av patienter från sjukhus, gör att personal som arbetar inom primärvården möter personer med många olika typer av sår, från akuta sår till svårsläta komplexa sår. Detta ställer ökade krav på den vård och behandling som ges vid sårbehandling inom primärvården. Distriktssköterskor och allmänläkare är två yrkesgrupper av professionella yrkesutövare som är involverade i sårbehandling inom primärvården. Samverkan generellt och specifikt vid sårbehandling över professionsgränserna har uppmärksammats på senare tid, då den har visats förbättra patientsäkerheten och ge bättre och snabbare sårsläkning. Sårbehandling är också ett område som kan bjuda in till mer professionsöverskridande samverkan i primärvården.

Studier beskriver att både distriktssköterskor och allmänläkare upplever sina kunskaper i sårbehandling som otillräckliga samt att det även förekommer felbehandling av sår. Detta understryker ytterligare behovet av att samverka över professionsgränserna. Det har visats i tidigare forskning att attityder till samverkan varierar mellan yrkesgrupperna och att kommunikation mellan distriktssköterskor och allmänläkare är bristfällig vilket motiverar studier på sjuksköterske- och läkarstudentnivå. Detta för att socialiseringen till yrket och grunden till yrkesmässig samverkan byggs upp redan under grundutbildningen. Att få uppfattning om sjuksköterske- och läkarstudenternas attityder till samverkan, och deras uppfattningar om varandras kommande professioner vid sårbehandling, ökar förståelsen för förutsättningar till samverkan mellan distriktssköterskor och allmänläkare.

Studier om samverkans betydelse och effekt vid sårbehandling har främst genomförts vid stora sårcentra (t.ex. Kjaer et al., 2005; Öien & Ragnarson Tennvall, 2006), där tillgången till olika professioners yrkeskompetens är ett naturligt inslag i arbetet. Personer med sår är dock först och främst hänvisade till första linjens sjukvård som är primärvård. Det är således denna vårdnivå som är patientens första kontakt med sjukvården, och den lägger även grunden för deras behandling. Ytterst få studier finns som beskriver sårbehandling i primärvården ur samverkansperspektivet. Detta föranleder att närmare studera samverkan vid sårbehandling mellan distriktssköterskor och allmänläkare samt hur kunskapsutveckling sker i en primärvårdskontext.

3 SYFTE

Det övergripande syftet med denna avhandling är att utforska samverkan och kunskapsbildning vid sårbehandling inom primärvård och utbildning.

Specifika syften:

- Att undersöka förekomst av sårtyper och vilka typer av sår som behandlas i primärvården av distriktssköterskor, samt att undersöka ansvarsområden, användning av riktlinjer och samverkan med andra yrkesprofessioner kring sårbehandling (**I**).
- Att beskriva distriktssköterskors upplevelser av omvårdnadshandlingar (**II**) och erfarenheter av kunskapsutveckling (**III**) vid sårbehandling av patienter med olika typer av sår, samt att beskriva allmänläkares uppfattningar om sin roll i sårbehandling med fokus på kunskap i sårbehandling och samverkan med distriktssköterskor (**IV**).
- Att utforska sjuksköterske- och läkarstudenters attityder till interprofessionell samverkan mellan sjuksköterska och läkare, samt hur de uppfattar interprofessionell samverkan vid sårbehandling (**V**).

Tabell 2. Översikt över samtliga delstudier

Delstudie	Design och syfte	Datainsamling	Deltagare	Metod
I	Deskriptiv, enkätstudie Syfte: undersöka förekomst av sårtyper, ansvar, användning av riktlinjer och samverkan vid sårbehandling.	Enkät bestående av: *sårregistreringsformulär *frågeformulär	26 DSK	Statistiska metoder och innehållsanalys av öppna frågor Pilotstudie
II	Deskriptiv, kvalitativ intervjustudie Syfte: beskriva DSK:s upplevelser av sina omvårdnadshandlingar vid behandling av patienter med olika typer av sår.	Individuella intervjuer	8 DSK	Latent innehållsanalys
III	Deskriptiv, kvalitativ intervjustudie Syfte: beskriva DSK:s upplevelser av sina kunskaper och kunskapsutveckling i sårbehandling av patienter med olika typer av sår.	Individuella intervjuer	16 DSK	Manifest innehållsanalys
IV	Deskriptiv, kvalitativ intervjustudie Syfte: beskriva AL:s uppfattningar om sin roll i sårbehandling med fokus på kunskap i sårbehandling och samverkan med distriktssköterskor.	Individuella intervjuer	16 AL	Tematisk innehållsanalys
V	Deskriptiv, multipla metoder Syfte: utforska sjuksköterske- och läkarstudenters attityder till samverkan mellan sjuksköterska och läkare samt hur de uppfattar interprofessionell samverkan vid sårbehandling.	Enkät kombinerad med fokusgrupper	SSK och LÄK. stud. (n=221) SSK stud. (n=18) LÄK stud. (n=19)	Statistiska metoder Tematisk innehållsanalys

DSK = distriktssköterska, AL = allmänläkare, SSK stud.= sjuksköterskestudent, LÄK stud. = läkarstudent.

4 METOD

Deltagare i de olika delstudierna utgörs av både distriktssköterskor (**I**, **II**, **III**) och allmänläkare (**IV**), samt sjuksköterske- och läkarstudenter (**V**). Intresset för det studerade fenomenet, att utforska samverkan och kunskapsbildning vid sårbehandling i primärvård och i utbildning, bidrog till valet att använda både kvantitativ och kvalitativ design med dominans på det sistnämnda, samt design med multipla metoder. Att använda olika metoder i studierna innebär olika metodologiska angreppssätt till det studerade fenomenet och bidrar till en mer nyanserad bild av kunskapsområdet.

4.1 KVANTITATIV DESIGN

För att undersöka förekomst av sårtyper och vilka typer av sår som behandlas av distriktssköterskor, samt för att undersöka ansvarsområden, användning av riktlinjer och samverkan med andra yrkesprofessioner kring sårbehandling, valdes kvantitativ design i form av enkätstudie. Kvantitativa metoder bygger på ideal om en förutsättningslös sanning. Metoderna för datainsamling är därför formaliserade och strukturerade samt präglade av kontroll från forskarens sida (Cormack, 2000). Upplägning och planering av kvantitativa studier kännetecknas av selektivitet och avstånd i förhållande till informationskällan och hela upplägget är standardiserat och bestämt. Detta är nödvändigt för att kunna genomföra formaliserade analyser, göra jämförelser och pröva om de resultat som framkommer gäller alla de enheter som man vill uttala sig om. Således tror den kvantitativa forskaren att kunskap kan mätas och rapporteras numeriskt (Cormack, 2000). I delstudie (**I**) användes en enkät som har sin grund i en tidigare studie som hade enbart fokus på bensår (Ebbeskog et al., 1996). Därför modifierades enkäten för att innehålla två delar. Den första delen består av sårregistreringsformulär, för att fånga in alla typer av sår som behandlas av distriktssköterskor, inte enbart bensår. Den andra delen består av frågeformulär för att beskriva organisatoriska- och samverkansaspekter i relation till distriktssköterskors sårbehandling. För att kontrollera att den modifierade enkäten fungerar som datainsamlingsmetod och i analys genomfördes studien som en pilotstudie (**I**). Pilotstudie rekommenderas för att i en småskalig studie säkerställa att studiens konstruktion är genomförbar (Cormack, 2000; Olsson & Sörensen, 2011). Enkäterna analyserades med hjälp av deskriptiv statistik.

4.2 KVALITATIV DESIGN

I princip anses kvalitativ forskningsdesign som lämpligt när man önskar beskriva, analysera och förstå det studerade fenomenet utifrån informantens perspektiv (Patton, 2002). Till delstudie **II**, **III** och **IV** valdes därför deskriptiv kvalitativ design med individuella intervjuer, och innehållsanalys för att analysera intervjuerna. Valet av design i dessa delstudier styrs av syftet i respektive studie. I avsikten att nå ökad och fördjupad förståelse för och beskriva distriktssköterskors upplevelser av sina omvårdnadshandlingar vid sårbehandling (**II**), och erfarenheter gällande sina kunskaper och kunskapsutveckling vid sårbehandling (**III**), samt allmänläkares uppfattningar av sin roll vid sårbehandling med fokus på kunskap och

kunskapsutveckling vid sårbehandling och sin samverkan med distriktssköterskor (**IV**), har arbetssättet varit induktivt med individuella intervjuer. Induktivt arbetssätt rekommenderas för studier där det inte finns så mycket tidigare kunskap och innebär en strategi där detaljerna observeras först och sedan kombineras till en större helhet eller till det allmänna så att en helhet uppstår (Elo & Kyngäs, 2007). Individuella intervjuer kan användas då det finns ett intresse av att utforska enskilda individers synpunkter, föreställningar, upplevelser och erfarenheter inom ett specifikt område. Metoden fokuserar således på subjektiva upplevelser (Patton, 2002). Det betyder att subjektivitet och personliga upplevelser och erfarenheter står i fokus. Metoden kännetecknas också av forskarens närhet till den källa som man hämtar sin information från. I själva verket ses forskaren som en del av studien, ett instrument som interagerar med studieobjektet (Kvale & Brinkman, 2009). Individuell intervju är också att föredra då det saknas mer detaljerad kunskap, och som kan erhållas av enskilda individer (Patton, 2002). Då kunskap konstrueras vid samtalet kan den individuella intervjun ses som en aktiv process mellan intervjuare och informant eftersom intervjukunskapen produceras i ett samtalsförhållande. Själva intervjuandet bygger till stor del på intervjuarens praktiska färdigheter och personliga omdöme (Kvale och Brinkmann, 2009).

För att analysera intervjuerna valdes kvalitativ innehållsanalys (**II**, **III**). Beroende på tolkningens abstraktionsnivå kan innehållet vara av latent eller manifest karaktär (Graneheim & Lundman, 2004). Utifrån syftet att beskriva distriktssköterskors upplevelser av sina omvårdnadshandlingar i samband med sårbehandling, och för att få förståelse för den underliggande meningen, valdes latent innehållsanalys som metod (**II**). Den latent innehållsanalysen är en tolkande process som koncentrerar sig på subjektet och sammanhanget, och det latent innehåll tar således hänsyn till tolkningen av den underliggande innebörden i texten, det som finns mellan orden i texten (Graneheim & Lundman, 2004). Utifrån syftet att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av sina kunskaper och kunskapsutveckling i samband med sårbehandling (**III**), valdes manifest innehållsanalys som metod då den beskriver det tydliga och synliga i texten (Elo & Kyngäs, 2007), dvs. textnära beskrivningar av distriktssköterskors konkreta erfarenheter av kunskapsutveckling vid kliniska behandlingssituationer.

Till skillnad från delstudierna **II** och **III** där syftena är mer riktade, inrymmer syftet i delstudie **IV** flera aspekter, dels att beskriva allmänläkares uppfattningar om sin roll i sårbehandling med fokus på kunskapsbildning, dels att beskriva deras uppfattningar om sin samverkan med distriktssköterskor. För att fånga in dessa olika aspekter valdes tematisk innehållsanalys för databearbetning (Braun & Clarke (2006). Den är ett verktyg för att identifiera och analysera mönster som framträder i insamlat intervjumaterial. En fördel med den tematiska analysen anses också vara dess flexibilitet som möjliggör användning av alternativa analytiska metoder. Analysen kan vara latent som innebär en tolkning av den underliggande meningen och utmynnar i en teori, eller den kan vara semantisk som är en textnära analys (Braun & Clarke (2006). Den semantiska analysen, som är en textnära analys, valdes då den beskriver det tydliga och synliga i texten.

4.3 DESIGN MED MULTIPLA METODER

Utifrån syftet att utforska sjuksköterske- och läkarstudenters attityder till samverkan mellan sjuksköterska - läkare, samt för att beskriva studenternas uppfattningar om varandras kommande professioner och interprofessionell samverkan vid sårbehandling, valdes kombinationen av enkät och fokusgrupp som metod (V). I val av forskningsdesign kan kvantitativa och kvalitativa metoder kombineras för att belysa kompletterande aspekter av samma fenomen (Creswell et al., 2011; Patton, 2002). Detta kallas för metodtriangulering och kan ske på olika sätt, till exempel genom kombination av enkät- intervju. Trianguleringen håller de olika datainsamlingsmetoderna isär och informationen samlas in om ett och samma fenomen med hjälp av olika metoder. Informationen analyseras separat för att sedan jämföras för att kunna utröna om resultaten pekar mot samma riktning. Till enkätdelen (V) valdes en validerad enkät som mäter attityder till samverkan mellan sjuksköterska och läkare (Hojat et al., 1999). För att följa upp och fördjupa kunskapen om enkätdelen i studien valdes fokusgrupper som metod. Fokusgrupp som metod anses som lämpligt när man vill skildra uppfattningar om ämnet genom deltagarnas olika erfarenheter, och att deltagarna kan diskutera företeelser med varandra där interaktionen i gruppen kan bidra till att få fram och förstärka data (Ivanoff & Hultberg, 2006). Fokusgrupper valdes också för att fördjupa kunskapen om hur studenterna uppfattar varandras kommande professioner och interprofessionell samverkan vid sårbehandling. Fokusgrupper bygger på en kollektiv förståelse av deltagarnas synpunkter (Morgan, 1996; Patton, 2002).

Till skillnad från de individuella intervjuerna (II, III, IV), syftar fokusgrupper som metod till att erhålla förståelse för en viss grupps perspektiv och åsikter. Gruppens homogenitet har framförts som betydelsefull då deltagarnas gemensamma bakgrund och tidigare kännedom om diskussionsämnet och sammanhanget gör det lättare att diskutera och berätta om sina erfarenheter. I delstudie V deltar sjuksköterske- och läkarstudenterna i separata grupper. Detta för att utifrån likhet i något avseende, exempelvis profession eller upplevelse skapas ett öppet klimat mellan deltagarna med avsikten att stimulera och underlätta diskussionen (Ivanoff & Hultberg, 2006). Att kombinera olika metoder ökar således möjligheten att utforska och förstå det studerade fenomenet ur flera perspektiv och därigenom få en bredare och djupare förståelse (Patton, 2002). Med triangulering erhålls därmed flera aspekter på frågor som forskaren söker svar på. Bland annat kan interventionsstudier utvärderas med både enkäter och fokusgrupper, där båda metoderna bidrar med unik kunskap om det studerade fenomenet (Morgan, 1996).

4.4 FÖRFÖRSTÅELSE

Mina egna erfarenheter och upplevelser från den kliniska verksamheten har bidragit till mitt forskningsintresse. De egna erfarenheterna om sårbehandling har gjort mig nyfiken på hur mina kollegor ser på sin samverkan och sin kunskapsbildning kring sårbehandling, och vilka erfarenheter de har. Innan man påbörjar ett forskningsarbete är det viktigt att identifiera sin egen utgångsposition som forskare. Det betyder bland annat att tänka igenom de förhållanden som styr min väg till den egna kunskapen. Min förförståelse har framförallt betydelse i den

kvalitativa designen då denna design vilar generellt på det ontologiska antagandet av subjektiva varseblivningar, dvs. att varje enskild person har en förståelse av verkligheten ur ett individperspektiv (Erlingsson & Brysiewicz, 2013). Det viktigaste redskapet för tolkning anses vara forskaren själv. Därför betonas nödvändigheten av att forskaren måste bli medveten av sitt eget inflytande och av sina egna värderingar, intressen och påverkan över forskningsprocessen (Erlingsson & Brysiewicz, 2013). Min yrkeserfarenhet av professionen som distriktssköterska på vårdcentral i primärvården, samt som lärare, dels i distriktssköterskeutbildning, dels i en valbar kurs i sår och sårbehandling där de flesta deltagare kommer att arbeta inom primärvården, kan ses både som en begränsning och som en styrka och tillgång under datainsamling och databearbetning. Begränsningen kan vara att min förståelse av vårdcentralskontext och forskningsområdet kan medföra risken för egna tolkningar i forskningsprocessen, då gemensam yrkeskultur kan påverka relationen mellan informanter och den som intervjuar (Coar & Sim, 2006). Genom att ha ett aktivt och medvetet förhållningssätt till mina tidigare erfarenheter, samt genom att vara vaksam på och upprätthålla en professionell distans till dessa erfarenheter, har jag försökt att förhålla mig objektiv gentemot forskningsområdet (Kvale & Brinkmann, 2009). Som intervjuare har jag försökt bortse från min tidigare yrkesroll och i stället lägga fokus på de intervjuades upplevelser och erfarenheter. Min förståelse kan dock även ses som en styrka och tillgång, både i datainsamling, och i det analytiska arbetet, då kunskap om forskningsområdet kan ses som en styrka vid tolkning av materialet samt även bidra till ett mer nyanserat material (Kvale & Brinkmann, 2009). Jag har erfarenheter från sårbehandling vid vårdcentralarbete, inklusive hemsjukvård, som självklart kan ha påverkan på mitt sätt att se och tänka kring de olika stegen i forskningsprocessen. För att hålla en professionell distans till det studerade fenomenet har jag medvetet försökt hålla tillbaka förutfattade meningar och låtit informanterna framföra sina egna erfarenheter (Chew-Graham et al., 2002).

Då individuella intervjuer bygger på vardagslivets samtal men är samtidigt ett professionellt samtal där kunskap konstrueras i interaktionen mellan intervjuaren och den intervjuade, har den professionella distansen varit en riktlinje för mig och för mitt förhållningssätt. Jag har försökt att vara aktivt lyssnande utan att vara styrande i mitt sätt att kommunicera med informanterna (Kvale & Brinkmann, 2009). Då jag arbetar som lärare kan mina yrkeserfarenheter även ha påverkat sjuksköterskestudenterna vid fokusgrupperna. För dessa sjuksköterskestudenter är jag dock bara föreläsare i sårbehandling och inte kursledare i deras primärvårdsavsnitt i utbildningen. Vid diskussionerna i fokusgrupperna gjorde studenterna kopplingar till deras tidigare verksamhetsförlagda utbildning (VFU) i primärvården. För att undvika snedvridning av resultat fördes det kontinuerligt diskussioner med handledarna kring forskningsprocessens olika delar. Handledarnas vetenskapligt erfarna och kritiska ögon har varit en ytterst värdefull del i forskningsprocessen, och har vidgat mina perspektiv i forskningsområdet. Tolkningsprocessen har innefattat en kontinuerlig dialog med medförfattarna/ handledarna tills samsyn uppnåtts (Graneheim & Lundman, 2004). Detta har gett mig en annan sorts insikt i forskningsområdet.

5. DELSTUDIER

5.1 DELSTUDIE I

I denna första delstudie har förekomst av olika sårtyper undersökts, och vilka typer av sår som behandlas av distriktssköterskor i primärvården. Vidare har ansvarsområden, användning av riktlinjer samt distriktssköterskors samverkan med andra yrkesprofessioner undersökts.

5.1.1 Urval och deltagare

Delstudien har genomförts på fem vårdcentraler i Stockholmsområdet. Urvalet av deltagande distriktssköterskor har gjorts genom ett slumpmässigt urval för att garantera att alla har haft samma möjlighet att komma med i urvalet och att delta i studien. Inklusionskriterierna har varit att deltagarna är utbildade distriktssköterskor, och att de har arbetat på vårdcentraler som har haft personalsammansättning bestående av både distriktssköterskor och undersköterskor. Distriktssköterskorna skulle arbeta både med mottagningsverksamhet och med hemsjukvård. Alla vårdcentraler ($n=55$), belägna i centrala Stockholm och i två förorter, noterades på en lista. Av dessa uppfyllde 23 vårdcentraler inklusionskriterierna. Genom lottning drogs fem vårdcentraler att delta i studien. Samtliga distriktssköterskor ($n=36$) som arbetade på dessa vårdcentraler tillfrågades om att delta i studien, varav 26 accepterade deltagandet. Deras genomsnittliga yrkeserfarenhet var 26,5 år med en variation från sex månader till 33 år. Av de deltagande distriktssköterskorna hade 61 % någon form av vidareutbildning från sår och sårbehandling.

5.1.2 Enkät

I delstudien har en enkät som bestod av två delar används, sårregistreringsformulär och frågeformulär. Sårregistreringen gällde sår förekomst med typ av sår, sår diagnos samt omläggning av såren och besvarades genom markering av i förväg angivna svarsalternativ. Under samma vecka som sårregistrering pågick ombads distriktssköterskorna att också fylla i frågeformulär som bestod av 15 frågor om distriktssköterskornas ansvar och samverkan med andra yrkeskategorier. Frågeformuläret hade två inledande frågor om antal år i yrket, samt om distriktssköterskorna hade utbildning i sårbehandling. Två öppna frågor, var utformade för att få information om ansvarsfördelning i sårbehandling, och distriktssköterskors samverkan med andra yrkeskategorier. Sex frågor med fasta svarsalternativ gällande ansvar, riktlinjer för sårbehandling, undersköterskornas deltagande i sårbehandling, delegering till undersköterskor, rutiner för samverkan med allmänläkarna samt rutiner för remittering till hudklinik. De frågor som hade fasta svarsalternativ besvarades genom att kryssa för ja eller nej. Fem frågor gällde samverkan med allmänläkare, undersköterska och vikten av interprofessionell samverkan. Dessa frågor utvärderades med hjälp av en värderingsskala. Värderingsskalorna bedömdes från 1 (inte alls nöjd) till 10 (mycket nöjd) och besvarades genom markering på en linje. Alla frågor hade fält för fria kommentarer. Distriktssköterskorna ombads att fylla i enkäten med sårregistreringsformulär och frågeformulär under en vecka måndag till fredag. Enkäterna lämnades ut och hämtades personligen av mig.

5.1.3 Analys

Data från delstudie **I** analyserades med hjälp av deskriptiv statistik, numeriskt och med procent, samt med innehållsanalys av öppna frågor och kommentarer. Varje fråga i enkätdata med fasta svarsalternativ analyserades separat genom att sammanställa svaren numeriskt och med procent. Svar på frågor baserade på värderingskalor sammanställdes och grupperades i en fem-gradig skala varefter siffror och procentenheter sammanställdes. Kvalitativ data i form av öppna frågor och kommentarer analyserades med hjälp av innehållsanalys (Polit & Beck, 2010). För att göra detta skrevs alla öppna frågor och kommentarer ner, lästes flera gånger och kategoriserades varefter de sammanfattades utifrån likheter och skillnader.

5.2 DELSTUDIE II

Denna delstudie har genomförts för att fördjupa frågeställningarna från delstudie **I**, med syftet att beskriva distriktssköterskornas upplevelser av sina omvårdnadshandlingar vid sårbehandling.

5.2.1 Urval och deltagare

Förfrågan om deltagande i en uppföljande intervju gick till de vårdcentraler där 26 distriktssköterskor hade besvarat enkäten (**I**). För att få så variationsrikt datamaterial som möjligt, gjordes ett strategiskt urval av deltagande distriktssköterskor. Ett preliminärt mål med ett strategiskt urval är att skaffa informationsrik data som ska variationsrikt ge svar på forskningsfrågan (Patton, 2002). Därför skulle distriktssköterskorna arbeta på olika vårdcentraler som var belägna på olika sjukvårdsområden i ett storstadsområde. Urvalet syftade till att få en så bred beskrivning som möjligt av distriktssköterskornas upplevelser av omvårdnadshandlingar. De skulle därför ha olika lång yrkeserfarenhet, vara både privat och landstingsanställda, arbeta i en organisation med både distriktssköterskor och undersköterskor, arbeta med både mottagningsverksamhet och hemsjukvård, samt vara distriktssköterskor med och utan fördjupningskurs i sår och sårbehandling. Deltagare i delstudie **II** består av åtta distriktssköterskor (alla kvinnor) från fyra vårdcentraler i Stockholmsområdet. De hade arbetat som sjuksköterskor i genomsnitt 24,5 år och som distriktssköterskor i åtta år, det senare med en variation från ett till 21 år. Alla distriktssköterskorna från delstudie **II** hade deltagit i delstudie **I**. Tre av distriktssköterskorna hade gått en fördjupningskurs i sår och sårbehandling på 7,5 hp, under sin utbildning till distriktssköterska.

