



Institutionen för Hälsovetenskap

Distriktssköterskors erfarenheter av samverkan vid sår- vård inom kommunal hälso- och sjukvård

Karolina Johansson Maria Svanström

Examensarbete i omvårdnad på avancerad nivå

Specialistsjuksköterskeprogrammet

Institutionen för Hälsovetenskap

Vårterminen 2020

Distriktssköterskors erfarenheter av samverkan vid sårvård inom kommunal hälso- och sjukvård

District Nurses' Experience of Collaboration in Wound Care in Community home Care

Författare: Karolina Johansson & Maria Svanström

Institution: Institutionen för Hälsvetenskap, Högskolan Väst.

Kurs: Examensarbete i Omvårdnad, avancerad nivå, 15 högskolepoäng.

Handledare: Gudrun Rudolfsson

Sidor: 1–21

Månad och år: Maj 2020

Sammanfattning

Bakgrund: Svårläkta sår är ett globalt problem och innebär ökade kostnader för samhället. Sårvård är en stor del av distriktssköterskans arbete och innebär samverkan med patient och andra yrkeskategorier.

Syfte: Att beskriva distriktssköterskans erfarenheter av samverkan vid vård av patienter med svårläkta sår i hemsjukvård.

Metod: Metoden som användes var kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Datainsamling skedde genom elva kvalitativa, semi-strukturerade intervjuer med distriktssköterskor som har arbetat med sår inom kommunal hälso- och sjukvård.

Resultat: Resultatet visar att distriktssköterskans upplevelse av samverkan vid sårvård kan liknas vid ett lagspel, där det finns möjligheter och hinder under spelets gång. Samverkan vid sårvård påverkas av olika spelregler, vilka som deltar och i vilken grad de tar sitt ansvar. Distriktssköterskornas kunskap skapar möjlighet till utveckling.

Slutsats: Vilka möjligheter och hinder som distriktssköterskan stöter på under samverkan kring sårvård är avgörande för hur utgången blir för patienten med såret. Hinder kan vara både prövande och tidskrävande processer. Möjligheter skapas genom kunskap och kännedom om varandra som personer bakom vår yrkesroll.

Nyckelord: Distriktssköterska, hemsjukvård, kvalitativ innehållsanalys, samverkan, sårvård

Abstract

Background: Wound Care is a global problem and involves increased costs for society. Wound care is a major part of the district nurse's work in the home care setting and involves collaboration with patients and other occupational categories.

Aim: To describe the district nurse's experiences of collaboration in the care of patients with difficult-to-heal wounds in home health care.

Method: A qualitative method was used in the study and the result was analyzed according to meaning analysis. Eleven district nurses were interviewed. The thesis used qualitative content analysis.

Results: The result shows that the district nurse's experience of cooperation in wound care can be compared to a team game, where there are opportunities and obstacles during the course of the game. Collaboration in wound care is influenced by different rules of play, who participate and the degree to which they take their responsibility. The district nurses' knowledge creates opportunities for development.

Conclusion: The opportunities and obstacles that the district nurse encounters during collaboration on wound care are decisive for how the outcome will be for the patient with the wound. Obstacles can be both trying and time-consuming processes. Opportunities are created through knowledge and knowledge of each other as people behind our professional role.

Keywords: Collaboration, community home care, district nurse, qualitative content analysis, wound care.

Populärvetenskaplig sammanfattning

Sårvård är en stor del av distriktssköterskans arbete inom kommunal hälso-och sjukvård och innebär en stor kostnad för samhället och lidande för patienten. Att samverka kring sårvård är en förutsättning om målet är att få svårläkta sår att läka. Distriktssköterskan i kommunal hälso-och sjukvård får ofta en personlig och nära relation till patienten då vården bedrivs i patientens hem och vårdtiden är ofta lång, vilket skapar förutsättning för god kontakt och relation med både patienten och dess anhöriga. Detta utgångsläge ger distriktssköterskan en viktig roll, som patientens ställföreträdare, att sköta de samverkande kontakterna med hälso- och sjukvården.

Samverkan är en process som kräver aktivt och engagerat deltagande av samtliga inblandade för att skapa ett tillfredsställande samarbete. Då distriktssköterskan ansågs ha en nyckelroll i detta samarbete, avsågs deras erfarenheter kring arbetet med samverkan studeras. Elva distriktssköterskor i fyra olika kommuner intervjuades med syftet att undersöka hur de upplevde samverkan kring patienter med sår. Dessa intervjuer låg till grund för den kvalitativa innehållsanalys som genomfördes av distriktssköterskornas berättelser.

Resultatet påvisade att samverkan kring sår är en viktig process för distriktssköterskan och liknas i studien med ett lagspel. Under spelets gång stöter distriktssköterskan på både möjligheter och hinder, olika deltagare som båda kan vara skapare av framgång, men som också kan skapa oro i laget genom att presentera olika spelregler som distriktssköterskan måste förhålla sig till. Spelet upplevdes ibland som krångligt och frustrerande, tidskrävande men också tillfredsställande när spelet flöt på bra.

Distriktssköterskorna beskriver flera negativa upplevelser kring samverkan vid sår. Resultatet kan användas för att utveckla denna samverkan, framför allt mellan kommunal hälso- och sjukvård och länssjukvården, då det är mellan dessa två samverkan oftast sviktar.

Definition

Samverkan

Samverkan kan beskrivas som ett gemensamt handlande för ett visst syfte på ett organisatoriskt plan inom och mellan olika myndigheter, vårdinstanser och samhällsaktörer (Socialstyrelsen, 2011). Samverkan innebär en önskan om att olika professioner, myndigheter, eller avdelningar samarbetar över gränserna. För att samarbete skall uppnås, krävs att målet med arbetet är detsamma för alla involverade parter. Det optimala utfallet vid samverkan, är när de olika professionerna i samspel med varandra skapar samarbetsvinster, där summan är större än de olika delarna var för sig (Carlström, Kvarnström & Sandberg, 2013).

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund.....	1
Sårvård	2
Distriktssköterskans yrkesroll och ansvar	2
Samverkan i team	3
Hemsjukvård	4
Delegering i kommunal hemsjukvård	4
Omvårdnadsteoretisk förankring.....	5
Problemformulering	5
Syfte	5
Metod	5
Design.....	5
Kontext.....	6
Urval.....	6
Datainsamling.....	7
Analys.....	8
Förförståelse	9
Etiska överväganden	10
Resultat	11
Möjligheter för lagspel	11
Att känna sig som en medspelare	11
Hinder för lagspel.....	12
Att inte ges möjlighet att delta i spelet	12
Spelets deltagare.....	13
Att hjälpas åt och använda varandras kunnande.....	13
Att sikta mot samma mål	13

Samma spel men olika regler	14
Olika spelregler inom kommunen	14
Olika spelregler inom primärvård och länssjukvård.....	15
Ansvar för att leda laget	16
Kunskap skapar möjlighet till utveckling.....	17
Diskussion.....	17
Resultatdiskussion.....	17
Metoddiskussion.....	19
Slutsats	21
Förslag till klinisk tillämpning.....	21
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling	21
Referenser	22

Bilagor

Bilaga I

Bilaga II

Bilaga III

Bilaga IV

Inledning

Svårläkta sår är ett globalt problem för hälso- och sjukvården och innebär en ökad kostnad för samhället. För distriktssköterskan innebär det ökat ansvar och för patienten mer lidande. Sårvården idag blir allt mer avancerad både gällande förband, multisjuklighet och samverkan mellan olika professioner. Utvecklingen går snabbt framåt och det är viktigt att vara uppdaterad kring forskningsläget och vilken vård som är evidensbaserad. Varje yrkeskategori har sin egen expertis, därför krävs en samverkan kring patienten. Distriktssköterskan är den profession som är närmast patienten och har därför en viktig samordnande funktion för att samverkan skall starta. Distriktssköterskans upplevelse av samverkan är sparsamt beforskat och behov finns att studera detta vidare.

Intresset för området väcktes i samband med deltagande i ett sårvårdsprojekt. Sårvårdsprojektet hade sin början i ett uppdrag från Socialstyrelsen 2006 där syftet var att öka kunskapen om, och minska totalkostnaden kring svårläkta sår. Sårvårdsprojektet kartlade samarbete med primärvård/specialistvård, såg sårvård ur ett samhällsekonomiskt perspektiv samt patientens lidande och personalens kunskapsutveckling för att kunna arbeta preventivt kring patienter med risker för att utveckla sår. Målet var att kunna effektivisera arbetet kring sårvård på flera plan. Denna studie vill beskriva erfarenheter av samverkan kring sårvård från distriktssköterskor i kommunal hälso- och sjukvård.

Bakgrund

Svårläkta sår är ett globalt problem för hälso- och sjukvården och sårrelaterade kostnader uppskattas till 2–4 procent av all hälso-sjukvårdsbudget. Antalet äldre och kroniskt sjuka med komplexa vårdbehov ökar och därmed förväntas kostnaden för dessa patienter öka (SBU, 2014; Lindholm & Searle, 2016). Lindholm och Searle (2016) menar att mänskliga resurser är det som är det mest kostsamma kring sårvården, det vill säga samtliga professioners direkta tid riktad mot sårvård, där distriktssköterskorna uppges ägna 60% av sin tid till just sårvård. Material och förband står för en relativt liten del av kostnaden, men är dock en viktig del att ha kunskap om. De tre huvudsakliga komponenterna som bidrar till kostnaden kring sårvården är tiden det tar för ett sår att läka, frekvensen av besök av hälso- och sjukvårdspersonal samt förekomsten av komplikationer. Sårvården kan alltså effektiviseras om läkningstiden kan kortas, förbandsbyten optimeras gällande frekvens och materialval samt om komplikationer kan motverkas. Friman, Klang och Ebbeskog (2011) visar i sin studie att distriktssköterskor anser att arbetet med sårvård tar upp mycket av deras arbetstid, och att det är en arbetsuppgift som innebär ansvarstagande. Forskarna såg att distriktssköterskorna strävade mot ett expertkunnande inom området, vilket innebar att man såg till patientens totala situation. Distriktssköterskan strävar efter kontinuitet och att ha ett bra samarbete med andra professioner. Det som upplevs som hämmande i studien kring arbetet med sårvård var fler omgivningsfaktorer, såsom otydligheter inom organisationen, bristande kunskap och intresse hos distriktsläkaren, låg bemanning vilket ledde till tidsbrist, undermåliga faciliteter och utrustning, svårigheter att nå till exempel dietist samt begränsande förutsättningar att utföra sårvård i patientens hem. Forskarna fann också att distriktssköterskorna önskade tydligare arbetsbeskrivningar, och möjligheten till en expert inom området på arbetsplatsen. De upplevde också att behandlingen blev långdragen då remissförfaranden med mera måste gå via distriktsläkare. Detta skapade frustration då di-

striktssköterskorna upplevde att de själva hade bättre kunskap kring sårvården och bättre patientkännetecken för att själva kunna remittera patienten vidare, och på så vis kunna arbeta mer tidseffektivt, vilket skulle minska lidandet för patienten. Lindholm (2018a) menar att ett grundproblem med sårvård är att många olika yrkeskategorier är inblandade. En framgångsrik behandling för patienter med svårårläta sår kräver ett väl fungerande tvärprofessionellt samarbete. Läkare, sjuksköterskor, fysioterapeut, kurator, dietist och arbetsterapeut bildar teamet kring patienten och hans närstående.

