



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Distriktssköterskans förutsättningar för att utföra en god sårvård i hemmiljö

En intervjustudie

Författare: Nicole Knutsson och Anna Lundgren

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Distriktssköterskans förutsättningar för att utföra en god sårvård i hemmiljö

En intervjustudie

Författare: Nicole Knutsson, Anna Lundgren

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2017

Abstrakt

Bakgrund: Sårvård i hemsjukvården är ett ensamarbete för distriktssköterskan som innefattar ett stort ansvar samtidigt som andelen patienter med svårläkta sår ökar. **Syfte:** Att undersöka vilka förutsättningar distriktssköterskan upplever är viktiga för att kunna utföra en god sårvård i hemmiljö. **Metod:** Studien är kvalitativ där en semistrukturerad intervjuguide användes. Åtta distriktssköterskor verksamma inom kommunal hemsjukvård i södra Sverige intervjuades. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Analysen gav två kategorier: distriktssköterskans reella kompetens och distriktssköterskans sociala kompetens och fyra subkategorier: erfarenhet som ett verktyg, flexibilitet i hemmiljön, god relation med patienten och gott samarbete. **Slutsats:** Den viktigaste förutsättningen för sårvården var distriktssköterskans erfarenhet, kunskap och kompetens. Viktigt var även att respektera patientens autonomi och ha ett gott samarbete med andra professionella kring patienten.

Nyckelord

Distriktssköterska, hemsjukvård, sårvård, förutsättningar, samarbete

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	5
Perspektiv och utgångspunkter	5
Med hemmet som arbetsplats	6
God sårvård	7
Syfte	9
Metod	9
Urval	9
Instrument	9
Datainsamling	10
Analys av data	10
Forskningsetiska avvägningar	11
Resultat	12
Distriktssköterskans reella kompetens	12
Erfarenhet som ett verktyg	12
Flexibilitet i hemmiljön	13
Distriktssköterskans sociala kompetens	15
God relation med patienten	15
Gott samarbete	16
Diskussion	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	21
Konklusion och implikationer	23
Referenser	25
Bilaga 1 (1)	28

Introduktion

Det finns ett växande och stort behov av god vård och omsorg inom området svårläkta sår och kunskapen om hur detta behov ska tillgodoses saknas enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2014a). Behandling av svårläkta sår hos äldre har ett mycket begränsat vetenskapligt underlag. Bland annat finns det stora kunskapsluckor om vilken betydelse vårdorganisationen har för dessa patienter, till exempel när det gäller betydelsen av samordning, kommunikation, utbildning och kontinuitet.

Problemområde

Den sårrelaterade kostnaden för svårläkta sår hos äldre uppskattas till 2–4 procent av all hälso- och sjukvårdsbudget, vilket också är en kostnad som förväntas stiga med en åldrande befolkning (SBU, 2014a). Idag är en femtedel av Sveriges befolkning 65 år eller äldre och år 2030 beräknas en fjärdedel vara 65 år eller äldre, vilket också kommer att innebära fler som behöver hemsjukvård. I en lägesrapport från Socialstyrelsen (2016) uppges att 59% av de över 80 år har både hemtjänst och hemsjukvård. Hemsjukvården utförs främst av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal men kan också vara delegerad till annan personal enligt patientsäkerhetslagen (2010:659). En förändring hos sjukvården, med en kraftigt minskad tillgång till slutenvårdsplatser under de senaste åren, har lett till att fler patienter med mer komplexa sjukvårdsbehov vårdas i sina egna hem (SBU, 2014a). Hudklinikerna hade tidigare huvudansvaret för patienter med svårläkta sår, medan ansvaret idag kan ligga på många olika vårdgivare, vilket kan leda till att det är otydligare vem som har huvudansvaret. Att distriktssköterskan i hemsjukvården dessutom har någon annans hem som sin arbetsplats innebär flera utmaningar såsom hygien, obekväma arbetsställningar och ett stort krav på kunskap om hur behandlingar ska utföras på ett säkert sätt (Bökberg & Drevenhorn, 2010). Sårvård är ett komplext arbetsmoment för distriktssköterskor, som inte bara kräver medicinsk färdighet och kunskap om omlägningsmaterial utan också en förmåga att kunna inge förtroende hos patienten och få denna att känna sig delaktig och trygg, samt att vara lyhörd för komplikationer såsom smärta och infektion (Ebbeskog & Emami, 2005).

Arbetet med sårvård i hemsjukvården är ett ensamarbete för distriktssköterskan som innefattar ett stort ansvar för att främja hälsan hos de patienter som inte kan ta sig till vårdcentralen, och

därför har hemsjukvård i sitt eget hem. Det är av den anledningen författarna valt att fördjupa sig i ämnet och därmed belysa vilka förutsättningar, det vill säga utmaningar men samtidigt möjligheter, som distriktssköterskan upplever är viktiga för att kunna utföra en god sårvård i hemmiljö.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Ett etiskt förhållningssätt att tillämpa är personcentrerad vård som innebär att vårdpersonal skapar ett partnerskap med patienter (Ekman & Norberg, 2013). Det ligger ingen motsättning i att fortsätta använda ordet patient i tillämpningen av personcentrerad vård (GPCC - Centrum för personcentrerad vård, 2016), men det är bra att ha i åtanke att även om de flesta människor är patienter någon gång under sina liv, fortsätter de först och främst att vara personer även under dessa perioder. Patienten är den som är expert på hur tillståndet upplevs för just den personen och den professionella vårdpersonalen har en kunskap på en generell nivå om bland annat behandlingsprinciper (Ekman & Norberg, 2013). Partnerskapet är ett av nyckelbegreppen inom personcentrerad vård och de andra två är patientberättelse och dokumentation. I Eskilsson och Carlssons (2010) kvalitativa studie identifierades viktiga faktorer för att sårvården skulle fungera. En av dessa var att sjuksköterskan behöver ha patienten i fokus och att vid varje möte och i varje relation se hela patienten (Eskilsson & Carlsson, 2010). Att förstå patienten och dennas situation och vilken påverkan såret har på deras liv kan ses som ett villkor i att ge en professionell vård (Friman, Klang & Ebbeskog, 2011). Det är essentiellt att ha en helhetsbild av patientens allmänna situation för att kunna få tillgång till och hantera patientens olika symtom.

Studier på patient-vårdareförhållandet vid sårvård har visat ett stort behov av att över tid skapa ett förhållande baserat på ömsesidig tillit, för att få patienten att känna sig sedd som person (Morgan & Moffatt, 2008a; Morgan & Moffatt, 2008b). Detta förhållande kan påverka patientens upplevelse av sjukdom och möjligen behandlingens resultat. När såren är svårålkta kan det upplevas som ett professionellt misslyckande från vårdarens sida, samtidigt som det svårålkta såret inkräktar i och påverkar patientens dagliga liv. Därför är det ofta en utmaning att uppnå ett framgångsrikt patient-vårdareförhållande, då detta innebär en stress både för patient och vårdgivare.

