

**PATIENTUNDERVISNING VID SVÅRLÄKTA SÅR –  
EN BETYDANDE FAKTOR FÖR EGENVÅRDEN**

**En intervjustudie**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 180403

Kurs: K49

Författare: Jessica Båth

Författare: Anna Roos

Handledare: Camilla Tomaszewski

Examinator: Catharina Ahlin

# SAMMANFATTNING

## Bakgrund

Svårläkta sår är något som drabbar cirka en procent av Sveriges befolkning och påverkar hela livssituationen. Sårläggningen påverkas av många olika faktorer, och för att gynna sårläggningen kan patienter undervisas om egenvårdsåtgärder. Omvårdnaden vid svårläkta sår ska vara evidensbaserad. Sjuksköterskan har ett ansvar att ge information så att patienten förstår och patientens förståelse ska följas upp. Patientundervisning kan främja egenvård vid svårläkta sår.

## Syfte

Att belysa sjuksköterskans upplevelse av hur patientundervisning kan främja egenvård hos patienter med svårläkta sår inom slutenvården

## Metod

Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie med deskriptiv ansats. Åtta sjuksköterskor inom slutenvården i Storstockholm intervjuades. Intervjuerna transkriberades och analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys.

## Resultat

Sjuksköterskornas upplevelser sammanfattades i tre kategorier med åtta underkategorier. De tre kategorierna var: förberedelse inför patientundervisning, genomförande av patientundervisning och uppföljning av patientundervisning. Sjuksköterskorna upplevde sin kunskap och utbildning som bristfällig. Individanpassad information och patientens förståelse för egenvård upplevde sjuksköterskorna vara betydande för patientundervisningen och kognitiv svikt upplevdes vara det främsta hindret.

## Slutsats

Sjuksköterskorna upplever att individanpassad patientundervisning kan främja egenvård. Följsamhet till egenvårdsåtgärder ökar om en förståelse finns hos patienten om vad de ska göra och varför. Bristfällig kunskap hos sjuksköterskorna, utebliven uppföljning av förståelse och kognitiv svikt är faktorer som kan leda till att patientundervisningen brister.

**Nyckelord:** Egenvård, Patientundervisning, Personcentrerad omvårdnad, Sjuksköterskans professionella ansvar, Svårläkta sår

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	1
<b>BAKGRUND</b> .....	1
Svårläkta sår.....	1
Sårläkning.....	2
Egenvård vid svårläkta sår .....	4
Sjuksköterskans professionella ansvar .....	4
Personcentrerad omvårdnad .....	5
Patientundervisning.....	5
Problemformulering .....	6
<b>SYFTE</b> .....	7
<b>METOD</b> .....	7
Val av Metod .....	7
Urval.....	7
Datainsamling.....	8
Databearbetning.....	10
Dataanalys .....	10
Forskningsetiska överväganden .....	11
<b>RESULTAT</b> .....	11
Förberedelse inför patientundervisning .....	12
Genomförande av patientundervisning .....	14
Uppföljning av patientundervisning .....	16
<b>DISKUSSION</b> .....	16
Resultatdiskussion .....	16
Metoddiskussion.....	19
Slutsats .....	22
<b>REFERENSER</b> .....	23
 <b>BILAGA A-F</b>	

## **INLEDNING**

Ungefär en procent av Sveriges befolkning drabbas någon gång i livet av svårläkta sår (Socialstyrelsen, 2009). Livet med ett svårläkt sår kan innebära en evig kamp mot såret, och en känsla av att det kontrollerar det vardagliga livet. Ett liv med bensår kan innebära en fysisk begränsning, konstant smärta, sömnsvårigheter och psykisk påfrestning (Lernevall, Fogh, Nielsen, Dam & Dreyer, 2017). I sjuksköterskans ansvarsområde ingår det att hålla sig uppdaterad och bedriva evidensbaserad vård i omvårdnaden av patienter med svårläkta sår. Sjuksköterskan har ett ansvar att minska lidande och främja hälsa genom att ge information och undervisning för att öka patienters möjlighet till egenvård (International Council of Nurses [ICN], 2014). Patientundervisning kan vara en grundläggande faktor för att främja egenvård hos patienter med svårläkta sår (Lavery, La Fontaine & Kim, 2013). Det finns därför ett intresse att undersöka sjuksköterskors upplevelse av vilken betydelse patientundervisningen kan ha för utförande av egenvård vid svårläkta sår.