Sårvård

Målet för sårvård är läkning, förhindra komplikationer såsom infektion men framför allt minska lidande för personen. Att sätta målen tillsammans med personen som har såret ökar delaktigheten. Hur såret läker varierar beroende på många olika faktorer; rökning, aktivitetsnivå, ålder och allmäntillståndet utifrån bakomliggande sjukdomar (Lindholm, 2018a). Sårvård kräver omvårdnads kunskap men även medicinsk och teknisk kunskap. Grunderna i sårvård är bedömning till exempel mätning av ankel- och armtryckindex, mätning av såret och kontinuerlig bedömning och dokumentation om sårets utseende. Själva sårbehandlingen kan vara kompressionsbehandling och förband som är anpassade efter olika typer av sår (Lindholm, 2018b). Det kan vara bakomliggande sjukdom såsom diabetes och nedsatt cirkulation som orsakar såret. Det finns ett flertal olika faktorer som kan hindra läkningsprocessen, till exempel sårinfektion, ödem, rökning och inaktivitet. En sårläkningsprocess är komplex och distriktssköterskor har ett stort ansvar i sårvården som är en stor del av arbetet (SBU, 2014).

Det finns olika omvårdnadsåtgärder i distriktssköterskans arbete gällande sårvård. Det kan handla om smärtlindring, god sömn, nutritionsstatus och åtgärder gällande kostens betydelse för sårläkning, rökstopp, fysisk aktivitet, psykosociala åtgärder, patientundervisning och preventiva åtgärder för att förebygga uppkomst av nya sår. Distriktssköterskan har en viktig del i koordineringen av de åtgärder som personen med sår är i behov av och bidrar till att samverkan sker mellan olika yrkeskategorier och vårdinstanser (Läkemedelsboken, 2015).

Sjuksköterskor har i tidigare studier tillfrågats om vilka kunskaper som krävdes för att kunna vårda patienter med svårårläta sår. De stora huvudområdena forskarna kom fram till var teoretisk och praktisk kunskap, handhavandet kring sårvården samt bedömning av såret, och värderingar och attityd gentemot sår och sårvård. Sjuksköterskorna svarade också att man behövde kunskap kring aseptik och miljömässiga faktorer, nutrition, behandling av sårrelaterad smärta, patientundervisning samt samverkan. Samverkan var viktigt för sjuksköterskorna då varje enskild profession som var inblandad i sårvården var kunnig inom ett avgränsat/specifikt område, därför krävdes samverkan för att vården skulle bli så optimal som möjligt för personen med sår (Kielo, Suhonen, Salminen & Stolt, 2019; Friman, Klang & Ebbeskog, 2010; Friman et al., 2011).

Distriktssköterskans yrkesroll och ansvar

Omvårdnad på avancerad nivå innebär en högre form av kunskap och förståelse för när denna skall användas, och grundar sig på både erfarenhet och teoretiskt kunnande. Kunskap om patienten och hans unika situation utgör sedan grunden för de omvårdnadshandlingar som tillämpas i vården med patienten. En kombination av en allmän och specifik kompetens bidrar till sjuksköterskans erfarenhet, och leder fram till ett begrepp som Oberle och Allen (2001) kallar *practical wisdom*, vilket är utmärkande för omvårdnad på avancerad nivå. En specialistsjuksköterska skall ha kunskap om områdets vetenskapliga grund, vara införstådd med aktuell

forskning- och utvecklingsarbete, samt ha förmågan att se samband mellan vetenskap och beprövad erfarenhet. Det tillhör också specialistsjuksköterskan att ha fördjupad kunskap i planering, ledning och samordning av arbetet, både mot olika vårdinstanser samt mot patienten och dess anhöriga. För distriktssjuksköterskan betonas också vikten av förmågan att självständigt genomföra detta arbete, för att främja fysisk, psykisk och social hälsa hos patienter, med hopp om att förebygga uppkomsten av sjukdom och sjukdomskomplikationer. Distriktssköterskan är också ålagd, att bedöma komplexa vårdbehov och ansvara för hälsoundersökning (Högskoleförordningen, 1993). Distriktssköterska är en skyddad titel vilket innebär utbildning på avancerad nivå med fördjupad kunskap inom professionen omvårdnad. En distriktssköterska arbetar med samverkan och i team, men mycket av arbetet är självständigt och präglas av hälsofrämjande, förebyggande och behandlande vård. Vissa av distriktssköterskans kompetenser anses prägla arbetet och benämns kärnkompetenser. De är etiskt förhållningssätt, personcentrerat förhållningssätt, samverkan i team, evidensbaserat förhållningssätt, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, säker vård och informatik (Distriktssköterskeföreningen, 2019). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) skall vård ges så att den uppfyller kraven för god vård, vilket bland annat innebär att tillgodose patienternas behov med respekt och delaktighet. Distriktssköterskan har ett ansvar för att genom sitt professionella yrkeskunnande utföra omvårdnads handlingar som ska bygga på etik, vetenskap, evidens och beprövad erfarenhet. I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2012) står det att sjuksköterskan ska främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Insatserna skall erbjudas till enskilda patienter, familjer, allmänheten samt samordna sitt arbete med andra yrkesgrupper.

Samverkan i team

Ordet samverkan innebär ett övergripande gemensamt handlande på ett organisatoriskt plan för ett visst syfte, som kan ske inom och mellan olika vårdinrättningar, myndigheter och samhällsaktörer (Socialstyrelsen, 2011). Ömsesidigt förtroende mellan professionella yrkesutövare stärks av samverkan mot samma mål och är en grund för ett kollektivt ansvar, för kunskapsutveckling och för yrkesskicklighet, vilket gynnar patienten (Nilsson, Hertting, Pettersson & Theorell, 2005). Samverkan innebär en önskan om att olika professioner, myndigheter, eller avdelningar samarbetar över gränserna. För att samarbete skall uppnås, krävs att målet med arbetet är detsamma för alla involverade parter. Det optimala utfallet vid samverkan, är när de olika professionerna i samspel med varandra skapar samarbetsvinster, där summan blir större än de olika delarna tillsammans (Carlström, Kvarnström & Sandberg, 2013).

Ett vårdteam är en grupp av samverkande hälso- och sjukvårdspersonal med uppgift att ge vård till enskild patient eller till en patientgrupp (Socialstyrelsen, 2004). Att arbeta tillsammans med andra professioner i team är en av vårdens kärnkompetenser. Idén med teamarbete är att dess medlemmar besitter olika kompetenser, och alla strävar mot samma mål som skall leda till det bästa för patienten (Forsberg, 2016). Teamarbete uppfattas som ett optimalt sätt att kommunicera och samarbeta på. Flertalet yrkesgrupper förväntas kunna delta i teamet. Specialistsjuksköterskor har i och med sin kompetens inom avancerad omvårdnad, en förståelse för och en grundläggande kunskap om de andra kompetenserna i vården (Carlström et al., 2013). Distriktssköterskans roll i teamet är att vara ledare för omvårdnadsarbetet. Det innebär kunskap om hur utformade mål skall nås samt utvecklingen av omvårdnaden i samspel med övriga i teamet (Distriktssköterskeföreningen, 2019). Verksamheter inom vården vinner på att ha ett fungerande teamarbete. Fungerar kommunikation och samarbete i teamet optimalt är den största vinnaren patienten, som får en mer personcentrerad och säker vård (Forsberg, 2016; Söderhjelm & Sandahl, 2017; Berlin, 2013). Teamarbetet är ett sätt att använda specialistkompetenser på ett mer effektivt sätt (Carlström et al., 2013). Ett multiprofessionellt samarbete är

viktigt för sårläggningen men att det fanns brister i ansvarsfördelningen och samarbete mellan olika professioner (Friman et al., 2010; 2011). Distriktssköterskan leder och planerar omvårdnadsarbete i vårdteamet och bör ha fördjupade kunskaper inom ledarskap (Distriktssköterskeförbundet, 2019).

Samverkan är ett sätt att bidra till och upprätthålla förbättrad vårdkvalitet. Det kan också bidra till större förståelse och ökad kunskap kring andra professioners ansvar och betydelse, vilket skapar egna möjligheter för professionell utveckling. Förutsättningen för att samverkan skall fungera är samarbete. Det är medarbetarna och organisationen som skapar förutsättningarna för att samarbete skall kunna ske, och för att god och säker vård skall kunna levereras. Genom samarbete kan vi hjälpa varandra och effektivisera vården genom att förkorta beslutsvägar och förenkla informationsöverföringen över organisationsgränserna. Samverkan mellan organisationer skapar ett tätare samarbete, vilket bidrar till mer personcentrerad vård och ökad kvalitet (Dahlborg-Lyckhage, Fredén, Hassler, Pennbrant & Skyvell-Nilsson, 2014).

Hemsjukvård

Enligt socialstyrelsens termbank är hemsjukvård hälso- och sjukvård i patients bostad eller motsvarande (Socialstyrelsen, 2012). De personer som inte kan ta sig till en vårdinrättning kan få hemsjukvård (SOU, 2011). Bostaden kan vara såväl ordinärt boende, särskilt boende och LSS-boende (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade). Insatserna ska vara över längre tid och utföras av legitimerad personal (dock inte läkare) samt annan personal med delegation (Socialstyrelsen, 2008). År 1992 genomfördes Ädelreformen vilket innebar att kommunerna blev huvudmän för att bedriva medicinsk vård, social service och rehabilitering för patienter både på särskilt boende och i ordinärt boende. Detta innebar även att en del kommuner tog över hemsjukvårdsansvaret från landstinget. Behovet av avancerad hälso-sjukvård i kommunal regi har sedan Ädelreformen ökat (Josefsson, 2009). Behovet av hemsjukvård kommer med största sannolikhet att fortsätta öka i framtiden. Den äldre befolkningen lever längre, och de äldre har många gånger komplexa vårdbehov. Vården i hemmet behövs därför för att kunna fortsätta ge god vård (Ekstedt & Flink, 2019).

I kommunal hälsosjukvård vårdas idag ett stort antal sköra patienter med komplexa vårdbehov. Kraven på kommunal hälso- och sjukvård har ökat beroende på kortare vårdtider och snabbare utskrivningar från slutenvården och en allt mer avancerad vård sker i den enskildes hem. Situationen kompliceras ytterligare då det generellt saknas tydliga ansvarsfördelningar, och för att denna del av vården inte är inkluderat inom nationella satsningar gällande utvecklingsarbete (Socialstyrelsen, 2019). Den avancerade vården som idag bedrivs av kommunal hälso- och sjukvård innebär ofta att flera aktörer är inblandade och behöver samverka kring patienten. En fungerande samverkan är förutsättning för god och säker vård. En distriktssköterskas arbetsuppgifter inom kommunal hemsjukvård innebär såväl basal som avancerad sjukvård (De Vli-egher et al., 2014).

Delegering i kommunal hemsjukvård

Delegering av en medicinsk arbetsuppgift innebär att en hälso- och sjukvårdspersonal med formell kompetens överlåter uppgiften till en person som saknar formell kompetens. Uppgiftsmottagaren skall ha reell kompetens för uppgiften, det vill säga ha fått kunskap genom erfarenhet i sin yrkesverksamhet eller fortbildning, och därigenom visat sig reellt kompetent för uppgiften som avses delegeras (SOSFS 1997:14). Hälso- och sjukvårdspersonal får överlåta en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård

(SFS 2010:659). Detta innebär att det ställs höga krav på gott omdöme, goda kunskaper samt noggrannhet både hos den som delegerar och hos den som mottar en medicinsk arbetsuppgift genom delegering (SOSFS 1997:14).