I en studie beskrev patienterna hur de önskade att välkänd personal som de hade förtroende för skulle utföra sårvården (Ebbeskog & Emami, 2005). De beskrev förtroende som närvaro, vänlighet, hopp och tillit. Hur vårdgivarna kommunicerade var viktigt – deras ordval, hur de talade och deras förmåga att bemöta patienterna när de ville tala om sina erfarenheter. Att kunna se patienten som en människa och deras sjukdom som en levd erfarenhet hjälpte vårdgivarna att genomföra en god sårvård i en atmosfär av ömsesidig förståelse.

Med hemmet som arbetsplats

Grunden för uppdelningen av ansvaret för patienten mellan landstingen och kommunerna i Skåne följer tröskelprincipen (Region Skåne & Kommunförbundet Skåne, 2016), vilken innebär att om en patient på egen hand eller med viss hjälp kan ta sig till vårdcentral bör denna göra det i första hand. Även om en patient i vanliga fall har förmågan att ta sig till en vårdcentral kan tillfälliga insatser från kommunen sättas in om patienten under en period skulle behöva detta på grund av ett sviktande allmäntillstånd. I dessa enskilda fall sker en överenskommelse mellan landsting och kommun.

Patienterna som vårdas i hemsjukvård kan ha diagnoser från flera olika områden, såsom kirurgi, medicin, psykiatri, ortopedi. I hemsjukvården är det den specialistutbildade sjuksköterskan, distriktssköterskan, som har den högsta medicinska kompetensen, då det inte finns läkare anställda inom hemsjukvård (Bökberg & Drevenhorn, 2010). Detta ställer krav på distriktssköterskan att kunna hantera komplexa situationer och ha kunskap för att bedöma vårdnivå för den aktuella patienten. Sjukvården i hemmiljö har blivit mer avancerad och många behandlingar som tidigare getts på sjukhus ges nu i hemmet, vilket medför att det även finns stora krav på distriktssköterskans kunskap inom det medicintekniska området. Det kan finnas många faktorer som gör sårvård i hemmiljö till en utmanande arbetsuppgift, till exempel brist på utrustning, dåligt ljus, icke ergonomiska arbetsställningar och svårighet att upprätthålla nödvändig hygien (Friman, Klang & Ebbeskog, 2011).

Att ge vård i hemmet skiljer sig på många sätt ifrån att ge vård på en sjukhusinrättning (Josefsson, 2010). En aspekt som distriktssköterskan, som gör hembesök, bör ha med sig är vad hemmet symboliserar för patienten. Som gäst i någons hem följer att acceptera någon

annans hemmiljö och kultur. Det är en viktig balans mellan att vara en professionell vårdare och gäst.

En australiensisk studie undersökte vilka utmaningar sjuksköterskor som arbetade i hemsjukvård kunde stöta på (Felemban, St John & Shaban, 2015). Exempel på en av utmaningarna låg i själva hemmiljön och detta innefattade smutsiga hem, ohyra eller husdjur, bristfällig tillgång till att tvätta händerna och svårt att hitta passande platser för att förvara sårvårdsmaterialet. En annan utmaning låg i bristen på material som sjuksköterskorna behövde för såromläggning.

God sårvård

Sårets läkning kan delas in i primärläkning och sekundärläkning (Lindholm, 2012). Primärläkning gäller till exempel vid kirurgiska incisionssår, där sårkanterna läggs intill varandra och sys ihop. Sekundärläkning innebär att sårhålan måste fyllas ut av granulationsvävnad och läka inifrån. Exempel på detta är bensår, trycksår, eller en del kirurgiska sår som drabbats av en komplikation. Vid de flesta sår som behöver sekundärläkning förorsakas oftast såret av en underliggande sjukdom eller skada. Sår-läkningsprocessen delas förenklat in i tre faser: Inflammationsfas, nybildningsfas och mognadsfas. De allra flesta sår läker av sig själv, men vissa sår är svårläkta och detta kan bero på läknings hämmande faktorer. Det är viktigt att ta en noggrann anamnes kring såret och dess uppkomst, bakomliggande sjukdomar, tobaksvanor och så vidare, för att kunna sätta en diagnos på vilken typ av sår det är, vilket ligger till grund för en ordination och att sedan försöka behandla det därefter. Några exempel på sår som kan vara svårläkta är trycksår, bensår, fotsår och maligna tumörsår (Lindholm, 2012). I en studie från Kanada undersöktes prevalensen av svårläkta sår i hemsjukvården där de vanligaste såren var trycksår, följt av venösa bensår och fotsår (Rodrigues & Mégie, 2006). Prevalensen av patienter med svårläkta sår har ökat med tiden och även åldern på patienterna med svårläkta sår har ökat (Hjerpe, Paananen, Huhtala & Vaalasti, 2006). Detta måste tas i beaktande när hälsoresurserna är begränsade.

Att ta hand om patienter med sår kräver ett bra interprofessionellt samarbete för att ge den bästa behandlingen och omvårdnaden (Lindhahl, Norberg & Söderberg, 2008). I studien framkom att ytterligare utbildning inom sårvård för sjuksköterskor var behövd och även stöd

från ledning och organisationer. I en studie från Eskilsson och Carlsson (2010) beskrevs ett antal faktorer som ansågs viktiga för att sårvården skulle fungera. Sjuksköterskorna behövde bland annat kunskap och erfarenhet för att känna sig trygga i sin yrkesroll och därmed kunna ingjuta förtroende hos patienten. Det behövdes även samarbete och kommunikation hos vårdgivarna runtomkring patienten - de måste agera som ett team. Även i en studie av Friman, Klang och Ebbeskog (2010) betonade distriktssköterskorna vikten av samarbete och att detta är nödvändigt för att kunna ta hänsyn till alla faktorer som är viktiga för att främja läkningen av ett sår.

I en observationsstudie gjord av Zarchi, Martinussen & Jemec (2015) följdes 958 patienter inskrivna i hemsjukvård, där patienterna hade sår som behövde läggas om. I studien konstaterades att vilken typ av sår patienten hade var en prediktiv faktor för sårsläkningen. Särskilt trycksår och tumörsår hade en dålig prognos och när det handlade om dessa sår var dödligheten ungefär tre gånger större än vid andra typer av sår. Totalt i studien läktes hälften av alla sår under det året de blev observerade.

