



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med behandlingen av patienter med ben- och fotsår i primärvården

Anna-Carin Jonsson
Anette Westh

2018

Examensarbete, Avancerad nivå, 15 hp
Omvårdnad
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning distriktssköterska
Examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde, 15 hp

Handledare: Lisbeth Porskrog Kristiansen
Examinator: Ann-Sofi Östlund

Sammanfattning

Syfte. Syftet med denna studie var att beskriva distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med patienter med ben- och fotsår i primärvården i Region Gävleborg. **Metod.** Studien hade en beskrivande design med kvalitativ ansats och genomfördes med semistrukturerade intervjuer. Tio distriktssköterskor och två sjuksköterskor intervjuades. Intervjuerna transkriberades och analyserades med manifest och latent analys. Den teoretiska referensram som användes var PARIHS-modellen.

Resultat. Ett underliggande tema framkom i studien: *Att vara i ett svårmanövrerat men ändå glädjande och stimulerande sammanhang.* I de sex beskrivande kategorierna framkom att distriktssköterskorna och sjuksköterskorna genom sina erfarenheter upplevde att arbetet med denna patientgrupp i primärvården underlättades med kontinuitet, kunskap och patientens delaktighet för en god sårbehandling. Vidare framkom även att en god samverkan mellan olika professioner kring patienten var av stor vikt. Vid bristande samverkan upplevde distriktssköterskorna och sjuksköterskorna en känsla av ensamarbete. En bristfällig dokumentation utan en vårdplan att följa resulterade till ett ostrukturerat arbetssätt. **Slutsats.** I studien framkom att distriktssköterskor och sjuksköterskor hade en önskan om att mer kontinuitet i arbetet, mer kunskap och mer engagemang från läkarna skulle finnas. Det framkom även att det fanns stora utmaningar i arbetet. En av de större utmaningarna var att få patienten delaktig i behandlingen. På de hälsocentraler där det fanns en såransvarig distriktssköterska eller sjuksköterska upplevdes arbetet mer strukturerat. Mot bakgrund av detta examinationsarbete kan det sammanfattas att adekvat behandling av ben- och fotsår krävde specifik kunskap, kontinuerlig och strukturerat arbetssätt ledd av speciellt ansvarig distriktssköterska eller sjuksköterska.

Nyckelord: Ben- och fotsår, distriktssköterskor, erfarenheter, PARIHS-modellen primärvård, sjuksköterskor

Abstract

Purpose. The purpose of this study was to describe district nurses' and nurses' experience in dealing with patients with leg and foot ulcer in primary care in Region Gävleborg. **Method.** This study had a descriptive design with a qualitative approach and was carried out using semi-structured interviews. Ten district nurses and two nurses were interviewed for the study. The results of the interviews were transcribed and analyzed using manifest and latent analysis. The theoretical frame of reference used was the PARIHS-model. **Result.** A certain theme emerged in the study: *Having to act in a difficult yet joyful and stimulating context*. In the six descriptive categories, the district nurses and nurses experienced that when working with this group of patients, continuity, knowledge and the participation of the patients were important for a good ulcer treatment. Furthermore, the importance of cooperation between different professions emerged. The lack of cooperation causes a feeling of isolation among district nurses and nurses. An insufficient documentation without a healthcare plan to ensue lead to an unstructured way of working. **Conclusion.** The result of this study showed that district nurses and nurses had a wish of more continuity in their work and also more knowledge and more commitment from doctors. The study showed there are many challenges in this situation. One of the greater challenges was to make the patients more involved in their treatment. Work was experienced more structured in health centers with nurses responsible for dealing with ulcers. Most participants in this study agreed that specific knowledge when dealing with ulcers is required when working with this group of patients. As a conclusion of this study, an adequate treatment of leg and foot ulcer required specific knowledge, a continuous and structured way of working, lead by a appointed responsible district nurse or nurse.

Key words: District nurses, nurses, leg and foot ulcer, primary care, experiences, the PARIHS-model.

Innehållsförteckning

<u>1. Introduktion</u>	1
<u>1.1 Orsaker till ben- och fotsår</u>	1
<u>1.1.1 Trycksår</u>	1
<u>1.1.2 Arteriellt ben- och fotsår</u>	1
<u>1.1.3 Venöst ben- och fotsår</u>	2
<u>1.1.4 Diabetessår</u>	2
<u>1.2 Patienten i primärvården</u>	2
<u>1.3 Vård på lika villkor</u>	3
<u>1.4 Kunskap och ansvar</u>	3
<u>1.5 Teoretisk referensram</u>	4
<u>1.6 RiksSår</u>	4
<u>1.7 Problemformulering</u>	4
<u>1.8 Syfte</u>	5
<u>2 Metod</u>	5
<u>2.1 Design</u>	5
<u>2.2 Undersökningsgrupp och Urvalsmetod</u>	5
<u>2.3 Datainsamlingsmetod</u>	6
<u>2.4 Tillvägagångssätt</u>	6
<u>2.5 Dataanalys</u>	7
<u>2.6 Forskningsetisk övervägande</u>	9
<u>3 Resultat</u>	10
<u>3.1.1 Bristande kontinuitet</u>	11
<u>3.1.2. Ansvarig för sårbehandling</u>	12
<u>3.2 Samverkan är viktig mellan professioner</u>	12
<u>3.2.1 Bristande samverkan mellan professioner</u>	12
<u>3.2.2 Välfungerande team</u>	13
<u>3.2.3 Ensamarbete</u>	13
<u>3.3 Kunskap främjar sårbehandling</u>	13
<u>3.3.1 Förutsättningar till utbildning</u>	13
<u>3.3.2 Kunskap leder till god sårbehandling</u>	14
<u>3.3.3 Brist på kunskap och utbildning</u>	14
<u>3.4. Dokumentation en kvalitetsåtgärd</u>	15
<u>3.4.1 Dokumentation i kvalitetsregister</u>	15
<u>3.4.2 Strukturerat arbetssätt</u>	15
<u>3.4.3 Bristande dokumentation</u>	15
<u>3.5 Erfarenhet är avgörande för en god sårbehandling</u>	16
<u>3.5.1 Generella främjande faktorer</u>	16
<u>3.5.2 Generella hindrande faktorer</u>	16
<u>3.6 Stöd och utbildning främjar patientens delaktighet</u>	16
<u>3.6.1 Patientens delaktighet</u>	17
<u>3.6.2 Svårighet att motivera patienten</u>	17
<u>3.6.3 Stöd och utbildning till patienten</u>	17
<u>4 Diskussion</u>	18
<u>4.1 Huvudresultat</u>	18
<u>4.2 Resultatdiskussion</u>	18
<u>4.2.1 Evidens – forskning och klinisk erfarenhet</u>	19
<u>4.2.2 Kontexten har betydelse för kontinuitet</u>	21
<u>4.2.3 Såransvarig distriktssköterska eller sjuksköterska – en facilitator</u>	22

4.3 Metoddiskussion	23
4.4 Kliniska implikationer	25
4.5 Förslag till fortsatt forskning	25
4.6 Slutsats	25
5 Referenslista	27

1. Introduktion

Sår nedanför knäleden på ben eller fot som inte läker inom sex veckor definieras som bensår eller fotsår, beroende på var såret är lokaliserat (Lindholm 2012). Det finns alltid en bakomliggande orsak till att ben- och fotsår uppkommer eller inte läker, det kan vara venös insufficiens, arteriell insufficiens eller sjukdomar som exempelvis diabetes (Regmi & Regmi 2012). Fotsår drabbar oftast personer som har diabetes eller som har nedsatt arteriell cirkulation, detta är en vanlig orsak till att amputation sker (SBU 2014). Målet med all sårbehandling är att minska lidandet, förhindra sårinfektion, möjliggöra läkning och underlätta patientens dagliga liv (Lindholm 2012).

1.1 Orsaker till ben- och fotsår

1.1.1 Trycksår

Tidigare kallades trycksår för liggsår, trycksår är en skada i huden eller i underliggande vävnad. Ofta finns trycksåren vid benutskott (SBU 2014). Sakrum och hälar är ofta utsatta av trycksår orsakade av ihållande tryck mot huden eller i kombination med skjuvkrafter som uppstår när olika vävnadslager förskjuts. Detta kan uppstå när patienten glider framåt i en rullstol eller ner i sängen då huvudändan höjs. Man delar in graden av trycksår i fyra olika stadier (Vahlquist 2017). De flesta trycksår uppkommer över dom sex klassiska trycksårslokaliseringarna, mer än 95% av alla trycksår finns någonstans på dessa sex områden. Dessa områden är sakrum, hälar, fotknölar, övre extremiteterna, sittbensknölar och höftbenskammarna (Lindholm 2012).

1.1.2 Arteriellt ben- och fotsår

Artärerna leder blodet från hjärtat och ut i kroppen. När artärerna av någon anledning har blivit så trånga att blodet har svårt att nå ut i kroppen kan arteriella sår uppkomma. Detta kallas även för arteriell insufficiens. Det som då sker är att huden inte får tillräckligt med den syre och näring som behövs och då blir huden skör. Såren får svårare att läka när blodcirkulationen är försämrad. Arteriella sår kan ta lång tid att läka, ibland flera år. Dessa sår brukar vara smärtsamma. I takt med att vår befolknings medelålder höjs kommer sannolikt problematiken med arteriell kärlsjukdom som leder till sår att öka (Lindholm 2017).

