

EXAMENSARBETE

Sårvård – mer än bara en såromläggning

Ulcer management – more than just a bandaging

Examensarbete inom ämnet 60 poäng
C-Nivå 15 Högskolepoäng
Vårtermin 2008

Jessica Lindgren
Linda Larsson

Handledare: Annelie Johansson
Examinator: Monika Sahlsten

SAMMANFATTNING

Titel:	Sårvård – mer än bara en såromläggning
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 högskolepoäng
Författare:	Larsson, Linda; Lindgren, Jessica
Handledare:	Johansson, Annelie
Sidor:	17
Månad och år:	Maj, 2008
Nyckelord:	Sår, hygien, omvårdnad, vårdande

Beroende på arbetsplats kan sårvård vara ett dagligt återkommande moment i vårdarbetet. Syftet med studien var att beskriva omvårdnaden vid kroniska sår. Sårvård förekommer i olika vårdande sammanhang och olika vårdmiljöer, därav kom syftet även att belysa likheter och skillnader runt sårbehandling i olika vårdmiljöer. En kvalitativ metod användes med berättelser som datainsamlingsmetod. Resultatet bygger på nio berättelser från vårdare inom hemsjukvården och åtta vårdare med speciell utbildning inom sår/sårvård.

Resultatet redovisas i form av fyra teman; Möta patienter med sår, Anpassa sårbehandlingen efter förutsättningarna i vårdmiljön, Bedömning och dokumentation av sårläkningsprocessen och Rutiner kring sårbehandling. I sårvården innefattas både mötet med patienten och den omgivande miljön där sårvården utförs, vilken är både en vårdmiljö och samtidigt arbetsmiljö. Sårvården är komplex med många utmaningar beroende på situation och patient. Även om syftet med sårvård är att behandla sår, finns alltid en patient som skall vårdas.

ABSTRACT

Title: Ulcer management – more than just a bandaging

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Thesis in nursing care 15 ECTS

Author: Larsson, Linda; Lindgren, Jessica

Supervisor: Johansson, Annelie

Pages: 17

Month and year: May, 2008

Keywords: Ulcer, hygiene, nursing, caring

Depending on the working place ulcer management could be a daily recurring working moment in the ministrations. The aim of the study was to describe the nursing care on the occasion of chronic ulcer. Ulcer management occurs at different nursing contexts and different care surroundings, thereof the purpose of highlighting similarities and differences regarding ulcer treatment in different care surroundings. A qualitative method was used based on statements as a data collection method. The result is based on nine statements by nurturer from home nursing and eight nurturer with special education within the field of ulcer/ulcer management.

The result is shown by four subjects; To meet patients with ulcer, Accommodate the ulcer management by the prerequisite in the nursing environment, Evaluation and documentation of the process of ulcer healing, To follow up and document ulcer and Routines regarding ulcer treatment. The field of ulcer management embodies both the meeting with the patient and the surroundings where the ulcer management takes place, which is both a care- and a working-environment. The field of ulcer management is complex with many challenges depending on the situation and the patient. Even if the purpose is to treat ulcer, there is always a patient who is going to be nursed.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Omvårdnad	1
Sårbehandling.....	2
Basal hygien vid sårvård	2
Hygien och smittspridning i ett historiskt perspektiv.....	3
Vårdrelaterade infektioner och smittspridning i olika vårdmiljöer	4
Problemformulering	4
SYFTE.....	5
METOD.....	5
Urval.....	5
Datainsamling.....	6
Dataanalys	6
Etiska överväganden.....	6
RESULTAT	7
Möta patienter med sår	7
Anpassa sårbehandlingen efter förutsättningarna i vårdmiljön.....	8
Bedömning och dokumentation av sårläkningsprocessen.....	10
Rutiner kring sårbehandling	11
Sammanfattning av resultat.....	12
DISKUSSION	12
Metoddiskussion.....	12
Resultatdiskussion.....	13
Konklusion	15
REFERENSER.....	16
BILAGOR	A
Bilaga 1 Information till Verksamhetschef	A
Bilaga 2 Information om deltagande i forskning till vårdare	B

INLEDNING

Vårdandet har existerat på jorden lika länge som det funnits människor. Varje familj och samhälle har ett egenintresse av att främja hälsa genom att vårda sina svaga, sjuka, skadade och gamla. Fram till mitten av artonhundratalet förekom vårdandet i huvudsak i hemmiljö. Synen på vårdandet har det senaste århundradet ändrats och har nu blivit en angelägenhet för samhället och en uppgift för professionella yrkesgrupper. En allmän struktur har byggts upp med bland annat sjukhus, vårdcentraler och hemsjukvård (Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003).

BAKGRUND

Omvårdnad

Vårdvetenskapen utgör idag en självständig disciplin och yrkesutövare arbetar enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Utgångspunkten i vårdvetenskapen är patientfokus med betoning av patienternas egna perspektiv på sin hälsa och ohälsa, sin livssituation, samt vårdandet. Att beakta patienters, närståendes och vårdares perspektiv innebär ett bekräftande av människors livsvärld vilket innebär att personens dagliga tillvaro ges uppmärksamhet. Vårdandet berör människors välbefinnande och lidande. Målet med vårdandet är att lindra eller förhindra lidande och att skapa förutsättningar för välbefinnande. Det är möjligt att uppleva välbefinnande trots lidande (Dahlberg et al, 2003). Att känna sig som en hel människa och uppleva hälsa innebär att kunna känna aktning för sin egen existens och för sig själv som människa. Att känna aktning för sitt eget liv är viktigt för att människan ska kunna ta ansvar för sin hälsa (Eriksson, 1995).

Kroppen är central vid sjukdom och lidande. Dahlberg et al. (2003) menar att varje förändring i kroppen leder till en förändring av tillgången till världen och livet. Människokroppen kan inte förstås som ett objekt utan som något levande, som ett subjekt. Den subjektiva kroppen är både fysisk, psykisk, existentiell och andlig på samma gång. Människokroppen kan aldrig lämnas utan erfars konstant, människan "har" alltså inte en kropp, utan "är" sin kropp. God vård kan erbjuda lindrat lidande och ett bra välbefinnande. Ebbeskog och Emami (2005) menar att vårdaren kan, genom att se patienten som en människa med levda erfarenheter, genomföra en professionell sårbehandling. Författarna menar att patienter med kroniska sår vill möta skickliga, självsäkra och varsamma vårdare i en trivsamt miljö.

Travelbees (1971) teori om omvårdnad bygger på en existentiellistisk människosyn och det faktum att smärta och lidande är en ofrånkomlig del av det mänskliga livet. Omvårdnad består enligt Travelbee i att hjälpa den sjuka och lidande människan att finna en mening i den situationen han eller hon genomgår. Målet med omvårdnaden är att hjälpa människan att bemästra, bära och finna mening i de olika erfarenheter som följer med sjukdom och lidande. I målen med omvårdnaden finns också begreppet hopp. Om människan förlorar hoppet ser han eller hon inte längre möjligheten att förändra eller förbättra sin livssituation. Travelbee anser att den professionella sjuksköterskan ska ha förmåga att använda sig själv terapeutiskt och ha attityder och värderingar som förhåller sig väl till sjukdom, lidande och död. Det är viktigt att sjuksköterskan har självförståelse och självinsikt och är uppmärksam på hur hans eller hennes beteende inverkar på patienten. Kommunikation är enligt Travelbee ett centralt

begrepp i omvårdnad och ett viktigt redskap i sjuksköterskans arbete för att kunna tillgodose patientens individuella behov.