5.2.2 Individuella intervjuer

För att beskriva distriktssköterskornas upplevelser av omvårdnadshandlingar i relation till sårbehandling valdes individuella intervjuer (Patton, 2002). Den kvalitativa forskningsintervjun beskrivs som ett samspel mellan två individer, där intervjuaren måste vara medveten om de kognitiva och emotionella uttrycken, och lyssna på vad som sägs ”mellan raderna” (Kvale & Brinkman, 2010). Tid och plats för intervjuerna bestämdes av de åtta distriktssköterskorna som deltog i studien och intervjuerna genomfördes på

distriktssköterskornas arbetsplatser. Vid intervjuerna användes en frågeguide med frågeområden: omvårdnad av patienter med sår, samverkan vid sårbehandling, och organisation. Intervjuerna varade ca 60 minuter, spelades in på band och transkriberades därefter ordagrant till text.

5.2.3 Analys

För att få förståelse för den underliggande meningen i distriktssköterskornas upplevelser av sina omvårdnadshandlingar i samband med sårbehandling, analyserades de insamlade intervjuerna med inspiration av latent innehållsanalys (Graneheim och Lundman, 2004). Varje enskild intervju sågs som en analysenhet. Intervjuerna lästes inledningsvis upprepade gånger, för att få en övergripande uppfattning av innehållet. Därefter sorterades intervjutext i varje intervju in i innehållsområden varefter det identifierades meningsbärande enheter, som kunde vara ord och meningar eller en del av en mening, och som var relaterade till studiens syfte. Dessa meningsbärande enheterna kondenserades sedan så att textmassan reducerades, men kärnan av innehållet var kvar, och var klart uttryckt. Därefter kodades de kondenserade meningsbärande enheterna med etiketter, jämfördes, den underliggande meningen tolkades och sorterades in i olika subteman. Dessa subteman abstraherades sedan och formulerades som teman. (Exempel på analysprocess ges i tabell 3). Hela analysprocessen diskuterades kontinuerligt med samtliga författare, som inte hade primärvårdsperspektiv, för att undvika eventuell snedvridning av resultat på grund av min egen yrkeserfarenhet som distriktssköterska.

Tabell 3. Exempel på analysprocess, delstudie II.

ME	Kondenserad ME	ME underliggande mening	Subtema	Tema
”alltså att det är klara ... vem ansvarar för det och vem ansvarar för det och så vidare nerskrivna rutiner... vad jag har efterfrågat en hel del här det är tydliga arbetsbeskrivningar”	Otydlig arbetsorganisation oklart med ansvaret	Oklar ansvarsfördelning	Belastande med otydlig organisation	Att utföra sårbehandling i icke-optimal arbetsmiljö
”hos oss har man minskat på tjänster och det är väl nackdel att man inte hinner med och att man inte kan sköta såren själv man måste ha undersköterskor till hjälp och då hinner man inte hålla koll tillräcklig mycket på dem... det är ju nackdelen”	Indragning av tjänster leder till tidsbrist	Tidsbristen känns ansträngande	Känsla av stress pga. brist på tid	

ME= meningsbärande enhet

5.3 DELSTUDIE III

I denna delstudie har distriktssköterskornas erfarenheter av sina kunskaper och kunskapsutveckling vid sårbehandling på vårdcentral undersökts.

5.3.1 Urval och deltagare

Delstudien genomfördes på åtta vårdcentraler i Stockholmsområdet. Urvalet av studiedeltagare gjordes strategiskt och urvalskriterierna i denna delstudie var de samma som i delstudie **II** dvs. att distriktssköterskorna skulle ha olika lång yrkeserfarenhet, vara både privat och landstingsanställda, arbeta i en organisation med både distriktssköterskor och undersköterskor, arbeta med både mottagningsverksamhet och hemsjukvård, samt distriktssköterskor med och utan fördjupningskurs i sår och sårbehandling. Deltagare i delstudie **III** består av totalt 16 distriktssköterskor (14 kvinnor, två män), från åtta olika vårdcentraler. Deras arbetserfarenhet som sjuksköterska var cirka 24,5 år med en variation från 11 till 35 år, och som distriktssköterska cirka 5,5 år med en variation från ett till 29 år. Åtta av dessa distriktssköterskor hade även deltagit i delstudie **I** och **II**. Fem av de deltagande distriktssköterskorna hade gått en fördjupningskurs i sår och sårbehandling.

5.3.2 Individuella intervjuer

För att kunna beskriva distriktssköterskornas erfarenheter av sina kunskaper och sin kunskapsutveckling i relation till sårbehandling, valdes individuella intervjuer som datainsamlingsmetod (Patton, 2002). Distriktssköterskornas konkreta erfarenheter av kunskap och kunskapsutveckling vid sårbehandling var i fokus vid dessa intervjuer som genomfördes med 16 distriktssköterskor. Tid och plats för intervjuerna bestämdes av distriktssköterskorna. Vid intervjuerna som genomfördes på distriktssköterskornas arbetsplatser användes en frågeguide med frågeområden: kunskap och kunskapsutveckling samt möjligheter och hinder för kunskapsutveckling vid sårbehandling. Intervjuerna varade ca 30 minuter och spelades in på band varefter intervjuerna transkriberades ordagrant till text.

5.3.3 Analys

Analys av intervjumaterialet är genomförd med hjälp av innehållsanalys enligt Elo & Kyngäs, (2007), som beskriver det textnära innehållet som är synligt i texten, dvs. distriktssköterskornas konkreta erfarenheter av sina kunskaper och kunskapsutveckling vid sår och sårbehandling. De olika intervjuerna analyserades separat, där varje enskild intervju sågs som en analysenhet. Intervjumaterialet lästes upprepade gånger för att uppnå en känsla av helhet. I nästa steg organiserades texterna genom öppen kodning. (Exempel på analysprocess ges i tabell 4). Öppen kodning innebär att anteckningar och rubriker skrivs i texten medan man läser den (Elo & Kyngäs, 2007). Den transkriberade texten lästes igenom upprepade gånger och rubriker dvs. ord och meningar utifrån syftet skrevs i marginalen för att beskriva alla aspekter av innehållet. I nästa steg kodades rubrikerna som sedan sorterades in i subkategorier och slutligen i kategorier, baserat på hur de olika koderna var relaterade till varandra.

Tabell 4. Exempel på analysprocess i delstudie III.

Öppen kodning	Kod	Subkategori	Kategori
Sårtyper som hållit på med Sett mkt sår och utvecklas för varje sårtyp som behandlar Komplexitet i sårläkningsprocess Kasta sig ut i verkligheten Få erfarenhet och kunskap allt eftersom	Konkret behandlingssituation ger kunskap Kunskap/utveckling genom erfarenhet	Känsla av utveckling när hanterar olika typer av sår Förbättra kunskapen när ställs inför komplexiteten i sårläkningsprocessen	Pågående lärande genom erfarenhet

5.4 DELSTUDIE IV

I delstudie IV undersöktes allmänläkares upplevelser av sin roll i sårbehandling med fokus på sin kunskap/kunskapsutveckling i sårbehandling, samt sin samverkan med distriktssköterskor.

5.4.1 Urval och deltagare

Denna delstudie har gjorts på nio vårdcentraler i Stockholmsområdet och på vårdcentral i en mindre stad. För att få variation i datamaterialet rekryterades allmänläkare strategiskt från olika vårdcentraler med olika lång arbetserfarenhet, från både storstadsområde och från en mindre stad (Patton, 2002). Allmänläkare från både landstingsägda och privata vårdcentraler inkluderades. De deltagande allmänläkarna var både män (6) och kvinnor (10) i olika åldrar från 39 till 65 år (Md= 49 år). De hade arbetat mellan tio och 37 år som legitimerade läkare (Md= 20 år), och från ett till 31 år (Md= 8) som specialister i allmänmedicin. Sammanlagt 16 allmänläkare deltog i studien.

5.4.2 Individuella intervjuer

För att beskriva allmänläkares uppfattningar om sin roll i sårbehandling, med fokus på kunskap i sårbehandling och samverkan med distriktssköterskor, valdes individuella intervjuer som metod. Vid intervjuerna användes en semistrukturerad intervjuguide med följande frågeområden: allmänläkares roll i behandling av svårläkta bensår, kunskap i sårbehandling samt samverkan med distriktssköterskor i bensårsbehandling. Intervjuguiden innehöll även tänkta följdfrågor. Intervjuerna genomfördes på allmänläkarnas arbetsplatser med totalt 16 allmänläkare. Intervjuerna varade cirka 30 minuter, spelades in och transkriberades därefter ordagrant till text.

5.4.3 Analys

Bearbetning och analys av intervjumaterialet har skett enligt tematisk innehållsanalys (Braun & Clarke, 2006). Varje individuell intervju utgjorde en analysenhet och analyserades var för sig. Dataanalysen av de individuella intervjuerna började med en noggrann genomläsning av intervjumaterialet, vilket innebar att bekanta sig med datamaterialet genom att läsa texterna

upprepade gånger. Därefter identifierades initiala koder genom att utifrån syftet markera ord och meningar med liknande innebörd i texten. Dessa ord och meningar skrevs sedan utan relation till varandra på ett dokument. Preliminära teman identifierades genom att sammanställa och tolka koderna till potentiella teman. Därefter genomgicks materialet ytterligare genom att granska de potentiella teman i förhållande till koder och intervjudata. De slutgiltiga teman definierades och namngavs genom att förfina de specifika detaljerna i varje tema och den totala analytiska berättelsen. (Exempel på analysprocess ges i tabell 5).

Tabell 5. Exempel på analysprocess i delstudie IV.

Datautdrag	Initial kodning	Tolkning	Tema
”vi är konsulter när de tycker att det inte går åt rätt håll så blir vi tillfrågade så att säg att jag har kanske patient med kroniskt bensår en gång i månaden ungefär inte oftare än så”. (AL 8)	Konsult	Medverka vid konsultation och vid koordination av olika insatser	Konsult och koordinator
”nån slags koordinator om patienten behöver flera olika insatser dels för diagnos och sen kan de behöva annan slags behandling typ tryckbehandling eller nå cirkulationsutredning eller exembehandling eller så då blir jag inblandad”. (AL 7)	Koordinator		

AL= allmänläkare

5.5 DELSTUDIE V

I delstudie V utforskades sjuksköterske- och läkarstudenters attityder till samverkan mellan sjuksköterska och läkare. Ytterligare syfte var att beskriva studenternas uppfattningar om varandras kommande professioner och samverkan vid sårbehandling.

5.5.1 Urval och deltagare

I denna studie deltog sjuksköterske- och läkarstudenter och studien genomfördes vid kliniskt träningscentrum (KTC) på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Sjuksköterskestudenter från termin fyra och läkarstudenter från termin sex från Karolinska Institutets sjuksköterske- och läkarprogram samlades för en gemensam interprofessionell lärandeaktivitet (IPL) kring sårbehandling. Båda studentgrupperna hade varit på praktik i primärvården där de hade haft möjlighet att möta patienter med sår. Deltagarna i studiens enkät del består av sjuksköterskestudenter ($n=120$) och läkarstudenter ($n=101$). I fokusgrupper deltog totalt 37 studenter, varav 18 sjuksköterskestudenter (Md= 27 år, 16 kvinnor och två män), och 19 läkarstudenter (Md= 27,5 år, tio kvinnor och nio män).

Gemensam lärandeaktivitet

Då det visats i tidigare studier att det brister i sårbehandling (Edwards et al., 2013; Haram et al., 2003; Van Hecke et al., 2009), valdes färdighetsträning med dopplermätning och kompressionslindning samt patientfall med sårbedömning, där även professionsspecifika aspekter ingick, som lärandeaktiviteter. Studenterna delades in i tre blandade grupper. En grupp med kompressionslindning, en grupp med dopplermätning, och en grupp med patientfall med professionsspecifik sårbedömning. Grupperna växlade mellan aktiviteterna. I färdighetsträning med dopplermätning och kompressionslindning tränade studenterna parvis (sjuksköterska-läkare). Under lärandeaktiviteten kring bedömning av patientfallet arbetade varje studentgrupp först separat (5-6 studenter) för att diskutera fallet, och för att reflektera över professionella identitetsfrågor och eventuella professionsstereotyper i samband med sårbehandling. Därefter arbetade studenterna i blandade grupper (sjuksköterske- och läkarstudenter), där de förutom patientfallet kunde diskutera de olika professionsspecifika rollerna, samt få nya insikter från den andra studentgruppen. I den gemensamma diskussionen lyfte de också fram olika förhållningssätt till fallet, och villkoren för interprofessionell samverkan i sårbehandling. Varje lärandeaktivitet leddes av en lärare och i sin helhet pågick aktiviteten i totalt tre timmar. Sammanlagd arrangerades tre lärandeaktiviteter från HT- 2013 till VT -2014.

5.5.2 Kombination av enkät och fokusgrupp

För att beskriva sjuksköterske- och läkarstudenters attityder till samverkan mellan sjuksköterskor och läkare, och om interprofessionell lärandeaktivitet i sårbehandling påverkar dessa attityder, samt studenternas uppfattningar om varandras kommande professioner och samverkan vid sårbehandling, användes både enkät och fokusgrupp för datainsamling. Datainsamling med enkäter gjordes både före och efter lärandeaktiviteten för att mäta skillnaden i attityd före och efter lärandeaktivitet. Lärandeaktiviteten var obligatorisk för läkarstudenterna som möjliggör jämförelse före och efter lärandeaktivitet för denna studentgrupp. Däremot var lärandeaktiviteten frivillig för sjuksköterkestudenter. Detta gör att dessa sjuksköterkestudenter före och efter lärandeaktiviteten inte nödvändigtvis är samma individer, på grund av att inte alla personer deltog både före och efter i undersökningen. Sjuksköterkestudenterna tillhörde dock samma grupper av studenter. Fokusgrupper genomfördes direkt efter varje lärandeaktivitet.

Enkät

Till delstudien valdes enkät '*Jefferson Scale of Attitudes towards Physician-Nurse Collaboration*' (Hojat et al., 1999) som mäter attityder till interprofessionell samverkan mellan sjuksköterska och läkare. Enkäten är uppbyggd av 15 uttalanden och mäter följande fyra dimensioner: ”gemensam utbildning och samverkan”, ”omvårdnad kontra bot”, ”sjuksköterskans autonomi” samt ”läkarens auktoritet”. Enkäten besvarades på en fyrgradig skala som sträcker sig från 1 (motsätter mig helt) till 4 (instämmer helt). Högre totalpoäng reflekterar en mer positiv attityd till läkare- sjuksköterska samverkan. Den totala poängsumman är 60. Reliabilitet från tidigare studier med Cronbachs alfa anges vara ca

0,85 (Delunas & Rouse, 2014; Hojat et al., 1999). Enkäten delades ut till studentgrupperna före lärandeaktiviteten i samband med föreläsning om sårbehandling, samt direkt efter lärandeaktiviteten.

Fokusgrupper

Fokusgrupperna genomfördes direkt efter IPL utbildningsaktiviteter. Totalt genomfördes sex fokusgrupper under 2014- 2015 med fem till åtta deltagare per grupp. Studenterna deltog i separata grupper, sjuksköterskestudenter och läkarstudenter för sig, för att liknande bakgrund och erfarenheter skapar en positiv inverkan på gruppdynamiken och underlättar gruppsammanhållningen, samt tillåter en öppenhet i diskussionen (Morgan, 1996; Patton, 2002). Fokusgrupperna leddes av en moderator. Öppna frågor som utgick från dimensionerna i 'Jefferson Scale of Attitudes towards Physician-Nurse Collaboration' användes som stöd vid intervjuerna men inriktades mot sårbehandling. Varje fokusgrupp varade i cirka 30 minuter. Fokusgrupperna spelades in och transkriberades ordagrant till text.

5.5.3 Analys

Enkätanalysen baserades på data från 221 deltagare. Först sammanställdes den beskrivande statistiken genom att totalpoäng på "Jefferson Scale of Attitudes towards Physician-Nurse Collaboration" (Hojat, et al., 1999) grupperades i fyra grupper, sjuksköterske- och läkarstudenter före och efter IPL aktivitet. Totalpoäng tillsammans med boxplot (figur 2) inspekterades avseende om skillnader förelåg mellan grupper som fyllde i enkäten före IPL och efter IPL. Ett icke-parametriskt Mann-Whitney-test användes för att jämföra skillnader mellan sjuksköterske- och läkarstudenters professionsgruppers enkätsvar och därmed attityder till samverkan. Mann Whitney-test valdes för att datanivån ligger på ordinalskala. Reliabilitet dvs. konsistens i enkätsvaren mättes med Cronbachs alfa.

Analys av fokusgrupperna genomfördes enligt Braun och Clarke, (2006) tematisk innehållsanalys. Intervjuerna lästes igenom ett flertal gånger för att bekanta sig med innehållet i materialet. Meningar eller ord utifrån syftet som beskriver studenternas uppfattningar om varandras kommande professioner och samverkan vid sårbehandling markerades manuellt. De markerade meningarna och orden fick initiala koder varefter koderna tolkades och sammanställdes till potentiella teman. Därefter bedömdes de potentiella teman igen mot koderna och slutligen definierades de slutliga teman som identifierar kärnan i innehållet.

Tabell 6. Exempel på analysprocess av fokusgrupper i delstudie V.

Datautdrag	Initial kodning	Tolkning	Tema
Välja rätt förband, följa utvecklingen. Ser olika saker som sjuksköterska, se en helhetsbild, ansvara för helheten. (SSK)	Den egna yrkesrollen	Sjuksköterskans helhetsansvar	Olika utgångspunkter i vårdandet

Vår inriktning är sjukdom, önskan om tydlig rollfördelning, tydliga roller med ansvarsfördelning, göra bedömning sätta rätt diagnos kopplat till patientsäkerheten, ha yttersta ansvaret. (LÄK)	Den egna yrkesrollen	Läkarens sjukdomsorienterade ansvar	
---	----------------------	-------------------------------------	--

SSK= sjuksköterskestudent, LÄK= läkarstudent

5.6 ETISKA ASPEKTER

Den lokala etiska kommittén har granskat alla ingående delstudier och gett sitt godkännande (Dnr 2007/730-31[I-III], 2014/615-31/1 [IV,V]). Alla deltagare har gett sitt informerade samtycke till att delta i studierna. Tillstånd att genomföra undersökningen (I) och intervjuerna (II - IV) har getts av verksamhetscheferna vid de berörda vårdcentralerna. I delstudie V gav utbildningsledarna på sjuksköterskeutbildningen respektive läkarutbildningen tillstånd att genomföra studien. De etiska övervägandena i delstudie I relaterar till de enskildas sekretess och anonymitet i förhållande till enkäten. Deltagarnas anonymitet garanterades genom att informationshanteringen och resultatredovisningen skett på sådant sett att de enskilda individernas identitet är skyddad (Blackburn, 2001). Distriktssköterskorna erhöll både muntlig och skriftlig information om enkäten (I).

I delstudie II och III gavs information om studien till informanterna både muntligt och per brev och i delstudie (IV) bara muntligt. Datainsamling gjordes med hjälp av individuella intervjuer där deltagarna själva beslutade om de ville medverka i studierna och de fick också möjlighet att välja tid och plats för intervjuerna. Deltagarna informerades om att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att detta skulle medföra några negativa följder. I samband med intervjuerna fick deltagarna telefonnummer till mig för att kunna ta kontakt efteråt om de så önskade. Deltagarna försäkrades om att det framkomna resultatet från intervjuerna inte skulle kunna spåras av utomstående till en viss deltagare och att materialet ska förvaras inlåst så att inga obehöriga kan få tillgång till det insamlade materialet. Deltagarna var positiva till användningen av citat och de lovades att deras citat inte skulle kunna spåras av utomstående (Patton, 2002).

Valet av intervjumetod (II-IV) innebär inkännande förhållningssätt och tolkning av deltagarnas upplevelser och erfarenheter. Själva intervjusituationen kan ge oro hos forskningspersonerna samt osäkerhet om hur data och personuppgifter hanteras (Kvale & Brinkmann, 2009). Detta diskuterades med deltagarna vid intervjuerna. Författaren hade varit kursledare för några av deltagarna (II-III) och gjorde därför en risk/nytta bedömning. Riskerna för deltagarna bedömdes vara att de inte kunde känna sig anonyma i förhållande till resultatredovisning, att de kände sig vara i ett beroendeförhållande som skulle göra det svårt att tacka nej till deltagande, samt att inte våga uttrycka fritt vad de hade erfårit. Deltagarna ansåg inte detta som ett hinder för deras medverkan. Författaren kom fram till att man genom

att vara vaksam på dessa risker åstadkom en nytta med studien som var större än riskerna för deltagarna. Några av de deltagande allmänläkarna (**IV**) hade haft arbetsrelation med författaren och det kan tänkas vara känsligt att diskutera frågor kring sårbehandling. Enligt Coar och Sim, (2006) är dock intervjudeltagarna så upptagna med att presentera och tillhandahålla en beskrivning av sin arbetsituation och sina uppfattningar och erfarenheter till den som intervjuar att relationsaspekten blir oväsentlig. Några intervjuer (**IV**) genomfördes av hudläkare, vilket innebär att både intervjuare och intervjuperson tillhörde samma yrkesgrupp. Risken i en sådan relation kan vara att den intervjuade känner sig utfrågad och att intervjuaren styrs av sina egna känslor och åsikter i ämnet (Chew-Graham et al., 2002; Coar & Sim, 2006). För att beakta dessa förhållanden användes en intervjuguide i genomförandet av intervjuerna och samma risk/nytta bedömning gjordes som i delstudie **II-III**. Nyttan med studien ansågs som större än riskerna för deltagarna.

Deltagare i delstudie **V** är studenter. Tillstånd för att genomföra studien hämtades från respektive utbildningsansvarig. Intervjusituationen kan medföra en känsla av osäkerhet för studenterna och kan även uppfattas som kunskapskontroll då författaren arbetar som lärare på Karolinska Institutet, dock inte som kursansvarig för någon av de deltagande studentgrupperna, utan bara som föreläsare avseende sår- och sårbehandling i termin fyra på sjuksköterskeutbildning. De deltagande studentgrupperna informerades om studien muntligt, och att deltagandet var frivilligt, samt att deltagandet/icke deltagandet i forskningen inte skulle påverka deras utbildning eller ha någon inverkan på deras betygssättning. Enkäterna analyserades anonymt och skriftligt samtycke inhämtades i början av varje fokusgrupp. Alla deltagare försäkrades om konfidentialitet och anonymitet i bemärkelsen att personuppgifter skulle avidentifieras vid rapportering av resultaten av studien.

6 RESULTAT

I denna avhandling har utforskats samverkan, samt kunskapsbildning vid sårbehandling inom primärvård och utbildning med hjälp av både kvantitativa och kvalitativa metoder. Studierna innefattar två professioner, distriktsköterskor och allmänläkare, samt sjuksköterskestudenter från termin fyra och läkarstudenter från termin sex. I detta kapitel presenteras resultaten som framkom från delstudierna.