Omvårdnadsteoretisk förankring

Dossey (2008) är en omvårdnadsteoretiker som beskriver sin teori, Theory of integral Nursing, ur ett systemteoretiskt perspektiv. Grunden i teorin är en enhetlig livsuppfattning, där personlig utveckling genom tal, skrift och lärdom, leder till en djupare förståelse för de psykiska, fysiska, andliga och sociala faktorerna. Teorin består av olika komponenter. *Healing*, som står för att göra gott och att försöka hjälpa. *Metaparadigm*, som symboliserar sjuksköterskans förmåga att se vilka processer människan befinner sig i. *Pattern of knowing*, Belyser sjuksköterskans förmåga att vara närvarande i mötet med patienten och dennes familj och om sjuksköterskans etik och moral. *Kvadranten* sätter människan i samspel med det inre (I) och yttre (IT) individuella samt det inre (WE) och yttre (IT'S) kollektiva. De individuella dimensionerna (i och IT) beskriver inre känslor och upplevelser samt det synligt mätbara, såsom beteende, utveckling och bemötande. De kollektiva dimensionerna (WE och IT'S) beskriver dialog och kommunikation och relationer mellan varandra. Det beskriver också det objektiva, såsom strukturer, system och lagar. Genom att se och beakta alla dessa dimensioner kan helhet uppnås (Dossey, 2008).

Problemformulering

Svårläkta sår är ett globalt problem och innebär ökade kostnader för samhället. Arbetet kring patienter med sår är en stor del av distriktssköterskans arbete, sårvården är avancerad och patienterna med sår har ofta en multisjuklighet som leder till ett komplext vårdbehov. Distriktssköterskan har i sin kompetensbeskrivning flertalet av de faktorer som krävs för att uppnå sår-läkning, till exempel genom inhämtning av kunskap om patienten och dennes komplexa situation, att arbeta evidensbaserat samt att se sin roll för ett bra samarbete i teamet kring patienten. Att samverka med andra yrkeskategorier och göra patienten delaktig i sin vård är en del av det dagliga arbetet för distriktssköterskan. Tidigare forskning har kartlagt samverkan kring sårvård mellan hemsjukvård, primärvård och specialistvård ur ett samhällsperspektiv. Det är finns dock lite beskrivet kring distriktssköterskans erfarenheter kring samverkan vid vård av patienter med svårläkta sår, varför det valdes att undersökas i denna studie.

Syfte

Att beskriva distriktssköterskans erfarenheter av samverkan vid vård av patienter med svårläkta sår i hemsjukvård.

Metod

Design

Datinsamling skedde genom kvalitativa, semi-strukturerade intervjuer och analyserades och beskrevs med metoden innehållsanalys. Valet gjordes då kvalitativa studier med fördel kan användas för att undersöka fenomen och erfarenheter och för att upptäcka underliggande teman, kategorier och mönster. En kvalitativ metod är till skillnad från det kvantitativa metodens

mer fastställda design, mer flexibel och växer fram och anpassas till ny information medan arbetet fortskrider (Polit & Beck, 2017).

Innan studien startade beaktades och planerades följande: identifiering av förförståelse, tidsplan, ramverk för design, strategi för datainsamling och vad för resurser och utrustning som kunde behövas. Att bedriva kvalitativ forskning innebär strävan efter en helhet, en holistisk design, vilket kräver en bred kunskap och olika tillvägagångssätt. Det kan till exempel innebära att ha kunskap om intervjusituationen, reflektera över den data som inhämtas och även över sin egen påverkan och förförståelse (Kvale & Brinkman, 2014; Polit & Beck, 2017). Den största delen av omvårdnadsforskningen utgår från någon form av information vad patient eller sjuksköterska upplever och kallas egenrapportering. Om upplevelser och känslor är det som ska undersökas är det bäst att fråga deltagarna direkt. Fördelar med egenrapportering är att den får fram just tankar och känslor, en nackdel kan vara att deltagarna vill framstå i bra dager och därför inte säger hela sanningen (Polit & Beck, 2017). För att få kvalité i en forskningsintervju krävs kunskap om det ämne som syftet handlar om för att kunna ställa adekvata följdfrågor, och följa upp deltagarnas svar under intervjun. En semi-strukturerad intervju kan öka förståelsen för komplexa sammanhang (Kvale & Brinkman, 2014). Därför har fördjupning i litteratur och vetenskapliga artiklar kring ämnet tagit upp en betydande del av arbetet med studien.

För att bearbeta insamlade data användes kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats som metod, för att finna mönster, likheter och olikheter i data, som sedan kunde kodas och kategoriseras (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017). Kvalitativ innehållsanalys kan inkludera både beskrivningar av det manifesta innehållet samt tolkningar av det latenta innehållet. Det som kan läsas mellan raderna och ge innehållet en röd tråd, är det latenta innehållet och ger en bild av deltagarnas upplevelser och erfarenheter (Graneheim & Lundman, 2004). Eftersom studien avser att beskriva distriktssköterskors erfarenheter kring samverkan vid vård av patienter med svårsläta sår ansågs kvalitativ innehållsanalys vara rätt metod.

Kontext

Kontext i studien är hemsjukvård som bedrivs inom ramen för kommunal hälso- och sjukvård inom fyra olika kommuner i västra Sverige. Inom dessa kommuner har distriktssköterskorna ett omvårdnadsansvar för patienter som är bosatta på särskilt boende (SÄBO), LSS-boende eller i ordinärt boende. I de boendeformer (SÄBO och LSS-boende) som bedrivs i kommunens regi finns omvårdnadspersonal på plats. I de fall där patienten är bosatt i ordinärt boende ges omsorg av personal från hemtjänsten.

Urval

Inklusionskriterier för studien var: Distriktssköterska inom kommunal hälso- och sjukvård som arbetat med sårvård. En första kontakt togs med enhetschefer för hemsjukvård i sex kommuner via mail och ett bifogat brev (Bilaga I) med en förfrågan om att få intervjua distriktssköterskor i deras verksamhet. Samtliga kommuner gav sitt godkännande för genomförande av studien och kontaktuppgifter till distriktssköterskorna mottogs från enhetscheferna. Ett mail med bifogat informationsbrev (Bilaga II) skickades ut till de 33 distriktssköterskorna som var potentiella deltagare. I mailet lämnas information om att svar om eventuellt deltagande tacksamt mottogs, samt att en påminnelse skulle skickas ut om två veckor. En del deltagare svarade innan påminnelse hann skickas ut, andra efter att påminnelsen gått ut. Två tillfrågade tackade nej, elva

deltagare tackade ja, och övriga gav inget svar. Beslut togs att starta studien med de elva deltagarna som tackat ja, med förhoppning om att rika data skulle uppnås med detta antal deltagare.

De distriktssköterskor som var villiga att delta tillfrågades om lämplig tid och plats för intervju. Innan intervjuerna genomfördes fick distriktssköterskorna muntlig information där det betonades att de när som helst kunde avbryta intervjun utan att uppge anledning. I samband med intervjun skrevs en samtyckesblankett under av deltagaren. (Bilaga III). Intervjuerna genomfördes under februari och mars månad 2020. Samtliga deltagare fullföljde sina intervjuer.

Deltagarna hade arbetat mellan 1–23 år som distriktssköterskor och hade olika erfarenheter från andra verksamheter (se tabell I). Endast två av deltagarna hade gått utbildning kring sårvård på högskolenivå, övriga deltagare saknade denna kunskap. Samtliga deltagare ansåg att sårvård borde ta mer plats under utbildningen, både på grund- och avancerad nivå. Deltagarna ansåg sig dock ha relativt goda kunskaper om sår, vilket de ansåg sig ha fått genom sin erfarenhet samt genom egna studier i ämnet.

Tabell I Sammanställning av deltagarnas demografiska data.

År som sjuksköterska	Arbetsår med Specialistutbildning	Antal år i hemsjukvård	Erfarenhet utöver HSV
28	20	20	Geriatrisk avdelning Vårdcentral
16	10	10	Vårdcentral
28	21	28	Ingen
8	4	8	Ingen
8	1	8	Ingen
7	1	5	Psykiatri
17	6	8	Akutmottagning, infektion
26	23	26	Ingen
32	20	32	Länssjukvård
34	5	26	Medicinklinik, Hjärtklinik
35	19	19	Länssjukvård, Vårdcentral

Datainsamling

Antalet deltagare var inte förutbestämt. Rika data ansågs ha uppnåtts när de elva deltagarna som valt att delta intervjuats. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade individuella djupintervjuer med öppna frågor då målet var att

få en fördjupad kunskap om ämnet. Som grund för intervjuerna utarbetades en guide med sex frågeställningar som användes för stöd och struktur, inga krav fanns på att frågorna skulle ställas i någon särskild följd. Deltagarna fick under intervjun ha frågorna framför sig, framställda som en tankekarta där ordet samverkan stod i centrum, så att de lätt kunde återgå till någon fråga om de önskade. Den inledande frågan under samtliga intervjuer var ”Vad tänker du på när du hör ordet samverkan?” Resterande frågor som ställdes under intervjuerna formulerades så att distriktssköterskorna skulle få möjlighet att beskriva sina erfarenheter kring samverkan. Förtydligande följdfrågor såsom “vad gjorde du då? Kan du berätta mer om det?”, “vad var det som gjorde att det blev bra?” och “vad upplevde du var hindret?” (Bilaga IV) ställdes under intervjuerna med syfte att få så rika svar som möjligt. Intervjuerna genomfördes med en intervjuare, uppdelat på fem respektive sex intervjuer var. Tidsåtgång för intervjuerna var mellan 20–45 minuter. Samtliga intervjuer utom en skedde genom fysiskt möte mellan författare och distriktssköterska. Platsen valdes av deltagaren, med syftet att skapa en prestigelös och avslappnad miljö där distriktssköterskan kunde ge oreserverade svar. Samtliga deltagare valde att genomföra intervjun på sin arbetsplats, oftast på ett kontor eller konferensrum. En intervju genomfördes via telefon, där deltagaren befann sig på sitt kontor och intervjuaren i sitt eget hem. En del av intervjuerna blev avbrutna på grund av att någon kom in i rummet eller på grund av telefonsamtal. Gott mottagande och bemötande uppstod under samtliga möten. Intervjuerna spelades in med hjälp av en smartphones inspelningsfunktion och sparades sedan på lösenordskyddad server.

Båda författarna genomförde testintervjuer med två olika personer innan intervjuerna med deltagarna påbörjades, för att säkerställa att frågorna föll väl ut och kunde besvaras. Författarna eftersträvade att under intervjuerna få så mångfacetterade beskrivningar av samverkan vid sårvård som möjligt. För att kunna koda och kategorisera, krävs rika beskrivningar av det som studeras (Kvale & Brinkmann, 2014).

Analys

Den data som inhämtades under intervjuerna bearbetades med kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys fokuserar på tolkning av texter och kan användas för att belysa upplevelser av ett visst fenomen (Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim et al., 2017). Eftersom litteraturen inom gällande forskningsmetoder menar att kvalitativ innehållsanalys är lämplig för analys av berättat material med syfte att beskriva erfarenheter valde författarna denna metod för analys av genomförda intervjuer (Kvale & Brinkman, 2014; Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim et al., 2017; Polit & Beck, 2017).