Sårbehandling

Vowden, Romanelli, Peter, Boström, Josefsson och Stege (2006) anger att behandling av patienter med sårproblematik är en utmaning som ställer krav på en god och säker vård. Med en åldrande generation kommer kroniska sår sannolikt att bli ett växande problem. Det personliga lidandet av kroniska sår är betydande för livskvaliteten.

”Vårdare bör inte bara veta hur den tekniska uppgiften ska utföras, utan också vara medveten om hur hans/hennes sätt att handla i den aktuella situationen, passar in i det större sammanhang som omfattar patientens hälsa, lidande och vård” (Wiklund 2003, s. 28). Johansson (2005) menar att detta ”ställer krav på att vårdaren har förmågan att förhålla sig till patienten och situationen på ett konstruktivt och kreativt sätt” (a.a.s. 11). Briggs och Flemming (2007) beskriver att kroniska sår kan vara jobbigt för patienterna att leva med. De fysiska effekterna var bland annat smärta, dålig lukt och klåda. Smärta i samband med kroniska sår upplevs som besvärande och dominerade bland patienternas fysiska upplevelser.

Enligt Lindholm (2003) används det svenska ordet sår till alla sorters sår. Det engelska ordet wound används för akuta sår och ulcer om kroniska sår. På latin används vulnus och det latinska begreppet ulcus står ofta för sårlikande eller kroniska sår.

Den sociala isoleringen är vanligt förekommande bland patienter med kroniska sår. En trolig förklaring till var att patienternas tankar ständigt kretsade kring behandling av såret och att begränsningar för patienterna att arbeta hindrade dem i det sociala livet (Herber, Schnepf & Rieger, 2007). Chase, Melloni och Savage (1997) menar att den sociala isoleringen är nära sammankopplat med smärta och att hela livet påverkades, inte bara enstaka delar. Patienterna beskriver även en maktlöshet och en osäkerhet över om såret någonsin kommer att läka.

Sårvård är en insats som hjälper den naturliga sår läkningen. Hos patienten kan det oftast finnas andra faktorer som påverkar sår läkningen som till exempel sjukdomar och dåligt nutritionsstatus. Därför är det viktigt att se hela patientens situation. En allmän regel vid sårvård är att sår läkning går snabbare om såren hålls rena och tillförsel av näring till patienten tillgodoses (Jahren-Kristoffersen, 1998b).

Basal hygien vid sårvård

Ordet hygien kommer från det grekiska ordet hygieia som betyder hälsa. I dag används begreppet om de åtgärder som siktar till att förebygga sjukdom eller befrämja och bevara hälsan (Jahren-Kristoffersen, 1998b). God handhygien är en viktig del av sjukvårdshygieniska åtgärder. Handdesinfektion med alkoholbaserat desinfektionsmedel ska utföras i samband med alla olika vårdaktiviteter och mellan varje patient (Ericson & Ericson, 2005).

Bensår och trycksår kan vara svår läkta och i dessa typer av sår är mer än 90 % kontaminerade/koloniserade av bakterier, ofta av ett flertal olika bakterier. Hos en patient med sår är en viktig del av omvårdnaden att rengöra såret. Vid sårvård används det som benämns ”ren rutin”, vilket är en beskrivning på det handhavande som kan användas vid svår läkta sår, trycksår, förorenade sår och operationssår efter första postoperativa dygnet. Ren

rutin innebär att sterilt tillvägagångssätt inte är nödvändigt utan istället används höggradigt rena instrument. Skålar, pincetter och andra redskap som används ska vara desinfekterade i diskdesinfektor, spoldesinfektor (minst 85 grader) eller genom kokning några minuter i vatten. Efter desinfektion ska materialet behandlas aseptiskt. Händer ska före omläggning desinfekteras och handskar användas. Sår bör inte läggas om i samband med städning och bäddning eftersom risken för spridning av bakterier då är större. Används kranvatten ska det rinna 1-2 minuter för att sedan fyllas i ett höggradigt rent kärl. Såret kan även rengöras med sårspreda alternativt duschas av under rinnande vatten. När omläggningen är klar är det viktigt att ta bort smutsigt omläggingsmaterial och sedan desinfektera händerna. Lokala hygieniska rekommendationer bör alltid respekteras (Lindholm, 2003).

Basala hygienrutiner är grunden för en god hygienisk standard i allt vårdarbete och har stor betydelse för patientsäkerheten (Ericson & Ericson, 2005). Socialstyrelsen (2007) rekommenderar att arbetskläderna ska ha korta ärmar och bytas dagligen eller oftare vid behov. Armbandsur och smycken ska inte bäras på händer och underarmar. Före och efter direktkontakt med en patient ska händerna desinfekteras med ett alkoholbaserat handdesinfektionsmedel eller något annat medel med motsvarande effekt. Vid användning av handskar ska händerna desinfekteras både före och efter. Om händerna är synligt smutsiga ska de tvättas med vatten och flytande tvål innan de desinfekteras. Händer som tvättats ska vara torra innan de desinfekteras. Om risk finns för att arbetskläderna kommer i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material ska engångsförkläde av plast eller en skyddsrock användas. Här ska även skyddshandskar för engångsbruk användas. Direkt efter ett arbetsmoment ska skyddshandskar tas av och mellan olika arbetsmoment bytas ut.

Hygien och smittspridning i ett historiskt perspektiv

Lindholm (2003) anger att sår i alla tider varit befarade. De blir lätt utsatta för infektioner, vilket ibland resulterat i amputation, sängläge och i många fall till och med till döden. Sårvård är troligen den äldsta medicinska åtgärden i historien. I historien förekommer beskrivningar av medel och procedurer som använts för sårläkning. Sårläkning har oftast varit förknippad med magiska ritualer och kunskapen om sårvård har förbehållits de äldsta eller medicinmännen. På Hippokrates dagar ansågs det att sår var en utfart för oönskade kroppsvätskor och att läkning borde förhindras så långt som möjligt. De första skildringarna av sårvård är nedtecknade på lertavlor där ett stort antal olika sårförband nämns, t.ex. honung, rått kött och getspillning. Under Krimkriget på 1850-talet utvecklades en rad förband som med olika förändringar har kommit att användas ända tills idag.

Florence Nightingale (1859) är en föregångare inom omvårdnad. Miljö är central i Nightingales omvårdnadsmodell. Patientens miljö anpassades för att befrämja naturens läkande kraft. Vädring, frisk luft samt rent vatten var viktiga faktorer. Andra grundläggande behov ansågs vara värme, kontroll av buller, ljus samt adekvat hantering av exkrementer och dålig lukt. Ren miljö förbättrade patienternas möjligheter att överleva och tillfriskna från sina sjukdomar. Redan under 1850-talet uppmärksammades hygienens betydelse. Under Krimkriget var den allmänna uppfattningen att sjukhusen var farligare än slagfälten. Förhållandena inom krigssjukvården för de sårade soldaterna var olidliga. Florence Nightingale och hennes medarbetare lyckades inom en kort tid i det krigsdrabbade området nedbringa dödlighetsantalet drastiskt genom att tvätta och städa lokalerna och genom att hålla patienterna rena. Den hygieniska standarden förbättrades markant.

År 1847 påbörjade förlossningsläkaren Ignaz Semmelweiss sin långa kamp mot barnsängsfeber. Dödligheten i barnsängsfebern var mycket hög, speciellt bland de mödrar som sköttes av läkare och medicinstudenter. Slutsatsen var att kvinnorna troligen ådrog sig infektionen under förlossningen på grund av att läkare och studenter inte tvättade händerna efter obduktion och sedan genomförde gynekologiska undersökningar på dessa kvinnor. Semmelweiss införde obligatorisk handtvätt efter obduktion med klorvatten. Dödligheten sjönk direkt från 10 till 1 % (Jahren-Kristoffersen, 1998a).