6.1 SAMMANFATTNING AV RESULTAT DELSTUDIE I

Delstudie I undersökte förekomst av sårtyper och typer av sår som behandlas av distriktsköterskor, samt ansvarsområden, användning av riktlinjer och samverkan med andra professioner kring sårbehandling. De deltagande distriktsköterskorna ($n=26$) behandlade under en vecka sammanlagt 283 patienter, med totalt 310 sår. Detta utgör i genomsnitt 11 sår per distriktsköterska under en vecka med en variation från åtta till 15 sår. Ungefär hälften av såren behandlades på mottagning och resterande hälften i patienternas hem.

Tabell 7. Fördelning av svårläkta- och akuta sår.

Svårläkta sår	n	%	Akuta sår	n	%	*Övriga	n	%
Trycksår	56	18,1	Traumatiska	60	19,4			
Venösa sår	49	15,8	Kirurgiska	44	14,2			
Svårläkta sår hos diabetiker	20	6,5						
Blandsår	13	4,2						
Arteriella sår	12	3,9						
Totalt	150	48,5		104	33,6		56	17,9

*För mer detaljerad information se tabell I i delstudie I.

Trycksår och venösa bensår var vanligast förekommande av de svårläkta såren. Av de akuta såren var traumatiska sår den mest förekommande sårtypen (tabell 6). Av de totala 310 såren hade ungefär hälften ($n=148$) bedömds av allmänläkare och en tredjedel ($n=116$) av distriktsköterska. Några sår bedömdes av allmänläkare och distriktsköterska tillsammans ($n=17$). Nio sår saknade diagnos. Samverkan med allmänläkarna beskrevs som bristfälligt och bestod mest av konsultation vid komplikationer eller om patienten behövde remitteras till specialist. De flesta av distriktsköterskorna angav att de saknade gemensamma rutiner och riktlinjer för sin samverkan med allmänläkare i sårbehandling. Denna brist i samverkan gällde specifikt vid sårbedömning, beslut om behandling och uppföljning av sårsläkning. De öppna frågorna visade att distriktsköterskorna rapporterade sårbehandling som sin arbetsuppgift och att de fattade beslut om behandlingsstrategier, men ansvaret för sårbehandling uppfattades inte alla gånger vara klart definierat.

6.2 SAMMANFATTNING AV RESULTAT DELSTUDIE II

Delstudie II beskriver distriktssköterskors upplevelser av sina omvårdnadshandlingar vid behandling av patienter med olika typer av sår. Innehållsanalysen resulterade i tre teman. Dessa var ”att ha känsla av ansvar och förtrogenhet i omvårdnadshandlingar”, ”att sträva mot sakkunnig skicklighet i sårbehandling”, samt ”att utföra sårbehandling i icke-optimal arbetsmiljö”.

I temat ”att ha känsla av ansvar och förtrogenhet i omvårdnadshandlingar” framkommer att omvårdnad av patienter med sår upplevdes som ansvarsfullt och självständigt med ansvar för egna patienter. Ansvaret för patienternas behandling upplevdes vara distriktssköterskors även om det var annan personalkategori, till exempel undersköterskorna, som utförde sårbehandlingen. Distriktssköterskorna upplevde också att mötet med patienter med skiftande sårproblematik gav dem gedigen erfarenhet och därmed förtrogenhet som gjorde att sårbedömningar kunde genomföras med större trygghet. Vårdandets komplexitet påtalades och att det krävs förmåga att kunna se och förstå orsakssamband bakom uppkomsten av sår. Det var en allmän uppfattning hos informanterna att ansvaret för dessa patienter vilar på distriktssköterskans skicklighet i sårbehandling. Därför ansåg informanterna att de borde ges större självständighet och beslutsfattande i sårbehandling.

Upplevelsen av ”att sträva mot sakkunnig skicklighet i sårbehandling” infann sig när omvårdnadens fokus flyttades från såret till att innefatta hela människan i hennes livssituation. Att motivera och involvera patienten i sin egen behandling ansågs som viktigt. Distriktssköterskorna upplevde att förhållningssätt och ömsesidighet mellan dem och patienten hade betydelse för sårhäkningsprocessen. Distriktssköterskorna upplevde kontinuiteten i behandlingen som grundläggande för sårhäkningsprocessen och de föredrog att ta hand om sina patienter själva, både på mottagning och i hemsjukvård, för att kunna följa upp sårhäkningsprocessen. Tydlig kommunikation med överrapportering och skriftliga omvårdnadsplaner beskrevs som en grundförutsättning för samverkan med andra personalkategorier och samordning av omvårdnadsinsatserna. Distriktssköterskor upplevde att det var bristfällig samverkan med allmänläkarna och önskade mer intresse och kunskap från deras sida. De uttryckte önskan om att diskutera olika problem som uppstod i sårbehandling, under förutsättning att allmänläkarna hade den kunskapen som krävdes. Istället sökte de ofta råd och hjälp från hudkliniken där de kunde ha dialog med kunniga experter. Samverkan med hudspecialist begränsades dock av att remisser skrevs av allmänläkarna. För att underlätta för sina patienter tog distriktssköterskorna ibland egna initiativ, och remitterade patienten trots att de kände att de gick förbi den patientansvarige läkaren.

I temat ”att utföra sårbehandling i icke-optimal arbetsmiljö” framkommer distriktssköterskornas upplevelser av otydlighet i organisationen. Det saknades arbetsbeskrivningar samt gemensamma rutiner och riktlinjer för sårbehandling. Ansvarsfördelningen mellan olika personalkategorier var otydlig. Som exempel beskrev distriktssköterskorna att det tog tid att vänta på att allmänläkaren skulle bedöma ett sår. Otydlighet i organisationen kom till uttryck även gällande remisshantering. Remissvaren från

olika undersökningar gick till allmänläkaren och detta upplevdes fördröja sårläggningen. Distriktssköterskorna upplevde att tidsbrist förhindrade dem att utföra adekvat sårbehandling. Förändringar i organisationen hade medfört indragning av distriktsskötersketjänster. Tidsbristen gjorde att omläggningar delegerades till undersköterskor, framförallt omläggningar i hemsjukvården. Några av distriktssköterskorna delade rum med varandra vilket ledde till att arbetet upplevdes ineffektivt och det krävdes noggrann planering av mottagningsbesöken. Dopplermätning var inte alltid möjligt att utföra då det saknades utrustning. Sårbehandling i hemsjukvården upplevdes påfrestande, framförallt gällande dåliga ergonomiska och hygieniska förhållanden samt dåligt ljus.

6.3 SAMMANFATTNING AV RESULTAT DELSTUDIE III

Delstudie **III** beskriver distriktssköterskors erfarenheter av sina kunskaper och sin kunskapsutveckling vid sårbehandling av patienter med olika typer av sår. Innehållsanalysen resulterade i tre kategorier. Dessa var ”pågående lärande genom erfarenhet”, ”söka information” samt ”avsaknad av organisatoriskt stöd”.

Kategorin ”pågående lärande genom erfarenhet” visade att distriktssköterskornas kunskapsutveckling skedde genom att ställas inför komplexiteten i sårläggningssprocessen och genom att handlägga och hantera olika typer av sår. Kunskap och kunskapsutveckling som pågående lärande genom erfarenhet var tydligt i och med att de nyfärdiga distriktssköterskorna beskrev sina tidigare kunskaper som en kunskapsbas att bygga vidare på, och förbättra sina kunskaper inom sårområdet. Erfarenhetens betydelse var tydlig även gällande förband där praktisk erfarenhet av att arbeta med förband användes som en vägledning vid val av bandage.

Att ”söka information” var distriktssköterskornas personliga sökande efter information och sågs som nödvändigt för att få aktuella kunskaper om sår och sårbehandling. De sökte information på internet och via andra källor för att få aktuella kunskaper om sårbehandling. Distriktssköterskorna konsulterade erfarna kollegor och specialister, särskilt på hudkliniken. Att utbyta erfarenheter och information med hudkliniken fick dem att utvecklas då de fick diskutera med sårkunniga personer. De erfor att allmänläkarna på vårdcentralen hade dåliga kunskaper i sårbehandling. Distriktssköterskorna utvecklade sina teoretiska och praktiska kunskaper genom utbildningar som erbjöds av olika företag. De förklarade att detta var den typen av utbildning som arbetsgivaren godkände och att det var av ekonomiska skäl. Information om olika sår förband införskaffades genom olika företagsrepresentanter när de besökte arbetsplatserna och presenterade förbandsmaterial för sårbehandling. Alla distriktssköterskor betonade dock vikten av att få oberoende information om sårbehandling.

Kategorin ”avsaknad av organisatoriskt stöd” var distriktssköterskornas erfarenheter av bristande stöd från organisationen för att upprätthålla och utveckla sina kunskaper i sår och sårbehandling. Detta inkluderade organisationens ekonomiska förutsättningar, deras egen tidsbrist kopplat till budgetnedskärningar samt av ett ointresse från arbetsledningen. Detta blev tydligt då distriktssköterskorna uttryckte besvikelse över ledningen för att den inte

visade intresse för deras önskan att utveckla sina kunskaper och yrkesskicklighet inom sårområdet. Distriktssköterskornas erfarenhet var också att det fanns stora skillnader mellan olika yrkeskategoriers möjligheter att förbättra sina färdigheter. Till exempel upplevde de att allmänläkarna tog det för givet att regelbundet delta i kompetensutveckling, medan detta inte var fallet för distriktssköterskorna.

6.4 SAMMANFATTNING AV RESULTAT DELSTUDIE IV

Delstudie **IV** beskriver allmänläkares syn på sin roll i sårbehandling med fokus på kunskap i sårbehandling och samverkan med distriktssköterskor. Temaanalysen resulterade i fem teman: ”konsult och koordinator”, ”ansvar för diagnos”, ”utbildning och erfarenhet som grund för kunskapsutveckling”, ”önskan om kontinuitet” samt ”samverkan i organisation”.

Temat ”konsult och koordinator” beskriver hur allmänläkarna ser på sin roll vid sårbehandlingen. I analysen framkommer att allmänläkarna uppfattar sin roll som sekundär i sårbehandling och att de ser distriktssköterskan som den primära kontakten för patienter med svårläkta bensår. Läkaren konsulterades främst när sårsläkning inte fortskred som förväntat, samt när det fanns behov att koppla in andra vårdgivare.

I temat ”ansvar för diagnos” framkommer hur läkarna poängterar vikten av att ställa rätt etiologisk diagnos på såren och att de ser det som deras ansvarsområde. Det framgår dock tydligt att de inte var säkra på om diagnos fanns på alla sår som behandlades på vårdcentralen. Att ställa etiologisk diagnos anses generellt vara en krävande arbetsuppgift. Olika faktorer beskrevs som påverkade diagnossättning, bland annat otydliga rutiner kring detta. En bra sårbedömning ansågs kräva optimal samverkan mellan läkare och distriktssköterska.

Temat ”utbildning och erfarenhet som grund för kunskapsutveckling”, var deltagarnas beskrivningar om sina kunskaper i sårbehandling. Generellt beskriver läkarna sina kunskaper i sårbehandling som gamla och basala, och de förlitar sig på distriktssköterskors kunskaper. Sårbehandling anses generellt vara ett lågprioriterat område både på läkarnas grundutbildning och i deras fortbildningsutbud på vårdcentralen. Sårbehandling upplevs som resurskrävande och läkarna hänvisar till tidspressen och till deras intresseområden för hur de skaffar kunskap på området. Arbetet är organiserat så att läkarna har sina intresseområden där de har fördjupade kunskaper, förutom sår och sårbehandling som upplevs vara distriktssköterskors kunskapsområde. Det påpekades att detta är ett lågstatusområde. Erfarenhetsbaserad kunskap värdesattes och läkarna menade att de skulle behöva träffa många fler patienter med sår för att erhålla tillräcklig kunskapsnivå och genom att ställas inför olika behandlingssituationer skulle de kunna bygga upp ett kunskapsunderlag.

Temat ”önskan om kontinuitet” beskriver läkarnas önskan om kontinuitet ur olika dimensioner. Kontinuitet mellan distriktssköterska och patient hade observerats ge bättre sårsläkning. Kontinuitet mellan distriktssköterska och allmänläkare anses ha flera fördelar, bland annat skulle deras helhetsbild av patienten gynnas genom att få ta del av olika synvinklar och olika kompetenser i patientens behandling. Att diskutera tillsammans innan

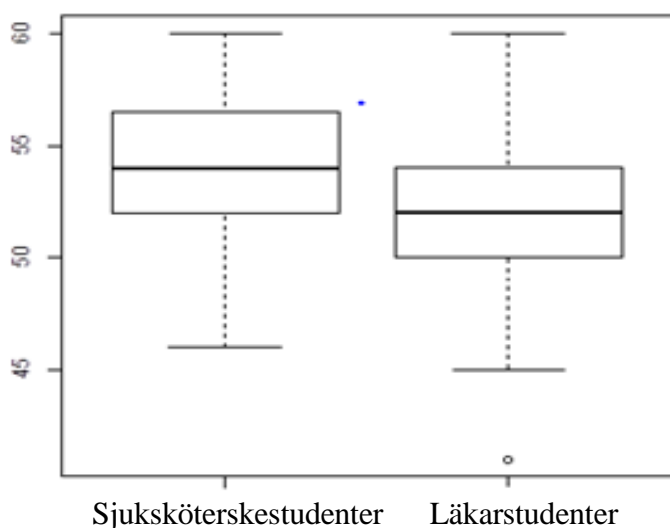
behandlingsåtgärder sattes in ansågs som avgörande för bästa möjliga resultat. Det ansågs kunna leda till bättre sårbedömning och mer fullständig och bättre behandling av patienten.

I tema ”samverkan i organisation” framgår organisationens betydelse för samverkan som uppenbar när deltagarna beskriver betydelsen av stabilitet i både läkar- och distriktssköterskebemanning som gör det lättare att hitta sina roller. Då det var olika distriktssköterskor som hade hand om patientens behandling försvårades samverkan vid sårbedömning. Tidsbrist påtalas och framträdde med läkarnas många patientbesök och distriktssköterskors tidskrävande hemsjukvård. Teamet mellan distriktssköterska och läkare hade tagits bort. Detta hänvisades till politiska beslut och fick som konsekvensen att det inte fanns något naturligt sätt att dela arbetet mellan professionerna. När specifika läkare var kopplade till hemsjukvården ansågs det leda till bättre samverkan mellan professionerna och bättre omhändertagande av patienten.

6.5 SAMMANFATTNING AV RESULTAT DELSTUDIE V

Delstudie V beskriver sjuksköterske- och läkarstudenternas attityder till samverkan mellan sjuksköterska och läkare. Ytterligare beskrivs studenternas uppfattningar om samverkan vid sårbehandling mellan professionerna.

I denna studie användes enkät i kombination med fokusgrupper. I enkätdelen var det 221 studenter, varav 120 sjuksköterskestudenter och 101 läkarstudenter, som besvarade enkäten med en svarsfrekvens på 88 %. Analysen av enkätdelen visade att studenterna skattade högt på 'Jefferson Scale of Attitudes towards Physician-Nurse Collaboration' redan före IPL med ett medelvärde på 53,2 av maxpoäng 60. Detta indikerar positiv attityd till samverkan. Ingen skillnad kunde identifieras före och efter IPL. Jämförelse mellan grupperna visade att sjuksköterskestudenterna skattade högre än läkarstudenterna både före ($p=0,001$) och efter IPL ($p=0,006$) vilket tyder på att de var mer positiva till samverkan mellan sjuksköterska och läkare än läkarstudenterna (figur 2). Den totala reliabiliteten beräknad med Cronbachs alfa var 0,64.



Figur 2. Boxplot visar skillnaden i enkätpoäng för sjuksköterske- och läkarstudentgruppen. Den svarta linjen representerar medianen. Den maximala poängen är 60; en högre poäng observerades för sjuksköterskestudenter ($p = 0,001$).

I fokusgrupperna deltog totalt 37 studenter, varav 19 läkarstudenter (tio kvinnliga och nio manliga), och 18 sjuksköterskestudenter (16 kvinnliga och två manliga). Analys av fokusgrupperna resulterade i fyra teman: "Olika utgångspunkter i vårdandet", "Behov av samverkan och tydlighet i rollerna", "Strukturer som hindrar framtida samverkan", och "IPL som ett verktyg in i professionen".

I tema "Olika utgångspunkter i vårdandet" framkommer studenternas uppfattningar om yrkesgruppernas olika utgångspunkter för sina yrkesroller och hur de ser på patientvården. Både sjuksköterske- och läkarstudenter uppfattar sjuksköterskans roll som holistisk med organisering kring patientens vård, och med ansvar för sårbehandling. Sjuksköterskans nära kontakt med patienten ses som viktig för patientens välbefinnande och för sårhäkning. Sjuksköterskestudenterna uppfattar läkarens roll som perifer i sårbehandling, och deras uppfattning är att läkare känner sig obekväma i direkt kontakt med sår. Båda studentgrupperna uppfattar läkarrollen som sjukdomsorienterad med ansvar för diagnos. Läkarens yttersta ansvar betonas. Läkarstudenterna uttrycker rädsla för att inte ha tillräckligt med kunskap. Även om de anser det yttersta ansvaret ligga hos dem, anser de att de kan lita på sjuksköterskans kunskaper. Det anses vara en del av läkarens ansvar att följa upp behandlingen.

I tema "Behov av samverkan och tydlighet i rollerna" gör studenterna kopplingar till deras tidigare erfarenheter under den kliniska utbildningen. De ser på samverkan från olika perspektiv. Läkarstudenterna poängter tydlighet i rollerna och att erhålla en helhetsbild av patienten. De menar att båda professionernas ansvarsområden skulle gynnas genom att hjälpa varandra. Sjuksköterskestudenterna menar att samverkan påverkar sårhäkning med snabbare läkning. De anser också att omvårdnadspersonalen borde vara delaktiga vid beslut om behandling då de hade observerat att antibiotika skrivs ut på lösa grunder. Erfarenhetsbaserad kunskap och färdighet betonas av båda studentgrupperna.

I tema "Strukturer som hindrar framtida samverkan" framkommer studenternas uppfattningar om olika strukturer i praktiken som kan förhindra det framtida samarbetet. De tog upp vårdkulturen och gamla traditioner som styrfaktorer för hierarkin som de upplever fortfarande existera i praktiken. Sjuksköterskestudenterna kopplar auktoritära attityder till genusperspektivet. De upplever speciellt äldre manliga läkare som auktoritära. Generellt anser de att auktoritära attityder är kopplade till yrkesrollen. Även läkarstudenterna diskuterade auktoritära attityder från genusperspektiv, men mer kopplade till hierarki och status. De beskriver skillnaden mellan äldre och yngre läkare där äldre med deras hierarkiska status ser på sjuksköterskerollen som endast utövare av läkarnas ordinationer. De upplever generellt att gamla beteendemönster, liksom att auktoritära attityder och hierarkier är ett hinder i patientvården.

I tema ”IPL som ett verktyg in i professionen” framkommer studenternas positiva upplevelser av IPE som ett verktyg för att få förståelse för varandras kommande yrkesroller och ansvarsområden i patientvården. IPL med verklighetsbaserade patientfall upplevs som positivt just för att de professionella rollerna blir tydliga och att studentgrupperna kan diskutera opretentiöst med varandra. Sjuksköterskestudenterna framhåller vikten av att få en bild av vad de kan förvänta sig av en läkare i samband med sårbehandling. De betonar att medicinsk kompetens behövs till medicinska diagnoser medan hälsofrågor kräver omvårdnadskunskaper. Läkarestudenterna anser det värdefullt att få kunskap om vad sjuksköterskor gör i samband med sårbehandling och hur de kan komplettera varandras kunskaper. De betonar att kunskap om ansvarsområden ger trygghet i deras kommande läkarroll. Båda studentgrupperna betonar vikten av öppenhet och tydlighet i yrkesrollerna och att släppa på prestigen generellt. De menar att detta skulle leda till större respekt för varandras olika kunskapsområden och förhindra att missförstånd uppstod. De tror även att patientvården skulle gynnas av detta.

Sammanställning av delstudiernas huvudresultat

Tabell 8. Identifierade samverkansaspekter hos distriktssköterskor, allmänläkare och sjuksköterske- och läkarstudenter, samt deras upplevelser och erfarenheter av kunskap/kunskapsutveckling och tillämpning av kunskap i delstudie I-V.

	Samverkansaspekter i relation till profession	Samverkansaspekter i relation till organisation	Kunskap/ kunskapsutveckling	Tillämpning av kunskap
DSK	Helhetsansvar Ansvar för behandlingsrutiner Kontinuitet i patientmöten Personcentrerad sårbehandling Önskan om intresse, engagemang och kunskap hos AL	Tid, ansvarsområden, rutiner och riktlinjer Arbetsbeskrivningar Kontinuitet i behandling Stöd och intresse hos arbetsledning Utrustning	Kontinuerligt lärande genom klinisk erfarenhet Komplexitet i sårbehandling ger kunskap Kollegialt kunskapsutbyte Utbildning genom företag Brist på teoribaserad kunskap	Mottagning och hemsjukvård Självständiga bedömningar Önskan om utökad självständighet Konsultation vid problem
AL	Konsult och koordinator Ansvar för diagnos Förtroende för DSK:s profession i sårbehandling	Tid, struktur och rutiner Kontinuitet i behandling och i samverkan Stabilitet i bemanning	Utbildning och erfarenhet styr kunskapen Tillit till DSK:s kompetens Behov av klinisk erfarenhet	Sporadisk delaktighet i behandling Tillkallad konsultfunktion för rådgivning och remiss
SSK stud.	Positiv attityd till samverkan Helhetsperspektiv med nära patientkontakt Ansvar för sårläggning Ser läkare som obekväma i kontakt med sår Samverkan anses gynna sårläggning IPL uppfattas tydliggöra ansvarsområden	Auktoritära attityder Hierarki Assistentfunktion IPL anses bidra till respekt för varandras profession	Erfarenhetsbaserad kunskap Sårbehandling anses vara SSK:s kunskapsområde IPL anses ge ämnesmässig kunskap och kunskap om interprofessionell kompetens	SSK:s erfarenhetsbaserade kunskap anses viktig vid beslut om behandling IPL, kunskap om läkarens handlande i sårbehandling
LÄK stud.	Positiv attityd till samverkan Sjukdomsorientering, ansvar för diagnos Tydlighet i ansvarsområdet Samverkan anses gynna båda professionernas ansvar i sårbehandling IPL uppfattas tydliggöra ansvarsområden	Vårdkultur med gamla traditioner Hierarki och yrkesstatus IPL anses bidra till respekt för varandras profession	Rädsla för okunskap och otillräcklighet i sårbehandling Tillit till sjuksköterskans kunskap i sårbehandling IPL anses ge ämnesmässig kunskap och kunskap om interprofessionell kompetens	IPL, kunskap om sjuksköterskans handlande i sårbehandling IPL, kunskap om ansvarsområden ger trygghet i tillämpning av kunskapen

DSK = distriktssköterska, AL= allmänläkare, SSK stud.=sjuksköterskestudent, LÄK. stud.=läkarstudent. IPL = interprofessionellt lärande.