Vid prioriteringar i sjukvården finns det tre etiska principer att ta hänsyn till: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen (Prop. 1996/97:60). Dessa ska ligga till grund för sjukvården och de beslut som tas i den. I en enkätstudie gjord av Eskes et al (2013) besvarade läkare och sjuksköterskor med specialistkunskap i sårvård, från sex europeiska länder vilka egenskaper som de ansåg var viktiga hos en sjuksköterska som hade speciell kunskap i sårvård. Svaren gav att en hög nivå av kunskap om sårets etiologi, orsaken till såret, och behandlingsalternativ var de viktigaste kompetenserna att ha. Friman, Wahlberg, Mattiasson och Ebbeskog (2014) beskrev i sin kvalitativa studie hur distriktssköterskorna upplevde att de befann sig i ett konstant lärande där deras sårkunskaper utvecklades för varje typ av sår de behandlade.

Region Skåne (2016) har en produktkatalog där det material som är upphandlat i regionen finns beskrivet. Vilket material som väljs ser olika ut från landsting till landsting och medför att även sårvårdens förutsättningar ter sig olika beroende på var i landet patienten behandlas (SBU, 2014a). En av de största kostnaderna för sårvård är den tid som personalen lägger ner på den och valet av material har mindre betydelse i jämförelse med detta (Lindholm & Searle, 2016). Däremot är valet av material avgörande vad det gäller läkningstid och i detta val har sjukvårdspersonal en stor möjlighet att påverka sårets läkning.

Författarna har valt uttrycket ”god sårvård” vilket i detta arbete omfattar en strävan om att ge möjligheter till sårläkning utifrån den drabbades situation. Det innebär att inte bara se såret, utan patienten med såret och göra det bästa möjliga för denna patient.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka vilka förutsättningar distriktssköterskan upplevde var viktiga för att kunna utföra en god sårvård i hemmiljö.

Metod

Urval

Inklusionskriterierna för att delta i studien var att deltagarna skulle vara verksamma distriktssköterskor i kommunal hemsjukvård. Enhetschefer identifierades via kommunernas hemsidor och de fick information om studiens syfte och genomförande genom e-post som de sedan vidarebefordrade till potentiella deltagare. I andra fall togs kontakt direkt med distriktssköterskorna under författarnas praktik i hemsjukvården, samt även deras enhetschefer för information om studien och deras godkännande inhämtades. Totalt togs kontakt med enhetschefer/distriktssköterskor från sex olika kommuner, varav fem kommuner låg i södra Skåne, samt en kommun i Småland som en av författarna hade anknytning till. Deltagarna valdes genom ett bekvämlighetsurval (SBU, 2014b). Tio distriktssköterskor från fem olika kommuner blev inbokade till intervju. Två drog sig ur på grund av tidsbrist, vilket resulterade i att det var åtta distriktssköterskor som deltog i studien med en geografisk spridning över både stad och landsbygd. Distriktssköterskorna som deltog var mellan 30 och 65 år gamla och hade arbetat tio månader till 26 år som distriktssköterskor. Samtliga var kvinnor.

Instrument

Det instrument som valdes för studien var den kvalitativa intervjun, då den kan användas som ett viktigt redskap för att få fram och belysa deltagarens beskrivningar och uppfattningar (Olsson & Sörensen, 2001). Till hjälp i intervjuerna användes en semistrukturerad intervjuguide som skapats av författarna till denna studie (*bilaga 1*). Den provades i en

pilotintervju som diskuterades tillsammans med handledaren. Inga ändringar gjordes i intervjuguiden utan den bedömdes kunna användas till de resterande intervjuerna.

Datainsamling

Sammanlagt åtta intervjuer genomfördes, varav en var pilotintervjun. Sex av intervjuerna tog plats i Skåne och två i Småland. Alla intervjuer genomfördes i ett ostört rum på deltagarnas arbetsplats och under deras arbetstid. Intervjuerna tog 19–31 minuter att genomföra.

Information om studien skickades ut med hjälp av e-post till distriktssköterskorna innan intervjutillfället. Vid intervjutillfället fick deltagarna muntlig information samt gav sitt skriftliga informerade samtycke innan intervjun påbörjades. Intervjuerna ljudinspelades med mobiltelefoner som var lösenordsskyddade och de transkriberades samma dag som intervjun genomförts eller någon dag senare.

De fem första intervjuerna genomfördes tillsammans av båda författarna där författarna skiftade mellan att vara observatör och intervjuare. De sista tre intervjuerna genomfördes individuellt av författarna. Båda författarna till denna studie är legitimerade sjuksköterskor som genomgår specialistutbildning till distriktssköterskor. En av författarna hade erfarenhet av att arbeta i hemsjukvård samt en grundutbildning i psykoterapi. Den andra författaren hade en bakgrund från slutenvården.

Analys av data

Materialet analyserades med en kvalitativ innehållsanalys, vilket innebär att tolka texter genom att söka likheter och skillnader, samt kategorisera dessa (Graneheim & Lundman, 2004). Transkriberingen delades upp mellan författarna och när transkriberingen var klar skrev författarna ut alla intervjuer på papper och läste igenom dem var för sig upprepade gånger för att få en helhetsbild av innehållet i intervjuerna. Författarna färgmarkerade delar av texterna som de ansåg vara viktiga att belysa och jämförde sedan texterna med varandra. Efter att författarna hade diskuterat intervjuerna så övergick de till att identifiera meningsbärande enheter. En meningsbärande enhet är en del av texten som består av ord eller meningar som innehåller betydelsefull information (Graneheim & Lundman, 2004). Dessa meningsbärande enheter kondenserades, vilket innebar att texten förkortades utan att den förlorade sin innebörd. Därefter abstraherades meningarna till koder och sorterades in i fyra subkategorier och två kategorier, se *tabell 1*.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
<i>Du kan inte få perfekt höjd kanske och så, då får man försöka att variera sin ställning istället medans man lägger om. Att man försöker att ändra lite och så, så att man inte blir statisk i samma... stå böjd hela tiden utan man kan...</i>	När man inte kan få perfekt höjd är det viktigt att ändra arbetsställning och inte bli statisk vid omläggning	Arbetsställning	Flexibilitet i hemmiljön	Distriktsköterskans reella kompetens
<i>Oftast är det ju vi som föreslår, men ordinationen ska ju egentligen, alltså man ska ju ha ett samspel med doktorn där att man liksom får ok att det är det man lägger om med.</i>	Oftast vi som föreslår ordination men samspel är viktigt med läkaren	Samarbete med vårdcentral	Gott samarbete	Distriktsköterskans sociala kompetens

Forskningsetiska avvägningar

Denna studie utgick ifrån Helsingforsdeklarationens grundläggande principer, vilka bland annat är autonomiprincipen och icke-skadapprincipen (WMA, 2013). Autonomi innefattar rätt till integritet och självbestämmande och är ett vedertaget begrepp inom etiken. För att autonomiprincipen skulle uppfyllas informerades deltagarna om studien både skriftligt och muntligt. Innan intervjuerna skulle påbörjas skrevs samtyckesblankett på med skriftlig information om att deltagarna när som helst kunde avbryta studien i enlighet med Etikprövningslagen (2003:460).