I augusti 1871 rapporterade kirurgen Joseph Lister om sina antiseptiska experiment med att dränka in bandage och kirurgiska instrument med karbolsyra samt hur han sprutade karbolsyra i luften i operationsalen. Lister konstruerade en apparat som kunde sprida en fin dimma av karbol i rummet. Joseph Lister omnämns som antiseptikens fader (Jahren-Kristoffersen, 1998a).

Vårdrelaterade infektioner och smittspridning i olika vårdmiljöer

Enligt Socialstyrelsen (2006) defineras sjukhusinfektion eller vårdrelaterad infektion som ”varje infektionstillfälle som drabbar patienten till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppen vård, oavsett om det sjukdomsframkallande ämnet tillförts i samband med vården eller härrör från patienten själv, samt oavsett om infektionstillståndet yppas under eller efter vården. Med vårdrelaterad infektion avses även infektionstillstånd som personal ådragit sig till följd av arbetet” (a.a.s. 19). Vårdrelaterade infektioner har existerat lika länge som sjukvården bedrivits. Ungefär var 20:e patient som vårdas i akut somatisk vård riskerar att drabbas av en eller flera vårdrelaterade infektioner. De flesta av dessa infektioner uppträder som enstaka fall. Vårdförvärvade infektioner medför negativa konsekvenser framförallt för den sjuke i form av lidande, förlängd vårdtid och sjukskrivning, fortsatt ohälsa eller invaliditet (Ericson & Ericson, 2005). I Ebbeskog och Emamis (2005) anger patienterna att de upplevde att vårdarna ofta bråskade, vilket resulterade i att de behandlade såret bryskt och utan att följa hygienrutiner. Trots detta försvarade patienterna vårdarnas agerande med förklaringar så som ekonomiska nedskärningar och stor arbetsbelastning för vårdarna.

Ericson och Ericson (2005) menar att hemmiljöer är renare än sjukhusmiljöer. Mängden CFU (*Colony Forming Units* – bakteriebärande enheter) i bostadsluften är betydligt lägre än i sjukhusluften. Även antalet smittspridningsvägar är färre i hemmiljö än sjukhusmiljö. Därför bör både infektionskänsliga och infektiösa patienter vårdas i hemmet om så är möjligt. Kagan, Aiello och Larson (2002) anger att i kök, badrum och tvättmaskiner härbärgerar potentiella patogener. Möjligheten för överföring av mikrober existerar även i hemmiljön och spridning förekommer. Även om risken för smittspridning är lägre i hemmiljö än i sjukhusmiljö förekommer det dock. Det vanligaste sättet att överföra bakterier är via indirekt kontaktsmitta vilket innebär smitta via vårdarnas händer och kläder.

Problemformulering

Tidigare forskning visar att kroniska sår innebär ett lidande för patienten och påverkar hela livet, inte bara enstaka delar. Påverkan på det sociala livet är nära förenat med smärta, osäkerhet och maktlöshet. Sårvård förekommer i olika vårdande sammanhang och olika vårdmiljöer och i sjuksköterskans omvårdnad ingår omläggning av olika sår. Hemmiljön skiljer sig åt från miljön på sjukhus då det gäller mängden bakteriebärande enheter. Luften i hemmet innehåller mindre bakterier och smittspridningsvägarna är färre än på sjukhus. Omläggning av kroniska sår innebär alltid en risk för smittspridning. Bakterier som är

normala i kroniska sår kan bli patogena utanför såret. Därför är det alltid viktigt att arbeta med handskar samt att iaktta noggrann handhygien. Trots att riktlinjer finns tycks dessa vara svåra att följa. Betydelsen av patientens lidande vid kroniska sår finns i tidigare forskning men det som saknas är hur vårdandet kan effektiveras samtidigt som arbetsmiljön för personalen är optimal. Denna studie fokuseras på omvårdnad och vård vid kroniska sår, samt hinder och möjligheter för sårvård.

SYFTE

Syftet var att beskriva likheter och skillnader i omvårdnaden vid kroniska sår i två olika kontexter.

METOD

Utifrån studiens syfte valdes en kvalitativ metod där datamaterialet består av skrivna berättelser från vårdare. Inom det kvalitativa perspektivet betraktas verkligheten som subjektiv. Verkligheten är en individuell, social och kulturell konstruktion och här studeras hur människan uppfattar och tolkar den omgivande världen (Backman, 1998). Forskaren försöker möta situationen som om den vore ny och sträva efter en helhetsförståelse för att få en så rättvis bild som möjligt av det som studeras. Den kvalitativa forskningen har som utgångspunkt att forskaren och informanten genom språket blir delaktiga av varandras världar. Forskaren strävar efter att förstå informanten utifrån hans eller hennes personliga perspektiv och komma så nära deras upplevelser som möjligt. Kvalitativa metoder gäller forskningsprocedurer som ger beskrivande data, en persons egna skrivna eller talade ord eller iakttagna beteende. I kvalitativa metoder försöker forskaren hitta kategorier, beskrivningar, teman eller modeller som på bästa sätt beskriver ett fenomen eller ett sammanhang i omvärlden (Olsson & Sörensen, 2001).

Urval

Kontakt togs med verksamhetschefen på en avdelning där vårdarna har speciell utbildning inom sår/sårvård. Dessutom togs kontakt med verksamhetschefer i tre distrikt inom hemsjukvården för att få ett tillräckligt antal deltagare till studien. Efter samtal med verksamhetscheferna skickades skriftlig information. I informationen angavs studiens syfte och tillvägagångssätt och att den var tänkt att bygga på skrivna berättelser från vårdpersonal. När verksamhetscheferna gett acceptans för enhetens deltagande i studien togs kontakt med vårdpersonal inom område. Dessa personer kom att bli kontaktpersoner. Därefter togs personlig kontakt med tilltänkt kontaktperson inom respektive område där skriftlig samt muntlig information gavs. Skriftlig information lämnades i kuvert till kontaktpersonerna, tio kuvert till hemsjukvård samt tio till en avdelning på ett sjukhus. Dessa kuvert lämnades vidare till tilltänkta av kontaktpersonen inom varje område. I kuverten fanns information om studien och en beskrivning till deltagarna där de ombads beskriva en nyligen genomförd såromläggning. Informanterna som deltog i studien var både undersköterskor och sjuksköterskor. I materialet framgick antal yrkesverksamma år och kön.

Berättelserna skulle sedan läggas i medföljande kuvert och lämnas till verksamhetschefen för att sedan hämtas av oss. Från de tio utlämnade informationskuverten på sjukhuset inkom svar i form av åtta berättelser. Inom hemsjukvården kom nio berättelser.

Datainsamling

I denna studie ombads informanterna att skriva i berättelseform och så noggrant och utförligt som möjligt beskriva en såromläggning samt att även inkludera tankar och känslor de haft i situationen. Ingen gräns gavs för berättelsens omfattning utan bestämdes av informanterna själva. I informationsbrevet framkom att texten helst skulle vara nedskriven på dator om möjlighet fanns för att underlätta läsningen.