## **BAKGRUND**

### **Svårläkta sår**

Begreppet svårläkta sår används för att beskriva ulcussår som drabbar huden, vilket innefattar bensår, fotsår och trycksår (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2014). Ulcus är definitionen av ett sår som uppstår av bakomliggande sjukdom och/eller vävnadsskada där läkningsprocessen är negativt påverkad (Lindholm, 2012). De främsta orsakerna till den ökande incidensen av svårläkta sår är relaterad till att Sveriges befolkning blir allt äldre, år 2030 beräknas en fjärdedel av befolkningen vara 65 år eller äldre (SBU, 2014), och att fler drabbas av diabetes, vilka är de främsta riskfaktorerna för att drabbas av svårläkta sår (Socialstyrelsen, 2009).

Definitionen av fotsår och bensår är sår lokaliserat nedanför knät, med varierande etiologi, som inte har läkt inom sex veckor (Lindholm, 2012). Fotsår hos personer med diabetes orsakas framförallt av en kombination av neuropati och angiopati. Neuropati innebär nedsatt känsel och svettsekretion samt fotdeformiteter. Angiopati innebär nedsatt blodflöde i extremiteterna på grund av förträngningar i kärlen. En kombination av dessa tillstånd ökar risken för uppkomsten av sår (Lindholm, 2012; SBU, 2014). Etiologin bakom bensår kan vara venös eller arteriell dysfunktion, eller en kombination av båda, så kallade blandsår. Den bakomliggande orsaken till venösa sår är främst venös insufficiens, men såret kan även bero på exempelvis djup ventrombos eller trauma. Venös insufficiens leder till venös stas då blodet inte transporteras tillbaka till hjärtat som det ska, detta orsakar uppkomsten av ödem och ökar risken att sår ska uppstå. Venösa sår förekommer främst runt malleolerna. Arteriella sår uppstår på grund av förträngningar i benens kärl. Förträngningarna leder till försämrat blodflöde i hudens kapillärer som i sin tur kan leda till ischemi och uppkomsten av sår. Arteriella sår uppstår framförallt på foten men även på underbenen. Definitionen av trycksår är sår orsakat av tryck, skjuv eller friktion, eller tryck i kombination med skjuv eller friktion, som ofta uppstår vid ett benutskott (Lindholm, 2012).

## **Sårläkning**

Sårläkning är en process där många faktorer ska samspela för att återskapa huden över såret. Sjuksköterskans kunskaper om svårläkta sår, lokal sårvård, omläggning och specifika omvårdnadsåtgärder samt patientens levnadsvanor och sociala tillvaro har inverkan på sårläkningen. Vid bristande sårläkning behöver orsaken till detta lokaliseras (Lindholm, 2012). Vårdpersonal som behandlar patienter med svårläkta sår kan ta hjälp av RiksSår för att lättare ge korrekt diagnos och därmed optimera behandlingen och sårläkningen. RiksSår är ett nationellt kvalitetsregister för svårläkta sår som har i uppgift att bidra till en mer kostnadseffektiv sårvård samt till en förbättrad sårvård genom ökad kunskap om hur olika faktorer påverkar sårläkningsprocessen (Socialstyrelsen, 2009).

### Lokal sårvård

En korrekt sårrengöring är viktig för att minska infektionsrisken och gynna sårläkningen (Lindholm, 2016a). Infektionsrisken vid användning av koksaltlösning och vanligt kranvatten vid sårrengöring är ungefär densamma, däremot är kostnaden för koksaltlösning betydligt högre än för kranvatten (Moscato, Mayrose, Reardon, Janicke & Jehle, 2007). Genom sårrengöring avlägsnas lokala läkningshämmande faktorer som nekroser, död vävnad och främmande kroppar. För sårrengöring av svårläkta sår i vårdmiljö tillämpas basala hygienrutiner, och ren rutin i de flesta fall (Lindholm, 2016a). Steril rutin används hos infektionskänsliga patienter samt om såret står i förbindelse med steril vävnad (Lindholm, 2012). Vid ren rutin tvättas såret med kroppstempererat vatten och pH-neutral tvål. Såret kan med fördel duschas av för att lättare avlägsna läkningshämmande faktorer. Det är viktigt att använda rena produkter för att minska risken för infektion (Lindholm, 2016a).