Författarna har skyddat deltagarnas identitet genom att inte redovisa privata data (Kvale, 1997). Till exempel har identifierande drag förändrats och deltagarna har erhållit ett intervjunummer och en kodlista upprättades. Allt material från intervjuerna har förvarats på lösenordskyddade mediaenheter. Efter studiens avslut kommer allt material att förstöras.

Projektplanen har fått ett rådgivande yttrande från vårdvetenskapliga etiknämnden – VEN, vid Lunds universitet.

Resultat

Analysen resulterade i att de förutsättningar distriktssköterskan upplevde var viktiga för att kunna utföra en god sårvård i hemmiljö kan beskrivas utifrån två kategorier och fyra subkategorier. Kategorin *distriktssköterskans reella kompetens* illustreras med hjälp av subkategorierna *erfarenhet som ett verktyg* och *flexibilitet i hemmiljön*. Kategorin *distriktssköterskans sociala kompetens* illustreras med hjälp av *god relation med patienten* och *gott samarbete* vilket redovisas i *tabell 2*.

Tabell 2. Resultat av analysprocessen

Kategori	Subkategori
Distriktssköterskans reella kompetens	Erfarenhet som ett verktyg
	Flexibilitet i hemmiljön
Distriktssköterskans sociala kompetens	God relation med patienten
	Gott samarbete

Distriktssköterskans reella kompetens

Det gick som en röd tråd hos distriktssköterskorna hur de använde sin kunskap och kompetens och skapade förutsättningar för en god sårvård hemma hos patienterna. Detta beskrivs i *erfarenhet som ett verktyg* och *flexibilitet i hemmiljön*.

Erfarenhet som ett verktyg

Distriktssköterskorna beskrev hur de bedömde såren från sin egen kunskap och de lyfte fram hur erfarenheten kommer med tiden. De beskrev hur de utvecklades efter varje ny situation och lärde sig vad som fungerade i sårvården. De hittade strategier för att hantera situationer och dessa bottnade i deras erfarenhet.

”...man lär sig med tiden, det göra man...man hittar sina favoritmaterial och vilket man ska använda när såret ser ut såhär och vilket man ska använda när såret ser ut sådär. Man lär sig.” (intervju 6)

Distriktssköterskorna använde sina erfarenheter när hon gjorde sina egna bedömningar av såret. En viktig faktor som kunde bedömas var hur såret hade uppkommit, till exempel om det var relaterat till ett fall eller om det var på grund av någon annan faktor i hemmiljön. En annan bedömning som gjordes var vilket material som skulle användas vid såromläggningen.

Distriktssköterskorna ansåg att basen för en god sårvård var en bra sårrengöring, och de var ibland tvungna att använda sin uppfinningsrikedom då patientens allmäntillstånd inte alltid tillät att de kunde ta sig till en dusch. De fick då lösa rengöringen på annat sätt, till exempel genom ett fotbad.

En annan viktig förutsättning för att sårvården skulle fungera var att såret och dess omläggning skulle dokumenteras i en sårjournal. Ett hjälpmedel till detta var att ta ett foto på såret och lägga in i journalen, vilket ansågs vara ett av de bättre hjälpmedel de hade att tillgå. Sårjournalen skulle vara utförlig och ligga i patientens hem så att någon kollega skulle kunna utföra samma såromläggning.

Distriktssköterskorna ansåg att fortbildning och att ha uppdaterad kunskap inom sårvård var viktigt. De efterfrågade mer fortbildning och tyckte att det hade varit bra om utbildningarna var mer praktiskt lagda, såsom att de gick igenom nya sårmaterial eller hur ett sår rensas upp.

”Det jag skulle vilja bli bättre på när det kommer till sårvård, det är att rensa upp i såren.” (intervju 8)

Flexibilitet i hemmiljön

Centralt i hemsjukvården var att distriktssköterskan hade någon annans hem som sin arbetsplats. Distriktssköterskorna beskrev utmaningar i hemmiljön med svårighet till bra arbetsställning vid såromläggning, brist på hygien, dålig belysning, materialförvaring och belamrade hem. De visade prov på att de var lösningsfokuserade i sitt sätt att bemöta dessa utmaningar.

Att sårvården tog plats i patientens hem medförde att distriktssköterskorna oftast inte kunde bestämma allt kring hur såromläggningen skulle utföras på egen hand, utan dessa beslut togs i samråd med patienten. Ett exempel kunde vara på vilken plats själva omläggningen skulle ske och att denna plats inte alltid var till fördel för distriktssköterskan. En distriktssköterska hade erfarenhet av att tidigare ha arbetat på en sjukhusavdelning och upplevde att det var lättare att vårda patienterna där, då patienterna anpassade sig till sjukhusmiljön. I kontrast till detta stod patientens egna hem där det var distriktssköterskan som fick anpassa sig till det. Många upplevde det svårt att veta vilka krav det gick att ställa i patientens hem och kände en motsättning mellan att respektera patienten och utföra ett arbete.

”...jag kommer in i deras i hemmiljö och det är på deras villkor så har jag ändå en arbetsuppgift att utföra en ordination ifrån en annan.” (intervju 8)

För att kunna utföra en såromläggning var förutsättningen att hitta en hållbar arbetsställning. Somliga distriktssköterskor tog med sig hjälpmedel från kontoret. Ett exempel var en sorts benvagga som de la benet i vid såromläggningen och som hjälpte till att avlasta det. Dock upplevde de att det oftast var mer omständligt att ta med den i förhållande till vad den kunde ge vid omläggningarna. De använde sig av sin uppfinningsrikedom och erfarenhet för att hitta lösningar i hemmet. Det som ansågs underlätta arbetsställningen väsentligt var om patienten hade en vårdsäng som var höj- och sänkbar.

”Ibland kan det faktiskt till och med vara bättre att patienten sitter och jag sitter på golvet eller på en pall än att ha dom i sängen om den inte är höj och sänkbar.” (intervju 6)

Ibland var det inget alternativ att sitta på golvet vid en såromläggning, då hemmen i vissa fall upplevdes vara smutsiga och ibland som ren misär. Med detta följde utmaningen i sårvården med att hitta strategier under sådana förutsättningar. En förutsättning för en god sårvård var att hålla en god hygien vid såromläggningen. En utmaning kunde vara att duka upp omläggningsmaterialet på en ren plats, vilket löstes med att göra det bästa möjliga av situationen och ta till exempel en stol med ett underlägg ovanpå.

En annan förutsättning distriktssköterskorna nämnde för en god sårvård var en bra belysning, vilket var en återkommande utmaning i hemmen. Distriktssköterskan löste detta på olika sätt.