Under intervjuerna och transkribering av dessa, beaktades risker att påverka innehållet genom författarnas egna känslor, erfarenheter och förförståelse, allt för att deltagarens röst var den som skulle bli hörd. Intervjuerna transkriberades av den författare som genomfört intervjun med syfte att bevara det samspel som skedde mellan deltagare och författare. En transkribering innebär en utskrift, en översättning från muntligt till skriftligt språk (Kvale & Brinkman, 2014). Genomläsning av samtliga intervjuer gjordes enskilt, för att sedan tillsammans analysera innehållet.

Vidare arbete med innehållsanalysen innebar att författarna tillsammans sökte efter meningenheter för att nå konsensus. Under iver att komma igång, gick analysarbetet för fort fram, och upprepade gånger gjordes arbetet med meningenheter och kondensering om. Efter handledning och ytterligare studerande av metodbeskrivningen klarnade arbetet och processen med att

kondensera meningsenheter kunde fortsätta och koder skapades. Koder beskriver kortfattat meningsenheternas innehåll och är ett redskap för att reflektera kring insamlade data och se den på ett nytt sätt (Graneheim & Lundman, 2004). Detta arbete var tidskrävande och har gett en god kunskap kring materialet, vilket blev en styrka när resultatet skulle bearbetas. Arbetet har skett i samråd.

Kategorier kan beskrivas som grupperingar av koder och bör tas fram tidigt i analysstadiet för att identifiera och gruppera koder som liknar varandra (Graneheim et al., 2017). Allt eftersom arbetet med den insamlade data fortsatte, utvecklades tolkningen av innehållet och kategorierna fick justeras. Exempel på hur analysprocessen gick till redovisas i tabell II. Analysprocessen av det manifesta innehållet resulterade slutligen i sex kategorier och sex underkategorier.

Tabell II Exempel på analys av insamlade data.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Vi har väldigt öppet samarbete och både inom själva lilla gruppen och i större gruppen att vi kan sitta och prata... hur kan vi göra här och så?	Har ett öppet samarbete i olika grupper och samtala	Ett öppet samarbete	Att hjälpas åt och använda varandras kunskande	Spelets deltagare
Det är ju sällan vi får återkoppling. Det är väl det största problemet... man skulle ju önska att dom hörde av sig eh den kan vi gå in i NPÖ och läsa, absolut men ofta så tar det ju några dagar innan den anteckningen syns i NPÖ, innan den är skriven ens för att dom dikterar och det kan ju innebära att det går några dagar där vi faktiskt borde gjort någonting, men det vet vi inte om	Sällan vi får återkoppling, det är det största problemet och det kan innebära att det går dagar då vi borde gjort något som vi inte känner till	Bristande återkoppling med konsekvenser	Att inte ges möjlighet att delta i spelet	Hinder för lagspel

Förförståelse

Båda författarna till denna studie har arbetat i kommunal hälso- och sjukvård under flera års tid och varit omvårdnadsansvariga sjuksköterskor för patienter med sår. Det finns således en förförståelse och egna erfarenheter kring samverkan kring sårvård. Förförståelse kan påverka trovärdigheten av studien, men också bidra till att författarna har kunskap kring kontext vilket

kan underlätta intervjuer och analysarbete (Graneheim et al., 2017; Kvale & Brinkmann, 2014; Polit & Beck, 2017).

Etiska överväganden

Den person som ingår i en studie ska skyddas och människovärdet ska respekteras vid forskning (SFS 2003:460). Deltagarnas rättigheter samt integritet skyddas när de ingår i en studie och deltagarna får absolut inte ta skada av studien. Vidare beskrivs att deltagarna har rätt till självbestämmande och om de vill ingå i en studie eller avstå från att delta (Polit & Beck, 2017).

Forskningen har fyra allmänna krav för att individen skall skyddas. De är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet innebär att forskaren skall informera samtliga involverade om forskningens syfte, samt vad deltagarens uppgift i projektet är. De skall också upplysas om vilka villkor de deltar, det vill säga att deltagandet är frivilligt och att de när som helst kan avbryta sitt deltagande i studien. Informationen skall vara så tydlig, så att deltagaren skall kunna ta beslut om att delta eller ej. Det skall också framgå hur den framkomna data kommer behandlas, publiceras och förvaras. Samtyckeskravet innebär att den som erbjuds delta i studien själv beslutar över sin medverkan. Konfidentialitetskravet innebär att samtliga deltagare i studien skall ges största möjliga konfidentialitet, och deras personuppgifter skall förvaras utan tillträde av obehöriga. Alla identifierbara uppgifter skall avrapporteras (publiceras och förvaras) så att de inte känns igen av utomstående. Nyttjandekravet innebär att insamlad data endast får användas för forskningens ändamål (Vetenskapsrådet, 2004). Dessa etiska krav har tillämpats under arbetets gång.

Resultat

Distriktssköterskorna i denna studie beskrev samverkan som en betydande del av sitt arbete, någon beskrev det som sin huvudsakliga uppgift. Den omvårdnadsansvariga distriktssköterskan är ansvarig för patientens sårvård, och är i och med det också ansvarig för att samverkan kring sårvården skall upprätthållas. Patienten i hemsjukvården har ofta ett komplext vårdbehov, där flera olika diagnoser och behov ligger till grund för att distriktssköterskan måste söka hjälp från flera olika professioner för att komma vidare i arbetet kring sårvården. Samverkan kring sår kan ses som en lagsport, där man kan vara en del av laget och spela tillsammans mot samma mål eller att se varandra som motståndare. Kunskap skapar möjlighet till utveckling (Tabell III). Det kontaktnät och de processer som distriktssköterskan är beroende av för att få samverkan att fungera, består av flera olika yrkeskategorier, personer och olika kontaktvägar, att man spelar i samma lag. Samverkan sker under hela arbetet med sårvården, från start, genom uppföljningar och tills såret förhoppningsvis läker.

“Samverkan är viktigt för mig, det är mitt jobb framförallt” (5)

Tabell III Översikt kategorier och underkategorier

Kategori	Underkategori
Möjligheter för lagspel	Att känna sig som en medspelare
Hinder för lagspel	Att inte ges möjlighet att delta i spelet
Spelets deltagare	Att hjälpas åt och använda varandras kunskande Att sikta mot samma mål
Samma spel men olika regler	Olika spelregler inom kommunen Olika spelregler inom primärvård och länsjukvård
Ansvar för att leda i laget	
Kunskap skapar möjlighet till utveckling	

Möjligheter för lagspel

Distriktssköterskorna i studien lyfte ett antal faktorer som ligger till grund för deras positiva erfarenheter av samverkan vid sårvård.

Att känna sig som en medspelare

En faktor som deltagarna nämner som en positivt bidragande del till samverkan är lättillgänglighet. Både att visa sig tillgänglig samt att den som söktes var lätt att nå. Enkla kontaktvägar var något som uppskattades, då kunde deltagarna känna att de snabbt kom vidare och kunde arbeta framåt med åtgärder som planerats och patienten fick hjälp snabbare. Mycket kontakt

mellan personer och vårdenheter skedde via telefon, och att det fanns tillgång till direktnummer var något som gjorde att samverkan upplevdes tidssparande.

En deltagare beskrev ett sår som blivit sämre, och efter direktkontakt med mottagningen som ansvarade för såret bokades ett besök för patienten dagen därpå. Att så snabbt och lätt få en åtgärd kring sårvården beskrevs som tillfredsställande då distriktssköterskan upplevde att bedömningen togs på allvar och blev glad över att patienten snabbt fick hjälp.

“Vi har raka kontakter med läkaren och får hjälp, då kan vi hjälpa patienten direkt” (3)

Tillgängligheten upplevdes också enklare, om den som uppsöktes hade god kännedom om patienten. Likaså tyckte distriktssköterskan om kontakten med annan personal, om de kände varandra eller hade haft mycket kontakt och därmed hade nått ett bra samarbete, upplevdes det enklare att få kontakt och gensvar på de frågor som ställdes.

“Vi fick in ett bra sätt, det fungerade friktionsfritt. Jag kunde ringa och då undvika besök och kunde ändra på saker hemma, det är ju så man vill ha det” (11)

Återkoppling från mottagande enhet var något som distriktssköterskorna upplevde som positivt. All form av återkoppling uppskattades, från bekräftelse på mottagen remiss till återkoppling kring den direkta sårvården. Det uppskattades också att få återkoppling från en mottagning om en patient hade varit på besök, det gav distriktssköterskan en känsla av delaktighet i vården och ökade känslan av patientens vårdbehov var ett gemensamt ansvar för samtliga inblandade. Likaså tog distriktssköterskan ansvar för återkopplingen och uppgav att det var viktigt att veta vem som ansvarade för sårvården, så möjlighet fanns att lämna återkoppling vid behov och vice versa.

Jag fick väldigt bra återkoppling, dom hörde av sig till mig och talade om och jag fick bra information hela tiden...det tycker jag fungerade väldigt bra” (6)

Hinder för lagspel

Att inte ges möjlighet att delta i spelet

När samverkan upplevdes som mindre tillgänglig, blev den mer tidskrävande. Mycket tid lades på att få kontakt med rätt personer. Distriktssköterskan sökte kontakt på telefon och fick inte svar och väntade på återkoppling eller själv planera för ny kontakt. Om berörda parter heller inte har kännedom om varandra eller patienten, upplevdes det som att distriktssköterskans bedömning inte alltid togs på allvar, och då söktes efter andra personer för att nå fram med sin fråga eller information. Kring remissförfaranden beskrevs en frustration kring att samverkan tog lång tid, en deltagare beskrev att samverkan med till exempel dietist kunde ta flera veckor innan distriktssköterskan kunde se resultatet av vad som efterfrågats, vilket upplevdes som väldigt frustrerande då patienten var i behov av insatsen för att arbetet med sårvården skulle fortsätta framåt.

“Förr fick vi förskriva näringsdrycker, det får vi inte längre...nu är det en längre process och det är också väldigt synd nu ska läkaren få ett underlag för om patienten är underviktig eller varför de behöver en näringsdryck... och så ska doktorn skriva en remiss till dietist i primärvården och så ska den ... alltså det kan ta flera veckor innan vi får till en näringsdryck, det

*tycker jag är lite synd. Den samverkan kunde vara bättre för det (nutrition) är viktigt i sår-
vård” (1)*

Om återkoppling till distriktssköterskan uteblev, upplevdes frustration då distriktssköterskan blivit varse att förväntade åtgärder inte blivit utförda på grund av brist på information. Distriktssköterskan beskrev också situationer då patienter behövt uppsöka sjukhus akut, och gjort besök på vårdcentral och sedan kommit hem utan återkoppling. En upplevelse av att stå väldigt ensam uppstod och distriktssköterskan ställdes inför situationer där egna beslut togs kring sårvården innan återkoppling skett. Någon deltagare angå inte att länssjukvården samverkade med distriktssköterskan, som själv fick ta reda på vad som gjorts genom att ta del av patientjournalen i Nationell patientöversikt (NPÖ).

“Man har kämpat för att patienten till kärllkirurgen så kommer aldrig informationen tillbaka, vi får ingen återkoppling och de är inte lätta att få tag på” (11)

Spelets deltagare

Att hjälpas åt och använda varandras kunskande

Distriktssköterskorna beskrev samverkan som ett samarbete med andra yrkeskategorier och kollegor, där man arbetade tillsammans för att vården skulle bli så bra som möjligt för den enskilde. Med denna beskrivning, kunde de också se att det fanns en risk för att samverkan uteblev kring sårvården om det saknades kunskap om vad andra yrkeskategorier har för kompetens och kunskap.