### Omläggning

Under 80-talet framkom ny forskning om såromläggning, studien visade att sår som behandlas med tättslutande, ocklusiva, förband läker 40 procent snabbare än sår som behandlas med torr omläggning (Alvarez, Mertz & Eaglestein, 1983). Senare under 80-talet lanserades ocklusiva förband som kom att förändra synen på sårbehandlingen från torr till fuktighetsbevarande omläggning. Svårläkta sår ska behandlas med fuktighetsbevarande omläggning, med undantag av torra svarta nekroser (Lindholm, 2012), såren läker snabbare och kräver färre omläggningar än sår som behandlas med torr omläggning visar en studie av Souliotis, Kalemikerakis, Saridi, Papageorgiou och Kalokerinou (2016). Förbandet ska således ha fuktighetsbevarande egenskaper, samtidigt som det ska ha en god uppsugande effekt för att suga upp överflödigt sårvätska. Större mängder sårvätska förhindrar sårläkningen och kan orsaka uppluckrade, macererade, sårkanter vilket i sin tur också hämmar sårläkningen. Sårets utseende, problematik och lokalisering styr valet av förbandstyp. Det är även viktigt att tänka på bekvämlighet för patienten och att förbandet i den mån det går inte ska inskränka på patientens vardagsliv (Lindholm, 2012).

### Specifik omvårdnad vid svårläkta sår

För patienter med fotsår orsakade av diabetes behövs daglig inspektion av fötter för att upptäcka antydning till sår, eller redan befintligt sår. Eftersom neuropati orsakar känselbortfall är det svårt att uppfatta hur varmt vatten är och det kan därmed orsaka skador. Patienterna bör därmed kontrollera vattentemperaturen vid fotbad etcetera, innan fötter placeras däri. Regelbunden specialistfotvård rekommenderas för att undvika uppkomsten av sår (Lindholm, 2012). I en studie framkommer det att patienterna fick träffa en fotvårdsspecialist först när ett sår redan utvecklats (Lavery et al., 2010).

Fotriktiga skor ska användas och patienterna bör undvika att gå barfota för att förbättra sårsläkningen samt undvika uppkomst av nya sår (Lavery et al., 2013). Få patienter erhåller enligt Lavery et al. (2010) fotriktiga skor från Hälso- och sjukvården. Patienter med trycksår behöver hudvård och tryckavlastande åtgärder för att förbättra sårsläkningen. Tryckavlastande åtgärder kan exempelvis vara behandlande madrass, lägesändring i säng och hälavlastning. Daglig hudinspektion hos riskpatienter och patienter med trycksår bör också ingå i den dagliga omvårdnaden (Sveriges kommuner och landsting [SKL], 2011). SKL utför årligen mätningar av trycksårsprevalensen och incidensen inom slutenvården i Sverige. Den senaste mätningen visar att patienterna inte erhåller tillräckligt med tryckavlastande åtgärder, exempelvis fick endast cirka en tredjedel av patienterna hälavlastande åtgärder (SKL, 2017). Vid venösa bensår är ödembildningen den mest läkningshämmande faktorn, därför är kompressionsbehandling nödvändig för sårsläkningen (Lindholm, 2012). Följsamhet till kompressionsbehandling har i studier (Finlayson, Edwards & Courtney, 2011; Clarke-Moloney et al., 2014) påvisat en minskad risk för recidiverande sår.