Ibland tog de med en kollega som fick lysa med ficklampa. Om patienten allmäntillstånd tillät det försökte de utföra såromläggningen nära ett fönster för att ta hjälp av dagsljuset. De inledde även ett samarbete med patienten och tillsammans hittade olika lampor i hemmen som kunde användas vid sårvården.

En förutsättning för god sårvård var att materialet skulle vara lättillgängligt. Då ordinationen för sårvården kunde ändras så ansågs det viktigt att begränsa materialet som fanns i patientens hem för att de inte skulle behöva kassera stora mängder material. Därför var det vanligt att det fanns ett ”mellanförråd” med patientbundet material på till exempel distriktssköterskans kontor. Detta mellanförråd med överblivet material kunde också användas som en reserv till andra omläggningar, då beställning av material kunde ta upp till två veckor i vissa fall. Detta var ett exempel på hur distriktssköterskorna hade hittat en strategi som byggde på erfarenheten av snabba materialbyten.

En förutsättning för en god sårvård var att kunna förvara materialet i patientens hem. Det som efterfrågades var en ostörd plats där materialet kunde vara, och gärna i en låda som gick att försluta. Hos en del patienter var detta svårt att ordna, på grund av ett belamrat hem och/eller ohygieniska förhållanden. Det hände då att distriktssköterskan tog med material inför varje omläggning.

”...jag tar med mig grejer varje gång. Dels är det inte helt rent där hemma precis och sen så är det ju då mycket grejer och jag skulle aldrig hitta om jag satte en påse eller en låda någonstans, så skulle jag nog inte hitta den igen.” (intervju 2)

Distriktssköterskans sociala kompetens

För att en god sårvård skulle vara möjlig var den viktigaste förutsättningen att skapa en god relation med patienten och respektera dennas autonomi. Det var även en viktig förutsättning att ha ett gott samarbete med andra professionella kring patienten.

God relation med patienten

Den viktigaste förutsättningen för en god sårvård i hemmet var att ha en god relation med patienten.

”Det är ju bra att ha en god kommunikation och att man kommer överens, såklart, det är ju jätteviktigt att, alltså bemötande är ju A och O hela tiden.” (intervju 5)

Det fanns en respekt för patienten i dennes hem och distriktssköterskorna beskrev hur de fick till ett samförstånd med patienten i ett givande och tagande. Ibland kom de fram till kompromisser i en såromläggning tillsammans med patienten på bekostnad av att såret fick sämre läkningsmöjligheter. Till exempel var lindning av ben något som inte alla patienter tolererade och då kunde kompromissen vara att patienten istället hade ett annat förband med mindre kompressionseffekt.

En annan förutsättning för en god sårvård var att kunna se bortom såret och se hela personen. Till exempel togs kostens betydelse för sår läkningen med i bedömningen om hur sår läkningen kunde förbättras.

”Vi har kunnat se att när den här mannen slutade få matleverans så har det här såret blivit sämre...” (intervju 3)

Det gjordes även bedömningar av distriktssköterskorna om hur patienten påverkades av att ha ett sår. Till exempel om det var ett smärtsamt sår så kunde samarbete inledas med läkare för att få utskrivet smärtlindrande medicin. Om såret medförde oro hos patienten kunde detta underlättas med att ha en bra framförhållning i såromläggningarna och ge tydlig, anpassad information.

Det fanns även möjligheter till att bygga upp nära patientrelationer, särskilt om sårvården pågick under en längre tid.

”...många gånger så skapar man ju en väldig relation och går man kanske där år ut och år in så ja, så blir det ju typ ja inte en anhörig det blir det ju inte, men man blir ju vän med dom om man säger så.” (intervju 4)

Gott samarbete

En av förutsättningarna för en god sårvård var ett bra samarbete med bland annat vårdcentral, specialistvård eller annan personal som arbetar med patienten.

När distriktssköterskorna fått kännedom om att en patient hade ett sår beskrev de hur de gjorde en första bedömning om detta var ett sår de kunde hantera själva eller om de skulle inleda ett samarbete med annan instans. Distriktssköterskorna beskrev hur de ordinerade omläggningarna kring ett enklare sår själva, medan vid mer svårbedömda sår så inleddes ett samarbete med personalen på vårdcentralen, men även med specialistvård såsom en hudmottagning. En förutsättning för att sårvården skulle fungera väl var att det fanns en god kontakt etablerad med läkarna på vårdcentralen. Läkaren hade större möjlighet att remittera såret vidare vid behov, eller förskriva antibiotika vid infektioner. Distriktssköterskorna efterfrågade även att det skulle finnas diagnos på vilken typ av sår patienten hade. En förutsättning för en god sårvård var en tydlig ordination. I de fall ordinationen kom från en specialistmottagning uppfattades den vara konkret och tydlig. Ordinationen på omläggning från vårdcentralen kom i en del fall från läkaren men även ifrån en distriktssköterska som arbetade där. Deltagarna beskrev även hur de fick förtroende från läkarna att själva ordinera kring till exempel såromläggningen.

”Alltså de litar ganska mycket på oss att vi har sett såren och att vi har sett såna sår innan och vet vad det finns för material.” (intervju 2)

I en del fall där det inte fanns en god kontakt etablerad med läkaren på vårdcentralen så fanns det en stark önskan hos distriktssköterskorna att ha en sådan. Det kunde bli en tidskrävande process att i varje enskilt fall koma i kontakt med en ansvarig läkare. När den regelbundna kontakten med läkaren saknades kände sig distriktssköterskorna mer ensamma i bedömningen.

”...man skulle vilja ha en läkare med ett intresse de här gångerna, så att man faktiskt driver fram det här, så att såret kan läka.” (intervju 7)

För distriktssköterskorna var ett samarbete med personal på vårdcentralen nödvändig vid avancerade sår, då landstinget står för en stor del av materialkostnaden. Detta samarbete fungerade i flera fall väl men det fanns även exempel på när det kunde upplevas som ett problem.

”Jag önskar att man som i kommunen...kunde beställa omläggingsmaterial som kommunen står för, kanske. Så att man kan göra det i början och lyckas man inte hade man kunnat koppla in vårdcentralen, kanske. Så att man får lite större möjligheter där.” (intervju 1)

Ibland upplevdes det som att distriktssköterskan var tvungen att försvara sin kompetens innan hon fick tillgång till de material som hon bedömt behövdes till en såromläggning:

”...jag tycker det är ganska jobbigt att behöva, varje gång jag beställer redogöra för hur jag har tänkt och mängderna som jag beställer och så vidare.” (intervju 3)

Något som distriktssköterskorna upplevde som en resurs var det stöd som de kunde få av sina kollegor. De diskuterade mycket med kollegorna och det fanns även möjlighet att ta med sig kollegor ut till patienten eller få råd via foton som de tagit på såret. Distriktssköterskorna beskrev hur en kollega kunde komma med nya infallsvinklar och hur uppskattat detta var.