Berättelser har en central roll i vårdandet och berättelser av såväl vårdare som patienter och närstående har varit en väg till att nå önskad kunskap. Vårdvetenskapliga forskningsproblem som handlar om människors upplevelser av hälsa, lidanden eller vård är komplexa och mångfasetterade. Genom att utgå från en skriven berättelse kan forskaren ta sin utgångspunkt i människors livsvärld, det vill säga den värld vi lever våra vardagliga liv i (Friberg, 2006). Enligt Dahlberg (1997) lämpar sig berättelser för att studera företeelser som är lätta att avgränsa till exempelvis tid, som en såromläggning är. En berättelse fokuserar på någon episod i informanternas erfarenhet som på ett eller annat sätt belyser den företeelse som är av intresse i undersökningen. Den skrivna berättelsen bör innehålla detaljerade och frikostigt beskrivna uppgifter som blir intressanta att läsa även med ett vetenskapligt syfte.

Dataanalys

När berättelserna samlats in lästes dessa inledningsvis ett flertal gånger av författarna enskilt. Ingen analys skedde under den första genomläsningen utan syftet med denna första fas var att sätta sig in i berättelsernas verklighet. Vid den andra genomläsningen ställdes frågorna ”Hur beskrivs omvårdnaden vid sår?” och ”Finns det några likheter och skillnader runt sårvård i olika miljöer?” Därefter valdes delar som svarade an mot studiens syfte ut ur berättelserna för att åter igen läsas ett flertal gånger. Texten som kvarstod lästes igenom och bearbetades för att sedan diskuteras så att inte själva essensen av materialet ändrades. De valda delarna sattes ihop under olika kategorier för att skapa en struktur vilka slutligen kom att bilda olika teman. Det framkom sex teman som tillsammans skapade en ny helhet. Temana bearbetades ytterligare och kom slutligen att bli fyra stycken.

Enligt Dahlberg (1997) består analysen av tre faser som kan beskrivas som helhet – delar – helhet. Första delen är en bekantgörande fas där texterna läses igenom för en första förståelse. I den andra delen delas texterna upp i mindre delar för att fördjupa förståelsen för textens innehåll och mening. I den tredje fasen behandlas texten åter som en helhet och då sammanställs analysen och resultatet.

Etiska överväganden

Verksamhetschefer och informanter har både fått skriftlig och muntlig information om studiens genomförande. Deltagarna fick även information om att studien var frivillig och att de när som helst, utan närmare förklaring, kunde avbryta sitt deltagande. Berättelserna har behandlats konfidentiellt. Endast författarna och handledaren har haft tillgång till berättelserna. I resultatet kan inte någon av deltagarna identifieras. Information gavs om att berättelserna skulle förstöras när studien avslutats.

Studien är utförd enligt medicinska forskningsrådets etikregler (1999). Med fusk och oärlighet inom forskningen avses avsiktlig förvrängning av forskningsprocessen. Det är av största vikt att forskaren inte fabricerar data, att inte plagiera data från annan författares publikation utan att ange källa. Att ohederligt inkludera eller exkludera något i texten samt att göra en felaktig analys av texten eller att avsiktligt förvränga tolkningen av texten är etiskt orätt mot anslagsgivaren.

RESULTAT

Vid analysen av berättelserna framkom fyra teman (Tabell 1). Dessa teman benämns, Möta patienter med sår, Anpassa sårbehandlingen efter förutsättningarna i vårdmiljön, Bedömning och dokumentation av sårläkningsprocessen och Rutiner kring sårbehandling. Varje tema presenteras med en sammanfattande text. Texten exemplifieras med citat ur berättelserna, vilka skrivs med kursiv stil. Berättelserna har numrerats från 1-17 och inom parantes anges vilken berättelse citatet hämtats från. Från vissa berättelser återges inget citat, medan det från andra kan förekomma flera citat. Citat har valts utifrån de berättelser som varit tydligast beskrivande för det innehåll som citatet återspeglar.

Tabell 1: Översikt över teman.

Teman

- **Möta patienter med sår**
- **Anpassa sårbehandlingen efter förutsättningarna i vårdmiljön**
- **Bedömning och dokumentation av sårläkningsprocessen**
- **Rutiner kring sårbehandling**

Möta patienter med sår

Att vårda och möta en patient med sår innebär inte enbart en omläggning av ett sår utan också ett möte med en människa. I mötet beskriver vårdpersonalen att de försöker skapa trygghet och att få patienten delaktig i det som sker genom samtal. Det kan vara en utmaning att möta och vara följsam mot olika individer och deras behov. För att lyckas försöker vårdarna att på olika sätt bekanta sig med patienten och känna av situationen. Samtidigt försöker de även vara observanta på patientens reaktioner under omläggningen.

Att vara följsam och avkännande kan vara en utmaning. Det handlar om en följsamhet såväl i sårvården som mot den individ som vårdarna möter. Det innebär både att följa hur sårvården har fungerat hemma, reaktioner under omläggningen men också känna av patienten och vilken person hon eller han är för att veta hur de ska samtala. En vårdare beskriver en patient som lite speciell, hon beskrivs som osäker och negativ. För att möta patienten och försöka avleda hennes tankar småpratar vårdaren om annat än själva omläggningen. Vårdaren berättar att det gäller att tänka sig in i patientens svårigheter. Patienten som vårdaren berättar om vill kunna styra över sin omläggning. För att patienten då ska känna sig delaktig och vara med i det som händer försöker vårdaren ge information om det som ska göras och varför, *inte bara köra på*. Med tålmod och vänlighet försöker vårdaren att möta patienten i dennes situation.

Vårdarna beskriver att patienterna kan ha behov av att uttrycka sitt missnöje och som vårdare kan det vara väsentligt att lyssna och följa upp vad detta beror på.

Här har de möjlighet att prata av sig sitt missnöje med sin situation. (b 8)

Att möta en patient innebär att skapa trygghet så att denne känner sig bekväm i situationen. För att patienten ska känna sig trygg kan det vara av betydelse att känna att vårdarna vet vad de pratar om. Att skapa trygghet kan även innebära att patienten sitter bekvämt och säkert inne i behandlingsrummet.

Väl inne på undersökningsrummet hjälper vi patienten till undersökningsstolen, ser till att hon sitter bekvämt samt säkert. (b 7)

En annan utmaning är att få patienten delaktig och motiverad i behandlingen. Vårdarna beskriver att detta kan kräva en förklaring till behandlingen av ett sår. Vissa patienter tycks uppleva sin behandling som besvärande. Vårdaren kan då försöka att stödja och motivera patientens tolerans för sin sårbehandling med information och uppmuntran.

Mötet med patienten handlar också om att fokusera på det friska och skapa en patientvänlig miljö. En vårdare berättar om betydelsen av att distrahera och avleda med allmänt prat och kanske skämta lite för att skapa ett bekvämt och avspänt möte.

Jag tycker det är viktigt att inte bara prata om krämpor utan knyter an till hobbies, intressen så att det blir fokus på det friska i patientens livssituation. Jag brukar använda mycket humor i mina dialoger till patienterna och förklara/informera i klarspråk. (b 7)

I mötet beskriver flera vårdare att de försöker skapa ett lugn där patienten blir sedd som en individ och att det inte bara fokuseras på det sår som ska läggas om. I mötet är det patienten som vårdas, inte bara ett sår.

God kommunikation mellan vårdare och patient kan vara grunden för ett bra möte. Det framkommer i olika berättelser att samtalet med patienten är centralt i mötet. Vanligt förekommande i samtalen är hur omläggningen fungerar och sårets tillstånd. I vårdarens arbete följs patientens smärta upp, såväl vid omläggningen som i ett längre perspektiv och även hur smärtupplevelsen är hemma.