#### Livsstil och psykosociala faktorer vid sårsläkning

Livsstilsfaktorer kan både hämma och gynna sårsläkningen. Faktorer som agerar hämmande är exempelvis rökning, näringsbrist, brist på fysisk aktivitet och socialt stöd (Lindholm, 2012). Sjuksköterskan bör ha en livsstilsgenomgång med alla patienter för att identifiera eventuella läkningshämmande faktorer och vid behov ha rådgivningssamtal kring dessa (SBU, 2014). I studier (Ylönen, Stolt, Leino-Kilpi & Suhonen, 2013; Van Hecke, Grypdonck, Beele, De Bacquer & Defloor, 2009) framkom att majoriteten av sjuksköterskorna inte har adekvat kunskap om levnadsvanors påverkan på sårsläkningsprocessen. En välbalanserad och näringsrik kost behövs för en optimal sårsläkning. Näringsbrist leder till en försämrad eller långsam sårsläkning samt ökar risken att utveckla nya sår (Lindholm, 2012; SBU, 2014). Behovet av proteiner ökar kraftigt vid sårsläkningsprocessen då de behövs för nybildning av vävnad, kärl och vita blodkroppar. Energi i form av kolhydrater och fett behövs genom hela läkningsprocessen, de behövs också för att kroppen inte skall använda proteinerna som energikälla (Lindholm, 2012).

Rökning påverkar flera faktorer som är ogynnsamma för sårsläkningen. Nikotinet i cigaretter orsakar vasokonstriktion i blodkärlen vilket medför en försämrad transport av både syre och näring då blodcirkulationen försämras (Lindholm 2012). Cigaretter innehåller ämnet kolmonoxid som tar syrets plats på hemoglobinet, detta leder till att såret inte får tillräckligt med syre (Lindholm, 2016b). Fysisk aktivitet ökar genomblödningen och därmed syresättningen i vävnaden vilket gynnar sårsläkningen (Lindholm, 2012). I en studie av Finlayson et al. (2011) om fysisk aktivitet vid venösa bensår framkom det att patienter med högre aktivitetsnivå och som har benet i högläge minst en timme per dag löper mindre risk för recidiverande sår. De flesta patienterna har bristande förståelse för hur sårsläkningen påverkas av fysisk aktivitet visar en studie av Skavberg-Roaldsen, Biguet och Elfving (2011).

Patienter med bristande socialt nätverk och stöd eller som ligger i riskzonen för depression löper större risk för fördröjd sårsläkning (Finlayson et al., 2011). Svårigheter att sköta kost, personlig hygien och sårvård kan också vara kopplat till att patienten har ett bristande socialt nätverk (Lindholm, 2012). För att gynna sårsläkningen behöver patienterna socialt stöd. Genom patientundervisning i grupp kan egenvården främjas samtidigt som patienterna får ett socialt sammanhang (Fonseca et al., 2015).

## **Egenvård vid svårläkta sår**

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter definieras egenvård som: "hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen" (SOSFS, 2009:6, kap. 2, 1 §).

Omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem (2001) beskriver begreppet egenvård som en del i sin teori om egenvårdsbalans. Orem definierar egenvård enligt följande: "Self-care is the practice of activities that individuals initiate and perform on their own behalf in maintaining life, health, and well-being" (Orem, 2001, s.43). Hon beskriver att utförande av egenvård är en medveten och inlärad handling i syfte att upprätthålla hälsa. För att ha möjligheten att utföra egenvårdsåtgärder måste kunskap om åtgärden och dess syfte inhämtas. För att tydligare beskriva begreppet egenvård använder Orem hjälpbegreppen egenvårdskapacitet, egenvårdsbrist och egenvårdskrav. Egenvårdskapacitet beskriver vilken förmåga en person har att på egen hand utföra egenvård. Egenvårdskrav beskriver de åtgärder som personen behöver utföra för att upprätthålla hälsa och välbefinnande. Således beskriver begreppet egenvårdsbrist att egenvårdskravet är större än egenvårdskapaciteten. Egenvårdsbrist innebär att personen helt eller delvis är begränsad i utförandet av egenvård och istället är beroende av att en annan person sköter omvårdnaden för att uppnå hälsa och välbefinnande (Hartweg, 1995).