“Vi hade en patient som hade tryck sacralt... där det blev sår. Vi hade svårt att komma på var det var och kontaktade rehab ganska omgående och patient fick en specialdyna” (4)

Användande av kollegors kunskaper var något som utnyttjades både lokalt på arbetsplatsen samt mot vårdcentral och specialistmottagningar. Distriktssköterskan sökte kontakt för att få bekräftelse på sitt arbete samt för rådfrågan om tips och idéer, kände att man var välkommen att ringa med sina frågor trots att man inte alltid delade ett patientansvar med den mottagningen man kontaktade. En deltagare hade ett formellt sårvårdsansvar på sin arbetsplats, en annan tog på sig den rollen själv, efter en utbildning i sårvård. De blev ofta kontaktade av sina kollegor som visste om att de hade denna särskilda kunskap, för att få råd och stöd. Det uppfattades som positivt av dem båda, då de kunde bistå med konsultationer och ibland vara behjälpliga med förskrivningar av läkemedel som ordinerats av dem, med förhoppning om en förbättrad sårvård. Arbetsplatsen hade ett tillåtande klimat där de diskuterade sina patienter med varandra, delade och delgav varandra kunskap, vilket skapade goda förutsättningar för samverkan. Det fanns en känsla av ansvarstagande, att som distriktssköterska vara till stöd för kollegor med mindre erfarenhet.

“Vi rådfrågar varandra. Och särskilt dom yngre sköterskorna då kanske som inte sett så många sår. Men vi hjälps åt...kan du följa med mig och titta för jag kan inte bestämma vad jag ska göra? och sedan slår vi våra kloka huvuden ihop” (8)

Att sikta mot samma mål

Att koppla patienten till samverkansprocessen var inte självklart för distriktssköterskorna, de såg det först och främst som en process där personal var involverad. En distriktssköterska påpekade att patientens upplevelse och vilja inte alltid uppmärksammas utan att processen i sig

skulle löpa på enligt personalens önskemål. Oftast var målet det samma hos patienten och personalen när det kommer till sårvård, en önskan att såret skulle läka. Distriktssköterskan menar dock att det var viktigt att inte ta det för givet, och att vägen dit krävde att patienten var engagerad i samverkan. Distriktssköterskornas uppgift i samverkan med patienterna var till exempel att informera om vad de själva kunde behöva bidra med för att kunna få såret att läka. Det kunde handla om avlastning, kostfrågor och ödembehandling. Ibland uppvisade patienten motstånd till att vilja medverka, vilket motarbetade läkningen och skapade frustration. Distriktssköterskan ansåg att patienten också hade ett eget ansvar för sin hälsa. Likt andra situationer så var distriktssköterskan ihärdig med information och försökte hitta individuella lösningar för patienten.

“Ja det är svårt...man har den enskilda personen att ta hänsyn till...det är inte säkert att dom vill. alls” (11)

Samma spel men olika regler

Olika spelregler inom kommunen

I kommunen kan samverkan kring sår också handla om olika former av möten till exempel verksamhetsmöten och teammöten, det ser olika i olika kommuner. Utifrån samarbete med biståndsenheten så beskrev en distriktssköterska att de på grund av sina olika professioner kunde ha olika infallsvinklar och såg saker på olika sätt. Socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen var inte alltid förenliga med varandra, olika synsätt och lagrum kunde påverka samverkan kring sårvården. Det kunde vara svårt att verkställa de omvårdnadsåtgärder som ordinerades kring sårvården då det inte var praktiskt möjligt att få till alla de besök som krävdes för till exempel regelbundna lägesändringar eller täta mellanmål.

Sårvård för en patient i hemsjukvård kunde innebära att det var många inblandade och resultatet visade att samverkan skedde över gränser. Samarbete skedde inom kommunen, men även över gränser med primärvård och länssjukvård. Det innebar samarbete med andra distriktssköterskor, sjuksköterskor, annan hälso- och sjukvårdspersonal såsom fysioterapeut och arbetsterapeut och undersköterskor. Distriktssköterskan var en länk för att få samverkan kring sårvården att fungera. Inom den kommunala hemsjukvården innebar samverkan vid sårvård ofta ett samarbete med undersköterskor både på särskilt boende, inom hemtjänst och LSS. Samverkan var viktigt för att kunna leda god omvårdnad och det är distriktssköterskans roll. I kommunal verksamhet är det vanligt att distriktssköterskan delegerar till undersköterskan att sköta såromläggningen. Distriktssköterskan gjorde en första bedömning av såret och skrev sedan en omvårdnadsplan med instruktioner kring hur såret skulle läggas om. Distriktssköterskan ansvarade för undersköterskans utbildning och undervisning kring sårvården och visade sedan undersköterskan som skulle sköta omläggningen. Distriktssköterskan följde utvecklingen kring såret genom tillsyn, oftast varje vecka. Det fanns ett gott samarbete med undersköterskan som lade om, för att snabbt och enkelt kunna bli uppdaterad om det uppstod en förändring. Distriktssköterskan fick information om patienten från undersköterskan och på så vis bedrevs samverkan mellan undersköterskor och distriktssköterskan med målet att öka kvaliteten. Den goda samverkan grundade sig i att distriktssköterskor och undersköterskor kände och litade på varandra, det gav då ett ömsesidigt förtroende som främjade samverkan. Att lära känna varandra innebar kunskap och förståelse och distriktssköterskan litade på att undersköterskan gjorde ett bra arbete. Distriktssköterskan beskrev att det var viktigt med tydlig kommunikation och att ge bekräftelse, och för att kunna delegera sårvården krävdes att undersköterskorna var kompetenta och hade

erfarenhet. Återkoppling bidrog till ett bra samarbete. Erfarenheten av denna samverkan beskrevs som tillfredsställande eftersom distriktssköterskan bidrog till att undersköterskorna utvecklades och kunde föra en dialog om sårvården.

“Det är roligt att arbeta tillsammans med andra grupper och samarbeta. kanske oftast undersköterskor utvecklas och får ett större självförtroende då kan man liksom prata om det och dom känner att dom blir stärkta och jag kan känna mig trygg med att det blir bra” (2)

När samverkan inte fungerade med undersköterskorna så finns inte utrymme för att delegera sårvårdsuppgifter. Orsakerna berodde då mer på strukturfrågor och tillgång på personal. Flera deltagare beskrev att de aldrig delegerade sårvård vidare till undersköterskor på grund av att kontinuitet inte kunde upprätthållas av den personal som skötte sårvården. Det ansågs då vara för stor risk, god och säker vård kunde inte garanteras, vilket resulterade i att distriktssköterskan utförde uppgiften själv. Andra faktorer som påverkade möjligheten till att delegera sårvårdsuppgifter var brist på kunskap och intresse. Vid vissa komplicerade sårvårdsrutiner, valde distriktssköterskan att inte delegera uppgiften vidare till undersköterskan. Brist på personkännedom om undersköterskan kunde leda till att distriktssköterskan inte kunde lita på att arbetet blev korrekt utfört. Att en del personal inte hade tillräckligt goda språkkunskaper var också ett hinder för samverkan.

“Hemtjänsten arbetar på det här sättet att det är aldrig samma personal som går till patienterna utan det kan vara vem som helst och dom går runt hela tiden så jag brukar inte delegera ut sårvård till hemtjänsten” (3)

“Jag delegerar inga omläggningar det gör jag inte på grund av att det inte fungerar med basala hygienrutiner i den utsträckningen så att jag kan delegera ett sår” (4)

Olika spelregler inom primärvård och länssjukvård

Distriktssköterskan i hemsjukvården beskrev en vård som inte var jämlik. En av förklaringarna kunde vara att olika vårdcentraler hade olika sätt att samverka med hemsjukvården. Distriktssköterskan såg också att det fanns olika mycket kunskap och intresse kring sårvård på olika vårdcentraler, och de beskrev att de hanterade mycket av sårvården självständigt. Vid kontakter med vårdcentralen var återkoppling viktigt. Erfarenheten var att det var bekymmersamt när det fungerade olika och distriktssköterskan fick vara påstridig för att patienten skulle få rätt vård. Vissa distriktssköterskor ansåg att det hade varit bättre förutsättningar för jämlik vård om det fanns en särskild läkare som ansvarade för hemsjukvården. Ett exempel på ojämlig vård var hur olika vårdcentraler hanterade kostnader kring material. Endast vissa vårdcentraler ordinerade rätt kompression och stod för kostnaden. En del vårdcentraler insåg inte alltid sambandet mellan tid och kostnad. Det beskrivs också att det såg olika ut kring patientens rätt att få sina sår diagnostiserade för att kunna påbörja rätt behandling. Distriktssköterskorna trodde det berodde på okunskap och att läkarna saknade intresse för sårvården. Det fanns exempel på hur olika samverkan kunde upprätthållas mot olika vårdcentraler på grund av olika förutsättningar för kontinuitet med läkaren. Tillgången till att kunna samordna akuta hembesök till patienter såg olika ut i de fall där distriktssköterskan bedömt att det skulle behövas.

“Mycket av det här kan man ju hantera själv men sen beror det ju precis på vilken vårdcentral patienten har. För har de en vårdcentral där det fungerar bra då får man ju hjälp där, man får feedback...ja att detta är rätt det du gör och så men andra vårdcentraler... kan ju vara helt omöjligt... det är väldigt frustrerande” (8)

När distriktssköterskan skulle möta en patient i hemmet efter utskrivning från länssjukvården, var förväntan snarare utbytt mot förtvivlan, då det allt som oftast fanns brister i överlämningen av vårdansvaret från länssjukvården till den kommunal hälso- och sjukvården. Samtliga deltagare påtalade att fel och brister nästan alltid upptäcktes när en patient kom från länssjukvården. Det saknades sårjournaler, förband var inte medskickade och ibland var inte såren dokumenterade. Distriktssköterskan beskrev att en direkt återkoppling skedde till avdelningen som patienten lämnat, och avvikelser skrevs, men hade ingen större tilltro till att det i förlängningen skulle göra någon skillnad. En distriktssköterska kontaktade ibland avdelningen innan patienten hade åkt, för att säkerställa att allt var klart och medskickat. Distriktssköterskan valde att ta emot patienten i hemmet tidig förmiddag, så tid fanns för att lösa de problem som kunde upptäckas när patienten kommit hem.

Flera distriktssköterskor uppgav att det var ett problem, då det fanns en skillnad i arbetssätt inom länssjukvården och i kommunal vård. Inom länssjukvården var sjuksköterskan sällan involverad i såren. Det var undersköterskan som skötte såren när patienten var inlagd, därför brast det sedan i rapportering och dokumentation när distriktssköterskan tog kontakt med sjuksköterskan på avdelningen för att planera hemgången. Sjuksköterskan på avdelningen hade då ingen kunskap om patienten och sår, vilket skapade frustration hos distriktssköterskan. Upplevelsen var att personalen på sjukhuset inte såg hela patienten, utan enbart fokuserade på orsaken kring varför patienten var inlagd. Det beskrevs att det fanns ett bättre helhetstänk kring patienten i kommunal vård, vilket kan bero på att hemsjukvården hade bättre sätt att fördela sin tid och mer erfaren personal. Det fanns en uppfattning bland distriktssköterskorna, om att slutenvården hade större tidspress på sig, och att det saknades förståelse att det var andra förutsättningar för att bedriva vård i kommunal regi jämfört med länssjukvården.