Jag tar reda på hur omläggningen fungerat hemma, omlägningsfrekvens och om såret är smärtsamt. (b 3)

Vårdarna beskriver att en omläggning kan kännas obehaglig för patienten. Därför småpratar vårdaren för att skapa kontakt men även för att avleda till andra tankar. Genom dialog försöker vårdaren möta patienten där den är. Det kan vara att avskärma runt sängen eller att försöka få med patienten i behandlingen för att öka motivationen.

Anpassa sårbehandlingen efter förutsättningarna i vårdmiljön

Miljön där sårvården utförs är skiftande. Gemensamt för miljön är att den alltid både är en vårdmiljö oavsett om platsen där sårvården sker utspelar sig i patientens hem eller på sjukhus, samtidigt som den också är en arbetsmiljö. I berättelserna framkommer det att vårdarnas

arbetsmiljön är bra på en mottagning. Inom hemsjukvården blir arbetsmiljön annorlunda med andra utmaningar. Där finns inte samma tillgång till arbetsredskap som på en mottagning vilket kan försvåra. Detta kan vara negativt för patienten då sårbehandlingen kan ta längre tid när arbetsredskap inte finns lätt tillgängligt i hemmet. En positiv faktor är att patienten kan behandlas i hemmet och inte behöver ta sig till en mottagning. Därmed kan patienten slippa onödig transport- och väntetid. För en del patienter kan det medföra svårigheter att resa på grund av sjukdom och ålder.

En vårdare på mottagningen beskriver att det är enkelt att lägga om bensårspatienter då det finns en bra höj- och sänkbar behandlingsstol. Det upplevs positivt tidsmässigt och underlättar vårdarnas arbete. Inom hemsjukvården sker ofta såromläggningen när patienten sitter på en vanlig stol. En vårdare berättar om sin arbetsställning vid en omläggning.

Under omläggningen kommer jag sitta på en pall framför patienten. Jag har höjt upp henne för att inte sitta som en fällkniv. Det är dock ändå en svår arbetsställning vilket gör att man hela tiden sitter framåtlutad. Då omläggningen tar ca 1 timma eller ibland längre känns det tungt i ryggen. (b 13)

Både inom hemsjukvården och på en mottagning värnar vårdarna om en miljö där patienten är i fokus. På mottagningen kan det handla om att vårdaren skärmar av sängen vid en omläggning för att inte bli störd och kunna fokusera på patienten och dennes sår. I hemmet hos en patient behöver personalen ta hänsyn till att de befinner sig i dennes hem och anpassa sårbehandling därefter. Det kan vara mer energikrävande för vårdaren att på olika ställen hämta de saker som behövs till omläggningen. En vårdare skildrar sin arbetsmiljö hos en patient där arbetet sker efter de omständigheter som råder i hemmet.

Sedan plockas själva förbandet bort. När detta är gjort tas skor på igen, då vi ska gå ut till köket där fotbad görs. Balja till fotbadet står på toaletten i hallen och hämtas där, ihop med handdukar. När tiden gått tas fötterna ur badet och torkas. Skor tas på och vi går in till finrummet igen. Sedan får jag gå ut i köket för att tömma fotbadet som bärs ut till toa i hallen. (b 11)

Inom hemsjukvården beskrivs att vårdarna får vänta på patienterna till skillnad mot på en mottagning där patienterna väntar på vårdaren. En vårdare berättar att vid ett hembesök kan väntetiden bli 15-20 minuter innan patienten är redo för omläggning.

I berättelserna återkommer betydelsen av närheten till material för vårdarna då det förenklar deras arbete. På en mottagning har vårdarna lättare tillgång till material än i hemsjukvården. Där kan det exempelvis vara svårt om material inte finns tillgängligt, medan det på en mottagning bara är att hämta. En vårdare beskriver följande.

Chansar på att hon öppnar, tar inte med nyckeln, mycket att släpa på ändå. Kollar om det finns några grejor framlagda som ska med till oml, nej det fanns inget, hoppas verkligen att allt finns då! Annars tänker man inget snällt om sina kollegor, funderar på hur mycket jag glömt själv! (b 12)

Bedömning och dokumentation av sårläkningsprocessen

Omläggning av sår dokumenteras antingen i en patientjournal eller i en signeringslista. På mottagningen beskriver vårdarna att de läser i patientjournalen inför mötet med patienten. Här inhämtas information om patientens historia, omläggningsmaterial, omläggningsfrekvens och eventuella komplikationer eller annat som bör observeras. I patientjournalen kan också fotografier av såret förvaras för bedömning av såret. I dokumentationen kan det även ingå att mäta sårets längd och bredd för att såret ska kunna följas. Vårdaren observerar och bedömer också sår med hjälp av sina sinnen. Inspektion av sår sker med både lukt och syn. Detta genom att vårdarna känner om det finns en obehaglig lukt, sårkanter, sårytan och utseende runt omkring. Även hur förbandet ser ut och luktar ger information om sårets kondition.

Innan jag tar in patienten på bensårsmottagningen tittar jag igenom journalen för att friska upp mitt minne angående patientens historia och ser på foton hur såret såg ut sist. Detta skapar en utgångspunkt för detta besöket vad jag ska bedöma. (b 7)

För att underlätta bedömning av såret och för att få en bättre kontinuitet försöker vårdaren att följa samma patient, så att så få av vårdarna som möjligt gör omläggningen av såret. En av vårdarna i hemsjukvården upplever att det är lättare för vårdarna på en mottagning att följa samma patient. Det är fler personer som lägger om samma sår inom hemsjukvården. En annan vårdare inom hemsjukvården upplever att de snabbt märker förändringar av såret då såret läggs om varje dag och oftast av samma personal. Det kan även vara tryggare för en patient att få träffa samma vårdare under hela behandlingen.

Hon är en osäker och rädd patient inners inne och när hon inte känner sig trygg vill hon ta över och bestämma över sin behandling om hon inte känner sig trygg med vårdgivaren. Där möter vi ett problem när det är för många olika vårdgivare runt. (b 8)

I hemsjukvården kan det finnas en signeringslista över omläggningen hemma hos patienten där personalen signerar när omläggningen är klar. På signeringslistan finns även ordination till omläggningen.

Vårdarna som arbetar med sår beskriver att de följer hur patienterna upplever såret och om sårbehandlingen är smärtsam. Om patienterna upplever smärta under behandlingen försöker personalen i bästa mån att avleda smärtan. För detta använder personalen ofta information, detta för att öka patienternas tolerans. I några berättelser framgår att patienterna blir erbjudna smärtlindring före omläggningen.

Detta förband kan svida så jag förhör mig om hur det går och patienten medger att det känns. Fuktar då sårboten med ljummet vatten som lindrar lite samt informerar om hur det fungerar för att motivera patientens tolerans. (b 7)

Rutiner kring sårbehandling

Sår är något som vårdaren behandlar, inte vårdar. Såren ska skötas så att de läks och sedan bibehållas läkta för ett bättre välbefinnande för patienten.

Man får aldrig vårda sår. Därför ska man aldrig kalla det sårvård, utan sårbehandling. Någon gång du vårdar vill du behålla i det läget, det vill vi inte med sår. Dem vill vi behandla för att de ska läka och sedan hållas läkta för en bättre livskvalitet. (b 8)

En sårbehandling är ett komplext moment som kräver kunskap från vårdaren. En vårdare i hemsjukvården önskar mer utbildning i sårbehandling. Detta skulle spara både omläggingsmaterial, tid och pengar. Inför en sårbehandling förbereder sig vårdaren genom att till exempel duka fram omläggingsmaterial. Sårbehandlingen sker oftast enligt ordination. Att vara förberedd är positivt både för vårdare och för patient då detta sparar tid.