7 DISKUSSION

7.1 RESULTATDISKUSSION

Det övergripande syftet med denna avhandling var att utforska samverkan och kunskapsbildning vid sårbehandling inom primärvård och utbildning. Studierna har inkluderat både professionella yrkesutövare, distriktssköterskor och allmänläkare, samt sjuksköterske- och läkarstudenter. De olika delstudierna bidrar till kompletterande perspektiv på samverkan och kunskapsbildning vid sårbehandling som utförs i primärvården, och inkluderar distriktssköterskeperspektiv (**I - III**), allmänläkarperspektiv (**IV**) och studentperspektiv (**V**). För att tydliggöra samverkansaspekter samt upplevelser och erfarenheter av kunskapsbildning och tillämpning av kunskapen ur respektive profession organiseras huvudresultaten utifrån professionsteoretiskt perspektiv (Abbot, 1988) i en tabell (tabell 8). Huvudresultatet från samtliga studier diskuteras först utifrån samverkansaspekter i relation till profession och organisation. Därefter följer en diskussion kring kunskap/kunskapsutveckling och tillämpningen av kunskap i den praktiska yrkesverksamheten. Avslutningsvis diskuteras huvudresultat utifrån professionsteoretiskt perspektiv.

7.1.1 Samverkansaspekter i relation till distriktssköterskans profession

Som profession ser distriktssköterskorna sitt arbete i sårbehandling som ansvarsfullt med helhetsansvar för egna patienter (**I, II**). Ansvar för behandlingsrutiner och kontinuitet i sårbehandling framträder tydligt i resultat (**II**). Distriktssköterskorna strävar mot personcentrerad, professionell sårbehandling. Denna strävan blir tydlig när distriktssköterskorna flyttar fokus från såret till att se hela människan i dennes livssituation. Vårdmötet med patienten ses som ett viktigt forum för att förmedla tillit och uppmuntran, och anses stärka patientens egna resurser i sin behandling (**II**). I resultatet (**II**) framkommer också distriktssköterskornas medvetenhet om sitt förhållningssätt för att skapa förtroende och gemensamma mål mellan distriktssköterska och patient. Det har visats i tidigare studier att arbetet med helhetssyn är betydelsefullt för distriktssköterskor (Strandberg et al., 2007). Detta är även i linje med Gray et al., (2011), som framhåller vikten av att skapa en vårdmiljö där patienter kan verbalisera hur såret inverkar på deras välbefinnande, och hur det påverkar deras dagliga liv. Såsom distriktssköterskorna beskriver det betydelsefulla med en god vårdrelation (**II**) har det även uppmärksammats av Eskilsson och Carlsson, (2010), samt av Kohr och Gipson (2008).

Distriktssköterskorna önskar mer intresse, engagemang och kunskap i sårbehandling från läkarna (**I, II, III**). Då distriktssköterskorna upplever bristande intresse och engagemang hos allmänläkare i sårbehandling (**I, II**) är det möjligt att de ”drar sig” för att konsultera dessa. Detta kan leda till bristande förtroende för allmänläkares roll i sårbehandling, som i sin förlängning kan leda till att såren behandlas odiagnostiserade då förtroende och respekt för varandras profession beskrivs som främjande faktorer för samverkan (McInnes et al., 2012). Supper et al., (2014) har även beskrivit vikten av medvetenhet om varandras kompetenser. Då

sårbehandling idealt borde utföras teambaserad (Moore et al., 2014) med gemensamt ansvarstagande för patient med sår, är det viktigt att integrera och samordna båda professionernas ansvarstagande i patientens behandling. Detta kan även tänkas bryta en ond cirkel av bristande förtroende.

7.1.2 Samverkansaspekter i relation till allmänläkarens profession

Allmänläkare ser sig som en konsult och koordinator som tillkallas av distriktssköterskor vid behov när sårläkningen inte framskrider som förväntat (**IV**), framför allt om det finns behov av remiss till annan vårdgivare (**I, IV**). De ser ansvaret för diagnostisering av såren som viktigt men uttrycker också osäkerhet kring diagnosprocessen. Det framträder som oklart om alla patienter som behandlas på vårdcentralen har etiologisk diagnos ställt av läkare (**IV**). Enligt Socialstyrelsen (2015) är inte diagnossättning reglerat i någon författning. I allmänhet är det läkare som gör det, men kan också utföras av all hälso- och sjukvårdspersonal som har tillräcklig kunskap om sjukdomen i fråga. Utifrån detta resonemang skulle man kunna se diagnostisering av såren som en process som kan ske i samverkan mellan allmänläkare och distriktssköterska. Detta synsätt kräver dock att yrkesgrupperna kan vidga sina perspektiv och kan bjuda in andra yrkesgruppers kunnande (Légaré et al., 2011), och därmed få en bättre helhetsbild av patienten. Allmänläkarna uttrycker sitt förtroende för distriktssköterskans profession i sårbehandling (**IV**).

Primärvårdens utveckling beskrivs som en pågående process där man försöker hitta modeller för att effektivisera vården (Freund et al., 2015). Att allmänläkare har sporadisk del i sårbehandling tycks vara en internationell företeelse. I en litteraturgenomgång från Australien (Templeton & Telford, 2010), drar författarna slutsatsen att en kompetent distriktssköterska självständigt kan bedöma och handlägga venösa bensår med goda resultat, och därmed effektivisera vården. Deras slutsats grundar sig bland annat på distriktssköterskors kliniska erfarenhet och flexibilitet gällande tid, samt att de i större utsträckning än läkarna använder riktlinjer vid sin handläggning och behandling av sår. Som jämförelse konstaterar författarna att det finns brist på riktlinjer för sårbehandling som riktar sig till läkare. Internationellt anses det således att en utveckling av de professionella rollerna i primärvården kan öka tillgången på vård och även öka kvalitén i den givna vården (Freund et al., 2015; Templeton & Telford, 2010). I nationellt perspektiv anses läkaren ha ansvar för diagnostik och utredning av bakomliggande orsaker till såren (SFAM, 2016), medan sjuksköterska/ distriktssköterska ansvarar för omvårdnadsåtgärder som inkluderar sårbehandling (DSF, 2008). För optimalt utfall av sårbehandling bör den medicinska kompetensen sedan kompletteras med omvårdnadskompetens (Lindholm, 2016). Nära samverkan mellan distriktssköterska och allmänläkare är således nödvändigt där respektive profession har sin kunskapsbas som en utgångspunkt i samverkan (Légaré et al., 2011).

7.1.3 Samverkansaspekter i relation till profession ur studentperspektiv

Resultatet från studentnivå (**V**) visar att både sjuksköterske- och läkarstudenterna har positiva attityder till interprofessionell samverkan mellan sjuksköterska och läkare. Denna attityd

förelåg redan före IPL och resultatet visar därför ingen skillnad i attityder före och efter IPL. Av det positiva resultatet att döma finns det således goda förutsättningar för den framtida samverkan professionerna emellan. Såsom tidigare studier (t.ex. Delunas & Rouse, 2014; Hood et al., 2014), visar även denna studie (V) att sjuksköterskestudenterna har mer positiv attityd till interprofessionell samverkan än läkarstudenterna har (se figur 2). Detta kan möjligtvis förklaras av olikheterna i utbildningstraditioner. Trots att båda yrkegrupperna arbetar med samma patienter i praktiken är utbildningarna nästan helt åtskilda och har olika organisationer. Av tradition utbildas sjuksköterskor att arbeta mer teambaserat och med kollektiv problemlösning, medan läkarstudenter lär sig att lösa problem mer självständigt (Hall, 2005; Khalili et al., 2014). För att arbetet ska fungera optimalt i vården, med ett välfungerande samarbete professionerna emellan, förespråkar litteraturen att lämpliga kunskaper, färdigheter och förhållningssätt lärs in redan på grundutbildningsnivån (Thistlethwaite & Moran, 2010). Moore et al., (2014) anser att utbildning på grundnivå med fokus på teambaserat arbetssätt är en förutsättning för att tillhandahålla adekvat sårbehandling. Resultat från delstudie I, II, III och IV visar att båda studentgrupperna har observerat sjuksköterskans självständighet och läkarens frånvaro i sårbehandling. Sjuksköterskestudenterna ser sjuksköterskans självständighet och helhetsperspektiv i sårbehandling samt ansvar för sårläkning. De ser också läkaren som obekvämt i kontakt med patienter med sår, och de anser att samverkan mellan professionerna skulle gynna sårläkning. Läkarstudenterna anser det som viktigt med ansvaret för diagnos och tydlighet i ansvarsområdet och arbetsuppgifterna. Detta är i samklang med tidigare studie (Aase et al., 2014). Läkarstudenterna tror att professionsöverskridande samverkan skulle kunna gynna båda yrkesgruppernas ansvar i sårbehandling. IPL i sårbehandling kan skapa förståelse för hur yrkesrollerna kombineras i en samverkande yrkespraktik (Khalili et al., 2013). Båda studentgrupperna (V) uppfattar att IPL kan förtydliga yrkesrollerna vilket kan resultera i bättre samverkan vid deras framtida sårbehandling. Att förstå den andres roll och ansvar i förhållande till sin egen roll beskrivs som kärnan i en samverkande yrkespraktik (Khalili et al., 2013).

7.1.4 Samverkansaspekter i relation till organisation ur distriktssköterskans perspektiv

Organisationens betydelse för samverkan framträder på olika sätt i resultat. Tidsaspekten framträder då distriktssköterskorna påtalar indragningar av distriktsskötersketjänster. Konsekvensen blir ofta att såromläggningar delegeras till undersköterskor, framförallt omläggningar i hemsjukvården (II). Detta kan äventyra kontinuiteten i sårbehandling för distriktssköterskor. De anser att kontinuiteten är en förutsättning för att främja sårläkning (II). Att det finns kontinuitet mellan distriktssköterska och patient har även betydelse för samverkan mellan distriktssköterska och allmänläkare där distriktssköterskan bidrar i samverkan med sitt helhetsperspektiv (II, IV). Liknande resultat av kontinuitetens betydelse förtydligas även i tidigare forskning (Finlayson et al., 2015; Haggerty et al., 2003).

Ansvarsområden för olika professioner beskrivs som otydliga (**I, II**). Detta kan påverka samverkan mellan distriktssköterska och allmänläkare då klara och tydliga ansvarsområden är en förutsättning för en väl fungerande samverkan (McInnes et al., 2015). I sårbehandling kan klara ansvarsområden standardisera behandlingen och därigenom förbättra sårläggningen (Mooij & Huisman, 2016; Öien & Ragnarsson Tennvall, 2006). Generellt påtalades bristen på tydliga arbetsbeskrivningar (**II**). Detta kan leda till svårigheter för gemensamt ansvarstagande i patientvården, samt vara ett hinder för en fungerande professionsöverskridande samverkan (Supper et al., 2014). Distriktssköterskorna anser att gemensamma rutiner och riktlinjer skulle leda till säkrare sårbehandling (**I, II**). Att det saknas gemensamma rutiner och riktlinjer i sårbehandling kan vara en förklaring till att sårerna inte får etiologisk diagnos (**I**). Att det saknas etiologisk diagnos kan också ha sin orsak i att det saknas utrustning såsom dopplermätare (**II**). Dopplermätning ingår som rutin i sårdiagnostiken (Mooij & Huisman, 2016). Distriktssköterskorna upplever bristande stöd och intresse från arbetsledning för deras professionella yrkesutövning inom sårbehandling (**I, II, III**). Detta kom till uttryck framförallt i begränsad möjlighet att delta i kompetensförhöjande kurser inom sårbehandling (**III**). Detta föranleder att lyfta fram organisationens och arbetsledningens viktiga roll gentemot sin personal i professionell utveckling (Fewster-Thuente & Velsor-Friedrich, 2008; Hallin & Danielsson, 2007), samt att arbetsledningen intar rollen som coach (Thylefors et al., 2005).

7.1.5 Samverkansaspekter i relation till organisation ur allmänläkarens perspektiv

Tidsaspekten framträder ur allmänläkarperspektivet då läkarna beskriver hur arbetet ackumuleras vid deras frånvaro. Detta gör att de är tvungna att prioritera hårt vad det gäller sin kompetensutveckling. Behovsprioritering får som konsekvens att andra kunskapsområden än sårbehandling anses som mer viktigt (**IV**). Då sårbehandling är dynamisk, och där det utvecklas konstant nya metoder (Alavi et al., 2016; Lindholm & Searle, 2016) är detta viktigt att beakta och därmed stödja kompetensutvecklingen i organisationen. Struktur och rutiner kring sårdiagnostisering anses saknas (**I, IV**), och kan vara en orsak till bristande samverkan med konsekvensen att det saknas etiologisk diagnos för många sår (**I**). Allmänläkarna anser sig bli sent inkopplade i patientens behandling (**IV**). Att ställa en etiologisk diagnos är en viktig grund för vidare handläggning av sårbehandling och det säkerställer rätt beslut vid val av behandlingsstrategi (Mooij & Huisman, 2016).

Allmänläkarna önskar kontinuitet både i patientmötet och i samverkan professionerna emellan. Kontinuitet anses vara en förutsättning för att främja sårläggning (**IV**). Allmänläkarna påpekar även olika stödfunktioner i organisationen såsom stabilitet i bemanning som en nödvändig grund för samverkan (**IV**). Detta tydliggör ytterligare det ansvaret som ligger hos organisationen. Ostrukturerad organisation vid mottagningsarbetet medför att läkarna gör ögonblicksbedömningar, där det dessutom i många fall inte är samma distriktssköterska som håller i patientens behandling (**IV**). Detta påtalas som problematiskt av läkarna, då de lägger sitt förtroende för distriktssköterskans profession i sårbehandling. Det saknas således kontinuitet både mellan läkare och distriktssköterska, och mellan distriktssköterska och patient.

Det påpekas att politiska beslut har medfört att teamet och därmed den naturliga samverkan mellan allmänläkare och distriktssköterska har tagits bort (IV). Organisationsförändringar kan därför ha varit ett hinder för den professionella utvecklingen och för möjligheten till samverkan mellan allmänläkare och distriktssköterska. Några av vårdcentralerna har specifika läkare som är kopplade till hemsjukvård vilket medför bättre kontinuitet i behandlingen (IV). Då framträder även det interprofessionella teamet mellan allmänläkare och distriktssköterska (Thylefors et al., 2005). Teambaserat arbete som innebär en hög grad av gemensam identitet och en tydlig rollfördelning kan anses vara gynnsamt för sårsläkning (Moore et al., 2014). Organisatoriska stödfunktioner har påpekats i litteraturen (McInnes et al., 2015; Xyrichis & Lowton, 2008) som viktigt för att förbättra samverkan mellan olika professioner, vilket understryker organisationens betydelse i sammanhanget.

7.1.6 Samverkansaspekter i relation till organisation utifrån studentperspektiv

På studentnivå (V) framkommer studenternas tidigare erfarenheter från den kliniska utbildningen. Deras erfarenheter ger uttryck framför allt för de kulturella inslagen i organisationen (Andersson et al., 2011). Båda studentgrupperna har observerat auktoritära attityder och hierarki i vårdens organisation, och de anser detta vara ett hinder för deras framtida samverkan professioner emellan. Skillnad mellan könen samt mellan yngre- och äldre läkare påtalas. Studenterna ser vårdkulturen och gamla traditioner som styrfaktorer för hierarkin. Maktaspekter framträder från olika perspektiv. Sjuksköterskans assistentfunktion till läkarna observeras av sjuksköterskestudenterna, medan makt utifrån att de äldre läkarna ser sjuksköterskan som endast utövare av läkarens ordinationer, dvs. hierarki och yrkesstatus framförs framförallt av läkarstudenterna.

På professionell nivå (I, II, III, IV), varken distriktssköterskor eller allmänläkare ger uttryck för auktoritära attityder. Däremot har detta beskrivits i tidigare forskning (McInnes et al., 2015; Supper et al., 2014). Framför allt har medicinens överordnade roll gentemot omvårdnad beskrivits (Baker et al., 2011; Thylefors, 2012). Både distriktssköterskor och allmänläkare har lång tradition av självständighet i sina professioner (Emanuelsson & Wendt, 1994; Swartling, 2006). Att införa optimal samverkan kring sårbehandling i dagens primärvård kan därför kräva utbildningsinsatser redan på grundutbildningsnivå, där även gamla normer och traditioner omvärderas. Att lära tillsammans kan bidra till att motverka bildandet av negativa stereotyper (Ateah et al., 2011) vilket framgår i studien (V) då studenterna påtalar att de med hjälp av IPL erhåller större respekt för varandras kommande professioner. De tror också att deras insikt i varandras kunskapsområden gynnar den kliniska praktiken.

7.1.7 Kunskap/kunskapsutveckling ur distriktssköterskans perspektiv

Resultatet från delstudie III visar att distriktssköterskor upplever sina kunskaper i sår och sårbehandling som ett kontinuerligt lärande utifrån deras kliniska erfarenheter. Genomgående påtalas det ”att kunna” kunskapen (Gustavsson, 2000), dvs. den praktiska erfarenhetskunskapen anses vara betydelsefull för distriktssköterskor (III). Att i

behandlingsituationen ställas inför komplexa svårläkta sår anses utmanande och kunskapskrävande (III). Att bara utföra sårbehandling utifrån praktisk kunskap kan dock innebära att patienten inte erhåller behandling utifrån den senaste kunskapen (Lindholm & Searle, 2016; Logan, 2015). Distriktssköterskorna ger uttryck för praktisk visdom, *fronesis*, som innebär förmåga att fatta goda och kloka beslut i konkreta situationer (Gustavsson, 2000). Detta kommer till uttryck i den personcentrerade vården som utförs av distriktssköterskor (II). När distriktssköterskorna ställer sin egen erfarenhetsbaserade kunskap i sårbehandling mot läkarnas kunskap, som i stor utsträckning anses vara baserad på medicinsk vetenskap, upplever de ett bristande stöd för sina omvårdnadshandlingar från läkarhåll (I, II, III). Distriktssköterskorna utvecklar sin kunskap till stor del genom kollegialt kunskapsutbyte vilket underlättar sårbehandling (III). Detta framgår även av tidigare studier (Haram et al., 2003; Smith-Ström & Thornes, 2008). Däremot upplever distriktssköterskor kunskapsbrist i sårbehandling hos allmänläkare (I, II, III), vilket leder till att de söker kunskap på andra håll, bland annat från hudkliniker. Framför allt beskriver distriktssköterskor att utbildning genom företag ses som en viktig källa för deras kunskap (III). Detta kan dock medföra ensidig information då företag även har vinstintresse (Gray et al., 2011). Generellt uppfattar distriktssköterskor sina möjligheter till att erhålla teoribaserade kunskaper som små. Detta hänvisas framförallt till tidsbrist och ekonomiska restriktioner (III) som båda kan hänföras till organisatoriska brister. För att en profession ska kunna utvecklas måste det finnas möjlighet att fördjupa sina kunskaper och även professionens teoretiska kunskapsmassa måste stärkas (Alavi et al., 2016; Moore et al., 2014).

7.1.8 Kunskap/kunskapsutveckling ur allmänläkarens perspektiv

Allmänläkarna beskriver sårbehandling som ett av deras många kunskapsområden. De anser att deras utbildning i och erfarenhet av sårbehandling styr deras kunskap i sårbehandling (IV). De beskriver sina kunskaper i sårbehandling som basala och otillräckliga, framförallt gällande svårläkta sår (IV). Kunskapsbrist i sårbehandling hos läkare har även beskrivits i tidigare studier (Evans et al., 2010; Graham et al., 2003; Romero-Collado et al., 2013; Sadler et al., 2006; Tauveron et al., 2004). Några av läkarna (IV) framhåller att det inte har getts tillräckligt utrymme för sårkunskap under deras grundutbildning, vilket även framgår internationellt i läkarutbildning (Patel & Granick, 2007; Yim et al., 2014). Det befintliga fortbildningsutbudet för allmänläkare i primärvården, anses inte motsvara läkarnas behov av kunskap. Mycket kunskap erhålls genom distriktssköterskor, som de uttrycker sin tillit till vid sårbehandling (IV). Det har visats i tidigare studier att läkarna gärna överlåter sårbehandling åt andra yrkesgrupper på grund av bristande intresse (Cullen & Philips, 2009; Lindholm et al., 2006). Frågan är om bristande intresse kan botten i bristande kunskap på området?. Enligt Moore et al., (2014) bör all personal som arbetar med sårbehandling erhålla utbildning för att säkerställa adekvat omhändertagande av patienter med sår. Detta är även i linje med Socialstyrelsens (2011) och Stockholms läns landstings (2016) rekommendationer, vilka båda påtalar vårdenhetens ansvar för kontinuerlig fort- och vidareutbildning för att säkerställa en god hälso- och sjukvård med hög kvalitet.

Några av allmänläkarna (**IV**) påtalar att kunskapsområdet med sårbehandling för läkarnas del innehåller kunskap om sårens etiologiska orsaker vilket de anser sig behärska, medan sårbehandling ur ett helhetsperspektiv anses vara distriktssköterskans kunskapsområde. Som kontrast till detta uttrycker de behov av mer klinisk erfarenhet av sår och sårbehandling och anser kunskapsområdet som ett försummat område för dem (**IV**). Detta resultat tyder därför på att läkarna önskar vara delaktiga i patientens sårbehandling. Det är helt i linje med tidigare forskning (Graham et al., 2003; Sadler et al., 2006), där det framgår att trots den bristande kunskapen i sårbehandling så finns det ett intresse hos läkare för detta kunskapsområde.

7.1.9 Kunskap/kunskapsutveckling ur studentperspektiv

På studentnivå (**V**) ser sjuksköterskestudenterna det patientnära arbetet i sårbehandling som en "erfarenhetbank" som ger kunskap på sårområdet. De påtalar att sårbehandling tillhör sjuksköterskans kunskapsområde. Läkarstudenterna å andra sidan uttrycker rädsla för okunskap och otillräcklighet, och lägger därför sin tillit till sjuksköterskans kunskap i sårbehandling. Resultatet indikerar att utbildningsaktiviteten i IPL med verklighetsbaserat patientfall, samt praktiska övningar med dopplermätning och kompressionslindning, medför både ämnesmässig kunskap om sårbehandling samt ger en uppfattning om de olika professionella kunskapsområdena vid sårbehandling. Därmed ger IPL en del av grundläggande kunskap i den interprofessionella kompetensen i sårbehandling (Khalili, 2013). IPL kan även bidra med förståelse för varandras "kognitiva kartor" dvs. varandras olika kunskapsområden, vilket innebär att studenterna får möjlighet att utvidga sina kunskapsområden (Khalili, 2013; Petrie, 1976; Taifel, 1978). Detta kan förmodas gynna patientvården vid sårbehandling. Inga tidigare studier har hittats gällande IPL kopplat till sårbehandling. I en litteraturgenomgång gällande interprofessionell utbildning under grundutbildnings primärvårdsavsnitt (Kent & Keating, 2015), fann författarna positiva effekter på samarbetsförmåga och kunskap om yrkesrollerna men inte gällande patientnytta.

7.1.10 Tillämpning av kunskap ur distriktssköterskans perspektiv

Distriktssköterskor tillämpar sin kunskap i sårbehandling genom att behandla olika typer av sår, både på mottagning och i hemsjukvård (**I, II, III**). I genomsnitt behandlar distriktssköterskorna två patienter med sår dagligen (**I**). I den professionella rollen ingår relationen till patienter där olika kunskaper tillämpas (Barrett et al., 2007). Varje gång kunskap används anpassas den till den specifika situationen. Varje kunskapsanvändning kan således vara en potentiell möjlighet till kunskapsutveckling, förutsatt att kunskapen reflekteras och utvärderas (Kolb, 1984). Om kunskapen å andra sidan blir alltför erfarenhetsbaserad, såsom det visade sig vara för distriktssköterskor (**III**), och inte tillräckligt vetenskapligt förankrat, kan även det få konsekvenser i behandlingen (Logan, 2015). En konsekvens är att sårbehandling inte utförs enligt den senaste kunskapen. För att kunna utföra omvårdnad utifrån evidens är det viktigt att utgå från den senaste kunskapen på området (Lindholm & Searle, 2016; Willman et al., 2011).