1.1.3 Venöst ben- och fotsår

Venerna leder blodet från kroppens olika delar upp till hjärtat. Om blodet har svårt att pumpas från benen och fötterna till hjärtat kan man få venösa bensår. För att blodet ska kunna pumpas runt i kroppen är det med hjälp av vadens muskler och klaffarna i blodkärlen. Om klaffarna inte håller tätt och vadmuskelnerna inte kan pressa upp blodet läcker blodet tillbaka i venerna och stannar kvar i benen. Detta kallas även för venös insufficiens. Benen svullnar då upp, huden blir skör och man får lättare sår. Sårerna får svårare att läka då blodcirkulationen är försämrad. För att få bort bensvullnaden behöver benet kompression som därmed främjar sårhäkning (Lindholm 2017).

1.1.4 Diabetessår

Patienter med diabetes löper en större risk för att få sår på fötterna. Cirkulationen i de små och stora artärerna kan vara nedsatt, kärlen har blivit för trånga. Man får skör hud och de sår som kan uppkomma får svårare att läka. Patienter med diabetes har ofta nedsatt känsel i sina fötter. Känselnedsättningen gör att de inte känner att något skaver eller gör ont på foten och sår uppkommer. Formen på foten kan även förändras och utsätts då för tryck på nya ställen vilket leder till sår (Lindholm 2017). Tre till åtta procent av alla diabetiker har ett sår (Apelqvist & Larsson 2000). Av de amputationer hos diabetiker som utförs är 85 % orsakade av ett sår. Som en konsekvens av diabetes amputeras varje minut två ben någonstans i världen (Boulton, Vileikiyte, Ragnarsson-Tennvall & Apelqvist 2005).

1.2 Patienten i primärvården

Patienter med ben- och fotsår är en medicinskt lågprioriterad grupp, denna grupp är ofta kostnadskrävande och behöver behandling under lång tid på grund av att det inte finns någon struktur i arbetssättet för att tidigt säkerställa diagnos, rätt behandling och uppföljning (Friman, Klang & Ebbeskog 2010). För primärvården innebär det att patienter med ben- och fotsår har ett omfattande resursbehov och dyra omkostnader. Att därför arbeta med ett strukturerat arbetssätt enligt gällande riktlinjer av denna patientgrupp är av stor betydelse för ekonomi samt patientens lidande (Friman, Klang & Ebbeskog 2010).

1.3 Vård på lika villkor

Regionalt i Sverige finns stora variationer av vilken behandling patienter med ben- och fotsår får. Denna patientgrupp har ofta en lång läkningstid och det kan ta veckor, månader eller år för att uppnå sårhäkning. Läkningstiden blir längre om patienten saknar diagnos och därmed uteblir en optimal behandling. Smärta är en vanligt förekommande upplevelse som kan leda till begränsningar i fysisk aktivitet och socialt umgänge (Ebbeskog & Ekman 2001). Enligt Douglas (2001) upplever patienter med ben- och fotsår känslor av depression, rädsla och tankar om sin framtid. Att det är stora variationer i Sverige i vilken behandling patienter får beror på utbildning, kompetens, lokala traditioner, erfarenheter och vad man har för upphandling av omlägningsmaterial (SBU 2014). I hälso- och sjukvårdslagen kan man läsa att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (HSL 2017:30).

1.4 Kunskap och ansvar

Enligt en SBU-rapport "Svårhäkta sår hos äldre- prevention och behandling" har det framkommit att bensår hanteras ofta som en sjukdom när det egentligen handlar om ett symptom man kan få vid flera olika sjukdomar. Det framkom även att det fanns bristande kunskap av att diagnostisera ben- och fotsår sår vilket medförde att patienterna fick behandling utan en adekvat diagnos (SBU 2014). Det finns brister i kunskapen, läkningsprocess och om behandling av venösa bensår hos sjuksköterskor (Ylönen, Stolt, Leino-Kilpi. & Suhonen 2013). Ansvaret för behandlingar av patienter med ben- och fotsår har varit distriktssköterskans ansvar historiskt sett inom primärvården. Distriktsläkarna har allt för sällan engagerats i behandlingen. Distriktsläkaren engagemang har mest varit att skriva recept på antibiotika efter att distriktssköterskan påtalat en misstänkt sårinfektion (SBU 2014). Intresset för sårbehandling hos de flesta läkare är lågt prioriterat och intresset saknas hos de flesta (Lindholm 2017). Det är i stort sett intresserade sjuksköterskor och undersköterskor som får ansvara för uppdateringen av kunskaper av sårbehandling. Under de nationella och internationella sårkongresserna är det ytterst sällan besökta av läkare (Lindholm 2017). En studie har gjorts i en region i Sverige där patienter med sår från sex samtliga kommuner och fem akutsjukhus undersöktes visade det sig att i endast två promille av omläggningarna närvarade en läkare (Lindholm 2012).

I ytterligare en tidigare studie från (2010) visade det sig att ungefär 40 % av sårerna var inte diagnostiserade och det var oklart vilket ansvar var och en av de olika yrkesgrupperna ansvarade för. Riktlinjer för sårbehandling saknades ofta och samarbetet mellan läkaren och distriktsköterskan saknades (Friman, Klang & Ebbeskog 2010). För distriktsköterskan har detta ofta varit som ett ensamarbete.

1.5 Teoretisk referensram

I ett förändringsarbete kan PARIHS-modellen eller Promoting Action on Research Implementation in Health Servicesmodellen leda till att få en större insikt i svårigheterna som kan finnas och en vägledning kan ges till ett förändringsarbete. Denna modell kan vara en användbar förändringsstrategi då modellen tar hänsyn till olika faktorer på både individnivå och organisationsnivå. PARIHS- modellen bygger på att man kan komma närmare problemet som kan finnas med hjälp av implementering av ny kunskap. PARIHS- modellen bygger på tre grundläggande faktorer: evidens, kontext och facilitering. Evidens beskriver klinisk erfarenhet, patientens erfarenhet och forskning. Kontext beskriver en organisation där en förändring ska ske, det innefattar dess kultur och ledarskap. Facilitering beskriver processen till hur en förändring kan underlättas. Exempel på det kan vara att man utser en person som faciliterare. Den personens funktion är att stödja och vägleda medarbetarna (Rycroft- Malone, Harvey, Seers, Kitson, Mc Cormack & Titchen 2004).

1.6 RiksSår

RiksSår är ett nationellt kvalitetsregister som startade 2003. Kvalitetsregistret är för svårläkta sår och syftet med registret är att förbättra vården för patienter med svårläkta sår. RiksSår arbetar för kvalitetsförbättringar som leder till minskad antibiotikaförbrukning och bättre smärtlindring vilket innebär en bättre livskvalitet för patienter med svårläkta sår. Dessa sår kan vara bensår, trycksår, eller fotsår orsakat av diabetes. Den personal som behandlar svårläkta sår ska med hjälp av registret enklare kunna ställa en korrekt diagnos, ge bästa behandlingen och därmed främja en snabbare sårhäkning. Idag finns ca 7000 patienter registrerade i RiksSår (RiksSår 2017).

1.7 Problemformulering

För patienter med ben- och fotsår innebär det att livskvaliteten är nedsatt och patienten drabbas ofta av smärta. För hälso- och sjukvården innebär detta ett stort resursbehov

och dyra omkostnader och ofta långa behandlingstider. Kvalitetsregister finns att tillgå och det finns stora kunskapsluckor gällande betydelsen av specialistmottagningar, utbildning, kontinuitet, kommunikation och samordning i vården. Det saknas uppgifter om hur det ser ut i Sverige idag gällande vilka åtgärder som finns för att förebygga och behandla ben- och fotsår enligt en slutsats från SBU (2014). Att det finns rätt kompetens och utbildningsnivå hos distriktssköterskor och sjuksköterskor i arbetet med patienter med ben- och fotsår kan leda till minskat lidande och kortare vårdtider för denna patientgrupp. Idag saknas det tillräckligt med tidigare forskning enligt den senaste SBU rapporten om ben- och fotsår att ta del av samt vilka olika åtgärder som finns för att behandla ben- och fotsår. Därför fanns det behov av att undersöka distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med denna patientgrupp.

1.8 Syfte

Syftet med studien var att undersöka distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter av arbetet med behandlingen av patienter med ben- och fotsår inom primärvården i Region Gävleborg.

2 Metod

2.1 Design

Studien var en intervjustudie med kvalitativ ansats med beskrivande design (Polit & Beck 2016). Studien använde manifest och beskrivande latent innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) och Graneheim, Lindgren och Lundman (2017).