En bedömning som distriktssköterskorna gjorde var om såromläggningarna skulle delegeras till hemtjänstpersonal som också arbetade hemma hos patienten. Hur denna bedömning gjordes kunde skilja sig mellan distriktssköterskorna och de uttryckte att de använde sin magkänsla i bedömningen. I en del fall delegerades en stor del av omläggningarna samtidigt som de var tydliga med att de behöll uppföljningsansvaret, i andra fall skötte distriktssköterskan större delen av sårvården själv.

”Men där är väldigt individuellt hur vi tänker faktiskt...för vi kan titta på samma patient, två sjuksköterskor och ändå en kan tycka ”nä, det här vill jag ha koll på”, den andra kan tycka ”nej, det här kan någon annan utföra”.” (intervju 3)

Distriktssköterskorna var tydliga med att en förutsättning för god sårvård var kontinuitet. De såg en stor fördel i att kunna följa samma patient. Detta gällde särskilt i arbetet med avancerade sår och att de i dessa fall försökte utföra så många omläggningar som möjligt själva.

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa vilka förutsättningar som distriktssköterskan upplevde var viktiga för att utföra en god sårvård i hemmiljön. Den kvalitativa metoden valdes då den gav en djupare förståelse i det som skulle undersökas (Polit & Beck, 2010).

Då den kvalitativa innehållsanalysen har som syfte att skildra variationer kan resultatets giltighet ökas ju fler intervjuer som utförts och ju större variation i deltagarnas bakgrund som finns (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Inklusionskriterierna för att delta i studien var att deltagarna skulle vara verksamma distriktssköterskor i kommunal hemsjukvård. Ett bekvämlighetsurval användes, då det ansågs vara mest effektivt i att hitta deltagare (Polit & Beck, 2010). Författarna gjorde inget strategiskt urval, som till exempel åldern på deltagarna eller arbetslivserfarenheten de hade som distriktssköterskor. Däremot gjordes ett strategiskt urval i att få en geografisk spridning med både stad och landsbygd. Detta för att författarna tänkte att förutsättningarna i hemsjukvården var olika beroende på om det var en stor eller liten kommun. Bakgrunden hos deltagarna visade dock en stor spridning i ålder och arbetslivserfarenhet, vilket ökar resultatets giltighet.

En begränsning i studien är det låga antalet intervjuer (endast åtta), vilket påverkar giltigheten hos resultatet. Om fler deltagare hade varit med i studien, hade det troligtvis funnits en större chans att hitta fler variationer i upplevelserna (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). De som ursprungligen skulle ha intervjuats var tio distriktssköterskor. Två av dessa drog sig ur på grund av tidsbrist i deras arbeten. Under tiden nya deltagare eftersöktes, påbörjades analysen. Efterhand som analysen fortskred och författarna samtidigt inte fick in nya deltagare, gjordes en bedömning att de åtta intervjuer som genomförts skulle ge så pass mycket material så att syftet kunde besvaras. Därefter togs beslut av författarna att avbryta sökandet efter deltagare. Sjuksköterskor valdes att exkluderas i studien trots bristen på distriktssköterskor att intervjuas. Detta gjordes för att författarna ville undersöka just hur distriktssköterskor, med sin specialistutbildning inom området, såg på vilka förutsättningar som de upplevde var viktiga för att utföra en god sårvård i hemmiljö.

Författarna har använt sig av semistrukturerade intervjuer i studien. Enligt Polit & Beck (2010) kan semistrukturerade intervjuer väljas då författarna har en lista med ämnen eller breda frågor som behöver behandlas i en intervju. En intervjuguide har använts till hjälp för att säkerställa att alla frågeområden har behandlats. Den semistrukturerade intervjuguiden gav författarna en ram att hålla sig inom och uppfattades som positiv av författarna då den gav utrymme för fördjupning av vissa frågor samt ett stöd när längre stunder av tystnad uppstod. Författarnas uppgift under intervjuerna har varit att uppmuntra deltagarna att prata fritt om alla ämnen som var relevanta för denna studie.

Erfarenheten som intervjuare skilde författarna åt. Den ena författaren hade en grundutbildning i psykoterapi och hade därav mer träning i viss frågeteknik. Författarna valde dock att under intervjuerna vara omväxlande observatör och intervjuare och att avlösa varandra i frågorna. Detta gav den andre författaren tid att reflektera över svaren, hitta nya infallsvinklar och hjälp togs av varandra i att följa upp lösa trådar. Detta upplevde författarna vara positivt och ansåg att det gav en jämnare kvalitet på intervjun. Efterhand som intervjuerna genomfördes tillsammans upplevde författarna hur de fick en viss erfarenhet av att ställa frågor och hittade en trygghet i hur intervjuguiden fungerade. Detta gav författarna ett större lugn i att genomföra de sista intervjuerna enskilt. Dock upplevde författarna att det fanns en mindre risk att inte alla ämnen belystes tillräckligt i de intervjuer som utfördes tillsammans då de kunde komplettera varandra i frågorna. Längden på intervjuerna var mellan 19–31 minuter. Då åtta intervjuer utfördes kunde dessa med fördel ha varit längre. Det är troligt att en mer van intervjuare än författarna hade kunnat fördjupa sig i svaren på ett bättre sätt och därmed fått längre och mer innehållsrika intervjuer.

Analysen hölls textnära och allt analysarbete gjordes gemensamt, vilket bidrog till en öppen dialog om olika fynd och resultat som påträffades. Författarna upplevde att det var en utmaning att hitta subkategorier som inte berörde varandra i innehåll. Texten bearbetades flera gånger vilket resulterade i att koderna justerades och kategorier och subkategorier ändrades flertalet gånger, vilket kan tänkas stärka resultatets tillförlitlighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

En grundläggande fråga när trovärdigheten diskuteras i en kvalitativ innehållsanalys är tolkningen som forskaren gör när texten bearbetas (Graneheim & Lundman, 2004). En text innehåller alltid flera innebörder och å ena sidan är det omöjligt och oönskat för en forskare

att inte tillskriva fenomen under studien ett särskilt perspektiv. Å andra sidan måste forskaren låta texten tala och inte sätta in någon mening som inte finns där. Förförståelsen hos författarna bör redovisas då de är instrumenten för datainsamlingen och även skaparna i den analytiska processen (Polit & Beck, 2010) En styrka som författarna ansåg sig ha var att deras arbetsbakgrund skiljde sig åt. Den ena författaren arbetade i hemsjukvården vilket gav henne en förförståelse för arbetet som sjuksköterska i hemsjukvård. Den andra författaren hade sin bakgrund i sjukhusvård och saknade förförståelse för hemsjukvården. Detta gav författarna möjligheten att se texten från två olika håll och komplettera varandra i sina infallsvinklar i analysarbetet, vilket kunde öka trovärdigheten i resultatet (Polit & Beck, 2010).