Distriktssköterskorna berättar att de dagligen möter patienter som har skiftande sårproblematik, och att självständiga bedömningar ingår naturligt i omvårdnaden av dessa patienter (II). Internationellt har det visats att det förekommer felbehandling av sår som utförs av distriktssköterskor (Haram et al., 2003; Mooij & Huisman, 2016). Att resultatet i denna studie präglas av distriktssköterskors upplevelser av trygghet i sårbedömningar (II) kan förklaras av att många av de deltagande distriktssköterskorna hade lång yrkeserfarenhet, både som sjuksköterskor och som distriktssköterskor. Dessutom hade hälften av distriktssköterskorna gått en fördjupningskurs i sår och sårbehandling (III). Detta kan även vara en förklaring till att de anser att de borde erhålla ökad självständighet i sårbehandling med ett eget beslutsfattande. Exempelvis anser distriktssköterskorna att de bör ha möjlighet att remittera patienter till en hudklinik (II). Det patientnära arbetet anses ge möjlighet till utveckling på sårområdet (II). Detta kan relateras till internationella studier som har visat på goda resultat från sjuksköterskeledda bensårsmottagningar (Lindsey, 2004; Shuter et al., 2011). Distriktssköterskors arbete med sårbehandling innehåller både planerad och oplanerad verksamhet, vilket kan innebära både bedömning och behandling av komplexa vårdbehov hos vårdsökande (Dickson et al., 2011). De komplexa svårläkta såren anses som mest kunskapskrävande i behandlingssammanhang (III) och kräver konsultation med både allmänläkare och hudmottagning (I, II, III).

7.1.11 Tillämpning av kunskap ur allmänläkarens perspektiv

Allmänläkare tillämpar sin kunskap i sårbehandling genom att bli tillkallad vid behov och har således en mer sporadisk delaktighet i sårbehandlingen (IV). De komplexa svårläkta såren beskrivs som mest kunskapskrävande vid sårbehandling (IV). Konsekvensen av att allmänläkare endast har sporadisk del i sårbehandlingen (I, II, IV) leder till små möjligheter för dem att tillämpa sina kunskaper i handling (IV) och därmed även till att utveckla sina kunskaper på området. Allmänläkare upplever att de har en konsultfunktion för rådgivning och att de kommer in sent i patientens behandling (IV). Då kunskap utvecklas genom att handla, till exempel genom att tillämpa kunskapen i sårbehandling, får det konsekvenser för kunskapen och kunskapsutvecklingen. Den erfarenhetsbaserade kunskapen värderas högt av läkarna (IV). Detta kommer till uttryck då de beskriver sin vilja till mer delaktighet i sårbehandling. Läkarnas behov av att kontinuerligt ställas inför sårproblematiken understryks av det faktum att vissa läkare ser antibiotika som en rutinmässig behandling vid venösa bensår (IV). Utifrån Kolbs (1984) tankar behövs både erfarenhet, reflektion och teori, eller snarare, att kunna omsätta teorin i det praktiska handlandet för att lärandet ska leda till kunskapsbildning och till optimal tillämpning.

7.1.12 Tillämpning av kunskap ur studentperspektiv

Studenterna (V) uppfattar IPL som ett verktyg för att få tillgång till varandras handlande vid sårbehandling inom respektive kunskapsområde. Sjuksköterskestudenterna påtalar vikten av att utnyttja sjuksköterskans erfarenhetsbaserade kunskaper vid beslut om behandling. Detta har sin grund i deras verksamhetsförlagda utbildning där de hade observerat att antibiotika ordinerades på lösa grunder i sårbehandling. Läkarstudenterna anser det viktigt att få kunskap

om respektive yrkes ansvarsområden vid sårbehandling för att få trygghet i tillämpning av kunskapen. För en samverkande yrkespraktik är det viktigt att ansvarsområden tydliggörs under grundutbildningen (Khalili et al., 2013). Detta ger förutom yrkesidentitet, även förståelse för de professionella gränserna i respektive profession (Newhouse & Spring, 2010). Att bryta barriärer och främja jämställdhet genom att mötas och diskutera under opretentiösa förhållanden, ses av studenterna som en viktig del i IPL (V). Detta kan skapa en grund för en framgångsrik samverkan och respekt för varandras kunskaper och färdigheter (Ateah et al., 2011). När studenterna lär sig att kommunicera och diskutera praktiska aspekter kring verklighetsbaserade patientfall kan ett viktigt bidrag av IPL vara att studenterna lär sig utnyttja varandras kompetenser i sårbehandling. Detta kan även motverka fragmentisering och förhindra bildandet av negativa stereotyper (Carpenter, 1995).

7.2 DISKUSSION UTIFRÅN PROFESSIONSTEORETISKT PERSPEKTIV

Enligt Abbott (1988) är en yrkesgrupps kontroll över det egna yrkesområdet centralt och benämns som jurisdiktion. Förutsättningar för jurisdiktionen är dels att medlemmarna i professionen betraktas som experter och att de har kontroll över tillämpningen av sin kunskap, och dels att professionen har allmänhetens acceptans. Distriktssköterskorna ger uttryck för den handfasta, praktiska tillämpningen i sårbehandling. Det framkommer i resultatet (II) att de strävar mot professionell, personcentrerad vård, som leder till en handlingsorientering och ett förhållningssätt i relation till patienten som person, där helhetssynen är viktig. Deras strävan mot skicklighet i sårbehandling är tydlig (II). Detta kan utifrån Abbotts synsätt ses som att distriktssköterskorna strävar mot yrkesmonopol dvs. till att ha kontroll över tillämpningen av sin kunskap och därmed kontroll över det egna yrkesområdet. För att upprätthålla sin jurisdiktion behöver professionen även allmänhetens godkännande. Detta uttrycks i att patienterna med sår dels hänvisas per automatik av mottagningspersonalen till distriktssköterskan, dels att patienterna i första hand söker vård och behandling hos distriktssköterskan i stället för läkaren (IV). Allmänläkarna uppfattar sin roll som sekundär i sårbehandling, där agendan sätts av distriktssköterskan (IV). Detta kan ha att göra med hur jurisdiktionen dvs. allmänläkarnas professionella yrkesutövning inom sårbehandling uppfattas av omgivningen dvs. av personer som söker vård och behandling för sina sår, samt av personal som först möter patienten på mottagningen. Yrkesgruppernas yrkesutövning dvs. jurisdiktionen påverkas och förändras av kunskapsutvecklingen och av ny teknologi, vilket kan förändra sammansättningen och karaktären av de arbetsuppgifter som yrkesgrupperna har att hantera (Abbott, 1988). Inom sårbehandling sker en ständig utveckling och nya behandlingsmetoder tillkommer (Alavi et al., 2016). Dessa metoder kan vara lättare för distriktssköterskor att ta till sig då de dels har en nära relation till patienterna med möjligheten att följa sårutvecklingen, dels håller i kontinuiteten i patientens behandling (II, III, IV). Detta kan stärka distriktssköterskors professionella yrkesutövning inom sårbehandling dvs. deras jurisdiktion.

Jurisdiktionen kan konkurrera med organisationens krav på effektivitet och gränserna för yrkesgruppernas åtagande kan därmed bli flytande (Abbott, 1988). I resultatet (II, III, IV)

framgår att båda yrkesgrupperna kämpar med tidsbrist som gör att de har svårt att uppdatera sina kunskaper. Distriktssköterskor har en tidskrävande hemsjukvård (II) och allmänläkare måste prioritera andra kunskapsområden som anses mer angelägna (IV). Organisationens krav på effektivitet kan således ställas mot yrkesgruppernas möjligheter till utveckling i sårbehandling. I linje med Abbott framkommer det i resultat (I, II, III, IV) att gränserna för olika yrkesgruppers ansvarsområden i praktiken är flytande, och inte alltid överensstämmer med den offentliga beskrivningen av professionerna. Att ansvarsområden i sårbehandling framstår som otydliga (I, II) och att distriktssköterskor tar på sig ansvaret för sårdiagnostisering (I) framgår tydligt. Att ställa etiologisk diagnos på såren samt att utreda bakomliggande orsaker till sårbildning ingår i allmänläkares ansvarsområde (SFAM, 2016). Distriktssköterskors omvårdnadsansvar innefattar att sårbehandling utförs på ett optimalt sätt (Lindholm, 2016). Distriktssköterskor upplever att läkarna saknar både intresse för och kunskap i sår och sårbehandling (I, II, III). Detta kan ses mot allmänläkarnas möjligheter till kunskapsutveckling, både teoretisk och praktisk, men också mot diagnosprocessen som beskrivs som otydlig (IV). I resultatet (IV) framkommer att läkarna var tidspressade och att detta var anledningen till att de prioriterade andra kurser än fördjupningskurser i sår och sårbehandling. Ansvarets otydlighet kan också ses utifrån en konkurrenssituation. Distriktssköterskorna upplevde trygghet i deras sårbedömningar och framförde önskan om självständighet och utökade befogenheter (II). Således kan studiens resultat antyda att distriktssköterskorna i linje med Abbott eftersträvar mer kontroll och inflytande över deras arbetsuppgifter inom sårbehandling dvs. yrkesmonopol.

Abbott (1988) menar att en professions styrka hänger ihop med dess kunskapssystem och abstraktionsförmåga. Som profession vilar både distriktssköterskor och allmänläkare på vetenskaplig bas dvs. abstrakt kunskap. Den abstrakta kunskapen måste översättas och konkretiseras utifrån en given situation, i det här fallet handläggning av patienter med sår. Abstrakt kunskap i sårbehandling innebär således ett både vetenskapligt som praktiskt kunnande, samt att omsätta den vetenskapliga kunskapen i handling. Resultatet (III, IV) visar att både distriktssköterskors och allmänläkares kunskapsutveckling mestadels sker genom kliniska erfarenheter samt via utbildningsaktiviteter arrangerade av företag. För distriktssköterskor innebär den kliniska erfarenheten omfattande erfarenhetsbaserad kunskap och lyfts fram som något positivt. De anser att de har kunskap att så gott som självständigt lösa problem som rör deras yrkesutövning i sårbehandling (II, III). Allmänläkare får begränsad klinisk erfarenhet och de förlitar sig på distriktssköterskors kompetens. Samtidigt anser de att de kommer in sent i patientens behandling (IV). Allmänläkare önskar träffa fler patienter med sår för att erhålla klinisk erfarenhet inom sårbehandling medan distriktssköterskor ser sårbehandling som sitt kunskapsområde, utifrån det patientnära arbetet och deras kliniska erfarenhet. Enligt Abbotts synsätt kan detta tolkas utifrån kamp och interprofessionell konkurrens på arbetsplatsen om kunskapsmonopolet.

Abbott (1988) menar att unika kunskapssystem enbart kan förmedlas av den som tillhör professionen. Kunskapen blir på det sättet legitim genom dess praktiska användning i den dagliga verksamheten. Distriktssköterskor anser det som svårt att diskutera med allmänläkare

då de upplever kunskapsbrist hos dessa i sårbehandling. Istället vänder de sig till hudmottagningen (II, III). Detta kan få som konsekvens att samverkan mellan yrkesgrupperna undermineras. Att de båda yrkesgrupperna uppdaterar sina kunskaper mestadels genom företagsinformation kan innebära ensidig information. Den abstrakta kunskapen i sårbehandling för dessa yrkesgrupper är med andra ord till stor del beroende av den kunskap som förmedlas av olika företag. Abbott menar att ett kunskapsområde utgör ett ramverk att hålla sig till men är också exkluderande i förhållande till andra professioner. Utifrån detta synsätt antyder resultatet att allmänläkare är exkluderade i bemärkelsen av att de bara agerar sporadiskt i sårbehandling, som tillkallade konsulter och koordinators, mestadels för remitteringsförfarande (I, II, IV).

Enligt Abbott (1988) kan yrkesgrupper även välja att samverka i professionella frågor och öppna upp för andra grupper. Detta framgår tydligt i studierna (I, II, IV) då yrkesgrupperna önskar kontinuitet i samverkan där olika kompetenser kompletterar varandra. Denna önskan motverkas dock av organisationens otydlighet och brist på rutiner och riktlinjer (I, II). Abbott menar att yrkesutövare som har möjlighet att applicera sina teoretiska kunskaper i praktiken har högre status inom yrkesgruppen, än de som på sina arbetsplatser är mer beroende av andra kunskapssystem. Högre status medför även högre grad av autonomi. Utifrån ett professionsperspektiv karakteriseras en profession just av autonomi. För mycket autonomi kan dock utgöra ett skydd för den egna professionen vilket kan leda till problem ur samverkansperspektivet, om arbetsgrupperna arbetar teambaserat. I resultatet framgår att yrkesgrupperna arbetar multiprofessionellt snarare än i team (I, IV). Detta innebär att de har parallella verksamheter med minimal interaktion istället för samverkande vårdteam med delat ansvar för patienter med sår (jmf. Thylefors et al., 2005). I resultatet (IV) framkommer att informanterna påpekar politiska beslut som styrfaktorer för verksamheten och att dessa ligger bakom organisationen. Detta har medfört att teamarbete mellan läkare och distriktsköterska har tagits bort med konsekvens att möjlighet till samverkan mellan professionerna har försämrats då yrkesgrupperna inte har något naturligt sätt att dela arbetet mellan sig.

När en autonom profession utbildar sina egna medlemmar för att skydda dem från yttre inblandning (Abbott, 1988) innebär det ett professionsinriktat undervisningssystem. Detta kan resultera i att förutsättningarna blir sämre för professionsöverskridande samverkan (Khalili et al., 2013; Khalili et al., 2014). Både sjuksköterske- och läkarstudenterna har observerat gamla traditioner och auktoritära attityder samt hierarki i vården vilket de betraktar som möjliga hinder för samverkan mellan professionerna (V).

7.3 METODDISKUSSION

Detta avhandlingsarbete består av fem delstudier. För att få kunskap om det valda fenomenet ansågs både kvantitativ- och kvalitativ design som lämpliga (Patton, 2002). Dessa två olika metodologiska val innebär olika angreppssätt i de olika studierna. Kvantitativ design kännetecknas av att den är strukturerad och formaliserad, dvs. är en metod som definierar vilka förhållanden som är av särskilt intresse utifrån den frågeställning som valts. Respondenten har liten möjlighet att utforma eller berätta hur hen själv upplever frågorna.

Den information som erhålls ska kunna kvantifieras och uttryckas i siffror (Cormack, 2000). En kvalitativ design innebär primärt ett förståande syfte, och är inte inriktad på att pröva en generell giltighet. Det centrala är istället inriktat på att få en djupare förståelse av de studerade frågeområdena utifrån informanternas perspektiv (Patton, 2002). Metoden kännetecknas av närhet till den källa som forskaren hämtar sin information från, dvs. från informanter. Informationen samlas in under former som ligger så nära vanliga och vardagliga samtal som möjligt (Kvale & Brinkmann, 2009).

7.3.1 **Kvantitativ design med enkät**

Enkätstudien genomfördes i form av en pilotstudie i delstudie **I** och har både styrkor och begränsningar. Eftersom syftet med denna delstudie var att dels undersöka förekomsten av sårtyper och vilka typer av sår som behandlas i primärvården av distriktssköterskor, och dels att undersöka ansvarsområden och hur samverkan mellan andra yrkesprofessioner kring sårbehandling sker, valdes en enkätstudie. Om syftet med studien bara hade varit att studera distriktssköterskors samverkan med andra yrkesprofessioner kunde jag endast ha genomfört intervjuer men då gått miste om annan viktig kunskap. För studien utarbetades en enkät bestående av sårregistreringsformulär och frågeformulär utifrån validerad enkät (Ebbeskog et al., 1996). Frågornas interna validitet kontrollerades utifrån face-validitet och innehållsvaliditet genom att två distriktssköterskor fyllde i enkäten (Polit & Beck, 2010). Detta resulterade i att små korrigeringar gjordes, såsom precisering av sårtyper i sårregistreringsformuläret och mer detaljerade frågor i frågeformuläret. Slumpmässigt urval tillämpades av deltagande distriktssköterskor. Även om man inte kan vara helt säker på att alla distriktssköterskor registrerade alla olika sårtyper under studiens genomförande hade alla besvarat samtliga frågor både i sårregistreringsformuläret och i frågeformuläret. Registrering av olika sårtyper i registreringsformuläret bygger på distriktssköterskors kunskap i att identifiera olika sårtyper utan att någon medicinsk undersökning har genomförts av sårens etiologiska orsaker. Detta förfarande har även används i tidigare större studier (Ebbeskog et al., 1996; Öien et al., 2000). Då det är begränsat med både nationell som internationell forskning på området samt att det saknades enkät som innefattar både typ av sår samt organisatoriska och samverkansaspekter, valdes att göra en pilotstudie. Detta innebär att studien gjordes i liten skala för att testa studiens konstruktion (Cormack, 2000). Styrkan i studien är att dess design bidrar till att typer av sår som behandlades av distriktssköterskorna under tidsperioden som var en vecka, måndag till fredag registrerades. Även aspekter av samverkan med andra professioner och organisatoriska faktorer blev uppmärksammade. Studien ger också en bild av verkligheten ur distriktssköterskans perspektiv. Svagheten i studien är framförallt att urvalet är litet vilket gör att resultatet ej går att generalisera, men det öppnar samtidigt upp för intressanta studier i framtiden.

7.3.2 **Kvalitativ design med Individuella intervjuer och innehållsanalys**

Styrkan i kvalitativ design med individuella intervjuer är att den ger möjlighet att utforska enskilda individers synpunkter, upplevelser och erfarenheter (Patton, 2002). Styrkan i individuella intervjuer kan därför i de ingående delstudierna (**I**, **II**, **III**, **IV**) vara att dem

erbjuder en möjlighet att förstå det studerade området ur distriktssköterskors och allmänläkares perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2009). Urvalet av deltagare till de individuella intervjuerna (**II**, **III**, **IV**) gjordes strategiskt med avsikt att få variation i datamaterialet (Patton, 2002). I delstudie **II** och **III** har alla deltagare lång erfarenhet som sjuksköterska, men för att få variationer valdes distriktssköterskor med olika lång yrkeserfarenhet från primärvård, samt att två av deltagarna var män. Ytterligare variation erhöles med distriktssköterskor från olika vårdcentraler belägna i olika delar av storstaden, samt att distriktssköterskorna var både privatanställda och anställda i landstinget. I deras arbete ingår både hemsjukvård och mottagningsverksamhet. För att få variation avseende läkarnas erfarenhet (**IV**), valdes allmänläkare med olika lång yrkeserfarenhet. Ytterligare variation erhöles då allmänläkare från både landstingsdrivna och privata vårdcentraler inkluderades. Vårdcentralerna var belägna i både storstadsområdet och i en mindre stad. Både män och kvinnor deltog i studien.

Vid intervjuerna har jag använt mig av en intervjuguide med frågeområden för att undvika påverkan av min egen yrkeserfarenhet (**II**, **III**). Risken hade annars varit att jag omedvetet styrt samtalet alltför mycket mot min egen kunskap, och mot min egen förförståelse (Patton, 2002). För att få fram innehållsrika beskrivningar med informanternas egna ord (Kvale & Brinkmann, 2009) har informanternas upplevelser och erfarenheter varit i fokus vid intervjuerna. Min egen erfarenhet som distriktssköterska har kunnat bidra till att skapa ett klimat som präglats av trygghet och förtrolighet, vilket har bidragit till ett innehållsrikt datamaterial (**II**, **III**). Intervjuerna med allmänläkare (**IV**) har samlats in av personer med tre olika professioner: omvårdnad, medicin och pedagogik. Styrkan med författartrianglering är att den ger möjlighet att granska och tolka intervjuer från olika perspektiv, och kan därför ge utrymme för variationsrikedom (Erlingsson & Brysiewicz, 2013; Patton, 2002). Vid intervjuerna (**IV**) har samma intervjuguide med både frågeområden samt förslag på följdfrågor använts av samtliga intervjuare. För att tillförsäkra intervjuguidens validitet har den testats i fem intervjuer av två legitimerade sjuksköterskor med erfarenhet från primärvården. Syftet med dessa var dessutom att bedöma om det förekom frågor som kunde missförstås eller var otydliga (Patton, 2002). Efter det gjordes små korrigeringar i intervjuguiden. Dessa intervjuer ansågs innehållsmässigt vara av god kvalitet och har därför inkluderats i studien. Intervjuarnas olika bakgrunder kan ses både som en styrka och som en svaghet. Den kunskap som produceras i en kvalitativ forskningsintervju konstitueras av själva interaktionen, i den specifika situation som skapas mellan en intervjuare och en intervjuperson (Kvale & Brinkmann, 2009). Styrkan i intervjuerna är att intervjuarnas olika bakgrund kan bidra till ett rikt och varierat datamaterial. Svagheten är att intervjupersonens uttalanden kan vara mångtydiga och motsägelsefulla och det kräver kunskap i ämnet hos intervjuaren, eftersom hen ska fånga upp och tolka det som sägs, och även sättet på vilket det sägs (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuguiden garanterade att alla frågeområden blev besvarade både förutsättningslöst och mer ämnesspecifikt. Styrkan i studien är också att analysarbetet mestadels har genomförts av författarna som representerar omvårdnad och medicin och är därmed är bekanta med ämnesområdet.

För delstudierna **II**, **III**, **IV** har en kvalitativ innehållsanalys använts för att analysera den data som samlats in genom individuella intervjuer. Fördelen med kvalitativ innehållsanalys är att den har fokus på tolkning av intervjutext och att den kan anpassas till studiens syfte. Kvalitativ innehållsanalys kan således definieras som en metod för att tolka innehållet i textdata genom en systematisk, iterativ process av kodning och identifiering av kategorier och teman (Krippendorff, 2013; Patton, 2002). Ett karakteristiskt drag av kvalitativ innehållsanalys är att den har betoning på sammanhanget och subjektet (Graneheim & Lundman, 2004), ett annat är att metoden hanterar data på olika tolkningsnivåer (Patton, 2002). Tolkningsnivån kan vara manifest, vilket betyder att analysen håller en textnära nivå, eller latent som innebär tolkning av den underliggande meningen i texten (Graneheim & Lundman, 2004). Kvalitativ innehållsanalys valdes för att nå respektive syften i delstudie **II**, **III** och **IV**. Syftet med delstudie **II** var att studera distriktssköterskors upplevelser av omvårdnadshandlingar vid sårbehandling och jag valde att analysera texten med inspiration från Graneheim och Lundman (2004). Detta för att kunna identifiera det latent innehåll i texten. Det innebar att leta efter och tolka meningsbärande enheter i form av ord och meningar med liknande innehåll som är relaterade till studiens syfte. Anledningen till valet av latent innehållsanalys i delstudie **II** var också att distriktssköterskorna skulle ha reflekterat över frågeställningarna från delstudie **I**. Frågeställningarna fördjupades sedan vid intervjun och med latent innehållsanalys som innebär en tolkande analys kunde jag nå detta syfte. Åtta deltagare (**II**) kan betraktas som ett fåtal och en begränsning, men alla deltagare hade även deltagit i delstudie **I**, och var väl insatta i ämnet. Deltagarna kunde därför reflektera över och fördjupa resonemanget kring sina omvårdnadshandlingar vid sårbehandling, och detta ansågs som en fördel för denna delstudie (**II**). Syftet med delstudie **III** var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av kunskap och kunskapsutveckling vid sårbehandling, varför textens faktiska innehåll var i fokus. En analys som håller sig nära den ursprungliga texten kan återge det konkreta och textnära innehållet, varför analysarbetet genomfördes med manifest innehållsanalys (Elo & Kyngäs, 2007). Om syftet hade varit att beskriva kunskap på olika nivåer, ”mer eller mindre kunskap” hade jag kunnat välja en enkätstudie. Avsikten var dock att erhålla mer nyanserad kunskap, förmedlad av informanterna. Dessutom hade hälften av distriktssköterskorna även deltagit i delstudie **I** och **II** vilket gav möjligheten att reflektera kring frågeområden på ett bredare plan. Då syftet i delstudie **IV** var att beskriva hur allmänläkare uppfattar sin roll i sårbehandling, med fokus på kunskap och kunskapsutveckling och samverkan med distriktssköterskor vid sårbehandling, valdes tematisk innehållsanalys för att bearbeta och analysera intervjuerna (Braun & Clarke, 2006). Analysen av intervjuerna präglades av induktivt synsätt dvs. ”öppenhet” vid kodning av intervjuerna. Då syftet med denna delstudie innehåller olika delar; roll, kunskap och samverkan erbjuder den tematiska innehållsanalysen ett verktyg för att sammanfatta de centrala teman som framkommer vid analysen och beskriva deltagarnas uppfattningar på ett textnära sätt (Tuckett, 2005).