2.2 Undersökningsgrupp och Urvalsmetod

Undersökningsgruppen bestod av tio distriktssköterskor och två sjuksköterskor som hade sin anställning inom primärvården i Region Gävleborg. Distriktssköterskorna och sjuksköterskorna skulle även ha erfarenhet av att arbeta med patienter med ben- och fotsår i minst ett år. Ett ändamålsenligt urval användes av författarna för att rekrytera informanterna (Polit & Beck 2016). Författarna valde att exkludera sin egen arbetsplats. Inklusionskriterierna för att delta som informant i studien var att ha utbildning till distriktssköterska alternativt sjuksköterska. De informanter som inkluderades i studien var sjuksköterskor och distriktssköterskor som arbetat med patienter med ben- och

fotsår i minst ett år inom primärvården. De som exkluderades i studien var de som varit yrkesverksamma i primärvården mindre än ett år samt den hälsocentral i primärvården Region Gävleborg där författarna har sin anställning. I tabell 1 redovisar undersökningsgruppens ålder och hur länge de har varit yrkesverksamma både som sjuksköterska och distriktssköterska samt inom primärvården.

Tabell 1. Beskrivning av undersökningsgrupp

Antal informanter	Ålder *Medianålder	Yrkesverksamma år som sjuksköterska/distriktssköterska *Medianvärde	Yrkesverksamma år inom Primärvård *Medianvärde
12	30-64	Ssk 5-38	1-21
Ssk 2	*47	*24,4	*14,5
Dsk 10		Dsk 6-21 *15	

2.3 Datainsamlingsmetod

Insamlingen av data utfördes genom individuella semistrukturerade intervjuer (Polit & Beck, 2016). Intervjuerna genomfördes med hjälp av en intervjuguide med semistrukturerade frågor utformade utifrån studiens syfte (se bilaga 1). Förfrågor ställdes till deltagarna om ålder, hur länge de hade arbetat inom primärvården, vilka utbildningar och kurser de hade, hur länge de hade arbetat som sjuksköterska respektive distriktssköterska. Exempel på frågornas utformade var: *Kan du berätta om dina erfarenheter av att arbeta med patienter men ben- och fotsår inom primärvården? Vi vill gärna ta del av dina erfarenheter av patientinvolveringen i arbetet?* För att få ett mer djup i svaren ställdes följdfrågor så som till exempel: *Vad innebär det? Kan du utveckla ditt svar?* För att studiens giltighet skulle stärkas gjordes en provintervju för att försäkra att frågorna gav svar på studiens syfte (Granskär & Höglund Nielsen 2012). Författarna valde att exkludera provintervjun då informanten hade sin anställning på författarnas arbetsplats.

2.4 Tillvägagångssätt

För att få tillstånd att genomföra studien kontaktades samtliga fem verksamhetschefer för primärvården Region Gävleborg. Informationen om studien fick de via ett mailat

informationsbrev som skulle besvaras inom tio dagar (se bilaga 2). Mailadresserna till verksamhetschefer fanns att tillgå på Region Gävleborgs hemsida. Författarna fick svar av fyra av fem verksamhetschefer. Dessa fyra verksamhetschefer gav tillstånd till att genomföra studien. Efter att tillstånd inkommit från verksamhetschefer mailade författarna en förfrågan till 13 vårdenhetschefer i primärvården. Mailadresserna till vårdenhetscheferna fanns att tillgå via internet. Svar inkom från tio vårdenhetschefer, nio av dessa tackade ja till att delta. En vårdenhetschef tackade nej till att delta i studien med hänvisning till pågående omorganisation. Från tre vårdenhetschefer inkom inget svar. Från de vårdenhetschefer som intresserade sig för studien fick författarna namn och mailadresser till informanter som uppfyllde inklusionskriterierna. Författarna mailade distriktssköterskorna och sjuksköterskorna med förfrågan om att delta i intervjustudien via ett bifogat informationsbrev i mailet (se bilaga 3). Förfrågan om att delta i intervjustudien skickades via mail till totalt 42 informanter. Svar inkom från 16 informanter. Tolv tackade ja till att delta i studien. Två av dessa var sjuksköterskor och tio var distriktssköterskor. Fyra informanter tackade nej till att delta i studien med anledning av att de redan deltog i andra studier. Inget svar inkom från resterande 26 informanter som fick förfrågan trots att en påminnelse skickades ut. Med hjälp av semistrukturerade intervjuer genomfördes datainsamlingen. Intervjuerna startade i mars 2018 och avslutades i april samma år. Intervjuerna genomfördes på distriktssköterskornas och sjuksköterskornas arbetsplatser i enskilda rum som informanten valt ut med syfte att intervjun skulle få ske ostört. Under de enskilda intervjuerna fanns enbart den deltagande informanten och författarna närvarande. Intervjuerna spelades in via mobiltelefon. Varje intervju varade mellan 17 till 34 minuter. Intervjuerna utgick från en intervjuguide (se bilaga 1). Frågorna ställdes som öppna frågor och författarna anpassade därefter följdfrågor utifrån vad som uppkom under intervjuerna. Studiens syfte låg som grund till hur frågorna utformades. Båda författarna var närvarande under intervjuerna, förutom vid en intervju då endast en författare var närvarande.

2.5 Dataanalys

De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant av författarna i nära anslutning till intervjuerna. Texterna som transkriberades lästes igenom flera gånger av författarna för att få en förståelse av helheten av texten. Därefter söktes och identifierades

meningsbärande enheter för att tydliggöra centrala delar av texten som svarade mot studiens syfte. De meningsbärande enheterna kondenserades. Vid kondensering av text kortas texten ner men innehållet bibehålls enligt manifest kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman 2004). De kondenserade meningsenheterna skrevs ner i ett dokument och grupperades med enheter som hade liknande innehåll. En etikett sattes på de kondenserande meningsenheterna fick igenom det en kod som gav en beskrivning av innehållet. De meningsbärande enheterna och kondenseringen av texten lästes därefter igenom igen flera gånger för att få fram subkategorier och kategorier. Därefter reducerades innehållet till 16 subkategorier och sex kategorier. Slutligen formulerades ett deskriptivt tema som speglade ”den röda tråden” (Graneheim, Lindgren & Lundman 2017). Exempel på analysprocessen finns i tabell 2.

Tabell 2. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad text	Kod	Subkategori	Kategori
Att man har samma patient hela tiden och följer upp den så att det inte är 10-15 stycken som håller på med vården det tycker jag är A och O (11)	Följa samma patient i vården är A och O	Kontinuitet främjar sårhäkning	Ansvarig för sårbehandling	Kontinuitet- är viktigt för god sårbehandling
Utmaningen är väl att det är dålig kontinuitet, att man hade behövt mer kontinuitet på vilka som lägger om så att det är samma personer som ser (7)	Bristande kontinuitet vid sårbehandling är en utmaning	Bristande kontinuitet vid sårbehandling		
Kanske åtta personer som växlar mellan mottagningen och rådgivningen.....kanske åtta sköterskor som tittar på ett sår här (4)	Många sköterskor involverade i samma patient	Avsaknad av strukturerat arbetssätt och kontinuitet	Bristande kontinuitet	
..telefonrådgivningen måste fungera så då får undersköterskor hoppa in och ta såromläggningar och vi måste sitta på rådgivningen och då blir det inte jag som träffar patienten varje vecka och det tycker jag förstör sårvården och kontinuiteten (3)	Telefonrådgivning prioriteras och sår ansvarig sköterska placeras om	Bristande förståelse av kunskap om sårbehandling		

2.6 Forskningsetisk övervägande

Författarna har inte lämnat in ansökan hos forskningsetisk kommitté då denna studie baserades på intervjuer med distriktssköterskor och sjuksköterskor och ämnet berör inte deras hälsa och sårvårdsområdet bedömdes heller inte som varande av känslig karaktär. Författarna arbetade efter forskningsetik och arbetade objektivt och noggrant med arbetet. Resultatet har inte falsifierats (Polit & Beck 2016). Studentarbeten som utförs på grund- eller avancerad nivå på högskola innefattas inte enligt Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460). Däremot ska alltid de fyra forskningsetiska

kraven finnas. Dessa krav är informationskravet, krav på deltagarens säkerhet, krav på samtycke och krav på konfidentialitet (Lag 2003:460). Författarna tog hänsyn till dessa krav genom att: samtyckeskravet medförde att deltagandet var frivilligt och kunde närsomhelst avbrytas utan att uppge någon anledning. Informationskravet medförde att de som inkluderades i studien fick information om studiens syfte.

Konfidentialitetskravet och kravet på deltagarnas säkerhet medförde att de insamlade materialet blev kodat och avidentifierades. Endast författarna hade tillgång till det insamlade materialet. Alla inspelade intervjuer raderades efter att studien blev godkänd. Dessa krav är informationskravet, krav på deltagarens säkerhet, krav på samtycke och Deltagarna visade sitt samtycke genom att tacka ja till att medverka i studien via mail till författarna. Informanterna fick i förväg via informationsbrevet vetskap om att intervjuerna kom att spelas in och att materialet som spelats in endast skulle finnas tillgängligt av författarna. Informanterna påmindes även om detta innan intervjun påbörjades. Materialet som spelades in och transkriberades förvarades så att ingen annan än författarna kunde ta del av materialet. I studien framgår inte information som kan kopplas till någon av informanternas arbetsplats eller dess identitet (Polit & Beck 2016).