Medans jag väntar tar jag fram det material och grejer som ska användas under omläggningsmaterial på köksbordet så att jag har allt framme. (b 16)

Att inspektera sårområdet är en viktig del i sårbehandlingen som kräver kunskap. En vårdare berättar att hon under hela behandlingen då sårytan är blottad tar tillfället i akt att inspektera sårets utseende.

Hela tiden som vi duschar och tvättar benet har jag tillfälle att samla in fakta. (b 8)

Att inspektera såret är också viktigt för att kunna bedöma fortsatt behandling. Inspektionen kan vara att titta hur förbandet sitter, om det vätskar eller luktar. En av vårdarna beskriver att efter att ha sett hur det borttagna förbandet ser ut, beslutas behandling med ättiksyralösning då det tyder på pseudomonasbakterier. I många av berättelserna reflekterar vårdarna över sina handlingar som till exempel varför de lägger på ett visst material. Att ständigt reflektera över sina handlingar tycks betydelsefullt för en bra sårvård.

Sårbehandlingen avslutas med att använt material plockas undan och rengörs. Förbrukat engångsmaterial kasseras och flergångsmaterial rengörs. En vårdare berättar hur sax och pincett desinficeras som använts under behandlingen.

Tar av handskar förkläde, knyter ihop soppåsen kastar den i sköljens soppåse. (b 4)

Hygien är central i sårbehandlingar. I berättelserna återkom ofta handtvätt, handdesinfektion, handskar, användning av förkläde – ett rutinmässigt och inarbetat arbetssätt kring hygien. Vårdarna använder plastförkläde, spritar händerna och tar på handskar. Att följa hygienrutiner och omläggingsordinationer kan vara en utmaning i hemsjukvården och det ställer krav på att material finns. En vårdare beskriver hur samarbetet i arbetsgruppen är viktigt för att sårvården ska fungera. I några berättelser framkom det tydligt hur vårdarna arbetar efter hygienrutiner medan det i andra inte går att avgöra hur de går tillväga.

Spritar händerna i trappuppgången, går in till boende, spritar händerna igen och tar på mig handskar. Lindar av lindorna på benen. Tar sedan av mig handskarna spritar mig igen och tar på mig nya handskar. (b 9)

Sammanfattning av resultat

Resultatet visar att sårvård innefattar mer än bara en såromläggning. I sårvården inbegrips mötet med patienter som en del av arbetet. I mötet är kommunikationen betydelsefull för samarbetet mellan vårdaren och patienten, samt för att få patienten delaktig och motiverad till behandlingen. Den miljö där sårbehandlingen utförs är samtidigt både en vårdmiljö och arbetsmiljö, vilket gör den komplex och med skiftande utmaningar beroende på situation och patient. I resultatet framkommer det att miljön skiljer sig åt i de båda kontexterna och personalen möter olika förutsättningar att arbeta efter. I hemsjukvården fanns andra utmaningar för vårdarna då närhet till material och arbetskollegor inte fanns lika tillgängligt som på sjukhuset. En annan del av vården är dokumentationen. Dokumentation av sår sker dels skriftligt i journalen men även med hjälp av fotografier. Resultatet visar också att en stor del av behandlingen består i att hela individen vårdas och inte bara såret.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva likheter och skillnader i omvårdnaden vid kroniska sår i två olika kontexter. Valet av kvalitativ studie styrdes av syftet. En kvantitativ metod ansågs inte lämplig för att få svar på syftet till studien. Forsberg och Wengström (2003) pekar på att de kvalitativa datainsamlingsmetoderna innebär insamling och systematisering av kunskap i syfte att nå en djupare förståelse för forskningsfrågan. Kunskapsinsamlingens syfte är att visa på sammanhang och mönster. Datainsamlingsmetoderna kan bestå av observationer, intervjuer samt skrivna texter eller berättelser. Även om denna studies resultat bygger på skrivna berättelser från vårdare, är det möjligt att också någon annan av ovan beskrivna datainsamlingsmetoder varit möjliga att använda. Friberg (2006) anger att genom att forskaren utgår från en skriven berättelse kan han eller hon ta sin utgångspunkt i människors livsvärld, det vill säga den värld vi lever våra vardagliga liv i. Valet av datainsamlingsmetod styrktes ytterligare av att målet var att få fram informanternas egna erfarenheter med deras egna ord. När studien påbörjades väntades ett resultat innehållande en tydligare inriktning mot själva såromläggningen och handhavandet kring hygien. I efterhand kan det tros att intervju som datainsamlingsmetod inte var lämplig då frågorna eventuellt skulle inriktats på författarnas önskan eller intressen.

Studien genomfördes med hjälp av skrivna berättelser, vilken kan vara att föredra när företeelser som är lätta att avgränsa till tid ska studeras vilket en såromläggning är. En berättelse fokuserar på någon episod i informanternas erfarenhet som på ett eller annat sätt belyser den företeelse som är av intresse i undersökningen (Dahlberg, 1997).

Det fanns inga kriterier för att delta i studien mer än att såromläggning ingick i arbetsuppgifterna och informanterna valdes av kontaktpersonerna inom respektive område. Informanterna ombads att ange yrkeskategori, ålder och kön. I resultatet redovisas inte detta då det inte ansågs relevant för studiens syfte. Då skrivna berättelser valdes som datainsamlingsmetod kunde informanterna själva välja tillfälle för genomförandet. Informanterna kunde då under avslappnade former koncentrera sig på syftet och därmed utelämnat händelser som var irrelevanta. Den negativa aspekten var att det inte fanns någon möjlighet att ställa följdfrågor till informanterna. Detta resulterade i att några berättelser innehöll begränsat med användbar information och svårigheter och diskussioner uppstod i hur

dessa skulle förstås. Vid allt för stora tveksamheter fick viss text utelämnas. En del berättelser innehöll mer detaljrik information än andra. Informanterna fick information om att berättelsen skulle innehålla upplysningar om hur de gick tillväga under en såromläggning, samt att också tankar och känslor kring sårbehandlingen önskades. Utöver detta gavs inga riktlinjer om vad som skulle skrivas i berättelserna. Anledningen till att ytterligare riktlinjer inte gavs var för att informanterna inte skulle styras av författarnas önskan eller intresse och för trovärdigheten i berättelserna som då eventuellt kunde ifrågasättas. Forsberg och Wengström (2003) beskriver att skrivna berättelser erbjuder tillgång till ett perspektiv som kan ge insikt i viktiga händelser som utspelats. För att kunna bedöma kvaliteten i skrivna dokument bör forskaren ta ställning till äkthet, trovärdighet, representativitet och meningsfullhet. Antal kuvert som delades ut motiveras av att om för få delats ut kunde det leda till otillräckligt med datamaterial för studien, och svårigheter att se mönster och sammanhang kan då uppstå. Om för många berättelser samlats in kunde lätt en svårighet uppstå med att överblicka det för stora materialet. Därför söktes tio informanter inom hemsjukvård och tio inom sjukhusvård. Tre av de utlämnade kuverten inkom inte till kontaktpersonerna och slutligen kunde sjutton berättelser insamlas och analyseras.

Datamaterialet analyserades kvalitativt enligt Dahlberg (1997). Valet av analysmetod motiveras med att stegen för analysen var väl beskrivna och gav en god förståelse i hur kvalitativt insamlade data kan bearbetas och presenteras.