Studier (Latimer, Chaboyer & Gillespie, 2014; Pimenta Lopes Ribeiro, Assunção Santos Pinto & Ribeiro de Sousa Regadas, 2014) visar att patienter med nedsatt egenvårdskapacitet får en ökad chans till delaktighet och egenvård med stöd av vårdpersonal och närstående. I en studie av Bedin, Busanello, Sehnem, da Silva och Poll (2014) framkommer det att sjuksköterskorna upplever att närstående kan involveras i vården för att stärka patienters självförtroende och därmed stimulera deras egenvårdsförmåga. Sjuksköterskorna upplever att de själva, med hänsyn till patientens unika livssituation, kan motivera patienten till ökad egenvårdsförmåga genom undervisning.

En studie av Van Hecke, Grypdonck, Beele, Vanderwee och Defloor (2011) visar att deltagarnas följsamhet till livsstilsförändringar ökar om deras kunskap om sårvård och egenvårdsåtgärder breddas genom undervisning. Följsamhet innebär att patienten fullföljer en ordination. För bättre följsamhet behöver patienten vara delaktig i omvårdnaden (Eldh, 2014). God följsamhet ökar chansen att patienten utför planerade egenvårdsåtgärder (Sandman & Kjellström, 2013). Enligt Greaves och Campbell (2007) så behöver sjuksköterskan träning i hur egenvårdsåtgärden ska planeras och genomföras.

## **Sjuksköterskans professionella ansvar**

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 2017:30, kap.3, 1 §) fastslår att "Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen". Alla människor ska ges en likvärdig vård med respekt för mänskliga rättigheter, enskilda värderingar och uppfattningar. Vårdresurserna ska fördelas så att de människor som har störst behov av vård prioriteras (SFS, 2017:30, kap. 3, 1 §).

Omvårdnadsvetenskap är sjuksköterskans kompetens- och ansvarsområde. Omvårdnadsarbetet leds av sjuksköterskan men utförs av flera professioner inom hälso- och sjukvården. De omvårdnadsåtgärder som utförs ska vara evidensbaserade (ICN, 2014) vilket innebär att det finns en vetenskaplig grund (Socialstyrelsen, u.å.). Sjuksköterskan bär ett eget ansvar att vara uppdaterad om den senaste forskningen inom omvårdnadsområdet, men även att ha kännedom om sina begränsningar för att konsultera andra professioner vid behov (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2017). En studie av Ylönen et al. (2013) visar att sjuksköterskorna inte har adekvat kunskap om svårsläta sår, rådande behandlingsprinciper eller levnadsvanors påverkan på sårhäkningsprocessen.

För att beskriva sjuksköterskans professionella ansvar finns sex kärnkompetenser (SSF, 2017), som leder sjuksköterskan i arbetet att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (ICN, 2014). I *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* står det att sjuksköterskan, med ett personcentrerat förhållningssätt, har ansvar att informera och undervisa patienter och närstående. Undervisning och information ska bidra till delaktighet och följsamhet till egenvård (SSF, 2017). Sjuksköterskan har ett ansvar och en skyldighet att ge patienten den information som krävs för att göra ett välgrundat samtycke till vård (ICN, 2014). Enligt SSF (2017) ska vården dokumenteras på ett enhetligt sätt med etablerad terminologi, utan att bryta sekretessen. Sjuksköterskan har en skyldighet att alltid behandla patientens personliga uppgifter konfidentiellt.

### **Personcentrerad omvårdnad**

Personcentrerad omvårdnad utgår från att patienterna främst är personer och att deras sjukdom inte definierar dem. Vården utgår ifrån deras upplevelser och erfarenheter. Tre centrala begrepp inom personcentrerad omvårdnad är patientberättelsen, partnerskapet och dokumentationen. Patientberättelsen formas genom att vårdpersonalen lyssnar på vad patienten berättar om sin sjukdom och livssituation. Vårdgivaren delar med sig av sin kunskap och partnerskapet skapas genom att information utbyts mellan parterna. Utifrån de behov och resurser som identifieras utformas gemensamma mål som dokumenteras och en personlig hälsoplan upprättas (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). I en studie om personcentrerad vård (Ekman et al., 2011) anger vårdpersonal att personcentrerad vård är viktigt, men att de inte alltid har tiden att praktisera den. Det framkommer att patienternas upplevelse av sjukdomen inte dokumenteras, utan vårdpersonalen fokuserar på att dokumentera medicinsk data. Studien föreslår att vårdpersonalen ska skifta fokus från sjukdomen till människan bakom sjukdomen. Enligt en studie av Morgan och Moffatt (2008) ser vårdpersonalen endast såret och inte hela människan. De har också svårt att kommunicera och utveckla ett partnerskap.