3 Resultat

I resultatet framkom ett tema, sex kategorier och sexton subkategorier. Temat som bildades genom att deskriptivt tolka helheten var: *Att vara i ett svårmanövrerat men ändå glädjefullt och stimulerande sammanhang*. Distriktssköterskorna och sjuksköterskorna som deltog i studien upplevde arbetet som glädjande men även som en stor utmaning. Det som beskrevs som utmaningar var att få patienten delaktig i behandlingen och att läkarnas kontinuitet med patienterna var bristfällig dels på grund av att många hyrläkare arbetar inom primärvården samt att det var svårt att få en tid snabbt för bedömning hos den läkare som patienten var listad hos på de hälsocentraler där det inte fanns en specifikt ansvarig läkare för patienterna med ben- och fotsår. Många påtalade att kontinuiteten var viktig. På några av hälsocentralerna hade man strukturerat upp arbetet väl med en såransvarig distriktssköterska eller sjuksköterska samt sår-mottagningar där endast få av distriktssköterskorna och sjuksköterskorna var involverade. På de hälsocentraler där man ej hade ett strukturerat arbetssätt fanns en generell önskan om att få det.

Gällande kunskapsnivån hos de distriktssköterskor och sjuksköterskor som arbetade med patientgruppen fanns även där en generell önskan om mer utbildning för att hålla sig uppdaterad inom sårbehandling. En stor utmaning var kunskapen om omlägningsmaterial. Någon upplevde sig ha bra kännedom om detta och hade även gått några kurser inom sårbehandling samt fått erfarenheter av andra kollegor.

I nedanstående figur (figur 1) visas ett tema, sex kategorier och sexton subkategorier.



Figur 1. Tema, kategorier och subkategorier

3.1 Kontinuitet är viktig för god sårbehandling

Med en såransvarig distriktssköterska eller sjuksköterska främjas kontinuiteten.

Patienten får träffa samma person vilket ger förtroende och trygghet.

Distriktssköterskan eller sjuksköterskan som följer sårhjäkningsprocessen kan då med sin kliniska blick vara uppmärksam på förändringar i tidigt skede samt att det har visat sig att kontinuitet främjar delaktigheten hos patienten.

3.1.1 Bristande kontinuitet

Distriktssköterskorna och sjuksköterskorna som deltog i studien önskade att få till en kontinuitet i patientarbetet det vill säga att få träffa och följa samma patient under tiden för behandlingen.

De upplevde det som viktigt för att få en bra sårhäkning. Det var inte alltid man arbetade på detta sätt vilket var önskvärt. Ofta fick de som arbetade med patienter med ben- och fotsår täcka upp i telefonrådgivningen istället och en annan personal utan adekvat utbildning fick arbeta med patienternas sårbehandling.

”...telefonrådgivningen måste fungera så då får undersköterskor hoppa in och ta såromläggningarna och vi måste sitta på rådgivningen och då blir det inte jag som träffar patienten varje vecka och det tycker jag förstör sårvården och kontinuiteten” Informant 3

Flertalet belyste önskan om att kunna arbeta mer strukturerat kring patienterna med ben- och fotsår och att endast en eller två distriktssköterskor eller sjuksköterskor skulle arbeta med dessa patienter för en bättre kontinuitet.

” kanske 8 personer som växlar mellan mottagningen och rådgivningen...kanske 8 olika sköterskor som tittar på ett sår” Informant 4

3.1.2. Ansvarig för sårbehandling

Att ha en distriktssköterska eller sjuksköterska som är ansvarig för en sårbehandling leder till struktur och kontinuitet i arbetet. Att arbeta på detta sätt framkom som en önskan hos flera av informanterna vars hälsocentraler ej arbetade utifrån det arbetssättet på de hälsocentraler där detta arbetssätt redan var implementerat upplevdes det som att de fått mer struktur och kontinuitet än tidigare.

” att man har samma hela tiden och följer upp den så att det inte är tio till femton stycken som håller med vården.....Det tycker jag är A och O” Informant 11

3.2 Samverkan är viktig mellan professioner

God samverkan leder till ett välfungerande team. Att arbeta teambaserat mot samma mål skapar en trygghet för både personal och patient. I ett teamarbete kan man diskutera och samla kompetensen från olika professioner kring patienten. Då blir vården effektiv och en god vård kan säkerställas.

3.2.1 Bristande samverkan mellan professioner

Kontinuitet och intresse hos läkarna beskrev distriktssköterskorna och sjuksköterskorna som en viktig faktor. Att ha ett bra samarbete men en fast anställd läkare var önskvärt. Inhyrda läkare under kort tid gav dålig kontinuitet och att ingen läkare kände ansvar för patienten.

” Man måste ju ha med sig läkare som liksom vill ha en sårbehandling och kontinuitet och det tycker jag brister” Informant 4

” Så att vi har ingen doktor som...är...extra intresserad av oss....överhuvudtaget” Informant 8

Distriktssköterskorna och sjuksköterskorna upplevde att de måste vara pådrivande för att patienterna skulle få en diagnos på sitt sår.

” ähhatt få mer hjälp av läkarna att sätta diagnos, det ska ju vara diagnos på alla våra patienter men det har vi inte idag” Informant 8

3.2.2 Välfungerande team

Ett välfungerande teamarbete med andra yrkeskategorier och professioner beskrev distriktssköterskorna och sjuksköterskorna som en viktig del i behandlingen med ben- och fotsår. Förutsättningar för att kunna bedriva en sårbehandling kräver chefs kunskap och förståelse om att rätt utbildning behövs och att det finns tillräckligt med tid avsatt för varje patient.

” Vi ska bli den bästa hälsocentralen på sår i stan enligt vår chef” Informant 6

Att väcka läkarnas intresse för arbetet med behandling av ben- och fotsår har visat sig fungera om de blev inbjudna till distriktssköterskans eller sjuksköterskans interna sårutbildning.

”Att man försöker bryta lite kulturer kring det hela också” Informant 9

3.2.3 Ensamarbete

Det framkom att distriktssköterskor och sjuksköterskor som arbetade med behandling av ben- och fotsår upplevde att de kände sig ensamma i sin yrkesroll och ansvar. Hela ansvaret för patienten vilade på deras axlar.

” det är...så känns det man är ganska ensam på toppen som sårbehandlingssköterska” Informant 6

3.3 Kunskap främjar sårbehandling

Utbildning leder till riktad kunskap om sårbehandling. Teknisk kunskap om sårbehandling tillsammans med medicinsk kompetens och omvårdnadskompetens är några av grundpelarna i sårbehandling.

3.3.1 Förutsättningar till utbildning

Distriktssköterskorna och sjuksköterskorna upplevde genom erfarenhet att det krävs en riktad kunskap inom sårvård för att kunna arbeta med patienter med ben- och fotsår. Flera upplevde även att mer utbildningar behövdes. Flertalet var självlärda och hade fått utbildning av en annan kollega. Ett brinnande intresse för sårbehandling är A och O.

” man har fått åka på lite sårkurser också men mycket är självlärt” Informant 12

3.3.2 Kunskap leder till god sårvård

Det fördrades kunskap att kvalitet säkert kunna hantera sårbehandling hos en patient med ben- och fotsår, därför nämndes utbildning och erfarenhet som viktiga aspekter.

Att arbeta efter ett vetenskapligt och beprövat arbetssätt och ha ett helhetsperspektiv på patientomvårdanden och om omläggingsmaterialens egenskaper främjade också en god sårvård.

” Ett sår behandlar vi....vi gör liksomlägger inte bara på ett förband det är en behandling hela runt i kring patienten” Informant 12

”Det är inte en såromläggning vi gör, det är en sårbehandling vi gör” Informant 6

En distriktssköterska uttryckte sig så här:

”Så jag tycker att det är en jätteviktig grupp som borde liksom höjas status på...det är inte bara ett fult bensår på en gammal tant” Informant 12

3.3.3 Brist på kunskap och utbildning

Det fanns en mängd olika omläggingsmaterial som stod tillbuds vid ben-och fotsår behandling. Detta var en försvårande omständighet som krävde att distriktssköterskorna och sjuksköterskorna skulle fatta beslut om lämpligt och person anpassat materialval. Många upplevde att såren bara lades om utan vidare reflektion över och motivering av det slutliga materialvalet för sårbehandlingen. Informanterna uppgav att det fanns en tendens till att följa gamla traditioner eftersom de kände sig trygga med bekanta omläggingsmaterial. Kunskapsbristen om nya omläggingsmaterial medförde att man arbetade i gamla hjulspår. Sammantaget försvårade detta distriktssköterskornas och sjuksköterskornas arbetssituation på grund av bristande kunskap och utbildning.

” att det är brist på kunskap om hur det läggs om, det läggs om bara, det läker aldrig utan dom kommer bara åter och åter och åter” Informant 7

3.4. Dokumentation en kvalitetssäkring

För att uppnå en effektiv sårbehandling krävs en ändamålsenlig dokumentation. Dokumentationen bör vara strukturerad och korrekt för att de ska kunna göras en utvärdering av effekten av den pågående behandlingen.