“Generellt så tycker jag att sårjournalen inte riktigt är bra från länssjukvården. Dom stämmer oftast inte och dom är lite svårtydbara” (1)

Ansvar för att leda laget

När flera specialiteter är inblandade krävdes det ett ömsesidigt ansvarstagande för att samverkan skulle fungera. Återkommande erfarenheter av distriktssköterskan var frustration när ingen vill ta ansvar.

Att en patient har flera olika kontakter inom sjukvården var ingen ovanlig situation för distriktssköterskan. Hade patienten fast vårdkontakt på en specialistklinik kunde det vara svårt att få samverkan att fungera med vårdcentralen. Distriktssköterskan hamnade då i ett dilemma, där ingen av parterna tog kontakt med varandra, utan all information gick genom distriktssköterskan, vilket skapade en känsla av frustration då kontakterna skulle kunna skötas mer direkt och effektivt.

“Ska jag hålla på att ringa en hit och en dit, och i slutändan står man där och ingen vill ta tag i någonting, det är frustrerande” (11)

Om att patienten behövde uppsöka akutmottagningen relaterat till problem med såren men kom hem utan åtgärd, beskrev distriktssköterskorna en känsla av att inte bli tagna på allvar, och fick en upplevelse av att deras bedömningar inte respekterades. Då hade distriktssköterskan tidigare försökt lyfta problemet på vårdcentralen utan att få gehör eller respons. I dessa lägen beskrevs en känsla av övergivenhet och att tvingas till egna bedömningar och beslut. Det fanns också en

tydlig anda av att göra det så bra som möjligt för patienten. Trots motstånd beskriver de hur de gör upprepade försök att samordna insatser kring den vård de anser patienten kräver och har rätt till. Distriktssköterskorna försökte också prova andra vägar för att nå samverkan. När samverkan inte fungerade blev det uppenbart för distriktssköterskorna att det var patienten som blev lidande.

Kunskap skapar möjlighet till utveckling

I distriktssköterskans profession ingår att utveckla och förbättra vården och flera distriktssköterskor beskrev att det var en del av deras arbete. Erfarenheten av distriktssköterskeutbildningen var att den genomsyrades av ett större ansvarstagande för att samverkan skulle fungera.

“Det händer ju någonting med en under utbildningen ... och att man får ...kanske lite mer mod att uttrycka att man känner att det behövs någon mer samverkan eller att ja man vet kanske lite mervart man ska vända sig också känner man att det är ... att man ska ta ett större ansvar för det, som distriktssköterska..(10)

Distriktssköterskornas erfarenheter ledde till en önskan om åtgärder för att förbättra samverkan kring sår. Att underlätta kommunikationen och informationsöverföring med en snabbare kommunikationsväg till exempel via mail eller liknande var ett förslag. Det vore till gagn för patienten med sår då resultatet visar att brist på information kunde hindra samverkan kring sår. En förbättrad teknik kring beställning av material skulle kunna underlätta samverkan när det är en enhet som ordinerar och står för kostnad för material som distriktssköterskan använder. En distriktssköterska önskade mer kunskap kring upphandlat material, mer utbildning och någon att vända sig till. Vidare beskrivs att distriktssköterskan tog ett eget ansvar att hålla sig ajour och fördjupa sina kunskaper.

Diskussion

Resultatdiskussion

Samverkan kring sårvård sågs som ett lagspel där det fanns möjligheter och hinder, vilka som deltog och vilka regler som fanns påverkade hur matchen fortlöpte. Distriktssköterskans roll och ansvar påverkade spelet och kunskap och erfarenhet skapade möjligheter för samverkan.

De flesta deltagarna i studien visade exempel på goda erfarenheter av samverkan kring sårvård när den skedde inom ramarna för samma arbetsgivare, det vill säga inom kommunens gränser. När det kom till erfarenheter gentemot andra aktörer såsom primärvård och länssjukvård, var det mer varierade. Det brast i kommunikation och dokumentation, och det upplevdes inte ha samma helhetssyn av patienten i länssjukvården. Distriktssköterskorna i kommunen trodde det berodde på att de olika vårdgivarformerna hade olika förutsättningar och förståelse för hur vården bedrivs inom respektive enhet. Samverkan tog mycket tid från distriktssköterskans övriga arbete. När samverkan fungerade bra mot länssjukvården, var en avgörande faktor att distriktssköterskan kände sig inkluderad i vården genom ömsesidig återkoppling. Vården av patienten upplevdes då vara ett gemensamt ansvar och samarbete gynnade samverkan kring sårvården. Distriktssköterskorna beskrev att samverkan bidrog till att vårdkedjan hölls samman och gav möjligheter till personcentrerad vård, vilket ligger inom kompetensbeskrivningen för yrket. Personcentrerad vård innebär partnerskap, att lyssna på patientberättelsen samt att dokumentera denna i hälsoplanen (Ekman et. al, 2011). Distriktssköterskorna i kommunen uppledde att personcentrerad vård inte tillämpades i länssjukvården, då en trend kan ses då hänsyn inte

tas till vare sig partnerskapet, patientberättelsen och/eller dokumentationen. Oftast såg distriktssköterskan att dokumentationen inte höll måttet, eller i vissa fall inte existerade. Såren sågs inte som en del av den totala hälsoplanen om patienten varit inlagd för något annat än just behandling av såret, eller genomgått kirurgiskt ingrepp som lett till sårvård. Tidigare forskning har visat, att när personcentrerad vård tillämpas, kan vårdtider kortas, komplikationer minskas och patienten upplever trygghet och säker vård (Olsson, Hansson, & Ekman, 2016).

Att vården som bedrivs skall vara jämlik är något som borde vara självklart. Trots detta beskriver distriktssköterskorna i hemsjukvården en vård som inte är jämlik. På webbplatsen för de Globala Målen (<https://www.globalamalen.se/>) beskrivs hur en allmän hälso- och sjukvård skall finnas tillgänglig för alla. Lyckhage (2015) beskriver att den svenska hälso- och sjukvårdens spelplan har förändrats. Vården idag styrs och påverkas av vilka intressen, beslutsprocesser och politiska trender som råder i samhället, vilket i sin tur påverkar förutsättningarna för en jämlik vård. Dossey (2008) menar i sin teori att det kollektiva yttre (IT'S) är en del av helhetssynen. Det är en del av organisationens etiska och ekonomiska förutsättningar, vilket påverkar distriktssköterskans arbete. I resultatet framkommer att det var olika förutsättningar inom olika verksamheter och att vården och samverkan påverkas utifrån det. Det kunde handla om brist på intresse eller okunskap kring sårvård och att samverka. Möjligheter till att få en diagnostisk benämning på sitt sår varierar. Tillgänglighet till omläggingsmaterial och rätt kompressionsbehandling kunde vara beroende av vilken vårdcentral patienten tillhör. Det fria vårdvalet och att patienten själv kan välja vårdcentral kunde bidra till ojämlig vård, då de olika vårdcentralerna, beroende på intäkter relaterat till diagnoser, kan erbjuda olika kvalitet på vården. Välfärdsdebatten i Sverige fokuserar idag på den fria marknaden och mot ett perspektiv som mer utgår ifrån personcentrerad vård. En vård som idag mer styrs av New Public management och som premierar effektivitet och konkurrens. I en diskursanalys av Dahlborg, Pennbrant och Boman (2017) undersöktes hur patienten beskrivs i den nya patientlagen. De menar att den nya lagen stärker utvecklingen mot vård enligt New Public management. Patientlagen understryker ökat inflytande för patienter men det är inte juridiskt bindande eftersom patienten endast ges indirekt rätt till att påverka och kontrollera sin vård. Patientlagen (2014:821) syftar till att förtydliga och stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården, och att vården i möjligaste mån ska ske i samråd med patienten. Distriktssköterskan bör i dialog ge patienten möjlighet att fatta välgrundade beslut efter att ha gett adekvat information. Vår reflektion är att för de patienter som inte är insatta i sina hälsofrågor, eller har förmågan att ta egna beslut finns en risk att de inte får den bästa tillgängliga vården. I kompetensbeskrivningen för distriktssköterska står att distriktssköterskan bör vara patientens företrädare i frågor rörande vården då denna själv inte kan eller vill föra sin egen talan och inte har en annan företrädare.

Att som distriktssköterska se att patienten inte får den vård som anses nödvändig, eller att vården inte är jämlik kan skapa etisk stress. Distriktssköterskan ska arbeta utifrån etiska principer (ICN, 2012) men vad gör det med distriktssköterskan som person när lagar, förordningar och den egna etiska kompassen krockar med verkligheten? Distriktssköterskan beskriver att frustration är en vanlig känsla vilket påverkade känslan av att utföra ett gott arbete och arbetsmiljön blev sämre. För att få ett hållbart arbetsliv måste distriktssköterskan ges möjligheter till att påverka sin arbetssituation och få tid för reflektion. Tidigare forskning beskriver att arbetet med svårsläkta sår är både betungande och berikande för distriktssköterskor i hemsjukvård. De försöker hitta kraft för att nå harmoni i arbetet genom reflektion, samarbete med kollegor, acceptans och distans. Trots detta så fanns det en känsla av frustration och hopplöshet (Eskilsson & Carlsson, 2010). I resultatet framkommer att distriktssköterskorna upplevde frustration. Dossey (2008) menar att sjuksköterskan behöver reflektion för att utvecklas i sitt omvårdnadsarbete. Att utforska sin egen hälsa och välbefinnande, är utvecklande för distriktssköterskan

som individ och förs framåt i sin yrkesroll genom att uppmärksamma sin egen stress, utmattning, lidande och själsligt lidande. För att vårda andra måste distriktssköterskan vårda sig själv.

Resultatet visade att de olika lagspelarnas förutsättningar påverkade möjligheter till samverkan. Ett exempel var när språksvårigheter och brist på kunskap hos omvårdnadspersonal minskade möjligheter till delegering och därmed god och säker vård. Svårigheter att rekrytera ny personal och behålla kompetensen inom omsorgen kan vara en bidragande orsak till lägre kunskapsnivå. Sveriges kommuner och landsting (2018) menar i en rapport att antalet anställda inom äldreomsorgen behöver öka och att det behöver anställas 136 000 undersköterskor och vårdbiträden innan 2026 vilket innebär en stor utmaning för Sveriges kommuner och landsting. Idag anställs personal utan vårderfarenhet och bristande språkkunskaper. I kommunal hemsjukvård behöver distriktssköterskan kunna delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter, vilket bidrar till ökad samverkan och stärkt teamarbete mellan omvårdnadspersonal och distriktssköterskan.

Resultatet visade att deltagarna utifrån sina erfarenheter sås möjligheter till utveckling genom ökad samverkan. Det fanns en förväntan att samverkan mellan organisationer kunde bidra till ökad vårdkvalitet. Distriktssköterskorna ville hitta lösningar på hindren för samverkan vid sårvård och leda och utveckla vården. Bristande informationsvägar var något som distriktssköterskorna upplevde och ville utveckla vidare. Förslag på lösningar kunde vara bättre informationsöverföring. Att utveckla vården samt arbeta med frågor kring informatik är en del av distriktssköterskans uppdrag (Distriktssköterskeförbundet, 2019). Trygg och säker informationsöverföring kan minska arbetsbördan och göra vården säkrare. För att medarbetare inom hälso- och sjukvård ska kunna ge en god och jämlik vård krävs rätt information och kunskap i mötet med patienter. Lättillgänglig information ska finnas i varje möte och den digitala arbetsmiljön bör vara anpassad. Det pågår ett arbete med att införa nya vårdinformationsmiljöer där all relevant information enkelt skall kunna nås, och underlätta för både patient och vårdpersonal (En strategi för genomförande av vision e-hälsa 2025, 2020). Underlättande faktorer för införande av nya vårdinformationsmiljöer är systemets nytta för vårdpersonalen och hur användarvänligt det är. Hindrande faktorer är tekniska problem och att det saknas kunskap om systemet (Gagnon et al, 2012).