Kvalitativ innehållsanalys innefattar analytiska metoder som utgår från deltagarnas berättelser om sina upplevelser och erfarenheter (Patton, 2002). Sammantaget är arbetsgången i de olika

analysmetoderna som jag har använd mig av likartade (II, III, IV), och det finns därför vissa likheter mellan metoderna. Fokus i respektive analys har varit att beskriva variationer genom att identifiera likheter och skillnader i intervjutexterna. Dessa likheter och skillnader har sedan uttryckts i kategorier och teman på olika tolkningsnivåer. Sett ur tidsperspektivet var det den kvalitativa innehållsanalysen enligt Graneheim och Lundman (2004), som användes vid tidpunkten för delstudie II. Den ger ökad kunskap i och förståelse för de begrepp som har använts i innehållsanalysen vid analysförfarandet. Att använda innehållsanalys i delstudie III enligt Elo och Kyngäs (2007), medförde att det studerade fenomenet kunde beskrivas på ett textnära sätt. För att summera mina erfarenheter av kvalitativ innehållsanalys synes det som att arbetsgången är likartad varför det är viktigt att noggrant beskriva de olika stegen i analysprocessen, och att vara konsekvent i användandet av begreppen i respektive metod (Krippendorff, 2013).

7.3.3 Design med multipla metoder

För att fånga in sjuksköterske- och läkarstudenternas attityder till interprofessionell samverkan och deras uppfattningar om varandras kommande profession vid sårbehandling, har både enkät och fokusgrupper använts (V). Urvalet av sjuksköterskestudenter från termin fyra och läkarstudenter från termin sex grundar sig i att båda studentgrupperna har ämnesområdet med sår på schemat, samt har haft praktik i primärvården där patienter med sår behandlas. Styrkan med att använda multipla metoder i samma studie och att inkludera två olika grupper av studenter är att man kan belysa olika aspekter i det studerade fenomenet. Fördelen med att använda både enkät och fokusgrupper i samma studie var också att jag har fått både bredd och djup i datamaterialet (Cormack, 2000; Patton, 2002). För att hitta ett lämpligt instrument för datainsamling med enkät, gjordes en litteratursökning. Denna sökning resulterade i tre möjliga alternativ: *“The Attitudes to Health Professionals Questionnaire”* (AHPQ), *“Readiness for Interprofessional Learning Scale”* (RIPLS) och *“Jefferson Scale of Attitudes towards Physician-Nurse Collaboration”* (Gillan, 2011; Hawkes et al., 2013). Dessa enkäter jämfördes och diskuterades med medförfattarna utifrån studiens syfte. AHPQ mäter hur vårdande en typisk medlem av ett yrke uppfattas som. Denna variabel motsvarade inte syftet för föreliggande studie varför denna enkät uteslöts. RIPLS skalan har använts både internationellt och nationellt för att mäta hur väl studenter anser sig vara förberedda till interprofessionell samverkan, samt deras attityder till samverkan, vilket delvis motsvarar syftet med denna studie. Fördelen med denna enkät är också att den är översatt till svenska samt validitetstestad i svenska studier (Lauffs et al., 2008). Enkätfrågorna upplevdes dock ha mer fokus på hur förberedda studenterna är till samverkan, snarare än deras attityder till samverkan, varför denna enkät utelämnades. *“Jefferson Scale of Attitudes towards Physician-Nurse Collaboration”* mäter attityder till interprofessionell samverkan mellan sjuksköterska och läkare och har använts i både internationella studier (Zheng et al., 2016) och i nationella studier, på både professionell- och studentnivå (Hansson et al., 2010 a; Hansson et al., 2010 b). Fördelar med denna enkät ansågs vara att enkäten har fokus på interprofessionell samverkan, dess breda användning och att den är översatt till svenska, varför enkäten ansågs som ett lämpligt instrument att använda i denna delstudie (V).

Enkätinstrumentet “*Jefferson Scale of Attitudes towards Physician-Nurse Collaboration*” är validerat och har reliabilitetstestats på amerikanska läkar- och sjuksköterskestudenter (Hojat et al., 1999). Svaghet i enkätinstrumentet är att de flesta av frågorna i enkäten har fokus på läkarens attityder till sjuksköterskors kvalifikationer och på deras roll som jämbördiga partner till läkaren, och inte i samma utsträckning på sjuksköterskors uppfattningar om läkarnas arbetsuppgifter. Att ingen skillnad i studenternas attityder till samverkan mellan sjuksköterska och läkare före och efter IPL (V) kunde identifieras kan möjligtvis kunna förklaras med svaghet i själva enkätinstrumentet. Det är möjligt att ett annat instrument med lika mycket fokus på båda professionerna hade gett annat resultat. Att sjuksköterskestudenterna skattade högre än läkarstudenterna på enkätskalan är i linje med tidigare studier (Delunas & Rouse, 2014; Hojat et al., 1999). Resultatet antyder därför att sjuksköterskestudenterna är mer positiva till samverkan mellan sjuksköterska och läkare än läkarstudenterna. Den gemensamma lärandeaktiviteten (IPL) var obligatorisk för läkarstudenterna men inte för sjuksköterskestudenterna. Det är möjligt att endast sjuksköterskestudenter som var intresserade av att lära sig mer av sårbehandling kom till IPL aktiviteten och detta kan ha påverkat resultatet. Å andra sidan har enkätfrågorna endast fokus på samverkan mellan sjuksköterska och läkare, och inte på sårbehandling. En svaghet är också att enkäterna inte var märkta med anonyma ID på enkätsvaren. Då lärandeaktiviteten var obligatorisk för läkarstudenterna men inte för sjuksköterskestudenterna, går det därför inte att jämföra skillnader mellan individer före och efter IPL aktiviteten. Dock består deltagarna som fyllde i enkäten före och efter IPL aktiviteten av samma studentgrupp. För att det inte gick att säkerställa matchade före- och efter-par på enkätsvaren användes endast totalpoäng för att indikera om skillnader förelåg på svarspoängen. Mann-Whitney test valdes för att det är en robust metod och den som strikt räknat bäst passar för analys av rangordnade variabler.

Fokusgrupperna (V) har genererat ett rikt datamaterial och synpunkter från studenterna då enkätdimensionerna användes som struktur vid intervjuerna. Detta har möjliggjort en fördjupning av enkätfrågorna som även riktades mot sårbehandling. Att kombinera enkätdimensionerna med fokusgrupperna erbjöd också möjlighet att erhålla en helhetsbild i relation till studiens syfte (Creswell et al., 2011; Patton, 2002). Detta för att de olika datainsamlingsmetoderna är känsliga för olika nyanser av det studerade fenomenet (Patton, 2002). Skillnaden med andra (grupp) intervjuer är att fokusgrupper kan generera data genom interaktion mellan deltagarna (Ivanoff & Hultberg, 2006; Kvale & Brinkmann, 2009). För ett samtal i fokusgrupp är grundprincipen att underlätta för deltagarna att öppna upp och uppriktigt berätta om sina erfarenheter om det studerade ämnet (Ivanoff & Hultberg, 2006). Metoden har både för- och nackdelar utifrån sin speciella karaktär, som beskrivs vara som ett samtal mellan flera individer. Styrkan hos metoden anses vara gruppdynamiken och dess karaktär av en interaktiv kontext. Detta ansågs som fördelaktigt då studenterna kunde diskutera och reflektera med varandra mot både enkätdimensionerna samt mot den gemensamma lärandeaktiviteten, och att de gjorde kopplingar gentemot deras kliniska praktik i primärvården.

Gruppens sammansättning anses som en viktig del, både med dess homogenitet och dess storlek (Ivanoff & Hultberg, 2006). Studenterna indelades i monoprofessionella grupper eftersom grupptillhörigheten kan skapa en positiv inverkan på gruppdynamiken och underlätta grupsammanhållningen (Ivanoff & Hultberg, 2006; Patton, 2002).

Rekommenderad gruppstorlek varierar i litteraturen, från sex till tolv deltagare per grupp. En grupp bör vara tillräckligt stor för att generera tillräckligt med information om det studerade ämnet, men tillräckligt liten för att alla deltagare ska kunna ta del av diskussionen (Ivanoff & Hultberg, 2006; Morgan, 1996). Fokusgrupperna i delstudie V hade fem till åtta deltagare per grupp. Då samtalet har en icke styrande karaktär ges deltagarna också möjlighet att ställa frågor till varandra, be om förtydligande och kommentera varandras uttalanden. Genom att samtala och diskutera med varandra i gruppen vidgas perspektivet på det ämnesområde som ska utforskas, och aspekter synliggörs som annars hade blivit dolda för både deltagare och forskare (Krueger & Casey, 2014). Fokusgrupper skiljer sig från de individuella intervjuerna. Istället för att genomföra individuella intervjuer har intervjuaren, eller moderatorn, en viktig roll i fokusgrupperna för att stimulera samtalet och dynamiken i gruppen. Svårigheten för mig som moderator var att kunna avgränsa mig gemt mot mina egna erfarenheter och ämneskunskaper. Samtidigt var dessa en fördel för att kunna leda gruppen framåt i diskussionerna. Andra svagheter anges vara den relativt omfattande tiden som går åt till transkribering av intervjuerna samt dataanalysen (Ivanoff & Hultberg, 2006).

7.3.4 **Trovärdighet**

För att en studie ska betraktas som trovärdig används olika begrepp. Dessa begrepp är i grunden de samma i både kvalitativ som kvantitativ forskning. I den kvantitativa forskningen används vanligen begreppen validitet, reliabilitet och generaliserbarhet och motsvaras i den kvalitativa forskningen av giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). Dessa begrepp avser frågor om i vilken utsträckning som en studie mäter det som den ska mäta och om data har överensstämmelse med den verkligheten som ska skildras, samt i vilken utsträckning resultaten kan gälla i andra liknande sammanhang. Begreppen är dock inte direkt överförbara sinsemellan eftersom de olika forskningstraditionerna bygger på olika vetenskapsteoretiska grunder. Den kvalitativa forskningen bygger på reflekterande och tolkande metoder medan den kvantitativa bygger på statistiska metoder (Cormack, 2000; Patton, 2002). Grundläggande principer för trovärdighet i kvalitativ forskning är enligt Graneheim och Lundman (2004), att giltigheten belyses genom att valet av sammanhang och informant beskrivs noggrant. Giltigheten i resultaten i de kvalitativa studierna (**II, III, IV**) har bedömts utifrån att studiernas deltagare har presenterats och att deltagarna har beskrivit sina upplevelser och erfarenheter baserade på samma utgångsfrågor samt att autentiska citat har använts (Patton, 2002). Att välja deltagare med olika erfarenheter ökar möjligheten att beskriva frågeställningen från olika perspektiv och ger rikare variation av de fenomen som studeras (Patton, 2002). Trovärdigheten har också beaktats utifrån att en och samma person har gjort både datainsamling och analys och att analysen har granskats och diskuterats med handledarna (**I, II, III**).

I delstudie **IV** deltog flera personer i datainsamlingen. För att nå så tillförlitliga resultat som möjligt har samma frågeguide använts av samtliga, och där även förslag på följdfrågor har funnits med. Utifrån det ontologiska antagandet i kvalitativ forskning att verkligheten vilar på subjektiva varseblivningar, dvs. att verkligheten förstås på olika sätt av olika individer, ansågs flera intervjuare bidra till att berika datamaterialet och minska potentiella bias, som kan förekomma när en person ensam genomför datainsamling (Erlingsson & Brysiewicz 2013; Patton, 2002). Samtliga författare har deltagit i både datainsamling och databearbetning (**IV**). I databearbetning har valet av lämpliga meningsenheter betydelse. Den valda meningsenheten kan vara för bred och innehålla flera betydelser, eller den kan vara för smal och resultera i fragmentisering (Graneheim & Lundman, 2004). Detta har beaktats i databearbetningen. Giltigheten handlar också om att kategorier och teman ska motsvara data (Elo & Kyngäs, 2002). Ett sätt att närma sig detta är att visa representativa citat från den transkriberade texten. Ett annat sätt är att försöka nå överenskommelse mellan forskarkollegor, vilket dock inte behöver leda till en total överenskommelse utan snarare en diskussion om rimligheten i hur data har bearbetats och analyserats (Patton, 2002). Genom att noggrant beskriva giltighet och tillförlitlighet, dvs. sammanhang, urval av deltagare, datainsamling och analysprocess, ökar möjligheten att bedöma en studies överförbarhet till andra liknande sammanhang. Dock menar Graneheim och Lundman (2004) att det är läsarens beslut huruvida resultaten kan överföras till ett annat sammanhang.

Trovärdigheten kan också påverkas av kunskapen och kompetensen hos forskaren (Kvale & Brinkmann, 2009; Patton, 2002). Kunskap som produceras i en kvalitativ intervju bygger på intervjuarens kunskap om ämnet. När datainsamlingen till delstudierna gjordes var jag kursledare för några av deltagarna (**I, II, III**) i kursen 'sår och sårbehandling' vid Karolinska Institutet. Vid intervjuerna försökte jag för dessa tydliggöra att jag gjorde intervjuerna i rollen som forskare. Det kan dock inte helt uteslutas att deltagarna gav en mer positiv bild i deras beskrivningar av omvårdnadshandlingar och kunskap/ kunskapsutveckling vid sårbehandling, än som var fallet i verkligheten. När den som blir intervjuad är i ett beroendeförhållande till den som intervjuar kan detta påverka intervjun (Coar & Sim, 2006; Forsman, 2002). Av de rika berättelserna i intervjumaterialet kan denna påverkan dock anses som minimal och istället vara ett uttryck för en gedigen arbetserfarenhet på området.

Då den kvantitativa forskningen bygger på formaliserade och strukturerade metoder (Cormack, 2000), måste det mätinstrument som används uppfylla vissa krav för att mätresultaten skall kunna accepteras. Giltigheten, som motsvaras av validiteten i kvantitativ forskning, har därför att göra med mätningarnas pålitlighet. Ett pålitligt mätinstrument bör ha hög validitet. Mätinstrumentet skall också ge tillförlitliga mätresultat, dvs. mätresultaten skall ha hög reliabilitet. En mätningens reliabilitet definieras vanligtvis som graden av överensstämmelse mellan mätningar med identiskt samma metod på samma objekt (Erlingsson & Brysiewicz, 2013). Reliabilitet kan även avse konsistens i svaren och kan mätas med hjälp av olika statistiska metoder. I delstudie **V** har använts Cronbachs alfa för att mäta den interna konsistensen i enkätsvaren. Intern konsistens avser hur väl svaren i enkätfrågorna korrelerar med varandra. Den totala reliabiliteten var 0,64. Detta kan inte

jämföras med nationella studier (Hansson et al., 2010 b) då detta inte redovisas. I jämförelse med internationella studier (Delunas & Rouse, 2014; Hojat et al., 1999) där motsvarande mätning visar på 0,85 kan reliabilitet på 0,64 betraktas som lågt. Svarefrekvensen på 88% innebär väldigt hög svarefrekvens vilket ökar tillförlitligheten till resultat och de slutsatser som kan dras.

7.4 AVSLUTANDE REFLEKTIONER

I resultat framgår att yrkegrupperna arbetar multiprofessionellt i parallella verksamheter utan särskild interaktion med varandra. Således har yrkesgrupperna fokus på de egna arbetsuppgifterna som i stort utförs autonomt (jmf. Thylefors et al., 2005). Samverkan i förhållande till profession och organisation är dock gynnsam i bemärkelse att båda yrkesgrupperna ser samverkan som viktig och som en förutsättning för sårläggning, samt för ett adekvat omhändertagande av patienter med sår. Båda yrkesgrupperna strävar till att vara utförare av professionell sårbehandling. Distriktssköterskan, som har den nära relationen med patienten, kan ses som basen i sårbehandling som har helhetsperspektivet, och är den som håller i kontinuiteten i patientens behandling. Allmänläkarna uttrycker förtroende för distriktssköterskans profession i sårbehandling och önskar kontinuitet både i patientmötet och i samverkan mellan professionerna. Läkarna upplever att de får sparsamt med klinisk erfarenhet och anser att de borde engagera sig mer i sårbehandling. De upplever att patienterna stannar hos distriktssköterskorna utan att utredas vidare hos allmänläkaren och att de därför kommer in sent i patientens behandling. Distriktssköterskorna i sin tur ger uttryck för tvekan i deras samverkan med allmänläkarna på grund av att de upplever att läkarna har brist på engagemang, intresse och kunskap. Detta kan få som konsekvens att distriktssköterskor drar sig för att kontakta allmänläkarna. Istället anlitar de andra kanaler såsom hudkliniken. Förutsättningar till professionsöverskridande samverkan synes till stor del bero på organisatoriska faktorer. Då ansvarsområdena är otydliga påverkar det samverkan mellan professionerna. Gemensamma rutiner och riktlinjer i sårbehandling saknas och det påverkar även strukturen för samverkan. Detta i sin tur har påverkan på rutiner kring diagnosprocessen. Bristande organisatorisk struktur kan orsaka felbehandling om etiologisk diagnos för såret saknas och därmed ökar risken för förlängd läkningstid för patienten. Stabilitet i bemanning anses vara en förutsättning till att hitta sina roller i samverkan. Resultatet visar att distriktssköterskor och allmänläkare arbetar med parallella verksamheter utan särskild interaktion professionerna emellan. Således indikerar resultatet på behov av teambaserat arbetssätt med gemensamt ansvar för patienter med sår. Teambaserat arbetssätt beskrivs som avgörande för utfallet i sårbehandlingen med bättre och snabbare sårläggning (Moore et al., 2014).

Förutsättningar för att skaffa kunskap och att utvecklas i sin kunskap i sår och sårbehandling ter sig som ogynnsamt för både distriktssköterskor och allmänläkare. Det framkommer i studierna att de organisatoriska hindren med bristande stöd och intresse från arbetsledning gör att distriktssköterskorna har svårt att utveckla sin teoretiska kunskap i sårbehandling. I stället baseras kunskapen i sårbehandling till stor del på erfarenhetsbaserad kunskap. För

allmänläkarna är sårbehandling sekundärt och de ser på sin roll som konsult och koordinator. De får sparsamt med erfarenhet och tillkallas främst vid problem när sårläggningen inte framskrider som förväntat, framförallt när det behövs remiss till specialist. Detta gör deras del i patientens behandling fragmenterad. Att gå på kurser innebär för allmänläkare att arbetet ackumuleras vid frånvaro. Detta gör att kurserna måste prioriteras till förmån för andra kurser än sårbehandling. Att uppdatera sin kunskap kontinuerligt kännetecknar en professionell verksamhet. I denna studie framkommer att båda yrkesgrupperna mestadels erhåller teoretisk kunskap genom företagsinformation vilket kan betraktas som ensidig, och med risk för vinstintresse från företagets sida.

Med hjälp av Abbotts professionsteoretiska perspektiv (1988) kan ett samband mellan professionsöverskridande samverkan och professionernas autonomi synliggöras. Hög grad av autonomi kan ligga till grund för att distriktsköterskor och allmänläkare arbetar i parallella verksamheter. Enligt Abbott utbildar en autonom profession sina egna medlemmar vilket kan resultera i att förutsättningarna blir sämre för interprofessionell samverkan med andra professioner.

Hur kan man förbättra samverkan i sårbehandling mellan distriktsköterskor och allmänläkare i primärvården?. I resultat (V) framkommer att både sjuksköterske- och läkarstudenterna uppskattar den gemensamma verklighetsbaserade utbildningsaktiviteten i sårbehandling. De anser det värdefullt att gemensamt diskutera deras kommande yrkesroller och ansvarsområden. Likaså att utveckla kommunikationen dvs. hitta ett gemensamt språk under opretentiösa förhållanden. Under grundutbildningen socialiseras studenten in i sin kommande yrkesroll och tillägnar sig ett specifikt förhållningssätt till patienter, kollegor och annan vårdpersonal (Khalili et al., 2014; Hood et al., 2014). För att förändra praktiken och att anpassa den till kommande utmaningar föreslås därför förändringar i utbildningen (Khalili et al., 2013). Dock räcker det inte att bara socialiseras in i sitt eget yrke utan även till interprofessionell yrkeskompetens. Detta innebär bland annat att inse den egna rollens begränsningar och möjligheter samt att respektera de andra professionernas ansvar och kompetens (Hood et al., 2014; Khalili et al. 2013). Då olika discipliner har olika kognitiva kartor, dvs. olika kunskapsområden (Khalili et al., 2013) behöver studenterna skaffa kompetens och därmed trygghet i sina egna kunskapsområden för att kunna ta in andras bidrag i samverkan. Gemensamma utbildningsaktiviteter kan därför främja samverkan mellan yrkesgrupperna och hjälpa studenterna att identifiera sig med sin egen yrkesgrupp, men även med den andra yrkesgruppen. Därmed kan gemensamma utbildningsaktiviteter utveckla en samsyn professionerna emellan som grund för den framtida yrkesverksamheten. Att erhålla samsyn mellan professionerna anses överbrygga klyftan mellan yrkesgrupperna och vända multidisciplinärt arbete till interprofessionellt arbetssätt med integration mellan yrkesgrupperna (Khalili et al., 2013; Petrie, 1976).

Utmaningar på interprofessionellt lärande ur lärarperspektiv

Lärarperspektivet har inte varit i fokus i detta avhandlingsarbete. I egenskap av lärare i distriktsköterskeutbildning vill jag ändå kortfattat reflektera över vissa aspekter i studien. I

delstudie V ordnades IPL lärandeaktiviteterna i termin fyra i sjuksköterskeutbildningen (under primärvårdsavsnittet), och i termin sex i läkarutbildningen (under fördjupningskurs i dermatologi). För att kunna agera optimalt som lärare i IPL aktiviteter påtalas pedagogisk kompetens i IPL (Barnsteiner et al., 2007). Studenterna diskuterade professionsspecifika aspekter i samband med ett patientfall, både monoprofessionellt och i blandade grupper. Detta för att de först skulle få kunskap om den egna professionen innan de skulle ta in den andra professionens bidrag i samverkan (Petrie, 1976). För att agera pedagogiskt optimalt som lärare är det därför viktigt att lärarkompetensen kan täcka båda kunskapsområdena, då lärarkompetensen i IPL innefattar även kunskap om den andra professionens yrkeskultur (Khalili et al., 2014; Petrie, 1976). Schemaläggning är ytterligare en påverkansfaktor som kräver uppmärksamhet vid IPL (Barnsteiner et al., 2007; Rogers et al., 2016). I delstudie (V) består svårigheten av att läkarstudenterna är tillgängliga endast i slutet av terminen vilket gör att sjuksköterskestudenter som går primärvårdskursen i slutet av terminen kan delta i de gemensamma lärandeaktiviteterna, medan sjuksköterskestudenterna som går i början på terminen inte får möjlighet att delta då de är engagerade i andra kurser. Vidare påverkansfaktorer som påpekas i litteraturen, är organisatoriska strukturer som utformar beslutsfattandet inom utbildningarna (Curran et al., 2007; Khalili et al., 2013). För att utveckla IPL är det därför viktigt att utvecklingsinsatser riktas mot interprofessionell samverkan inom akademien (Steinert, 2005).