3.4.1 Dokumentation i kvalitetsregister

När det gäller dokumentation i kvalitetsregister hävdade flera av distriktssköterskorna och sjuksköterskorna att de var väl medvetna om nödvändigheten av dokumentation för patientens behandling. Vidare uppgav informanterna att det framkom relevant information i RiksSår. Det framkom dock att många upplevde genom sina erfarenheter att de inte hade tillräckligt med tid och kunskap för att utföra detta arbetsmoment.

” Ja vi är med i RiksSår och jag har försökt att, jag tycker det är jättesvårt, jag har inte lyckats få in dom” Informant 2

3.4.2 Strukturerat arbetssätt

Många distriktssköterskor och sjuksköterskor efterlyste ett mer strukturerat arbetssätt i dokumentationen. Många eftersökte checklistor i datasystemet för att inte glömma viktiga faktorer. På de hälsocentraler där det fanns en sår ansvarig distriktssköterska eller sjuksköterska arbetade de efter vårdplaner. Även objektiv dokumentation i form av fotografering och mätning användes som en del av det strukturerade arbetssättet.

” man skulle kunna ha en checklista även för sårpatienterna” Informant 9

” det är den sista vårdplanen man ska gå efter och har det inte förändrats är det den som gäller”
Informant 11

3.4.3 Bristande dokumentation

Distriktssköterskorna och sjuksköterskorna beskrev att tidsåtgången ej var anpassad för att kunna utföra en optimal sårbehandling och en adekvat dokumentation. Många dokumenterade på olika sätt då flera var involverade i samma patient, en röd tråd saknades.

” Ibland kan det stå att såret ser bra ut men vad innebär bra” Informant 7

” Fullständig anamnes det hinner man inte på tjugo minuter om man ska göra en omläggning också”
Informant 12

3.5 Erfarenhet är avgörande för en god sårbehandling

Genom yrkesmässig erfarenhet visste informanterna att det var viktigt att rusta sig med en stor portion tålamod när det gäller sårbehandling eftersom det generellt handlade om långa behandlingstider. Ett brinnande professionellt intresse för patientgruppen uppväggde också känslan av den maktlöshet som informanterna beskrev kunde uppstå i samband med bakslag i sårbehandlingarna.

3.5.1 Generella främjande faktorer

Generellt upplevde distriktssköterskorna och sjuksköterskorna att omvårdnadsarbetet är roligt och utmanande, de flesta har ett brinnande intresse för denna patientgrupp. Arbetet är många gånger svårt och det infann sig lätt en känsla av frustration och maktlöshet om sårläkningsprocessen inte fortskred som förväntat. Det som väger upp är när ett sår läker då uppstår en känsla av ett bra utfört arbete.

” Enkelt?...ähh ...nä enkelt är det väl inte men det är roligt” Informant 6

” Jaa det är ju jätteroligt när man haft ett bensår som varit över hela benet och sen ...eller har läkt ihop helt, det är ju liksom....då tycker man liksom att man har gjort ett bra jobb” Informant 11

3.5.2 Generella hindrande faktorer

Känslan av att mer tid behövs till varje patient för att kunna arbeta utifrån gällande rutin framkom under intervjuerna. Att kunna ha en planering och veta att man kan fullfölja den utan att behöva täcka upp i telefonrådgivningen vid andra distriktssköterskors och sjuksköterskors frånvaro upplevdes som ett hinder.

” jag upplever i alla fall att det har blivit mindre med personal så att man hinner med patienterna mindre, alltså tidsmässigt” Informant 5

3.6 Stöd och utbildning främjar patientens delaktighet

En delaktig patient kan lättare medverka till att målen med sårbehandling nås. För att få ökad förståelse bör patienten få adekvat information om undersökningar, diagnos och olika behandlingsalternativ. Den professionella kompetensen bör kompletteras med patientens förväntningar, kunskap och önskemål utifrån sin egen situation. En vårdplan bör upprättas i samråd med patienten.

3.6.1 Patientens delaktighet

För att få patienterna att bli mer delaktiga och medverka till behandlingen poängterade distriktssköterskorna och sjuksköterskorna vikten av att tid och kunskap till att motivera på ett främjande sätt ledet till ökad delaktighet. Syftet med att utbilda patienterna var att patienterna behöver få förståelse varför de fått ett bensår och varför de får sin specifika behandling. Patienten måste förstå att de har en stor del själva i läkningsprocessen och att de kan påverka den genom livsstilsförändringar. Så här beskrev några informanter det:

”man måste vara ett team med patienterna...så att dom gör det vi säger, annars läker det inte”
Informant 11

”Det är ett gemensamt mål man bygger upp med patienten, hela tiden delaktighet, delaktighet, delaktighet” Informant 9

3.6.2 Svårighet att motivera patienten

Upplevelsen av att motivera patienten till adekvat behandling var en stor utmaning generellt. Informanterna beskrev det som att de fick informera patienterna om och om igen utan att få respons vilket kändes som att arbeta i motvind.

”som till exempel kompressionslindning det kan vara många som har jättesvårt för att acceptera det och det inkräktar ju också på hela livet att ha en ful linda som man inte får ta av varmt, kliar, kanske gör ont så att det....och rökstopp det skulle jag vilja säga det är nästan ännu svårare tycker jag det är nog den största utmaningen med rökande bensårspatienter” Informant 12

”... varför gör dom inte som vi säger” Informant 8

3.6.3 Stöd och utbildning till patienten

Vetskapen om att skriftlig patientinformation finns att tillgå fanns hos några av informanterna. De var medvetna om att denna patientinformation skulle underlätta för patienterna för att få ökad förståelse men kunde inte ge någon förklaring till varför man ej hade implementerat dessa i det dagliga arbetet.

”Var ute på A till Ö häromveckan det finns ju jättefin information att lämna till patienterna och då råkade jag fråga på sköterskemötet varför vi inte använder oss av dom” Informant 9

”...det är nog mest muntlig...det är det ...men skriftligt kanske skulle öka förståelsen”
Informant 10

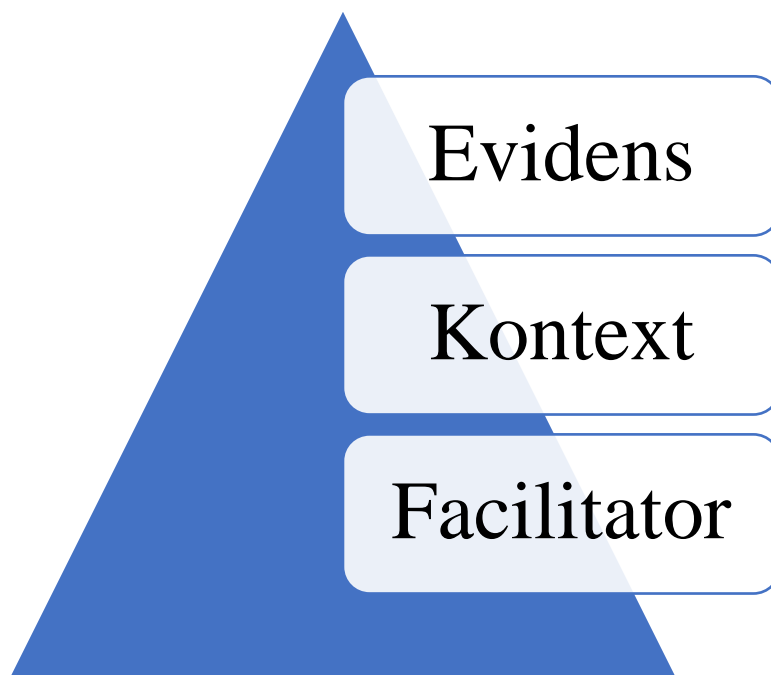
4 Diskussion

4.1 Huvudresultat

Resultatet visade att omvårdnadsarbetet som distriktssköterskorna och sjuksköterskorna utförde avseende ben- och fotsår upplevdes svårmanövrerat men ändå glädjefullt och stimulerande. Det som önskades av distriktssköterskorna och sjuksköterskorna i primärvården var mer kontinuitet i arbetet genom att få följa samma patient i sårbehandlingen. En annan önskan var mer utbildning då upplevelsen av sin egen kunskapsnivå ej var helt adekvat till arbetsuppgiften då mer specifik kunskap behövdes. Det som förenklade arbetet var om det fanns en bra samverkan och ett intresse för denna patientgrupp hos läkaren. Ibland fanns bristande intresse hos läkarna vilket medförde att patientarbetet upplevdes som ett ensamarbete för distriktssköterskan och sjuksköterskan. En av de större utmaningarna var att motivera patienterna till att medverka till behandling. Sammanfattningsvis framkom att arbeta med sårbehandling innebar mycket glädje.

4.2 Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen grundar sig utifrån PARIHS teoretiska referensram utifrån de tre huvudområdena som består av evidens, kontext och facilitering (Rycroft & Malone, 2004). **Figur 2. PARIHS- modellens tre viktigaste faktorer.**



Figur 2. PARIHS-modellen med inspiration från Svensksjuksköterskeförening (2018).