Även om distriktssköterskorna beskrev att de saknade specifik utbildning inom sårvård så kompenenserade deras erfarenhet denna brist. Distriktssköterskeutbildningen i sig gjorde något med dem, den ledde till en personlig utveckling. Distriktssköterskorna uppgav att deras specialistutbildning har gett dem verktyg för att leda och utveckla vården. De tar mer ansvar för samverkan, och de strider för patientens rätt och säker till vård. Det finns aktuell forskning som visar på betydelsen av sjuksköterskans kompetens för patientsäkerheten (Aiken et al., 2014).

Metoddiskussion

Inom kvalitativ forskning används begreppen tillförlitlighet (dependability), bekräftande (confirmability), giltighet (credibility) och överförbarhet (transferability) för att stärka trovärdigheten (trustworthiness) (Polit & Beck, 2017).

För att etiskt kunna motivera sitt examensarbete krävs en god vetenskaplig kvalitet och ett arbete som genomförs enligt de forskningsetiska regler som finns (Vetenskapsrådet, 2004). Inom kvalitativ forskning är forskaren instrumentet för analysen, det är både en förutsättning men även en risk, därav är det av stor vikt att trovärdigheten i studien redovisas. Båda författarna arbetar inom kommunal hemsjukvård och har därför en förförståelse vilket kan ge både positiv och negativ påverkan. Den positiva aspekten är att det ger möjlighet att bedöma om

deltagarna hade den kunskap som krävdes för att kunna ge rika data och ha förutsättningar att svara på vårt syfte. Den negativa aspekten av att ha förförståelse kan vara att det finns en risk att det blir författarnas och inte deltagarnas röst som blir hörd. För att minska risken att påverka resultatet har arbetet med analysen diskuterats för att nå konsensus och en öppenhet om tillvägagångssättet har redovisats för att läsaren ska kunna bedöma trovärdigheten. Enligt Kvale och Brinkman (2014) bör det beaktas att den som intervjuar har makten att styra intervjun och resultatet av den, vilket kan leda till en maktasymmetri. Genom att använda öppna frågor och följdfrågor anses att försök gjorts för att minska denna maktasymmetri, eftersom det tillåter deltagaren att bekräfta eller dementera hur deras givna uppgifter tolkas.

Giltighet beskrivs som ett kriterium för att utvärdera tillförlitligheten i kvalitativa studier. Det visar på hur väl resultatet representerar en trovärdig tolkning av data (Polit & Beck, 2017). För att få fram tillräckligt varierande, rika data krävs det att antalet deltagare är tillräckligt stort, men att det inte går att förutbestämma antalet deltagare. För att uppnå giltighet ska deltagarna ha kunskap om ämnet och kunna förmedla detta i intervjuerna (Graneheim et al., 2017). För att ha möjlighet att finna rika data inom rätt kontext riktade sig studien till distriktssköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård i flera olika kommuner. Elva distriktssköterskor anmälde sig frivilligt och samtliga tillhörde inklusionskriteriet. När elva intervjuer var genomförda bedömdes data var tillräcklig och de olika erfarenheterna distriktssköterskorna hade bidrog till variation i data. För att styrka att irrelevant data inte tagits med, har textnära analys genomförts och citat använts för att påvisa att det är deltagarens (inte författarnas) röst som blir hörd.

Bekräftande handlar om resultatets överensstämmelse med data. Hänsyn bör tas till om tolkningen och presentationen av resultatet är neutral eller objektiv och därmed hur mycket av resultatet som är påverkat av forskaren (Polit & Beck, 2017). Risken för påverkan minskas genom att analyserna genomfördes både enskilt och tillsammans, för att genom diskussion komma till konsensus. Arbetet med innehållsanalysen var mycket krävande i stadiet för att hitta meningsenheter och koder, och fick upprepas flera gånger. Ett frustrerande arbete, som till slut ledde fram till en god kunskap om data vilket underlättade arbetet med resultatet. Graneheim et al. (2017) menar att genom att gå tillbaka till intervjuerna kan man undvika att gå miste om nyanser och att koder och kategorier hamnar fel.

Överförbarhet beskriver i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra sammanhang. Presentationen av resultatet och hur väl analysprocessen är redovisat i text och med förstärkande citat är avgörande för att den som läser det skall kunna bedöma om det är överförbart till annat sammanhang/kontext (Graneheim & Lundman, 2004). I detta arbete beskrivs därför urval, metod och analys noggrant. Studien kan överföras till kommunal hemsjukvård generellt, men kanske även till andra verksamheter för att belysa vikten av samverkan och öka förståelsen för olika verksamheter.

Tillförlitlighet representerar stabiliteten i datainsamlingen, och svarar på om resultatet skulle bli detsamma om samma studie görs om med liknande förutsättningar, såsom kontext och antal deltagare (Polit & Beck, 2017). Faktorer som kan påverka tillförlitligheten är författarnas förförståelse och samspelet mellan forskare och deltagare. Förförståelsen kan bidra till att man har kunskap kring kontext vilket kan leda till att det är lättare att ställa relevanta följdfrågor men också medföra en risk att författarna påverkade frågorna utifrån sin egen förförståelse (Graneheim et al., 2017; Kvale & Brinkmann, 2014; Polit & Beck, 2017). Den förförståelse som fanns kan ha bidragit till att underlätta intervjuerna och analysarbetet. Kvale och Brinkman (2014) beskriver att det krävs flexibilitet och följsamhet för att kunna följa deltagaren. Enligt forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet, 2004) skedde etiska reflektioner under arbetets

gång, dels individuellt dels tillsammans. Portfolio har använts för detta ändamål. Enligt Kvale och Brinkman (2014) spelar den etiska mognaden hos den som intervjuar en roll för kvaliteten på den vetenskapliga kompetensen.

Slutsats

Resultatet visar att distriktssköterskan har en lagledarroll kring samverkan vid sårvård. Patienten har ofta ett komplext vårdbehov, vilket kräver att samtliga involverade i patientens vård visar intresse och tar ansvar för sitt område. Distriktssköterskans uppgift är då att informera och starta samverkan med alla insatser som behöver vara delaktiga i patientens vårdbehov kring såret. Om samverkan förbättras, kunde distriktssköterskans tid användas mer effektivt, stress och andra negativa känslor kunde minska, ekonomiska vinster skulle kunna uppnås om rätt information fanns tillgänglig från start och patienten skulle få trygg, jämlik och säker vård.

Förslag till klinisk tillämpning

Distriktssköterskan har en viktig roll i samverkan vid sårvård. Utifrån studiens resultat är distriktssköterskan specialistkompetens viktig och den medför en önskan om utveckling. Resultatet kan ligga till grund för förbättringsarbete kring samverkan vid sårvård. Ett exempel på förändringsarbete och förbättringsområden kan vara att hitta en tydligare struktur och ansvarsfördelning mellan dem som deltar i spelet. Med tydliga spelregler, bättre informationsöverföring och kommunikation kan samverkan kring sårvård ge tryggare och säkrare vård. Genom att visa resultatet för ledningen kan man påvisa behovet av distriktssköterskans kompetens, samt vikten av utrymme för reflektion för ett hållbart arbetsliv.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling

Distriktssköterskornas erfarenheter kring samverkan vid sårvård var oftast negativa. Då samverkan är en stor del av distriktssköterskans uppdrag, skulle det vara intressant att veta om samverkan inom något annat område fungerar bättre, och vilka faktorer som bidrar till det, för att kunna utveckla samverkan kring sårvård. Det vore också intressant att undersöka utvecklingen inom e-hälsa och informatik i framtidens samverkan kring sårvård.

Referenser

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... & McHugh, M. D. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The lancet*, 383(9931), 1824–1830.

Berlin, J. (2013). Teamarbete- De gemensamma incitamentens betydelse. I A. Eriksson, N, Holgers, K-M & Mullern, T. (Red.) *Att utveckla vården: Erfarenheter av kvalitet, verksamhetsutveckling och förbättringsarbete*. (s. 225–243). Lund: Studentlitteratur

Carlström, E., Kvarnström, S. & Sandberg, H., (2013). Teamarbete i vården. I Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlén, J. (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (s. 63–101). Lund: Studentlitteratur.

Dahlborg Lyckhage, E., Pennbrant, S., & Boman, Å. (2017). “The Emperor's new clothes”: discourse analysis on how the patient is constructed in the new Swedish Patient Act. *Nursing inquiry*, 24(2), e12162.

Dahlborg-Lyckhage, E., Fredén, L., Hassler, S., Pennbrant, S. & Skyvell-Nilsson, M. (2014). Gränshinder. En kvalitativ och kvantitativ studie av samverkande sjukvård. Hämtad 200131 från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/9436db5f-e88c-4717-98c6-725dd14000de/Gr%c3%a4nshinder%20HV%20Rapport-serie.pdf?a=false&guest=true>

De Vliegher, K., Declercq, A., Aertgeerts, B., Gosset, C., Heyden, I., & Moons, P. (2014). The Activity Profile of Home Nurses: A Systematic Review. *Home Health Care Management & Practice*, 26(4), 257–265. doi: 10.1177/1084822314527293

Distriktssköterskeföreningen. (2019). Kompetensbeskrivning avancerad nivå Distriktssköterska. Hämtad 20200201 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktssjukskoterskor-kompetensbeskrivning-2019-klar-for-webb.pdf>

Dossey, B. M. (2008). Theory of integral nursing. *Advances in nursing science*, 31(1), E52-E73.

Ekstedt, M. & Flink, M., (2019). Förord. I Ekstedt, M. & Flink, M. (Red.), *Hemsjukvård - olika perspektiv på trygg och säker vård*. (s. 18–29). Stockholm: Liber.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... & Lidén, E. (2011). Person-centered care—ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*, 10(4), 248-251.

En strategi för genomförande av vision e-hälsa 2025 (2020) <https://ehalsa2025.se/wp-content/uploads/2020/02/Strategin-f%C3%B6r-ge-nomf%C3%B6rande-av-vision-eh%C3%A4lsa-f%C3%B6r-2020-2022.pdf>

Eskilsson, C., & Carlsson, G. (2010). Feeling confident in burdensome yet enriching care: Community nurses describe the care of patients with hard-to-heal wounds. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 5(3), 5415.

Friman, A., Klang, B., & Ebbeskog, B. (2011). Wound care by district nurses at primary healthcare centers: a challenging task without authority or resources. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(426-434).

Friman, A., Klang, B., & Ebbeskog, B. (2010). Wound care in primary health care: district nurses' needs for co-operation and well-functioning organization. *Journal of interprofessional care*, 24(1), 90–99.

Forsberg, A., (2016). *Omvårdnad på akademisk grund Att utvecklas och ta ansvar*. Stockholm: Natur & kultur.

Gagnon, M. P., Desmartis, M., Labrecque, M., Car, J., Pagliari, C., Pluye, P., ... & Légaré, F. (2012). Systematic review of factors influencing the adoption of information and communication technologies by healthcare professionals. *Journal of medical systems*, 36(1), 241-277.

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*, 56, 29-34.

Greatrex-White, S., & Moxey, H. (2015). Wound assessment tools and nurses' needs: an evaluation study. *International Wound Journal*, 12(3), 293–301.