Resultatdiskussion

De mest framträdande resultaten i denna studie var hur de viktigaste förutsättningarna för sårvården var hur distriktssköterskans använde sin reella och sociala kompetens, hur hon uppvisade ett personcentrerat förhållningssätt i sitt arbete med patienten samt vikten av det goda samarbetet med andra professionella.

I kompetensbeskrivningen för distriktssköterskan står att arbetet ska grunda sig på evidens och beprövad erfarenhet (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008). Distriktssköterskorna i denna studie beskrev hur deras kunskap i sårvård förbättrades kontinuerligt och hur de blev mer erfarna inom detta område. Detta resultat bekräftas i en studie gjord av Friman, Wahlberg, Mattiasson och Ebbeskog (2014) där distriktssköterskorna upplevde att deras kunskap förbättrades efterhand och att de var i en konstant lärandeprocess. I studien poängterades också vikten av att ha uppdaterad information om sårvård då det stärkte deras professionella roll och var till fördel för patienten då de kunde erbjuda skicklig och kompetent vård. En av de förutsättningar som identifierades i författarnas studie var fortbildning inom ämnet sårvård. Distriktssköterskorna var väldigt positivt inställda till mer fortbildning och de var tacksamma för de utbildningar som fanns, samtidigt som de hade förståelse för de begränsningar som kunde finnas med hur många utbildningar de kunde gå på. Det var påtagligt vilket intresse det fanns för mer utbildning i sårvård hos distriktssköterskorna. I en studie visades att sjuksköterskorna kände sig säkrare i sitt yrke och mer hängivna sitt arbete när de hade möjligheten att delta i sårvårdsutbildningar (Eskilsson & Carlsson, 2010). Ett exempel på hur distriktssköterskorna använde sin kunskap och reella och sociala kompetens kunde synas i alla de beslut som distriktssköterskan behövde ta kring sårvårdsmaterialet

såsom vilket material vid omläggning, beställning av material, förvaring av material och hur de skulle lösa en brist på material. En företeelse som författarna uppmärksammade var variationen i hur många sätt det fanns att lösa problem som kunde uppstå kring materialet och att distriktssköterskorna ansåg det viktigt att patienten inte skulle komma i kläm. Ett annat exempel på hur distriktssköterskorna använde sin erfarenhet var hur de såg möjligheterna i patienternas hem och var lösningsfokuserade i att till exempel hitta bättre belysning. Det var häpnadsväckande hur få hjälpmedel som fanns att tillgå för utförandet av själva såromläggningen. I de fall en kollega följde med vid en såromläggning för att lysa med en mobillampa kan det funderas över hur kostnadseffektivt detta var. Med få, billiga hjälpmedel, hade deras arbete kunnat underlättas som med till exempel en pannlampa eller en hopfällbar pall.

Distriktssköterskorna visade respekt för patienterna i sättet de beskrev dem och hade ett personcentrerat förhållningssätt. Även om de återberättade situationer som var utmanande och krävande i såromläggningen så beskrev de aldrig patienten i negativa ordalag. I vissa fall ställdes patientens livskvalitet mot att läka såren och det blev då tydligt att god sårvård inte alltid var synonymt med sårhäkning. Detta blev särskilt tydligt när det handlade om att linda ben och hur patienter tolererade det. Distriktssköterskorna resonerade kring att patienten inte hade mycket obehag av själva såret, men hade däremot mycket obehag av att ha benen lindade och de försökte hitta kompromisser tillsammans med patienten. Enligt en studie av Ebbeskog och Emami (2005) kunde förbandsbyten kraftigt påverka patienten och dennas kroppsuppfattning och sårbarhet. Därför var det viktigt för vårdgivaren att vara lyhörd för patienten och dennas känslor vid såromläggning (Ebbeskog & Emami, 2005). Utmärkande var hur distriktssköterskorna accepterade väldigt mycket i patientens hem av respekt för patienten, trots att det gick ut över hennes välbefinnande, till exempel hur distriktssköterskorna accepterade arbetsställningar i såromläggningen som var fysiskt krävande för deras kroppar, men bättre för patienten.

Att ta hand om patienter med sår kräver ett interprofessionellt samarbete för att ge den bästa behandlingen och vården (Lindahl, Norberg & Söderberg, 2008). En av de förutsättningar som distriktssköterskorna i författarnas studie berättade om var att ha ett bra samarbete med en läkare och detta borde vara en grundläggande faktor för att den komplexa sårvården ska fungera. Författarna uppmärksammade hur distriktssköterskorna tog sig an rollen som spindeln i nätet och var den drivande i kontakten med olika samarbetspartners och hela tiden

med ett självklart patientfokus. När det inte fanns en tydlig struktur i samarbetet kunde det vara en tidskrävande process som krävde mycket energi av distriktssköterskan att till exempel få tag i ansvarig läkare för bedömning av såret. Att ansvarsområdena inom de olika professionerna inte är officiellt definierade är ett problem som även lyfts fram i studien av Friman, Klang och Ebbeskog (2010). I den studien konstaterades också att de flesta sårerna som behandlades av distriktssköterskorna saknade en korrekt medicinsk diagnos. Vid till exempel bensår är det rekommenderat att en primär bedömning bör göras av husläkare för att få en etiologisk diagnos (Lindberg, 2016). Ett otillräckligt samarbete med läkare kunde leda till konsekvenser för patienten, såsom en ökad väntetid till specialist eller en fördröjd sårhäkning på grund av ett odiagnostiserat sår (Friman, Klang & Ebbeskog, 2010). I en kanadensisk studie av Rodrigues och Mégie (2006) framkom att majoriteten av patienter som deltog i studien hade en familjeläkare men trots detta var endast en tredjedel av dessa läkare involverade i sårvården. Det tenderade att bli en ond spiral för då läkarna inte fick den regelbundna kontakten med sårvård och det blev svårt för dem att bli erfaren inom området.

Samarbetet med hemtjänstpersonal var ett annat viktigt samarbete för att kunna ge patienten en god sårvård. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14) får en delegering inte användas för att lösa bemanningsproblem. Detta står i kontrast mot verkligheten då många distriktssköterskor belyste hur de var tvungna att delegera för att hinna med andra delar av sitt arbete. En annan intressant aspekt som var tydlig i studien var att distriktssköterskorna baserade sin bedömning vid delegering först och främst på sin magkänsla och att ingen av dem nämnde några objektiva kriterier som låg till grund för delegeringar. Fortsatta undersökningar inom detta hade varit intressant.