7.5 IMPLIKATIONER FÖR VÅRDPRAKTIK OCH UTBILDNING

Utifrån att yrkesgrupperna arbetar multiprofessionellt, dvs. i parallella verksamheter utan särskild interaktion med varandra, kan avsaknad av gemensam struktur för verksamheten påverka rutiner kring diagnosprocessen. Avsaknad av gemensam struktur kan hänvisas till organisatoriska hinder som bland annat leder till otydliga ansvarsområden. Men kan också leda till avsaknad av riktlinjer och rutiner som i sin tur kan påverka yrkesgruppernas agerande i sårbehandlingen i sin helhet och i synnerhet diagnosprocessen. Att det saknas dopplermätare i verksamheten kan anses som en allvarlig brist som förhindrar diagnossättning. Att utföra dopplermätning ingår som rutin vid diagnostisering av venösa och arteriella bensår. Då det brister i diagnosprocessen kan följden bli att patienter inte erhåller etiologisk diagnos. Detta kan leda till felbehandling med resultat att patienten drabbas med förlängd läkningstid. Om allmänläkarna endast har rollen som konsult och koordinator får de sparsamt med klinisk erfarenhet och därmed sämre möjligheter att utveckla sina kunskaper i sårbehandling. Konsekvensen kan bli att läkarna känner sig obekväma och fjärrar sig från sårbehandling. Detta kan leda till brist på engagemang och intresse hos allmänläkare vilket får konsekvensen att distriktssköterskorna ogärna konsulterar läkaren som då kommer in sent i patientens behandling. Följden blir att patienter behandlas utan etiologisk diagnos.

Det ogynnsamma klimatet i primärvårdens organisation för distriktssköterskor och allmänläkare gällande kunskap och kunskapsutveckling i sår och sårbehandling, kan få till följd att sårbehandling äventyras och utförs med gamla metoder. Då sårbehandling är dynamisk med en ständig utveckling av nya och bättre metoder för lokalbehandling av sår

innebär detta att patienterna blir drabbade och inte får sin behandling i enlighet med de senaste behandlingsmetoderna. Sår läkningen äventyras med längre läkningstid och onödigt lidande för patienten och som följd kan även kostnader för sårbehandling öka.

Distriktssköterskors helhetssyn och båda professionernas strävan till kontinuitet i behandling ger förutsättningar för professionell sårbehandling. Det framkommer i resultatet att bättre samverkan mellan professionerna ökar följsamhet till behandling och upplevs leda till bättre sår läkning vilket gynnar patienten.

Genom traditionella vårdutbildningar skapas homogenitet i den professionella yrkeskulturen. Detta får till följd att yrkesgrupperna har svårt att mötas och se varandras bidrag i mötet med patienten. Lärandeaktiviteten i sårbehandling (V) uppfattas som positivt av studenterna, samt att det finns tidigare studier som har visat på positiva resultat av IPL i den kliniska praktiken (Reeves et al., 2013). Det finns därmed anledning att inkludera kunskap om samverkan i vårdutbildningarna där studenterna får möjlighet att mötas, och möjlighet att utvidga sina kunskapsområden i sårbehandling. Genom att skaffa utbildningserfarenheter under studietiden kan man förmoda att dessa erfarenheter har positiv påverkan på den framtida yrkespraktiken, där interprofessionell samverkan mellan professionerna kan bli ett naturligt inslag i arbetet.

7.6 SLUTSATSER

Vid sårbehandling som utförs inom primärvården dominerar sårtyperna traumatiska sår av de akuta såren och trycksår och venösa bensår av de svårläkta såren. De två yrkesgrupperna i primärvårdens sårbehandling som har varit i fokus i detta avhandlingsarbete är distriktssköterskor och allmänläkare. Genom att ta deras enskilda perspektiv på sårbehandling får vi en rikare bild av hur samverkan fungerar i praktiken. Samverkan, baserad på dessa yrkesgrupper, upplevs vara bristfällig och distriktssköterskor tar i praktiken ett stort ansvar med lite stöd för deras omvårdnadshandlingar vid sårbehandling av allmänläkare. Samverkan vid sårbehandling upplevs begränsas av organisatoriska faktorer. Sjuksköterskestudenterna har observerat sjuksköterskans självständighet och helhetsperspektiv i sårbehandling, medan läkarstudenterna ser ansvaret för diagnos och tydlighet i ansvarsområden som viktiga. Båda studentgrupperna tror att ökad samverkan skulle gynna patienters sårbehandling. Dessa professionsgrupper efterfrågar redan under grundutbildningen större möjligheter till samverkan. En stark positiv attityd till samverkan hos studenterna bäddar därför för framtida samverkansmöjligheter under förutsättning att organisatoriska faktorer i vården stödjer detta.

Kunskap och kunskapsutveckling vid sårbehandling baseras mestadels på erfarenhetsbaserat lärande. Detta lärande leder till omfattande praktiska kunskaper i sårbehandling för distriktssköterskor, och begränsade praktiska kunskaper för allmänläkare. Möjlighet till teoribaserad kunskapsutveckling i sår och sårbehandling är begränsad för båda yrkesgrupperna. Allmänläkarna anser sig behärska diagnostiken vid svårläkta sår men inte sårbehandling utifrån ett helhetsperspektiv. Helhetsperspektivet inklusive lokalbehandling av sår anses ingå i distriktssköterskors kunskapsområde. För att ta till vara varandras kunskapsområden borde distriktssköterskor inkludera allmänläkare på ett tidigt skede i

sårbehandling, för att initiera diagnosprocessen. Detta skulle kunna gynna ett gemensamt lärande kring sårbehandling och ge kunskap om varandras handlande och därmed ge trygghet i tillämpning av kunskapen.

7.7 FORTSATT FORSKNING

Resultaten från delstudier (I-V) indikerar på behov av att genomföra mer forskning gällande samverkan inom primärvårdskontext med särskilt fokus på organisatoriska faktorer, kunskapsutveckling, kommunikation mellan yrkesgrupperna, samt studier från studentperspektivet. Dessa studier kan omfatta följande:

- Mer specifikt identifiera vilka faktorer i vårdcentralens organisation som kan stödja respektive hindra teamarbete särskilt gällande sårbehandling.
- Utforska faktorer i den organisatoriska kulturen som kan gynna positiv attityd till kunskapsutveckling med möjligheter till gemensam fortbildning för distriktssköterskor och allmänläkare i sårbehandling.
- Undersöka effekter och erfarenheter av professionsöverskridande sårforum för kunskapsbildning och kommunikation mellan yrkesgrupperna.
- Studera interprofessionella lärandeaktiviteter i sårbehandling även under VFU, i primärvårdens kliniska kontext.
- Genomföra långitudinella studier hur IPL under grundutbildning avspeglar sig i förutsättningar för samverkan mellan distriktssköterskor och allmänläkare.

8 SUMMARY IN ENGLISH

Background

In Sweden, most patients with wounds are treated within the primary health care system by DNs and GPs (Ebbeskog, 2003; Öien et al., 2000). Most patients with wounds are elderly and many of them have a long anamnesis with a prolonged healing period and relapses (Öien & Forssell, 2013). This requires adequate care and an assessment of the factors that may delay healing, as well as the choice of the best treatment. Studies have found that some patients are treated incorrectly; in regard to local wound care and aspects related to hygiene (Haram et al., 2003; Mooij & Huisman, 2016). For many slow healing wound cases, there is no medical diagnosis as basis for treatment (Mooij & Huisman, 2016). Although clinical guidelines have been formulated; the treatment of patients with leg and foot ulcers are not always in accordance with this information and standards of care. Both DNs and GPs perceive their wound skills inadequate (e.g. Graham et al., 2003; Haram et al., 2003; Smith-Ström & Thornes, 2008). The need for collaboration in wound treatment has arisen in recent years as it has been shown to promote wound healing (Öien & Ragnarsson Tennvall, 2006). Both the lack of knowledge in wound treatment and lack of collaboration in wound management gave reason to these studies of wound care in primary healthcare.

Aim

The overall aim of this thesis was to explore collaboration and knowledge development in wound management in the primary healthcare context.

Research focus:

Study I investigates the DNs' wound management, including wound appearance, assignment of responsibility for diagnosis and care, guidelines for wound treatment and co-operation with other professional groups.

Study II describes DNs' experiences of their nursing actions when treating patients with different types of wounds.

Study III describes DNs' experiences of knowledge and knowledge development in wound management when treating patients with different types of wounds.

Study IV describes GPs' attitudes towards knowledge and knowledge development in wound management and interprofessional collaboration with DNs.

Study V investigates attitudes and perceptions from nursing and medical students towards the other profession in relation to wound care.

Methods

The method for the thesis is based on both quantitative (**I**) and qualitative approach (**II-IV**). One study applied both quantitative and qualitative approach (**V**). The method for sub-study **I** was survey consisting of wound registration form and the questionnaire, and was carried out in five primary healthcare centres, situated in central Stockholm, and two of its suburbs. The method for sub-studies **II**, **III** and **IV** was qualitative individual interview to gain deeper

knowledge in and understanding of the DNs' and GPs' roles in wound management. The sub-studies included eight DNs (**II**), 16 DNs (**III**) and 16 GPs (**IV**) from primary healthcare centers situated in central Stockholm and its suburbs and a smaller city. In the interviews (**II**, **III**, **IV**) the interviewer used an interview guide with topics for support. DNs and GPs had varying professional experience and eight of DNs had special training in wound care.

Results

The results (**I**) reveal that collaboration with GPs was inadequate and consisted mostly of consultation in case of complications. DNs treated 283 patients with a total of 310 wounds. Pressure ulcers (18.1%) and venous leg ulcers (15.8%) were the most common of the slow healing wounds (48.5%). For acute wounds (33.6%), traumatic wounds, were the most common type of wound (19.4%). Traumatic wounds and pressure ulcers were the most common types of wounds treated in home healthcare. Of the total of 310 wounds about half were diagnosed by GPs (47.7%) and 37.4% by the DNs. Together diagnosed GPs and DNs 5.5% of the wounds. 9 patients had no diagnosis. DNs saw the wound management as their duty and made decisions about treatment strategies. The areas of responsibility in wound management for different categories of staff were not formulated. Common guidelines for local wound treatment was lacking for most DNs.

In sub-study **II**, the results show that the DNs felt responsibility for the care of the patients with wounds, and had confidence in their independent assessments. DNs considered the patient's general situation and provided continuity in care. Drawing up a wound treatment plan and regular reports were stated as being important in collaboration with other professionals. The results included even problems caused by poor organisation and stress caused by lack of time, lack of treatment rooms and equipment, as well as difficulties when treating patients in their homes.

In sub-study **III**, the results show that the DNs experienced that their wound care knowledge developed while treating different types of wounds. The concrete treatment situation allowed them to confront the problems involved and reflect on the treatment and care of patients, which in turn improved their knowledge in wound management and caused them to develop in the area. The nurses had different channels for information e.g. colleagues and dermatology clinic. The nurses felt that obtaining information from commercial sources was a good way of obtaining knowledge. The DNs felt a lack of support and interest from management in trying to maintain and develop their knowledge and skills in wound care. This was because of financial obstacles and they felt a lack of time.

In sub-study **IV**, GPs described their role as consultant and coordinator in charge of the diagnosis. They perceived their wound care knowledge as being on basic level and knowledge development was guided by their interests and priorities of the work. Collaboration with DNs was governed by organizational factors.

In sub-study **V**, an interprofessional learning activity was performed, in which nursing and medical students showed a positive attitude towards interprofessional collaboration. They experienced the need for clarity of roles in wound care. Further experiences were that

structures of authoritarian attitudes, care culture and old traditions were seen as obstacles to future collaboration. IPE was seen as a tool in to the profession.

Conclusions

The results show that both professional groups strive to be the provider of professional wound care. The DNs who have the close relationship with the patient may be seen as the base, as they have a holistic perspective in wound care and are holding the continuity of patient care. Conditions for knowledge development, however, are unfavorable for both professional groups. It emerged from the studies that the organizational barriers with lack of support and interest from the management made that the DNs found it difficult to develop their knowledge in wound care. In general, wound care, was seen as peripheral for GPs, and they saw their role as consultant and coordinator. They got sparingly with experience and were consulted only when problems occurred, and when wound healing was not presented as expected. This did their part in the patient's treatment fragmented. Use of knowledge will have consequences on the development of knowledge for GPs, and meant that they stayed up in their knowledge development. To update ones knowledge continuously characterizes a professional activity. This study revealed that the two professions mostly received theoretical knowledge through companies which may be considered as one-sided and at the risk of profit.

Conditions for interprofessional collaboration are good in the sense that both professional groups consider this as important and essential for wound healing and for adequate management of patients with wounds. However, DNs experienced collaboration with GPs as problematic due to experienced lack of commitment, interest and knowledge in GPs. GPs in turn felt that they had small opportunities to get clinical experience and that they should be more involved in treatment of the patients with wounds. They felt that the patients remained with the DNs and that they came in late in the patient's treatment. The organizational factors meant that there was no structure for collaboration which also influenced the procedures of the diagnostic process. Lack of organizational structure may cause malpractice and thus prolong the healing time for the patient. The result shows that the DNs and GPs are working with parallel activities and have contact only when problems occur. Thus, the results indicate the need for team-based approach that in various studies, have shown positive results for the treatment of wounds and wound healing (e.g. Öien & Ragnarson Tennvall, 2006).

Both DNs and GPs in primary healthcare are striving to be professional practitioners in wound care, but they cannot provide adequate treatment for patients with wounds (**I, II, III, IV**). DNs consult GPs rarely because they experience of lack of knowledge and interest in wound care by GP (**I, II, III**). GPs feel that they are engaged late in patients wound treatment due to the patient stays too long with the district nurse (**IV**). The knowledge of wound care is mostly based on experience, which means extensive experience of DNs (**III**), and the limited experience of GPs (**IV**). Opportunities for training in wounds and wound care need to be strengthened for both DNs and GPs (**III, IV**). Interprofessional collaboration in wound treatment is limited by organizational factors (**I, II, III, IV**). Interprofessional collaboration in wound care can be positively affected if the students already at the undergraduate level can work together in the joint training activities around the wound treatment (**V**).

9 TILLKÄNNAGIVANDEN

Först och främst vill jag framföra mitt varma tack till er alla som på olika sätt har stöttat mig. Särskilt tack riktar jag till alla distriktssköterskor, allmänläkare och sjuksköterske- och läkarstudenter som deltagit i mina studier. Utan er medverkan hade det inte varit möjligt att lyfta fram denna viktiga del gällande sårbehandling.

Tack till:

Min huvudhandledare Samuel Edelbring och bihandledare Desirée Wiegleb Edström i den senare delen av avhandlingsarbetet. Tack för er strävan till att producera förstklassiga resultat.

Britt Ebbeskog som var min huvudhandledare i den första delen av avhandlingsarbetet. Tack Britt för att du har stöttat mig på alla sätt och stått mig bi i ur och skur. Jag har alltid kunnat vända mig till dig för råd och stöd och känt av din uppmuntran. Stort tack.

Mina handledare i den första delen av mitt avhandlingsarbete: Anna Carin Wahlberg och Anne-Catherine Mattiasson. Tack för uppmuntran och betydelsefulla anvisningar.

Eva Doukkali för förstående och uppmuntrande ledarskap. Tänk vilken lycka att ha dig som chef. Du har uppmuntrat och stöttat mig i alla lägen. Du har alltid haft din dörr öppen och orkat lyssna! Ingenting är omöjligt med en chef som du!

Carry för alla fina 'lunchdiskussioner', och även andra diskussioner.

Min mentor Sonja Kullberg. Tack Sonja för att du finns! Vilka underbara diskussioner vi har haft. Tänk vilken lycka att ha någon som man kan bara komma till när som helst, som vet och som har förståelse, och som har förmågan att 'känna av'.

Birgitta Carlsson. Du har också varit helt underbar och stöttat mig under många år. Jag har alltid kunnat ringa till dig i både framgångar och motgångar.

Min syster Anita som tålmodigt har bistått mig i datorernas tekniska finesser. Vi är en stor familj, så jag vill förstås tacka alla mina syskon för förståelse för att 'Anne har inte tid'.

Malin Olsson som kommit med värdefulla synpunkter i skrivandet.

Min man som till stor del stått för "hemservisen" men också orkat stötta mig på annat sätt bl.a. har våra musikaliska stunder tillsammans bidragit till många goda tankar och idéer kring mitt skrivande.

Jag vill också rikta ett tack till min institution NVS och framför allt mina arbetskollegor. Hur det än är och trots att man försöker att 'göra jobbet' så kan man inte bortse från att omgivningen påverkas. Tack för tålmodet! Speciellt tack till Eleni, Ann-Mari, Sussi, Sandro, Mats för era tips och synpunkter i mitt skrivande.

Anders W. på biblioteket som tålmodigt har orkat hjälpa mig med tekniska problem.

Tack även till alla vänner och bekanta för ovärderligt stöd, intresse och uppmuntran och som har funnits runt mig. Det är skönt att kunna prata om andra saker än forskning ibland.

Tack för ekonomiskt stöd för att genomföra avhandlingsarbetet till:

*ALF- projektet "e-learning och interprofessionellt lärande i bensårsutbildning, projektledare Samuel Edelbring (senare delen av avhandlingsarbetet)

*Johanniterorden (första delen av avhandlingsarbetet)

*NVS, strategiska medel (första delen av avhandlingsarbetet).

10 REFERENSER

- Aase, I., Hansen, B. S., & Aase, K. (2014). Norwegian nursing and medical students' perception of interprofessional teamwork: a qualitative study. *BMC medical education*, 14(1), 170.
- Abbott, A. (1988). *The system of professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Acquavita, S. P., Lewis, M. A., Aparicio, E., & Pecukonis, E. (2014). Student Perspectives on Interprofessional Education and Experiences. *Journal of Allied Health*, 43(2), 31E-36E.
- Alavi, A., Sibbald, R. G., Phillips, T. J., Miller, O. F., Margolis, D. J., Marston, W., ... & Kirsner, R. S. (2016). What's new: Management of venous leg ulcers: Treating venous leg ulcers. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 74(4), 643-664.
- Altmann, T. K. (2008). Attitude: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 43(3), 144-150.
- Andersson, J., Ahgren, B., Axelsson, S. B., Eriksson, A., & Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation - An international literature review. *International Journal of Integrated Care*, 11(4), 1-10.
- Apelqvist, J. (2012). Focus on multidisciplinary in wound management. *EWMA Journal*, 12(2), 66.
- Ashby, R., Bland, J. M., Cullum, N., Dumville, J., Hall, J., Kang'ombe, A., ... & Watson, J. (2010). Reflections on the recommendations of the EWMA Patient Outcome Group document. *Journal of Wound Care*, 19(7), 282-284.
- Ateah, C. A., Snow, W., Wener, P., MacDonald, L., Metge, C., Davis, P., ... & Anderson, J. (2011). Stereotyping as a barrier to collaboration: Does interprofessional education make a difference?. *Nurse Education Today*, 31(2), 208-213.
- Augustin, M., Carville, K., Clark, M., Curran, J., Flour, M., Lindholm, C., ... Young, T. (2012). Optimizing wellbeing in people living with a wound. Hämtad 120928 från: <http://www.woundsinternational.com>
- Axelsson, R., & Bihari Axelsson, S. (2013). *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur.
- Baker, L., Egan-Lee, E., Martimianakis, M. A., & Reeves, S. (2011). Relationships of power: implications for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 25(2), 98-104.
- Barnsteiner, J. H., Disch, J. M., Hall, L., Mayer, D., & Moore, S. M. (2007). Promoting interprofessional education. *Nursing Outlook*, 55(3), 144-150.

- Barrett, A., Latham, D., & Levermore, J. (2007). Defining the unique role of the specialist district nurse practitioner. *British Journal of Community Nursing*, 12(10), 566-570.
- Benner, P. E. (2001). *From Novice to Expert - Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Biquet, G., Lindquist, I., Martin, C., & Pettersson, A. (2015). *Att lära och utvecklas i sin profession*. Lund: Studentlitteratur.
- Björk, J. (2010). *Praktisk statistik för medicin och hälsa*. Stockholm: Liber.
- Blackburn, S. (2001). *Ethics A Very Short Introduction*. New York: Oxford University Press Inc.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Briggs, M., & Flemming, K. (2007). Living with leg ulceration: a synthesis of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), 319-328.
- Brown, A. (2010). Managing chronic venous leg ulcers part 2: time for a new pragmatic approach?. *Journal of Wound Care*, 19(3), 85-94.
- Brown, R., Condor, S., Mathews, A., Wade, G., & Williams, J. (1986). Explaining intergroup differentiation in an industrial organization. *Journal of Occupational psychology*, 59(4), 273-286.
- Brown-Maher, T. (2009). Multidisciplinary approach to chronic wound care: our 2-year Newfoundland and Labrador experience. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 13(3 suppl), S26-S28.
- Bökberg, C. (2013). *Omvårdnad i primärvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Carpenter, J. (1995). Doctors and nurses: stereotypes and stereotype change in interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 9(2), 151-161.
- Chew-Graham, C. A., May, C. R., & Perry, M. S. (2002). Qualitative research and the problem of judgement: lessons from interviewing fellow professionals. *Family Practice*, 19(3), 285-289.
- Chiu, C. C., Huang, C. L., Weng, S. F., Sun, L. M., Chang, Y. L., & Tsai, F. C. (2011). A multidisciplinary diabetic foot ulcer treatment programme significantly improved the outcome in patients with infected diabetic foot ulcers. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 64(7), 867-872.
- Coar, L., & Sim, J. (2006). Interviewing one's peers: methodological issues in a study of health professionals. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24(4), 251-256.