Resultatdiskussion

Resultatet i studien visar att mötet mellan vårdaren och patienten har en central roll i vårdandet av patienter med kroniska sår. I mötet ingår olika delar som är betydande för att skapa en god relation. God kommunikation utgör grunden för relationen och här använder vårdarna samtalet som främsta redskap. Travelbee (1971) beskriver kommunikation som ett viktigt arbetsredskap för sjuksköterskan. För att ge en bra vård behöver patienternas individuella behov tillgodoses och det sker genom kommunikation mellan vårdare och patient. En fråga som uppstår är hur vården fungerar när kommunikationen brister. Det är en utmaning för vårdarna att kunna möta och kommunicera med olika patienter i skiftande situationer och sammanhang.

Genom samtalet försökte vårdaren skapa trygghet för patienterna. Patienten kan känna förtroende för vårdaren om denne är kunnig i sitt yrke. I resultatet framkom att det är en utmaning för vårdarna att skapa trygghet. Trygghet kan göra att det är lättare att få patienterna delaktiga i vården och för detta behövs information, uppmuntran och motivering. Ebbeskog och Emami (2005) menar att för att genomföra en professionell sårvård behöver vårdaren se hela människan som en helhet med levda erfarenheter. Patienter som lever med kroniska sår vill bemötas av yrkeskunniga, självsäkra och varsamma vårdare i en behaglig miljö. Att vara professionell är en utmaning. Ibland beskrivs normativa förebilder som kan kännas omöjligt att uppnå i vården. Trots svårigheter har vårdarna en skyldighet att försöka uppmuntra och motivera patienten.

God vård handlar om att möta patienten i den situation denne befinner sig i. Vårdarna beskriver att det är en utmaning att vara följsam mot olika individer och deras behov. För att kunna vara tillmötesgående försöker vårdarna bekanta sig med patienterna. I resultatet framgår att detta ofta sker genom samtal om annat än själva sårbehandlingen. Genom att bekanta sig med patienten kan vårdarna försöka lära känna denne. Vårdaren får på så sätt en bättre kontakt med patienten och en inblick i dennes sociala liv. I resultatet framgår att

vårdarna upplever att det finns ett behov hos patienterna att uttrycka ett missnöje över sin situation. Dahlberg et al. (2003) menar att alla förändringar i kroppen leder till förändringar av tillgången till livet. Dessa förändringar kan innebära ett lidande för den sjuke. Vowden et al. (2006) menar att det personliga lidandet är betydande för livskvaliteten. Herber et al. (2007) beskriver att social isolering förekommer bland patienter med kroniska sår. Även om vårdarna inte kan göra så mycket åt de sociala problemen, kan det för patienten ändå vara värdefullt att någon lyssnar till deras sjukdomsberättelser och lidande.

Påtagliga skillnader mellan sjukhusvård och hemsjukvård framkom. Vårdarna inom sjukhusvård upplevde arbetsmiljön som tillfredsställande. Där fanns närhet till material, arbetskollegor att rådfråga och bra arbetsredskap. Inom hemsjukvården ställdes vårdarna inför andra utmaningar. Här ställdes höga krav både på arbetskollegor och att material fanns på plats. Avsaknaden av användbara arbetsredskap blev tydligt. På många ställen fanns inga arbetsredskap för vårdarna att använda. Inom hemsjukvården arbetar vårdarna ofta självständigt och har ingen i närheten att rådfråga. Från patientens perspektiv kan sårbehandlingen i hemmet vara positiv, och för många kan det vara svårt att exempelvis resa. Samtidigt visar också Ericson och Ericson (2005) att hemmiljön kan vara ett föredra för att minska risken för smittspridning då luften i hemmet innehåller färre bakterier än på sjukhus. För de som arbetar med sårvård inom hemsjukvården tycks arbetet ställa högre krav på vårdarnas förmåga att anpassa sig. Arbetet bli mer självständigt när det inte finns kollegor runt omkring. Vårdarna får ta fler egna beslut och arbeta i en miljö som inte utformats speciellt för uppgiften.

Dokumentationen skiljde sig i vissa avseenden åt mellan de två kontexten. Både inom hemsjukvården och sjukhusvård dokumenterades sårets status. Vårdarna inom sjukhusvård upplevde det till stor hjälp då de direkt i samband med behandlingen kunde uppdatera sig angående patientens sår. Fotografier var till hjälp i sårbehandlingen. Inom hemsjukvården finns inte samma möjlighet till att uppdatera sig angående sårstatus, då omläggningen sker i patientens hem och här finns inte tillgång till dokumentationshjälpmedel. Hur påverkar denna skillnad i dokumentationsmöjligheter patienten och dennes sår? Går det att göra motsvarande bedömning av sårets status utan journalen nära till hands? Det kan antas att det är en större utmaning att följa sårstatus inom hemsjukvården då det inte finns samma dokumentationsmöjligheter som på sjukhus. Inom hemsjukvården är det ofta samma vårdare som sköter om såret, och det upplevs då lätt att följa sårstatus. Samtidigt finns också uppfattningen att det också är lätt för vårdarna på en mottagning att följa samma patient. För att kunna bedöma fortsatt behandling är inspektion av såret viktigt. Det framgår av berättelserna att vårdarna reflekterar över sina handlingar, vilket kan vara betydande för en bra sårbehandling. Det är också viktigt att ständigt reflektera över sina handlingar för att kunna utvecklas i sin yrkesroll. En grundläggande del i att utvecklas är att få utbildning. I resultatet framgår att det önskas mer utbildning om sårvård. Hjelm, Rolfe, Bryar, Andersson och Fletcher (2003) beskriver att det bland sjuksköterskor i Sverige finns ett behov av mer utbildning om sårvård. Vård ska bygga på evidensbaserad forskning och kunskap. Anledningar till att sjuksköterskor inte har tillräckligt med utbildning framhålls vara brist på tid, ekonomiska resurser, fortbildningskurser och personalbrist. Både individen själv och organisationen har ett ansvar för att personalen har adekvat kunskap och kompetens.

Hygien är central för att undvika vårdrelaterade infektioner i sår. Det framgår i resultatet att vårdarna arbetar efter hygienrutiner. I Socialstyrelsens (2007) föreskrifter om basal hygien framgår tydligt vilka rutiner som ska följas. Det gick inte att urskilja några skillnader mellan sjukhusvård och hemsjukvård angående hygienrutiner. I några berättelser är informationen

bristande om hur hygienen hanterats vid sårbehandlingen. I dessa var det svårt att dra slutsatser om hygienrutinerna efterföljdes eller om informanten glömt bort att skriva ned detta. Finns liknande förutsättningar för att följa hygienrutinerna inom de två olika kontexterna? Inom hemsjukvården använder vårdarna oftast privata kläder medan vårdarna på sjukhus alltid använder arbetskläder som tvättas i hög temperatur. Går det att lita på att de privata kläderna inom hemsjukvården alltid tvättas i rätt temperatur? Byts arbetskläder och privata kläder varje dag som Socialstyrelsen förordar? Detta går inte att urskilja i berättelserna men kan ha betydelse för en säker vård. Det går inte heller att urskilja om smycken eller armbandsur används på underarmar vilket hade varit intressant att veta med hänsyn till hygien. Vilken miljö är då att föredra för patienten att behandlas i? Ericson och Ericson (2005) menar att hemmiljöer är renare än sjukhusmiljöer och att smittspridningsvägarna är mindre i hemmet än på sjukhus. Kagan, Aiello och Larson (2002) skriver att även om risken för smittspridning är lägre i hemmiljö än i sjukhusmiljö förekommer det dock. Arbetsmiljömässigt är med största sannolikhet sjukhusmiljön att föredra. Frågan är vad patienterna själva skulle välja om möjligheten fanns. En utmaning för att förbättra vårdpersonalens arbete i patientens hem är en bättre arbetsmiljö också där.