### **Patientundervisning**

Patientundervisning är en central del av sjuksköterskans arbete där både patienter och närstående undervisas (Friberg, 2014). Enligt Sjuksköterskans kompetensbeskrivning har sjuksköterskan en pedagogisk roll och ska ha pedagogisk kompetens. Sjuksköterskan ska planera och leda utbildning för patienter, studenter och medarbetare samt utvärdera insatsen (SSF, 2017). Patientundervisningen är en tvåvägskommunikation där sjuksköterskan behöver lyssna och förstå patientens situation. Patienten är expert på sin kropp och situation medan sjuksköterskan har den generella kunskapen om sjukdomen (Friberg, 2014).



Enligt Patientlagen (SFS, 2014:821, kap. 3, 1 §) ska patienten få information om sitt hälsotillstånd, det förväntade vård- och behandlingsförloppet samt metoder för att förebygga sjukdom. Informationen ska anpassas efter patientens förutsättningar i form av exempelvis språklig bakgrund, ålder, mognad och erfarenhet (SFS, 2014:821, kap. 3, 6 §). Enligt Nunstedt, Rudolfsson, Alsén och Pennbrant (2017) behöver sjuksköterskan undersöka patientens egna bild av sjukdomen genom dialog, och därefter ge individanpassad undervisning utifrån patientens förståelse, behov och önskemål. Sjuksköterskan ska även försäkra sig om att patienten har förstått informationens innehåll och betydelse (SFS, 2014:821, kap. 3, 7 §). Patienter som får undervisning i egenvård samt uppföljande samtal utför mer egenvård än patienter som inte får någon uppföljning visar studier (Fan, Siani, Cooper- Brathwaite & Metcalfe, 2014; Lavery et al., 2013).

God undervisning ökar patienternas vilja att genomföra och vara delaktiga i behandlingen (Annells, O'Neill & Flowers, 2008; Latimer et al., 2014). Undervisning är enligt en studie av Lavery et al. (2013) en central komponent för att få patienten att utföra egenvårdsåtgärder. Studier visar att patientundervisning om egenvårdsåtgärder kan leda till minskad risk för recidiv av bensår (Kapp & Miller, 2015; Gonzalez, 2017). För att bli följsam till omvårdnadsåtgärder behöver patienter tidigt undervisas för att få förståelse om varför åtgärderna är nödvändiga, då behöver patienten förstå orsaken till varför såret uppkom. Även närstående behöver få denna information (Lindholm, 2012). Studier har visat att omkring hälften av patienterna har kunskap om den bakomliggande orsaken till sårets uppkomst (Finlayson, Edwards & Courtney, 2010; Heinen et al., 2007).

Patienterna önskar enligt studier (Latimer et al., 2014; Lavery et al., 2013) mer information från sjuksköterskorna om egenvårdsåtgärder i preventivt syfte. Avsaknaden av undervisning i egenvårdssyfte om levnadsvanor är enligt Van Hecke, Grypdonck och Defloor (2009) en av huvudorsakerna till bristande följsamhet vid behandling av svårläkta sår. I en studie av Van Hecke, Grypdonck, Beele et al. (2009) framkommer att endast omkring hälften av sjuksköterskorna undervisade patienten om livsstil och levnadsvanor. Undervisningen om vilken effekt fysisk aktivitet har på sårhäkningsprocessen är otillräcklig och kan vara en motsägelsefull upplevelse enligt Skavberg-Roaldsen et al. (2011).