4.2.1 Evidens – forskning och klinisk erfarenhet

Evidens handlar enligt PARIHS-modellen om forskning och klinisk erfarenhet där det sägs att kunskap som grundar sig på erfarenheter och vetenskap är viktiga för att skapa möjligheter för ett optimalt arbetssätt av sårbehandling (Svensksjuksköterskeförening 2018). I tidigare studier kan man ta del av att kunskapen hos sjuksköterskor om bensår var bristande. Bristande kunskap leder till ökat lidande för patienten och förlänger behandlingstiderna. Detta innebar att behandlingarna blev mer kostsamma. Man kom därför fram till att det fanns ett behov av att öka denna kunskap hos sjuksköterskor under deras grundutbildning. I studierna framkom även att sjuksköterskorna påtalade att en förutsättning för att kunna arbeta med god sårbehandling kräver specifik kunskap (Ylönen et al 2013, Zarchi, Latif, B. Haugaard, C. Hjalager & B. E. Jemec 2014). Ett brinnande intresse och ett stort engagemang för detta område framhölls även i detta examinationsarbete. Flertalet uppgav att de önskade få mer utbildning och kunskap om sårbehandling och om de olika omläggingsmaterialens egenskaper. Detta har det även skrivits om i studie från (2012) att fortlöpande utbildning är viktigt för personal inom vården (Da Silva, Pinto de Jesus, Merighi, De Oliviera, Santos, Vicente 2012). Inom primärvården idag så behandlas en stor del av alla ben- och fotsår, det har framkommit i en tidigare studie att distriktssköterskor och sjuksköterskor upplever en känsla av osäkerhet av hur man bedömer dessa sår (Friman et al 2010). Även flera distriktssköterskor i en tidigare studie önskade mer kunskap om förband och behandling och på grund av dessa bristande kunskaper så kände de sig osäkra i sin arbetssituation (Smith-Strom & Thornes 2008). Författarna anser utifrån resultatet att denna patientgrupp bör lyftas upp och den specifika kunskap om sårbehandling måste finnas hos de som arbetar med denna patientgrupp. Författarna kunde även se att de flesta hade endast några timmars utbildning inom sårvård utöver sin högskoleexamen. En av distriktssköterskorna var under utbildning i sårvård på högskolenivå, en hade även en påbyggnadsutbildning till fotvårdsterapeut. De flesta hade lärt sig om sårvård genom egna erfarenheter eller blivit utbildade av en annan kollega. Trots detta framkom det att ingen av distriktssköterskornas eller sjuksköterskornas chefer motsade sig om någon önskade ta del av någon utbildningsdag i ämnet sårbehandling. Det som hindrade utbildning var personalbrist eller att man inte bara hade tagit tag i det. Men känslan hos det flesta var att mer utbildning behövdes.

Att utbildning främjar kunskaper i sårbehandling kan man ta del av i en studie från (2015) där sjuksköterskor fick en uppdatering av sina kunskaper via utbildning online

(Goncalves, Rabeh & Tercariol 2015, Edwards, Finlayson, Courtney, Graves, Gibb & Parker 2013). Arbetsgivaren har ansvaret för att personalen får fortbildas genom kurser och utbildningar. Utbildning kan även ske via praktiskt lärande i sårbehandling från sina kollegor som fått utbildning (Friman, Wahlberg, Mattiasson & Ebbeskog 2014). Låg kunskapsnivå och brist på utbildning bland personalen kan vara ett hinder för att man ej arbetar efter evidens och beprövad erfarenhet (Weller & Evans 2012).

Resultatet visade att ett hinder i arbetet var om patienten inte var delaktig i vården.

Patientens delaktighet är en viktig pusselbit i behandlingen av ben- och fotsår. De flesta uppgav vidare att de var svårt att motivera patienterna till delaktighet. Patienterna tog ofta inte till sig av de råd som de fick. Informationen som gavs till patienterna gavs via muntlig information, endast någon distriktssköterska och sjuksköterska uppgav att de använde sig av den skriftliga informationen som finns att ge ut till patienterna via Region Gävleborgs hemsida (Regiongävleborg 2017). Resultatet påvisar även att många patienter inte förstod hur viktigt det var att fullfölja en behandling med till exempel kompressionslindning. Att kompressionslinda ben där venösa bensår finns är en mycket användbar och effektiv behandling som är viktig för att såren ska kunna läka (Dolibog, Franeck, Taradaj, Blaszczyk, Polak, Brzezinska-Wcislo, Kolanco 2014). Att ge en information till en patient som är individuellt anpassad för dennes förståelse leder till ökad delaktighet hos patienten (Tambuyzer, Pieters & Van Audenhove 2011).

Flera faktorer påverkar läkningsprocessen, en av faktorerna är bristande följsamhet hos patienten (Scotton & Fernandes Abbade 2014). Att ha ett bensår är förknippat med begränsad rörlighet, social isolering, depression och kronisk smärta (Wellborn & Mocerri 2014; Taverner, Closs & Briggs 2014). Ett hinder i behandlingen kunde ofta vara att patienten inte ville medverka till den omvårdnadsplan som hade utformats. Det framkom under intervjuerna en önskan om mer kunskap i att kunna motivera patienten till ökad delaktighet. I en tidigare studie har man undersökt orsakerna till varför patienterna inte följer de behandlingsåtgärder som planerats och i studien har man poängterat vikten av att det ges en anpassad och utförlig information som är individuellt anpassad till varje patient (Lagerin, Hylander & Törnkvist 2017; Scotton & Fernandes Abbade 2014).

Ett annat hinder som framkom var att distriktssköterskorna och sjuksköterskorna behövde mer uppdaterad kunskap om nya omläggingsmaterial så att de inte bara använde sig av de äldre omläggingsmaterialen på grund av gamla traditioner. Rycroft och Malone (2004) beskriver att till evidensfaktorn i PARIHS-modellen hör patientens erfarenheter och åsikter. Dessa bör tas med för att få patienten till en ökad delaktighet i vården och för att följa ordinationer. Det framkom även att en distriktssköterska tyckte det var enkelt att arbeta med material, hen hade en vidareutbildning och var även sårvårdsansvarig på sin hälsocentral.

4.2.2 Kontexten har betydelse för kontinuitet

I resultatet framkom att den övergripande situationen det vill säga att kontexten har betydelse för kontinuitet som underlättar patientarbetet. Flertalet distriktssköterskor och sjuksköterskor arbetade för att få en god kontinuitet och att patienten fick träffa en eller två distriktssköterskor eller sjuksköterskor under sin behandlingstid men motsatsen framkom även att på någon hälsocentral fick patienterna träffa åtta olika distriktssköterskor eller sjuksköterskor under sin behandlingstid. En god kontinuitet mellan läkare och distriktssköterskor eller sjuksköterskor framkom också som önskvärt. Att implementera en organisation med en såransvarig distriktssköterska eller sjuksköterska som är med i ansvaret av patienterna med ben- och fotsår fanns på flera hälsocentraler. Författarna till studien anser att målet med en god sårbehandling kräver ett tvärprofessionellt team. Detta leder till god samverkan där alla ansvarar för sin del och att man kan lära av varandra. Ett sådant team har betydelse för vetenskap och beprövad erfarenhet, detta kan man ta del av i Lagerin et al (2017) studie. Det hindrande faktorer i distriktssköterskornas och sjuksköterskornas arbete som framkom i resultatet var när det fanns en bristande samverkan mellan de olika professionerna och att även en bristande kontinuitet försvårade arbetet. Ibland kunde det gå flera veckor innan distriktssköterskan eller sjuksköterskan hade möjlighet att träffa samma patient igen. Detta uppgav distriktssköterskorna och sjuksköterskorna kunde bero på att personalresurser saknades i telefonrådgivningen och de blev flyttade dit istället. Enligt SBU rapporten (2014) går helhetsbilden och ansvaret förlorat om kontinuiteten brister. Att vikten av kontinuitet i arbetet med dessa patienter kan man läsa om i flera studier (Friman, Klang & Ebbeskog 2010; Lagerin et al 2017). Distriktssköterskorna och sjuksköterskorna upplevde även att läkarna hade ett bristande intresse för patientgruppen, ibland saknades även kompetensen hos läkarna.