Konklusion och implikationer

Den viktigaste förutsättningen för att utföra en god sårvård i hemmiljö var distriktssköterskans erfarenhet, kunskap och kompetens. Det framkom tydligt att distriktssköterskorna önskade mer kunskap inom ämnet sårvård. Forskning tyder på att sårvården blir utförd med högre kvalitet om distriktssköterskan får mer fortbildning. Distriktssköterskorna visade en tydlig respekt för patienten i dennas hem. En viktig del för att sårvården skulle fungera var att det fanns ett samförstånd med patienten samt att distriktssköterskan hade en förmåga att se bortom såret och se hela personen. Relationen till

andra professionella kring patienten var avgörande för att skapa förutsättningar för en god sårvård i hemmet. En god ordination, tillgång till bra material, en delaktig patient och en kunnig personal som lägger om såren är alla viktiga förutsättningar för en god sårvård.

Implikationer av resultatet torde därför vara att det behövs mer fortbildning inom området sårvård för verksamma distriktssköterskor. Sårvård kan vara tidskrävande som måste få ta tid och ges resurser i form av personal, tid och hjälpmedel. Det behöver finnas välfungerande strukturer med tydliga roller där det är lätt att samarbeta, och en tydlig ordination.

Genom denna uppsats hoppas författarna att ha belyst det komplicerade, utmanande, viktiga arbete med sårvård i hemmiljön som distriktssköterskorna utför varje dag. En förhoppning finns att resultatet ska komma distriktssköterskorna till godo genom att ha satt ord på några av de förutsättningar som upplevs vara viktiga för att kunna utföra en god sårvård i hemmiljö.

Referenser

- Bökberg, C. & Drevenhorn, E. (2010). Omvårdnad av vuxna och äldre. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård* (pp 91–107). Lund: Studentlitteratur.
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning: legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen: distriktssköterska*. Hämtat 10 oktober 2017 från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Distriktsskoterska/>
- 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.
- Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård – teori och tillämpning. I Edberg A.-K., Ehrenberg A., Friberg F., Wallin., Wijk H., & Öhlén J. (Red.). *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (pp. 29–61). Lund: Studentlitteratur.
- Eskes, A. M., Maaskant, J. M., Holloway, S., Dijk, N., Alves, P., Legemate, D. A., ... & Vermeulen, H. (2014). Competencies of specialised wound care nurses: a European Delphi study. *International Wound Journal*, 11(6), 665–674
- 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(3), 5415.
- Etikprövningslagen (2003:460). Hämtad från Riksdagens webbsida: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- Felemban, O., St John, W., & Shaban, R. Z. (2015). Infection prevention and control in home nursing: case study of four organisations in Australia. *British journal of community nursing*, 20(9).
- 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.
- 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), 426–434.

- 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(4), 386-395.
- GPCC - Centrum för personcentrerad vård (2016). *Personcentrerad vård*. Hämtad 16 februari 2017 från Göteborgs universitet: <http://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.
- Hjerpe, A. L., Paananen, S., Huhtala, H., & Vaalasti, A. (2006). The number of leg ulcers increases—A 20-year-questionnaire study in Pirkanmaa Health Care in Finland. *EWMA Journal*, 6(2), 5–8.
- Josefsson, K. (2010). Sjuksköterskans roll i hemsjukvården. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård* (pp 15–35). Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Lindahl, E., Norberg, A., & Söderberg, A. (2008). The meaning of caring for people with malodorous exuding ulcers. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 163-171.
- Lindberg, B. (2016). Bensår. Hämtad 19 oktober 2017 från Viss <http://www.viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Hud--och-konssjukdomar/Bensar/>
- Lindholm, C. (2012). *Sår*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindholm, C., & Searle, R. (2016). Wound management for the 21st century: combining effectiveness and efficiency. *International Wound Journal*, 13(S2), 5–15.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (upplaga 2:1, pp. 187–201). Lund: Studentlitteratur
- Morgan, P. A., & Moffatt, C. J. (2008a). Non- healing leg ulcers and the nurse–patient relationship. Part 1: the patient's perspective. *International Wound Journal*, 5(2), 340-348.
- Morgan, P. A., & Moffatt, C. J. (2008b). Non- healing leg ulcers and the nurse–patient relationship. Part 2: the nurse's perspective. *International Wound Journal*, 5(2), 332-339.
- Olsson, H., Sörensen, S, (2001). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB
- Patientsäkerhetslag* (2010:659). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). *Nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (7. uppl.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Prop. 1996/97:60. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialutskottet
- Region Skåne. (2016). *Produktkatalog; förband och sårbehandling*. Hämtad 2017-01-25 från:
<http://vardgivare.skane.se/patientadministration/trycksaker/produktkataloger/forband-och-sarbehandling---produktkatalog/>
- Region Skåne & Kommunförbundet Skåne. (2016). *Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne* (2016-01-19). Hämtad från:
<http://kfsk.se/socialtjanst/wp-content/uploads/sites/4/2015/04/Avtal-om-ansvarsfo%CC%88rdelning-och-utveckling-avseende-ha%CC%88lso-och-sjukva%CC%8Arden-i-Ska%CC%8Ane.pdf>
- Rodrigues, I., & Mégie, M. F. (2006). Prevalence of chronic wounds in Quebec home care: an exploratory study. *Ostomy/Wound Management*, 52(5), 46–8.
- Socialstyrelsen. (2016). *Vård och omsorg om äldre*. (Lägesrapport 2016). Hämtad från:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-2-29>
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård* (SOSFS 1997:14). Hämtad från:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer1997/1997-10-14>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014a). *Svårläkta sår hos äldre—prevention och behandling. En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport, nr 226). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014b). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: en handbok*. Hämtad 2 oktober, 2017, från
http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf
- WMA. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad från World Medical Association:
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Zarchi, K., Martinussen, T., & Jemec, G. B. (2015). Wound healing and all-cause mortality in 958 wound patients treated in home care. *Wound Repair and Regeneration*, 23(5), 753–758.

Intervjuguide

Ålder?

Distriktssköterska/sjuksköterska?

I hur många år har du arbetat som distriktssköterska/sjuksköterska?

Var arbetar du nu?

Hur länge har du arbetat där?

Vilka förutsättningar upplever du är viktiga för att kunna utföra en god sårvård i hemmet?

Vad/vilka är anledningen/anledningarna till...?

Berätta....

På vad sätt...?

Hur tänker du om...?

Vilka erfarenheter...?

Hur upplevde du...?

Du nämnde.....vad menar du? Exempel?

Hur – vad - vilka

Stödord/frågeområden

Innebörd sårvård

Bedömning/kunskap om sårvård

Möjligheterna till fortbildning

Möjligheter/svårigheter (utmaningar) med sårvård i hemmet

Tillgodose patientens behov vid sårvård

Konsekvenser för patienten

Mer att tillägga