I en studie av Van Hecke, Grypdonck, Beele et al. (2009) framkommer det att sjuksköterskornas kunskap påverkar patientundervisningen, de med god kunskap om sårvård ger fler livsstilsråd än de som uppger sig ha bristande kunskap. De upplever även att patienterna inte visar intresse för ökad kunskap, och därför är det svårt att bibehålla deras motivation. Sjuksköterskan har ett ansvar att uppdatera sin kunskap och att informera patienten (SSF, 2017). Sjuksköterskan kommer att ställas inför nya utmaningar då information är lättillgänglig för patienten genom internet. Patienter kommer behöva hjälp med att förstå information och troligen vara mer ifrågasättande vilket ställer ännu högre krav på sjuksköterskans kunskap och pedagogiska kompetens i framtiden (Friberg, 2014).

## **Problemformulering**

Av Sveriges befolkning drabbas cirka en procent av svårläkta sår någon gång under sin livstid (Socialstyrelsen, 2009). Sårhäkningsprocessen påverkas av många faktorer (Lindholm, 2012). Enligt SBU (2014) bör sjuksköterskan ha en livsstilsgenomgång tillsammans med patienten för att identifiera eventuella läkningshämmande faktorer. Patienterna ska få information om sitt hälsotillstånd (SFS, 2014:821, kap. 3, 1 §), informationen ska bidra till följsamhet av egenvård. Sjuksköterskan ska utföra personcentrerad omvårdnad.

En del av sjuksköterskans omvårdnadsansvar är patientundervisning (SSF, 2017), och enligt Laverly et al. (2013) en central del för att få patienten att utföra egenvårdsåtgärder. Det är sjuksköterskans professionella ansvar att ge korrekt och tillräcklig information (ICN, 2014), det finns dock brister i sjuksköterskors kunskap och kompetens i patientundervisning vid bensår visar en studie av Van Hecke, Grypdonck, Beele et al. (2009). Med denna utgångspunkt finns intresse att belysa sjuksköterskans upplevelse av hur patientundervisning kan främja egenvård.

## **SYFTE**

Syftet är att belysa sjuksköterskans upplevelse av hur patientundervisning kan främja egenvård hos patienter med svårläkta sår inom slutenvård

## **METOD**

### **Val av Metod**

En kvalitativ intervjustudie med deskriptiv ansats valdes då studien ämnade att ta del av deltagarnas egna upplevelser genom semistrukturerade intervjuer. Kvalitativa studier görs utifrån ett holistiskt perspektiv för att förstå helheten kring en människas upplevelser (Polit & Beck, 2012). Genom intervjuer inhämtas ny kunskap om det fenomen som valts att studeras, Henricson och Billhult (2017) menar att det är en god metod att använda för att beskriva och förstå deltagarnas upplevelser.

### **Urval**

För att kunna belysa området som valts att studeras skulle sex till åtta legitimerade sjuksköterskor inkluderas i intervjustudien. Henricsson och Billhult (2017) menar att färre personer med riklig erfarenhet är att föredra i en kvalitativ studie. Avdelningarna som kontakades valdes utifrån ett icke-slumpmässigt bekvämlighetsurval, där kontakt endast sker med avdelningar där det troligtvis finns potentiella deltagare. Ett icke-slumpmässigt urval är att föredra då deltagarna behöver erfarenhet av fenomenet som studeras (Henricson & Billhult, 2017). Ett bekvämlighetsurval är en tidsbesparande metod då lättillgängliga deltagare kan väljas ut (Kristensson, 2014). Nio verksamhetschefer kontaktades via e-post för att rekrytera potentiella deltagare. Flera sjukhus och avdelningar kontaktades för att få variation och spridning mellan intervjupersonernas upplevelser angående det fenomen som valts att studeras. Målet var att intervjua en till två sjuksköterskor per verksamhet. Kristensson (2014) och Danielson (2017) menar att variation ska eftersträvas då sannolikheten att deltagarna har spridd erfarenhet ökar.