För att patienterna skulle få en diagnos på sitt ben- och fotsår var det ofta distriktssköterskan eller sjuksköterskan som fick be om detta annars sattes ingen diagnos. Detta har även setts i tidigare studier där 40 % av patienterna inte hade fått någon diagnos satt av en läkare (Friman et al 2010; Lagerin et al 2017). En tidig diagnos är av stor vikt för resultatet av sårhäkningsprocessen (Stephen-Haynes 2011). I en tidigare studie kan man ta del av att många sjuksköterskor vill få hjälp och stöttning från andra kollegor i arbetet med ben- och fotsår. Det som framkom var att det fanns brister i samarbetet. De gånger som samarbetet fungerade beskrevs var i situationer med läkarna då de verkligen behövdes (Walsh & Gethin 2009). Att få tillräckligt med tid för att utföra en god sårbehandling fanns inte alltid, på de hälsocentraler där sårkontroller fanns kunde distriktssköterskorna och sjuksköterskorna styra tiden mer efter behovet än på de hälsocentraler som inte hade sårkontroll. Enligt Morgan och Moffatts studie (2008) framkom det att sjuksköterskorna upplevde en känsla av vanmakt på grund av tidsbrist, vilket medförde att de inte kunde ge den vård som patienterna behövde. Svårigheter för att kunna få den tid för att kunna utföra en optimal sårbehandling kan ses som en hindrande faktor i läkningsprocessen (EWMA 2016). Enligt PARIHS-modellen knyter dessa resultat till kontextens kultur. Förutsättningarna för detta beror på organisationens ledarskap och kultur (Rycroft & Malone 2004). Det som hindrar en god sårbehandling är bristande samverkan, kontinuitet och att personal med kunskaper i sårbehandling behöver ta andra arbetsuppgifter än att få ta hand om sina patienter samt att bristen på tid kan ses som en fara för patienten. Författarna drar en slutsats av detta att god kontinuitet, ett strukturerat arbetssätt och en bra samverkan leder till god sårbehandling.

4.2.3 Såransvarig distriktssköterska eller sjuksköterska – en facilitator

Enligt PARIHS-modellen är en facilitator en person som arbetar med att hjälpa en sammansatt grupp av människor att arbeta mot ett gemensamt mål och att sätta fokus på medarbetarnas kompetens. Ordet facilitering betyder ”att underlätta”. Att det finns en såransvarig distriktssköterska eller sjuksköterska kan sättas i likhet med en facilitator och en sårvårdsmottagning hjälper då till att få en god struktur i arbetet där distriktssköterskorna och sjuksköterskorna helt kan fokusera på sårbehandling (Seers, Cox, Chrichton, Edwards, Eldh, Estabrooks & Harvey et al 2012). Flertalet av distriktssköterskorna och sjuksköterskorna påtalade önskan av att ha en utsedd såransvarig distriktssköterska och sjuksköterska och att endast en eller två var

involverade i sårbehandlingarna för att få ett bättre strukturerat arbetssätt. Inom Region Gävleborg finns en rutin för vård och behandling av ben- och fotsår för primärvården. Syftet med denna rutin är att tydliggöra ansvarsfördelning och rutiner i detta arbete. I rutinen kan man ta del av sjuksköterskans, läkarens och vårdenhetschefens roller och ansvar. Arbetsbeskrivningen finns väl detaljerad. Man kan ta del av hur status och anamnes ska dokumenteras. Vem som gör en vårdplan, vilka åtgärder som ska vidtas vid utebliven förbättring, vad som ingår i första läkarbesöket och vad sjuksköterskan ska följa upp därefter. Rutinen beskriver även om vilka nationella kvalitetsregister som bör användas (Region Gävleborg 2017). Författarna upplevde att rutinen inte var vida känd som ett arbetsredskap ute i primärvården förutom på ett fåtal hälsocentraler. Där rutinen ej var känd medförde det att man ej arbetade efter den struktur som finns beskrivet i rutinen. Denna rutin finns lätt tillgänglig på Region Gävleborgs hemsida och är en stor hjälp för att få till ett bra strukturerat arbetssätt och förtydligar roller och ansvar. Många distriktssköterskor och sjuksköterskor efterlyste en form av checklista som hjälp i journalsystemet. Rutinen för vård och behandling av ben- och fotsår kan med fördel användas som checklista enligt författarna för en tydlig struktur och dokumentation. Abrahamson, Rebekah & Doebbeling (2012) skriver att rutiner bör kunna integreras i journalsystemet för att lättare kunna användas i det dagliga arbetet.

4.3 Metoddiskussion

Då syftet med föreliggande studie var att beskriva distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter valde vi kvalitativ metod. Kvalitativ metod lämpar sig väl för att studera erfarenheter (Polit & Beck 2016). Urvalsgruppen bestod av distriktssköterskor och sjuksköterskor som arbetade inom primärvården i Region Gävleborg. Distriktssköterskorna och sjuksköterskorna skulle även ha erfarenhet av att arbeta med patienter med ben- och fotsår i minst ett år. Ett ändamålsenligt urval användes av författarna för att rekrytera informanterna (Polit & Beck 2016). Semistrukturerade intervjuer innebar att författarna ställde öppna frågor och ordningen anpassades utifrån vad som kom upp under intervjun. Detta gav flexibilitet under intervjun (Polit & Beck 2016). Fyra informanter tackade nej till att delta i studien med anledning av att de redan deltog i andra studier. För att informanterna skulle känna en ökad trygghet under intervjuerna fick informanten välja vilken plats och tid som intervjun skulle ske på. Informanterna fick även en väl detaljerad beskrivning av intervjuens tillvägagångssätt och vad det innebar med att delta i studien.

De fick också information om att allt material behandlades konfidentiellt och att deltagandet var frivilligt. De informanter som ville läsa igenom intervjuguiden för att få kännedom om frågornas art fick göra det i anslutning till att intervjuerna påbörjades. För att minska informanternas nervositet under intervjuerna placerades mobiltelefonen som användes för inspelning på en så neutral position som möjligt, detta medförde att intervjuerna blev mer avspända. Intervjuerna utfördes på distriktssköterskornas och sjuksköterskornas hälsocentraler under deras arbetstid. Störande faktorer kan finnas på arbetsplatsen trots att intervjun utfördes i ett enskilt rum och att tid hade avsatts, exempelvis på störande faktorer kan vara att annan personal kommer in under intervjuerna och att viktiga telefonsamtal behöver passas. Det kan också innebära en stress att intervjun sker under arbetstid vilket kan leda till att svaren blir mindre uttömmande då de snabbt har en känsla att de måste återgå till sitt arbete detta kan ses som en svaghet i studien. Det sågs som en omöjlighet att utföra intervjuerna under distriktssköterskornas och sjuksköterskornas fritid utanför arbetet. Enligt Polit & Beck (2016) har miljön under en intervju stor betydelse för att informanten ska känna avsaknad av stress och därmed kunna prata öppet under en intervju. Författarna valde att exkludera sin egen arbetsplats. För att öka studiens **pålitlighet** har författarna valt att styrka resultatet med citat som ordagrant skrivits ner från de transkriberande texterna, detta kan ses som en styrka i studien. Att citat från de flesta informanter finns representerade kan även det ses som en styrka enligt Graneheim och Lundman (2004). Resultatet från studien kan vara överförbart till andra patientgrupper i primärvården som patienter med diabetes eller andra kroniska sjukdomar eftersom resultatet ses utifrån arbetet som distriktssköterska och sjuksköterska i primärvården (Graneheim & Lundman 2004). Det som styrker studiens **trovärdighet** och **överförbarhet** är den stora variationen i ålder samt informanternas breda erfarenhet (Graneheim & Lundman 2004). En av författarna arbetar delvis med patienter med ben- och fotsår och har en viss förståelse i ämnet och detta kan ses som en svaghet i studien. Det kan å andra sidan ses som en styrka då hon är väl förtrogen med det som informanterna skildrar. Samma intervjuguide användes vid samtliga tolv intervjuer och det förstärker studiens **tillförlitlighet** (Graneheim & Lundman 2004).

4.4 Kliniska implikationer

Studiens resultat kan bidra med flera aspekter av hur distriktssköterskor och sjuksköterskor i primärvården upplever att det är att arbeta med patienter med ben- och fotsår. Studien kan även ge viktig kunskap om vilka hinder och förutsättningar som finns idag i primärvården i arbetet med denna patientgrupp. Genom att vi identifierat detta kan förbättringsåtgärder sättas in och denna studie kan ligga till grund för vilka riktade åtgärder som behövs för att underlätta arbetet och undanröja de hinder som finns idag.

4.5 Förslag till fortsatt forskning

Författarna i denna studie upplever att man arbetar efter olika förutsättningar och struktur inom primärvården i Region Gävleborg i behandlingen av patienter med ben- och fotsår. Kan det finnas skillnader på vilken vård man får av sitt ben- och fotsår beroende på vilken hälsocentral man är listad på? Är det mer kostnadseffektivt och får man kortare behandlingstider om man har sårbehandlingar med tvärprofessionell kompetens jämfört med ett ostrukturerat arbetssätt? Detta borde belysas mer i kommande forskning så att ytterligare förbättringsområden kan tydliggöras för att öka vårdens kvalitet. I resultatet kan man även se brister i samverkan och man bör lägga fokus att studera varför det finns brister i samverkan och hur man kan få denna bristande samverkan att fungera bättre för ett professionellt arbetssätt.

4.6 Slutsats

Studien beskrev distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med patienter med ben- och fotsår i primärvården. Utifrån resultatet tydliggjordes en önskan om mer kontinuitet, kunskap och mer engagemang från läkarna skulle finnas. Det fanns även stora utmaningar i arbetet. En av de större utmaningarna var att få patienten delaktig i behandlingen. Den bristande kontinuiteten som fanns på en del hälsocentraler upplevdes som en hindrande faktor i sårbehandlingen även avsaknaden av ett strukturerat arbetssätt sågs som en hindrande faktor. Där det fanns en utsedd såransvarig distriktssköterska eller sjuksköterska upplevdes arbetet mer strukturerat då det fanns en ansvarig att konsultera med. Kunskapen om hur ett strukturerat arbetssätt för kontinuitet fanns men detta arbetssätt var inte implementerat på en del hälsocentraler. Dokumentationen utfördes olika på hälsocentralerna.