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Reviderad upplaga. (2012). Hämtad 200420 <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>

Josefsson, K. (2009). *Sjuksköterskan i kommunens äldrevård och äldreomsorg*. Stockholm: Gothia.

Kielo, E., Suhonen, R., Salminen, L., & Stolt, M. (2019). Competence areas for registered nurses and podiatrists in chronic wound care, and their role in wound care practice. *Journal of clinical nursing*, 28(21–22), 4021–4034.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur.

Lindholm, C., & Searle, R. (2016). Wound management for the 21st century: combining effectiveness and efficiency. *International wound journal*, 13, 5–15.

Lindholm, C.,(2018a). *Sår*. (Fjärde upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Lindholm, C.,(2018b). Bedömning och dokumentation. I *Vårdhandboken*. Inera AB. Hämtad 191204. <https://www.varldhandboken.se/varld-och-behandling/hud-och-sar/sarbehandling/bedomning-och-dokumentation/>

Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2012). *Kvalitativ innehållsanalys*. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B.(red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, 187–201.

Lyckhage, G., (2015). Vårdens normer - den samhälleliga spelplanen. I Dahlborg-Lyckhage., Lyckhage, G., & Tengelin, E. (red.), *Jämlig vård - normmedvetna perspektiv.* (s.223–240). Lund: Studentlitteratur.

Läkemedelsboken (2015). Hämtat 200128 https://lakemedelsboken.se/kapitel/hud/ben-sar_fotsar_hos_diabetiker_och_trycksar.html#f2_3

Nilsson, K., Hertting, A., Petterson, I-L. & Theorell, T. (2005). Pride and confidence at work: potential predictor of occupational health in a hospital setting. *BMC Public Health*, 5, 92.

Oberle, K., & Allen, M. (2001). The nature of advanced practice nursing. *Nursing Outlook*, 49(3), 148-153.

Olsson, L. E., Hansson, E., & Ekman, I. (2016). Evaluation of person-centred care after hip replacement-a controlled before and after study on the effects of fear of movement and self-efficacy compared to standard care. *BMC nursing*, 15(1), 53.

Patientlag 2014:821. Hämtad 200125. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patient-lag-2014821_sfs-2014-821

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). Nursing research: Ethics in nursing research.

SBU rapport. (2014). *Svårläkta sår hos äldre. Prevention och behandling.* Hämtad 191015 från: https://www.sbu.se/contentassets/198b277c682b437dbaa4111b5439c020/svar-lakta_sar_aldre_2014.pdf

SFS 1993:100. Högskoleförordningen. Hämtad 200214. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100

SOSFS 1997:14. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/1997-10-14.pdf>

SFS 2003:460. Lag om etikprovning av forskning som avser människor Hämtad 200214 från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag. Hämtad 200214 https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad 200214 från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Sveriges kommuner och landsting (2018). *Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden- rekryteringsrapport 2018.* Hämtad 200523 <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-610-0.pdf>

Socialstyrelsens termbank (2004) Hämtad 191030 <http://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=257&SrcLang=sv>

Socialstyrelsens termbank (2012) Hämtad 200128 <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=732&SrcLang=sv>

Socialstyrelsen termbank (2011) Hämtad 200201 <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=506&SrcLang=sv>

Socialstyrelsen (2008) *Hemsjukvård i förändring - en kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer*. Artikelnummer 2008-126-59.

Socialstyrelsen (2019) *Vård och omsorg om äldre - en lägesrapport*. Hämtad 200409 <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-3-18.pdf>

SOU 2011:55. Kommunaliserad hemsjukvård. Hämtad 191218 <https://www.regeringen.se/49b6a1/contentassets/1bb6a8565d0c40959035a1fa8106ef7b/kommunaliserad-hemsjukvard-sou-201155>

Söderhjelm, T. & Sandahl, C., (2017). Teamarbete och patientsäkerhet. I Boström, A-M., Nordström, G. & Wilde-Larsson, B. (Red.), *Kvalitetsarbete för bättre och säkrare vård*. (s.149–174). Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet (2004). *Codex: Regler och riktlinjer för forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 200109 <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>



Förfrågan om deltagande i studie till dig som enhetschef för distriktssköterskor i kommunal hälso- och sjukvård.

Distriktssköterskans upplevelse av samverkan vid sårvård är lite beskrivet och forskat om inom omvårdnad, vilket väckte vårt intresse och förhoppning att kunna bidra till ökad kunskap i ämnet. Syftet är att belysa distriktssköterskans erfarenhet av samverkan vid sårvård inom kommunal hälso-och sjukvård.

Vi heter Karolina Johansson och Maria Svanström och läser specialistsjuksköterskeprogrammet distriktssköterska med inriktning Avancerad Vård i Hemmet vid Högskolan Väst i Trollhättan. Vi ber om tillstånd att få genomföra intervjuer till ett examensarbete vid er enhet med medverkan från några av era yrkesverksamma distriktssköterskor.

Vår fråga är om det finns en möjlighet för oss att intervjua sjuksköterskor i din verksamhet. Vi önskar intervjua distriktssköterskor som i sitt arbete inom kommunal hälso- och sjukvård arbetar med sårvård. Intervjun beräknas ta mellan 30–60 minuter.

Vi kommer att följa de etiska riktlinjer som gäller för examensarbete på magisternivå. Det innebär bland annat att ingen utöver vår handledare och vi själva kommer att ta del av materialet som samlas in förrän det är sammanställt och aidentifierat. Deltagarnas uppgifter kommer att förvaras på lösenordskyddad server och inget de säger under intervjuerna kommer att kunna härledas till dem som person i det färdiga arbetet. Deltagandet i studien är helt frivilligt och deltagarna kan när som helst avbryta sin medverkan utan förklaring.

Vi kontaktar dig per mail eller telefon under vecka 7 för att höra om det finns möjlighet för oss att skicka bifogat brev med förfrågan om intervju till distriktssköterskor i din organisation. Alternativt kan Du maila eller ringa oss direkt.

Med vänliga hälsningar

Karolina Johansson och Maria Svanström, och studenter vid specialistsjuksköterskeprogrammet, Högskolan Väst, Trollhättan.

Karolina Johansson: karolina.jernstig-johansson@student.hv.se

Maria Svanström: maria.svanstrom@student.hv.se

Handledare: Gudrun Rudolfsson, universitetslektor och forskare, Högskolan Väst, Trollhättan. gudrun.rudolfsson@hv.se



HÖGSKOLAN VÄST

Information till deltagare i intervjuundersökning om samverkan vid sårvård.

Distriktssköterskans upplevelse av samverkan vid sårvård är lite beskrivet och forskat om inom omvårdnad vilket väckte vår förhoppning att kunna bidra till ökad kunskap i ämnet. Vi skriver vårt examensarbete på magisternivå med syftet att belysa sjuksköterskans erfarenhet av samverkan vid sårvård hos vuxna patienter med sår inom kommunal hälso- och sjukvård. Du tillfrågas om att vara med och bidra med kunskap och erfarenheter kring detta ämne och i det här brevet får du information om examensarbetet och om vad det innebär att delta.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

- Med vårt examensarbete vill vi bidra till ökad kunskap om sjuksköterskans kunskap och erfarenheter av samverkan vid sårvård inom kommunal hälso- och sjukvård.

Hur går intervjuerna till?

- En intervju med en av oss som skriver examensarbetet kommer att ske på en plats du valt. Du kommer att få svara på ett antal frågor samt fritt berätta om dina erfarenheter samverkan vid sårvård. Intervjun beräknas pågå ca 30–60 minuter. Vi planerar att genomföra intervjuerna under februari och mars 2019.

Vad händer med mina uppgifter?

- Innan du fattar beslut om att delta ber vi dig att läsa igenom denna information. Vi kommer att följa de etiska riktlinjer som gäller för examensarbete på magisternivå och hantera dina personuppgifter enligt Dataskyddsförordningen (GDPR). Det innebär bland annat att ingen utöver vår handledare och vi själva kommer att ta del av materialet som samlas in förrän det är sammanställt och avidentifierat. Dina uppgifter kommer att förvaras på lösenordskyddad server och materialet från intervjuerna kommer att förstöras efter godkänt examensarbete. Inget som sägs under intervjuerna kommer att kunna härledas till dig i det färdiga arbetet. Deltagandet i studien är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan förklaring. Du kommer också att ges muntlig information om undersökningen. Om du bestämmer dig för att delta kommer du att bli ombedd att skriva under ett informerat samtycke. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför.

Ansvariga för examensarbetet

Författare: Karolina Johansson karolina.jernstig-johansson@student.hv.se och Maria Svanström maria.svanstrom@student.hv.se

Handledare: Gudrun Rudolfsson, universitetslektor och forskare, Högskolan Väst, Trollhättan. Kontakt: gudrun.rudolfsson@hv.se



HÖGSKOLAN VÄST

Samtyckesblankett

Informerat skriftligt samtycke gällande deltagande i intervjuundersökning om specialistsjuksköterskans / sjuksköterskans upplevelse gällande samverkan vid sårvård.

Nedan ger du ditt skriftliga samtycke till att bidra med information som kommer att bearbetas och presenteras som examensarbete på avancerad nivå inom omvårdnad.

Läs igenom detta noggrant och ge ditt medgivande genom att skriva under med din namnteckning längst ned.

Medgivande

- Jag har innan intervjun fått skriftlig information om mitt deltagande.
- Jag har fått tillfälle att få mina frågor angående intervjun besvarade innan den påbörjas och vet vem jag ska vända mig till med frågor.
- Jag deltar i intervjun frivilligt och har blivit informerad om syftet med deltagandet.
- Jag är medveten om att jag när som helst under och efter intervjun kan avbryta mitt deltagande utan att jag behöver förklara varför.
- Jag ger mitt medgivande till att författarna får använda intervjumaterialet till sitt examensarbete.

Materialet från intervjun kommer att behandlas konfidentiellt i den meningen att ditt namn aldrig kommer att publiceras samt att organisationstillhörighet kopplade till enskilda utsagor inte heller kommer att publiceras.

Ort och datum

Namnteckning



Intervjuguide

Presentation av vårt arbete vem vi är och be dem presentera sig och var de arbetar.

Fråga om samtycke skriftligt och muntligt.

Insamling av informant data

- Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?
- Antal år som Specialistsjuksköterska?
- Antal år inom hemsjukvård?
- Erfarenheter som sjuksköterska inom andra verksamheter? Vilka i så fall?
- Vilken kunskap om sårvård har du som distriktssköterska?

Frågeområden

- Kan du berätta om vad du tänker på när du hör ordet samverkan?
- Kan du berätta om vilka rutiner för samverkan kring sårvård ni har i er verksamhet?
- Kan du berätta om dina erfarenheter av samverkan?
- Kan du beskriva en situation som handlade om samverkan? - vad var bra? Vad var dåligt? Är detta en vanlig situation för dig?
- Hur upplever du att samverkan påverkar ditt arbete som distriktssköterska?

Kompletterande och uppföljande frågor

- Vad gjorde du då? Kan du berätta mer om det?
- Vad var det som gjorde att det blev bra?
- Vad upplevde du var hindret?
- Jag skulle vilja ta upp ett annat ämne...

Avslutning

- Finns det något som vi inte frågat om som du skulle vilja ta upp?

Tack för din medverkan! Vid intresse kan vi skicka ut uppsatsen när den är klar.

Högskolan Väst
Institutionen för hälsovetenskap
461 86 Trollhättan
Tel 0520–223000
www.hv.se