Konklusion

I studien framkom både likheter och skillnader runt sårvård i de olika kontexterna. Miljön var skiftande och ställde därmed också olika krav på vårdarna inom hemsjukvården respektive sjukhuset. Arbetet inom hemsjukvården föreföll vara en större utmaning för vårdarna och inte på samma sätt utformat för sårvård som på sjukhuset. En fråga som väcktes är hur de större kraven på vårdarna kan bemötas. I resultatet framkom också behov av mer utbildning inom sårvård. Kanske kan de större kraven på vårdarna inom hemsjukvården till viss del avhjälpas genom ytterligare utbildning och stöd. Det skulle vara intressant att gå vidare med studier där olika interventioner i form av mer utbildning och stöd i det dagliga arbetet prövades för vårdarna.

REFERENSER

- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Briggs, M., & Flemming, K. (2007). Living with leg ulceration: a synthesis of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 59 (4), 319-328.
- Chase, S., Melloni, M., & Savage, A. (1997). A forever healing: The lived experience of venous ulcer disease. *Journal of Vascular Nursing*, 15, 2.
- Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- 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, 1223-1231.
- Ericson, E., & Ericson, T., (2005). *Klinisk mikrobiologi*. Ljubljana: Liber.
- Eriksson, K. (1995). *Den mångdimensionella hälsan – verklighet och visioner*. Vasa sjukvårdsdistrikt, Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi: Slutrapport.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Danmark: Studentlitteratur.
- Herber, O., Schnepf W., & Rieger, M. (2007). A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of live. *Health Qual Life Outcomes*, 5, 44.
- Hjelm, K., Rolfe, M., Bryar, R.M., Andersson, B-L., & Fletcher, M. (2003). Management of chronic leg ulcers by nurses working in the community in Sweden and the UK. *Journal of Wound Care*, 12, 3.
- Medicinska forskningsrådet. (1999). CODEX – regler och riktlinjer för forskning. Hämtad från WWW 2008-02-28, <http://www.codex.uu.se/oversikter/etik/oredlighet.html>
- Jahren-Kristoffersen, N. (1998a). *Allmän omvårdnad 1*. Stockholm: Liber.
- Jahren-Kristoffersen, N. (1998b). *Allmän omvårdnad 3*. Stockholm: Liber.
- Johansson, A. (2005). *När kroppen sviker – en livsvärldsstudie om kvinnors erfarenheter av hälsa, sjukdom och vård i samband med en hjärtinfarkt*. Mölndal: Intellecta DocuSys.
- Kagan, L., Aiello, E., & Larson, E. (2002). The role of home environment in the transmission of infectious diseases. *Journal of Community Health*, 27, 4.
- Lindholm, C. (1995). *Vård av patienter med ben-, fot- och trycksår*. Lund: Studentlitteratur.

Lindholm, C. (2003). *Sår*. Lund: Studentlitteratur.

Nightingale, F. (1989). *Anteckningar om sjukvård : -ur vårt tidsperspektiv*. Skellefteå : Artemis.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2001). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.

Socialstyrelsen (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner: ett kunskapsunderlag*. Lindesberg: Bergslagens Grafiska.

Socialstyrelsen (2007). *Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien*.

Hämtat från WWW 2008-02-28, http://www.sos.se/sosfs/2007_19/2007_19.htm

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Åbo: Natur och kultur.

Vowden, P., Romanelli, M., Peter, R., Boström, Å., Josefsson, A. & Stege, H. (2006). The effect of amelogenins on hard-to-heal venous leg ulcers. *Wound repair and Regeneration*, 14, 2.

BILAGOR

Bilaga 1 Information till Verksamhetschef

Vi är två studenter som läser sista terminen på sjuksköterskeprogrammet vid Högskolan i xxxx. Detta brev är ett informationsbrev om en studie kring sårvård som vi önskar genomföra inom ramen för vårt examensarbete i omvårdnad.

Det här är en förfrågan om genomförande av studien i din/er verksamhet. Bakgrunden till studien är att vi önskar veta mer kring omvårdnad vid sårvård. Med studien vill vi belysa eventuella utmaningar eller svårigheter som kan finnas i att efterfölja rådande riktlinjer vid sårvård inom olika verksamheter. Studien kommer att bygga på skrivna berättelser delgivna av vårdare verksamma på en hudmottagning och inom hemsjukvården. Dessa båda verksamheter skiljer sig i många avseenden åt, och vi tror att det kan vara spännande att se vilka likheter, skillnader och/eller mönster som kan finnas mellan sårvård inom dessa båda kontext.

Vi ber dig om hjälp med att komma i kontakt med och informera sjuksköterskor eller undersköterskor inom din verksamhet som kan tänkas vara intresserade av att delta i studien. För studiens genomförande behövs skriva berättelser från tio personer inom varje verksamhetsområde.

För tillvägagångssätt och mer information, var vänlig se bifogad information till vårdare om deltagande i studien. På grund av viss tidspress är det önskvärt om vi kan få hjälp med berättelser inom en veckas tid efter utdelad information.

Kontaktpersoner/ansvariga:

Namn och kontaktuppgifter på ansvariga för forskningsstudien ges nedan. Om du har några frågor eller kommentarer om studien är du välkommen att kontakta oss:

Linda Larsson
xxxx

Jessica Lindgren
xxxx

Handledare:
Annelie Johansson
Xxxx

Bilaga 2 Information om deltagande i forskning till vårdare

Vi är två studenter som läser sista terminen på sjuksköterskeprogrammet vid Högskolan i xxxx. Detta brev är ett informationsbrev om en studie kring sårvård som vi önskar genomföra inom ramen för vårt examensarbete i omvårdnad.

Du tillfrågas härmed om deltagande i en studie om sårvård. Med studien vill vi belysa eventuella utmaningar eller svårigheter som kan finnas vid sårvård inom olika verksamheter. Studien kommer att bygga på skrivna berättelser delgivna av vårdare verksamma på en hudmottagning och inom hemsjukvården. Dessa båda verksamheter skiljer sig i många avseenden åt, och vi tror att det kan vara spännande att se vilka likheter, skillnader och/eller mönster som kan finnas mellan sårvård inom dessa båda kontext.

Ditt deltagande är helt frivilligt och du kan när som helst utan närmare förklaring avbryta ditt deltagande. Dina berättelser kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att det bara är vi och eventuellt vår handledare som kommer att läsa berättelserna. Det kommer i resultatet inte att framgå vad någon speciell person har sagt. Vi önskar dock att du skriver din profession, antal yrkesverksamma år och kön på pappret. Berättelsen ska innehålla information om hur du agerade under en nyligen genomförd såromläggning, från det att den började (inklusive eventuella förberedelser) tills du anser att såromläggningen är färdig. Skriv helst på dator. Beskriv så noggrant och utförligt som möjligt så att även tankar och känslor du haft i situationen kommer med. Din berättelse läggs i medföljande kuvert och lämnas till din verksamhetschef.

Kontaktpersoner/ansvariga:

Namn och kontaktuppgifter på ansvariga för forskningsstudien ges nedan. Om du har några frågor eller kommentarer om studien är du välkommen att kontakta oss:

Linda Larsson
xxxx

Jessica Lindgren
xxxx

Handledare:
Annelie Johansson
xxxx