Där en såransvarig distriktssköterska eller sjuksköterska fanns arbetade man efter den vårdplan som fanns skriven och dokumenterade efter denna. Många distriktssköterskor och sjuksköterskor upplevde arbetet som ett ensamarbete och att hela ansvaret vilade på deras axlar. Att få mer utbildning i både sårbehandling och kunskap om omlägningsmaterial önskades av de flesta. Det som även framkom var att vårdenhetscheferna var positivt inställda till att de deltog i utbildningsdagar. Många distriktssköterskor och sjuksköterskor kunde inte förklara varför de ej gått på fler utbildningar förutom att personalresurser kunde vara en anledning. Det som många var eniga om var att specifik kunskap om sårbehandling är A och O för att främja sårläkning. Man måste ha kunskap om det man gör och vid frånvaro kan ej personal utan adekvat utbildning behandla patienterna vilket det fanns bristande förståelse för. Den tid som en sårbehandling tar vid varje besök inklusive den dokumentation som ska göras fanns inte alltid vilket kunde ses som en risk med behandlingen. Det genomgående temat i resultatet att arbetet gav mycket glädje och var stimulerande trots känslan av att vara i ett svårmanövrerat sammanhang är en bra utgångspunkt för ett fortsatt utvecklingsarbete inom behandling av ben- och fotsår.

5 Referenslista

Abrahamson, K-A., Fox, R-L. & Doebbeling, B-N. (2012). Facilitators and Barriers to Clinical Practice Guideline Use Among Nurses. *The American journal of nursing*, 112(7), 26-36.

Apelqvist, J. & Larsson, J. (2000). What is the most effective way to reduce incidence of amputation in the Diabetic Foot? *Research and Reviews*; 16, 75-63.

Boulton, A.J.M., Vileikiyte, L., Ragnarson-Tennvall, G., Apelqvist, J. (2005). The global burden of diabetic foot disease. *The Lancet*; 366(9489):1719-24.

Da Silva , M. H., Pinto de Jesus, M. C., Merighi, M. A. B, De Oliviera, D. M Santos. S. M., Vicente. J. D. (2012). Clinial management of venous ulcers in primary health care. *Acta Paulista de Enfrermagem*. 25(3) Sao Paulo. ISSN 0103-2100.

Dolibog, P., Franek, A., Taradaj, J., Blaszcak, E., Polak, A., Brzezinska-Wcislo, L., Kolancko, M. (2014). A comperative clinical stydy om five types of compression therapy in patients with venous leg ulcers. *International Journal of Medical sciences*. 11(1):34-43.

Douglas, V. (2001). Living with a chronic leg ulcer: an insight into patient's experiences and feelings. *Journal of Wound Care*. 10(9), 355-360.

Ebbeskog, B. & Ekman, S-L. (2001). Elderly persons experience of living with venous leg ulcer: Living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment. *Scandinavian Journal of Caring and Science*: 15(3), 235-243.

Edwards, H., Finlayson, K., Courtney, M., Graves, N., Gibb, M., & Parker, C. (2013). Health service pathway for patients with chronic leg ulcer: identifying effective pathway for facilitation of evidence based wound care. *BMC Health Services Research*, 13(86), 1-10.

EWMA 2016 [Hämtad 2018-05-09]

http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA.org/Project_Portfolio/EWMA_Documents/Management_of_patients_with_venous_leg_ulcers_FINAL_2016.pdf

Goncalves, M. B. B., Rabeh, S. A. N., Tercariol, C. A. S. (2015). *Latino-American Enfermagem*. 23(1):122-9. Doi: 10.1590/0104-1169.3606.2533.

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.

Graneheim, U.H., Lindgren, B-M, Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*. 58(2017) 29-34.

Granskär, M.& Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

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*, January, 24(1): 90-99.

Friman, A., Klang, B., & Ebbeskog, B. (2010). Wound care by district nurses at primary healthcare centres: a Challenging task without authority or resources. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25,426-434. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00839.x.

Friman, A., Wahlberg, A-C., Mattiasson, A-C., & Ebbeskog, B. (2014). District nurses' knowledge development in wounds management: ongoing learning without organizational support. *Primary health Care Research and Development*. 15, 386-395.

HSL (2017:30) Svensk författningssamling 2017:2017:30kj

Lagerin, A., Hylander, I., & Törnkvist, L District nurses experiences of caring for leg ulcers in accordance with clinical guidelines: a grounded theory study. *International journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12, (1). Doi: 10.1080/17482631.2017.1355213.

Lindholm, C. (2012). *Sår*. Lund: Studentlitteratur.

Lindholm, C. (2016). *Sår*. Lund: Studentlitteratur.

Morgan, P., & Moffat, C.(2008). Non healing leg ulcers and the nurse-patient relationship. Part 2: the nurse`s perspective. *International Wound Journal*, 5(2),332-339. Doi: 10.1111/j.1742-481X.2007.00372.x.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017) *Generating and assessing Evidence for Nursing Practice*, 10:e uppl. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Region Gävleborg (2017). Bensår och fotsår- Vård och behandling, Division Primärvård. [Hämtad 2018-05-10] <http://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-var-d-och-tandvard/hal-so-valet/Dokument-och-rutiner/medicinska-rutiner-och-stoddokument/bensar/>

Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. (2003). [Hämtad 2018-05-01] https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460.

Regmi, S, Regmi, K. (2012). Best practice in the management of venous leg ulcers. *Nursing Standard*. 26, (32)56-66.

RiksSår (2017)

<https://www.rikssar.se/for-allmanhet> [2017-12-20]

Rycroft- Malone, J., Harvey, G., Seers K., Kitson, A., McCormack, B., & Titchen, A. (2004). An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing* 13(8),913-924.

Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS framework – A framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19 (4). 297-304.

SBU. (2014). *Svårläkta sår hos äldre - prevention och behandling*. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014. SBU-rapport nr 226.ISBN 978-91-85413-67-6.

Seers, K., Cox, K., Chrichton, N., Edwards, R., Eldh, A-C., Estabrooks, C., Harvey, J., Hawkes, C., Kitson, A., Linck, P., Mc Carthy, G., Mc Cormack, B., Mockford, C., Titchin, A., & Wallin, L. (2012). FIRE (Facilitating implementation of Research Evidence): a study protocol. *Implementation science*, 7 (25), 1-11.

Smith Strom, H., & Thornes, I. (2008). Patient safety regarding leg ulcer treatment in primary health care. *Vård I Norden*, 28 (3), 29-33.

Scotton Formentini. M., Fernandes Abbade, L.P. (2014). Factors that influence healing of chronic venous leg ulcers. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 89 (3):414-422. Doi:10.1590/abd1806-4841.20142687.

Stephen-Haynes, J. (2011). Managing exudate and the key requirements of absorbent dressings. *Wound Care*, Downloaded from magonlinelibrary.com by 130.243.012.012 on May 8, 2018.

Svensksjuksköterskeförening [Hämtad 2018-05-09]

<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening> (strategi-for-kvalitetsutveckling-inom-omvardnad.pdf)

Taverner, T., Closs, S. J., Briggs, M. (2014). The Journey to Chronic Pain: A Grounded Theory of Older Adults Experiences of Pain Associated with Leg Ulceration. *Pain Management Nursing*, 15, (1), 186-198.

Tambuyzer, E., Pieters, G., & Van Audenhove, C. (2011). Patient involvement in mental health care: one size does not fit all. *Health Expectations*, 17,138-150.

Vahlquist, A. (2017). *Rorsmans Dermatologi Venereologi*. Lund: Studentlitteratur.

Walsh, E., Gethin, G. (2009). The lived experience of community nurses treating clients with leg ulcers. *Wound Care*. Downloaded from madonlinelibrary.com by 130.343.012.012 on May 8, 2018.

Wellborn, J, Mocerri, J. T. (2014). The Lived Experiences of Persons With Chronic Venous Insufficiency and Lower Extremity Ulcers. *J Wound Ostomy Continence Nurse*. 14 (2):122-126 Published by Lippincott Williams & Wilkins.

Weller, C., & Evans, S. (2012). Venous leg ulcer management in general practice: Practice nurses an evidence bases guidelines. *Australian Family Physician*, 41, (5).331-337.

Zarchi, K., Latif, S., Haugaard, V. B., Hjalager, I. R. C., & Jemec, G. B. E. (2014). Significant differences in nurses' knowledge of basic wound management – Implications for Treatment. *Acta Dermato-Venereologica*, 94, 403-407. Doi: 0.2340/00015555-1770.

Ylönen, M, Stolt, M, Leino-Kilpi, H & Suhonen, R. (2013). Nurse`s knowledge about venous leg ulcer care: a litterature review. *International Nursing Review* 61, 194-202.