- Cormack, D.F. (2000). *The Research Process in Nursing* (4th ed). London: Blackwell Scientific Publications.
- Creswell, J. W., Klassen, A. C., Plano Clark, V. L., & Smith, K. C. (2011). Best practices for mixed methods research in the health sciences. *Bethesda, MD: National Institutes of Health, 10*.
- Cullen, G. H., & Phillips, T. J. (2009). Clinician's perspectives on the treatment of venous leg ulceration. *International Wound Journal, 6*(5), 367-378.
- Curran, V. R., Sharpe, D., & Forristall, J. (2007). Attitudes of health sciences faculty members towards interprofessional teamwork and education. *Medical Education, 41*(9), 892-896.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care, 19*(sup1), 116-131.
- Davies, C. (2000). Getting health professionals to work together. *BMJ, 320*(7241), 1021-1022.
- Delunas, L. R., & Rouse, S. (2014). Nursing and medical student attitudes about communication and collaboration before and after an interprofessional education experience. *Nursing Education Perspectives, 35*(2), 100-105.
- Dickson, C. A., Gough, H., & Bain, H. (2011). Meeting the policy agenda, part 1: the role of the modern district nurse. *British Journal of Community Nursing, 16*(10), 495-500.
- Drew, P., Posnett, J., & Rusling, L. (2007). The cost of wound care for a local population in England. *International Wound Journal, 4*(2), 149-155.
- DSF. Distriktssköterskeföreningen. (2008). Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska. Hämtad 110505 från <http://www.distriktssköterska.se>
- Dugdall, H., & Watson, R. (2009). What is the relationship between nurses' attitude to evidence based practice and the selection of wound care procedures?. *Journal of Clinical Nursing, 18*(10), 1442-1450.
- Ebbeskog, B. (2003). *Elderly patients with slow-healing leg ulcers: An embodied suffering* (Doctoral dissertation), Karolinska Institutet, Department of Neurotec, Centre of Excellence in Elderly Care Research and Blekinge Institute of Technology, Department of Health, Science and Mathematics, Karlskrona.
- Ebbeskog, B., & Emami, A. (2005). Older patients' experience of dressing changes on venous leg ulcers: more than just a docile patient. *Journal of Clinical Nursing, 14*(10), 1223-1231.

- Ebbeskog, B., Lindholm, C., & Öhman, S. (1996). Leg and foot ulcer patients. Epidemiology and nursing care in an urban population in south Stockholm, Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 14(4), 238-243.
- Edwards, H., Finlayson, K., Courtney, M., Graves, N., Gibb, M., & Parker, C. (2013). Health service pathways for patients with chronic leg ulcers: Identifying effective pathways for facilitation of evidence based wound care. *BMC Health Services Research*, 13(1), 1.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107- 115.
- El Sayed, K. A., & Sleem, W. F. (2011). Nurse–physician collaboration: a comparative study of the attitudes of nurses and physicians at Mansoura University Hospital. *Life Science Journal*, 8(2), 141-6.
- Emanuelsson, A., & Wendt, R. (1994). *I folkhälsans tjänst – sju decennier med den svenska distriktssköterskan*. FOU Rapport 43, Vårdförbundet SHSTF, Stockholm.
- Erlingsson, C., & Brysiewicz, P. (2013). Orientation among multiple truths: An introduction to qualitative research. *African Journal of Emergency Medicine*, 3(2), 92-99.
- Eskilsson, C., & Carlsson, G. (2010). Feeling confident in burdensome yet enriching care: Community nurses describe the care of patients with hard-to-heal wounds. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5, 5415 - DOI: 10.3402/qhw.v5i3.5415.
- Evans, A. W., Gill, R., Valiulis, A. O., Lou, W., & Sosiak, T. S. (2010). Hyperbaric oxygen therapy and diabetic foot ulcers Knowledge and attitudes of Canadian primary care physicians. *Canadian Family Physician*, 56(5), 444-452.
- Fewster-Thuente, L., & Velsor-Friedrich, B. (2008). Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals. *Nursing Administration Quarterly*, 32(1), 40-48.
- Finlayson, K., Wu, M. L., & Edwards, H. E. (2015). Identifying risk factors and protective factors for venous leg ulcer recurrence using a theoretical approach: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1042-1051.
- Forsgren, A., Fransson, I., & Nelzen, O. (2008). Leg ulcer point prevalence can be decreased by broad-scale intervention: a follow-up cross-sectional study of a defined geographical population. *Acta Dermato-Venereologica*, 88, 252-256.
- Forsgren, A., & Nelzén, O. (2012). Changes in the aetiological spectrum of leg ulcers after a broad-scale intervention in a defined geographical population in Sweden. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 44(5), 498-503.
- Forsman, B. (2002). *Vetenskap och moral*. Falun: Bokförlaget Nya Doxa. ISBN 91-578-0399-4.

Freund, T., Everett, C., Griffiths, P., Hudon, C., Naccarella, L., & Laurant, M. (2015). Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world?. *International Journal of Nursing Studies*, 52(3), 727-743.

Friman, A. (2012). *Distriktssköterskors erfarenhet av sårbehandling i primärvården: organisation och lärande* (Licentiatavhandling). Karolinska Institutet, Inst för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle/Dept of Neurobiology, Care Sciences and Society.

Gerner, G. (1975). *Svenska Provinsialläkarföreningen 1880-1972*. Tierp: Jöjdquist tryckeri AB.

Gillan C., Lovrics, E., Halpern, E., Wiljer, D., Harnett, N. (2011). The evaluation of learner outcomes in interprofessional continuing education: A literature review and an analysis of survey instruments. *Med Teach*, 33(9): e461-e470.

Graham, I. D., Harrison, M. B., Shafey, M., & Keast, D. (2003). Knowledge and attitudes regarding care of leg ulcers, survey of family physicians. *Canadian Family Physician*, 49, 896-902.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts analysis, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Gray, D., Boyd, J., Carville, K., Charles, H., Lindholm, C., Macdonald, J., ... White, W. (2011). Effective wound management and wellbeing for clinicians, organizations and industry. *Wounds International*, 2(2), 1-5.

Green, J., Jester, R., McKinley, R., & Pooler, A. (2014). The impact of chronic venous leg ulcers: a systematic review. *Journal of Wound Care*, 23(12), 601-612.

Gunningberg, L., Hommel, A., Bååth, C., & Idvall, E. (2012). The first national pressure ulcer prevalence survey in county council and municipality settings in Sweden. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, doi: 10.1111/j.1365-2753.2012.01865.

Gustavsson, B. (2000). *Kunskapsfilosofi*. Smedjebacken: Wahlström & Widstrand.

Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221.

Hall P. 2005. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(S1), 188-196.

Hallin, K., & Danielsson, E. (2007). Registered nurses' perceptions of their work and professional development. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 62-70.

- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., & Barr, H. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Medical Teacher*, 29(8), 735-751.
- Hansson, A., Arvemo, T., Marklund, B., Gedda, B., & Mattsson, B. (2010 a). Working together—primary care doctors' and nurses' attitudes to collaboration. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(1), 78-85.
- Hansson, A., Foldevi, M., & Mattsson, B. (2010 b). Medical students' attitudes toward collaboration between doctors and nurses—a comparison between two Swedish universities. *Journal of Interprofessional Care*, 24(3), 242-250.
- Hansson, A., Friberg, F., Segesten, K., Gedda, B., & Mattsson, B. (2008). Two sides of the coin—general practitioners' experience of working in multidisciplinary teams. *Journal of Interprofessional Care*, 22(1), 5-16.
- Haram, R. B., Ribu, E., & Rustoen, T. (2003). The Views of District Nurses on Their Level of Knowledge About the Treatment of Leg and Foot Ulcers. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 30(1), 25-32.
- Harding, K., & Queen, D. (2010). Chronic Wounds and Their Management and Prevention is a Significant Public Health Issue. *International Wound Journal*, 7(3), 125-126.
- Hawkes, G., Nunney, I., & Lindqvist, S. (2013). Caring for attitudes as a means of caring for patients—improving medical, pharmacy and nursing students' attitudes to each other's professions by engaging them in interprofessional learning. *Medical teacher*, 35(7), e1302-e1308.
- Hellström, A., Nilsson, C., Nilsson, A., & Fagerström, C. (2016). Leg ulcers in older people: a national study addressing variation in diagnosis, pain and sleep disturbance. *BMC geriatrics*, 16(1), 1.
- Herber, O. R., Schnepf, W., & Rieger, M. A. (2007). A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 1.
- Hojat, M., Fields, S. K., Veloski, J. J., Griffiths, M., Cohen, M. J., & Plumb, J. D. (1999). Psychometric properties of an attitude scale measuring physician-nurse collaboration. *Evaluation & the Health Professions*, 22(2), 208-220.
- Hood, K., Cant, R., Baulch, J., Gilbee, A., Leech, M., Anderson, A., Davies, K. (2014). Prior experience of interprofessional learning enhances undergraduate nursing and healthcare students' professional identity and attitudes to teamwork. *Nurse Educ Pract*, 14(2): 117-122.
- Hughes, L. A. (2014). Qualitative evaluation of general practices developing training for a range of health disciplines. *Education for Primary Care*, 25(1), 43-51.

- Ivanoff, S. D., & Hultberg, J. (2006). Understanding the multiple realities of everyday life: Basic assumptions in focus-group methodology. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13(2), 125-132.
- Jacobsen, F., & Lindqvist, S. (2009). A two-week stay in an interprofessional training unit changes students' attitudes to health professionals. *Journal of Interprofessional Care*, 23(3), 242-250.
- Kent, F., & Keating, J. L. (2015). Interprofessional education in primary health care for entry level students -A systematic literature review. *Nurse Education Today*, 35(12), 1221-1231.
- Khalili, H., Hall, J., & DeLuca, S. (2014). Historical analysis of professionalism in western societies: Implications for interprofessional education and collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 92-97.
- Khalili, H., Orchard, C., Laschinger, H. K. S., & Farah, R. (2013). An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. *Journal of Interprofessional Care*, 27(6), 448-453.
- Kim, H. S. (2010). *The nature of theoretical thinking in nursing*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Kinnunen, U. M., Saranto, K., Ensio, A., Iivanainen, A., & Dykes, P. (2012). Developing the standardized wound care documentation model: a Delphi study to improve the quality of patient care documentation. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 39(4), 397-407.
- Kjaer, M. L., Sorensen, L. T., Karlsmark, T., Mainz, J., & Gottrup, F. (2005). Evaluation of the quality of venous leg ulcer care given in a multidisciplinary specialist centre. *Journal of Wound Care*, 14(4), 145-150.
- Kohr, R., & Gipson, M. (2008). Doing the right thing: using hermeneutic phenomenology to understand management of wound pain. *Ostomy Wound Management*, 54(4), 52-60.
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning process*. City: Prentice Hall.
- Krippendorff, K. (2013). *Content Analysis: An introduction to its methodology*, (2nd ed.). Thousand Oaks CA: Sage.
- Krishnan, S., Nash, F., Baker, N., Fowler, D., & Rayman, G. (2008). Reduction in Diabetic Amputations over 11 Years in a Defined UK Population Benefits of multidisciplinary team work and continuous prospective audit. *Diabetes Care*, 31(1), 99-101.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2014). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Sage publications.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur:
- Laible, J., Mayer, H., & Evers, G. C. (2002). Prevalence of ulcerus cruris in home care nursing. An epidemiological study in North Rhine-Westphalia. *Pflege*, 15(1), 16-23.
- Lauffs, M., Ponzer, S., Saboonchi, F., Lonka, K., Hylin, U., & Mattiasson, A. C. (2008). Cross-cultural adaptation of the Swedish version of Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS). *Medical Education*, 42(4), 405-411.
- Légaré, F., Stacey, D., Pouliot, S., Gauvin, F. P., Desroches, S., Kryworuchko, J., ... & Harrison, M. B. (2011). Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. *Journal of Interprofessional Care*, 25, 18-25.
- Lindgren, M. (2009). *Pressure Sores* (Doctoral dissertation), Linköping University, Department of Medical and Health Sciences.
- Lindholm, C. (2016). *Sårbehandling i vårdhandboken*. Hämtad 170201 från: <http://www.vardhandboken.se/Texter/Sarbehandling/Oversikt/>
- Lindholm, C., & Searle, R. (2016). Wound management for the 21st century: combining effectiveness and efficiency. *International Wound Journal*, 13(S2), 5-15.
- Lindholm, C., Westergren, A., Holmström, B., Axelsson, C., & Ulander, K. (2006). *Hygienrutiner, sårbehandling och sårmikrobiologi – kartlägningsstudie omfattande fem sjukhus, nio vårdcentraler och äldreboenden i sex kommuner*. Kristianstad: Högskolan Kristianstad, ISSN:1654-1421.
- Lindsey, E. (2004). The Lindsay Leg Club Model: a model for evidence-based leg ulcer management. *Br J Community Nurs*, Suppl:S15-20.
- Logan, G. (2015). Clinical judgment and decision making in wound assessment and management: is experience enough?. *British Journal of Community Nursing*, Suppl 3:S21-8. doi: 10.12968/bjcn.2015.20.Sup3.S21.
- Mann, K., Gordon, J., & MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances in Health Sciences Education*, 14(4), 595-621.
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., & Halcomb, E. (2015). An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 1973-1985.
- McMurray, A., & Clendon, J. (2015). *Community health and wellness: Primary health care in practice*. Elsevier Health Sciences.
- Milburn, P. C., & Colyer, H. (2008). Professional knowledge and interprofessional practice. *Radiography*, 14(4), 318-322.

- Moffatt, C. J., Mappleback, L., Murray, S., & Morgan, P. A. (2011). The experience of patients with complex wounds and the use of NPWT in a home-care setting. *Journal of Wound Care*, 20(11):512, 514, 516, passim.
- Mooij, M. C., & Huisman, L. C. (2016). Chronic leg ulcer: does a patient always get a correct diagnosis and adequate treatment?. *Phlebology*, 31(1 suppl), 68-73.
- Moore, Z., Butcher, G., Corbett, L. G., McGuiness, W., Snyder, R. J., van Acker, K. (2014). Managing Wounds as a Team. *Journal of Wound Care*, 23(5 Suppl.):S1-S38.
- Moore, Z., & Clarke, E. (2011). A survey of the provision of education in wound management to undergraduate nursing students. *EWMA Journal*, 11(1), 35-38.
- Morgan, D. L. (1996). *Focus groups as qualitative research*. Sage publications.
- Morgan, P. A., & Moffatt, C. J. (2008). Non healing leg ulcers and the nurse–patient relationship. Part 1: the patient’s perspective. *International Wound Journal*, 5(2), 340-348.
- Mulvale, G., Embrett, M., & Razavi, S. D. (2016). ‘Gearing Up’ to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Family Practice*, 17(1), 83.
- Newhouse, R. P., & Spring, B. (2010). Interdisciplinary evidence-based practice: Moving from silos to synergy. *Nursing Outlook*, 58(6), 309-317.
- Nicolaides, A. N., Allegra, C., Bergan, J., Bradbury, A., Cairols, M., Carpentier, P., ... & Georgiou, N. (2008). Management of chronic venous disorders of the lower limbs guidelines according to scientific evidence. *International Angiology*, 27(1), 1-59.
- Olofsson, C. (2010). *Patientens val: en bok om primärvård och vårdval*. Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (3:e uppl.). Stockholm: Liber.
- O’Meara, S., Cullum, N., Nelson, E. A., & Dumville, J. C. (2012). Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*, 11.
- Patel, N. P., & Granick, M. S. (2007). Wound education: American medical students are inadequately trained in wound care. *Annals of Plastic Surgery*, 59(1), 53-55.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*, (3rd ed.). London: Sage.
- Petri, L. (2010). Concept analysis of interdisciplinary collaboration. In *Nursing forum* (Vol. 45, No. 2, pp. 73-82). Blackwell Publishing Inc.
- Petrie, H. G. (1976). Do you see what I see? The epistemology of interdisciplinary inquiry. *Journal of Aesthetic Education*, 10(1), 29-43.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*, 28;(3): CD002213. doi: 10.1002/14651858.CD002213.pub3.
- Richmond, N. A., Maderal, A. D., & Vivas, A. C. (2013). Evidence-based management of common chronic lower extremity ulcers. *Dermatologic Therapy*, 26(3), 187-196.
- Rogers, G. D., Thistlethwaite, J. E., Anderson, E. S., Abrandt Dahlgren, M., Grymonpre, R. E., Moran, M., & Samarasekera, D. D. (2016). International consensus statement on the assessment of interprofessional learning outcomes. *Medical Teacher*, 1-13. doi: 10.1080/0142159X.2017.1270441.
- Rolf, B. (1993). *Profession, tradition och tyst kunskap. En studie i Polanyis teori om den professionella kunskapens tysta dimension*. Lund: Doxa.
- Romero-Collado, A., Homs-Romero, E., & Zabaleta-del-Olmo, E. (2013). Knowledge about medications and products to prevent and treat pressure ulcers: a cross-sectional survey of nurses and physicians in a Primary Health Care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17-18), 2562-2571.
- Roodbol, P. F. (2010). Multiprofessional education to stimulate collaboration: a circular argument and its consequences. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 29(1), 61-65.
- Sadler, G. M., Russell, G. M., Boldy, D. P., & Stacey, M. C. (2006). General practitioners' experiences of managing patients with chronic leg ulceration. *Medical Journal of Australia*, 185(2), 78.
- SBU (2014). *Svårläkta sår hos äldre – prevention och behandling. En systematisk litteraturoversikt*. SBU-rapport nr 226. ISBN 978-91-85413-67-6. Hämtad 151010 från: <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Svarlakta-sarhos-aldre---prevention-och-behandling/>
- Selander, S., & Ödman, P. J. (1989). Inledning. I S. Selander (red.), *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap. Professionaliseringens sociala grund*. Lund: Studentlitteratur.
- SFAM, Svensk förening för allmänmedicin. Om allmänmedicin. Hämtad 160515 från: <http://www.sfam.se/foreningen/s/om-allmanmedicin>
- Shuter, P., Finlayson, K., Edwards, H., Courtney, M., Herbert, C., & Lindsay, E. (2011). Leg Clubs-Beyond the ulcers: case studies based on participatory action research. *Wound Practice and Research*, 19(1), 16-20.

- Sinha, S., & Sreedharan, S. (2014). Management of venous leg ulcers in general practice-a practical guideline. *Australian Family Physician*, 43(9), 594.
- Smith-Ström, H., & Thornes, I. (2008). Patient safety regarding leg ulcer treatment in primary health care. *Vård i Norden*, 28(3), 29-33.
- Socialstyrelsen, (2011). *Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre*. Hämtad 120510 från: <http://www.socialstyrelsen.se>
- Socialstyrelsen, (2015). *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?*. ISBN 978-91-7555-327-6. Hämtad 160606 från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-6-57>
- Steinert, Y. (2005). Learning together to teach together: Interprofessional education and faculty development. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 60-75.
- Sterner, E. (2012). *Pressure ulcers - role of the nurse to improve patient safety: prevalence, risk factors, classification and documentation in patients undergoing hip surgery*. (Doctoral dissertation), Karolinska Institutet, Department of Molecular Medicine and Surgery.
- Stockholms läns landsting (2016). *Kompetensförsörjningsstrategi för Stockholms läns landsting 2016-2021*, Stockholm: Stockholms läns landsting. Hämtad 161228 från: <http://www.sll.se/politik/politiskaorgan/landstingsstyrelsen/Personalutskottet/Sammantraden-och-handlingar-2016/2-juni/Dagordning/punkt-02/>
- Strandberg, E. L., Ovhed, I., Borgquist, L., & Wilhelmsson, S. (2007). The perceived meaning of a (w) holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study. *BMC family practice*, 8(1), 1-8.
- Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y., & Letrilliart, L. (2014). Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*, 37(4):716-27.
- Svensk sjuksköterskeförening & Svenska läkarsällskapet (2013). *Teamarbete & förbättringskunskap, två kärnkompetenser för god och säker vård*. Hämtad 151010 från: <http://www.sls.se/Global/files/2013/K%C3%A4rnkompetenser.pdf>
- Swartling, P. G. (2006). Den svenska allmänmedicinens historia. *Läkartidningen*, 103(24-25), 1950 -1953.
- Tajfel, H. E. (1978). *Differentiation between social groups: Studies in the social psychology of intergroup relations*. Academic Press.
- Tauveron, V., Perrinaud, A., Fontes, V., Lorette, G., & Machet, L. (2004). Knowledge and problems regarding the topical treatment of leg ulcers: survey among general practitioners in the Indre-et-Loire area. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, 131(8-9), 781-786.

- Templeton, S., & Telford, K. (2010). Diagnosis and management of venous leg ulcers: a nurse's role?. *Wound Practice & Research: Journal of the Australian Wound Management Association*, 18(2), 72.
- Thistlethwaite, J., & Moran, M. (2010). Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis. *Journal of Interprofessional Care*, 24(5), 503-513.
- Thylefors, I. (2012). All professionals are equal but some professionals are more equal than others? Dominance, status and efficiency in Swedish interprofessional teams. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 505-512.
- Thylefors, I., Persson, O., & Hellström, D. (2005). Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 19(2), 102-114.
- Tuckett, A. G. (2005). Applying thematic analysis theory to practice: a researcher's experience. *Contemporary Nurse*, 19(1-2), 75-87.
- Turner, J. C., & Tajfel, H. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. *Psychology of intergroup relations*, 7-24.
- Vachon, B., Désorcy, B., Camirand, M., Rodrigue, J., Quesnel, L., Guimond, C., ... & Grimshaw, J. (2013). Engaging primary care practitioners in quality improvement: making explicit the program theory of an interprofessional education intervention. *BMC health services research*, 13(1), 1.
- Van Hecke, A., Gryndonck, M., Beele, H., De Bacquer, D., & Defloor, T. (2009). How evidence-based is venous leg ulcer care? A survey in community settings. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 337-347.
- van Oostrom, S. H., Picavet, H. S. J., de Bruin, S. R., Stirbu, I., Korevaar, J. C., Schellevis, F. G., & Baan, C. A. (2014). Multimorbidity of chronic diseases and health care utilization in general practice. *BMC family practice*, 15(1), 1.
- Vowden, K. R., Vowden, P. (2009). A survey of wound care provision within one English health care district. *Journal of Tissue Viability*, 18(1), 2- 6.
- WHO, World Health Organization (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: World Health Organization. Hämtad 160411från: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf
- Wilhelmsson, M., Svensson, A., Timpka, T., & Faresjö, T. (2013). Nurses' views of interprofessional education and collaboration: A comparative study of recent graduates from three universities. *Journal of Interprofessional Care*, 27(2), 155-160.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (3:dje uppl.). Lund: Studentlitteratur.

- Xyrichis, A., & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 140-153.
- Yim, E., Sinha, V., Diaz, S. I., Kirsner, R. S., & Salgado, C. J. (2014). Wound healing in US medical school curricula. *Wound Repair and Regeneration*, 22(4), 467-472.
- Ylönen, M., Stolt, M., Leino-Kilpi, H., & Suhonen, R. (2014). Nurses' knowledge about venous leg ulcer care: a literature review. *International Nursing Review*, 61(2), 194-202.
- Zheng, R. M., Sim, Y. F., & Koh, G. C. H. (2016). Attitudes towards interprofessional collaboration among primary care physicians and nurses in Singapore. *Journal of Interprofessional Care*, 30(4):505-11.
- Öien, R. F. (2002). *Leg Ulcer Management in Primary Care with Special Reference to Pinch Grafting* (Doctoral dissertation), Lund University, Faculty of Medicine.
- Öien, R. F., & Forssell, H. W. (2013). Ulcer healing time and antibiotic treatment before and after the introduction of the Registry of Ulcer Treatment: an improvement project in a national quality registry in Sweden. *BMJ open*, 3(8), e003091.
- Öien, R. F., Håkansson, A., Ovhed, I., & Hansen, B. U. (2000). Wound management for 287 patients with chronic leg ulcers demands 12 full-time nurses Leg ulcer epidemiology and care in a well-defined population in southern Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18(4), 220-225.
- Öien, R. F., & Ragnarsson Tennvall, G. (2006). Accurate diagnosis and effective treatment of leg ulcers reduce prevalence, care time and costs. *Journal of Wound Care*, 15(6), 259-262.
- Öien, R. F., Åkesson, N., & Forssell, H. (2013). Assessing quality of life in patients with hard-to-heal ulcers using the EQ-5D questionnaire. *Journal of Wound Care*, 22(8), 442-4, 446-7.