För att delta i studien var inklusionskriterierna: legitimerad sjuksköterska som arbetat >1 år, arbetar inom slutenvård, har erfarenhet av omvårdnad vid svårläkta sår och är verksam i Stockholmsområdet. Exklusionskriterier för deltagande i studien var: nyexaminerade sjuksköterskor som arbetat <1 år, specialistsjuksköterskor och sjuksköterskor verksamma i öppenvård. Nyexaminerade sjuksköterskor uteslöts då det eftersöktes deltagare med erfarenheter av fenomenet som skulle studeras, denna erfarenhet menar Henricson och Billhult (2017) är en förutsättning för att deltagaren ska kunna beskriva sin upplevelse av fenomenet.

### Urvalsgrupp

De intervjuade bestod av åtta legitimerade sjuksköterskor inom slutenvården. Deltagarna var verksamma inom fem olika verksamheter på fyra sjukhus i Storstockholm. De arbetade på avdelningar inom infektion, hematolog, allmängeriatrik och akutgeriatrik. Medelvärde för deras yrkeserfarenhet var 13,5 år då de hade arbetat mellan 1,5 år och 36 år. Deltagarna hade spridd erfarenhet av tidigare omvårdnad av svårläkta sår, de flesta upplevde att de hade mycket erfarenhet och andra liten erfarenhet.

### **Datainsamling**

Datainsamlingen genomfördes utifrån en kvalitativ forskningsansats i form av semistrukturerade intervjuer där öppna frågor användes i intervjuguiden (Bilaga A). Danielson (2017) menar att vid en semistrukturerad intervju går det att anpassa frågornas ordningsföljd efter situationen, vilket möjliggör en interaktion mellan intervjuaren och deltagaren. Öppna frågor används för att svaren ska bli innehållsrika.

### Inhämtande av tillstånd

Initialt kontaktades nio verksamhetschefer inom slutenvården på flertalet sjukhus i Storstockholmsområdet med en intresseförfrågan via e-post. Därefter skickades ett av handledaren godkänt informationsbrev (Bilaga B, Bilaga C) per e-post till de nio verksamhetscheferna med mer information om studien. Fem av de nio verksamhetschefer som kontaktades lämnade sitt skriftliga godkännande (Bilaga D) till att studien kunde genomföras inom verksamheten. Godkännandet skickades tillbaka inscannat via e-post. Ett informationsbrev (Bilaga E) avsett till sjuksköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna bifogades till verksamhetscheferna. De fem verksamhetscheferna förmedlade sedan kontakt till sjuksköterskor som ville delta i studien. I två fall vidareförmedlade verksamhetschefer kontaktuppgifter till enhetschefer som i sin tur förmedlade kontakt till potentiella deltagare. I två fall vidareförmedlade verksamhetscheferna kontaktuppgifter direkt till intervjudeltagarna. I ett fall kontaktades endast verksamhetschefen som i sin tur bestämde tid och plats med intervjudeltagarna. Tid och plats för intervju bokades in via telefon, sms eller e-post.

Ett muntligt samtycke inhämtades vid initial kontakt med alla åtta deltagande sjuksköterskor. Vid intervjutillfället inhämtades också ett skriftligt samtycke (Bilaga F) från sju av åtta deltagare innan intervjun påbörjades. I ett fall skickades blanketten för skriftligt samtycke (Bilaga F) per e-post till deltagaren då det fysiska mötet uteblev. Intervjudeltagaren skrev ut detta, skrev på och skickade tillbaka det via e-post. Vid intervjustudier är det lämpligt att ett skriftligt informerat samtycke inhämtas utöver det muntliga menar Kristensson (2014) för att försäkra deltagarens konfidentialitet.

### Intervjuguide

Inför intervjuerna utformades en intervjuguide (Bilaga A). Den utformades genom att öppna frågor samlades i en lista och delades in i frågeområden där frågorna gick från allmänna till mer specifika. I intervjuguiden inkluderades även eventuella följdfrågor. Detta i enlighet med Polit och Beck (2012) som menar att en intervjuguide ska innehålla öppna frågor i frågeområden samt följdfrågor. Intervjuguiden utformades med studiens syfte i fokus då Kristensson (2014) menar att frågorna ska besvara studiens syfte. De frågeområden som utformades var: bakgrundsfrågor, patientundervisning, sår- och sårbehandlingskunskap och hinder i patientundervisning.

### Pilotintervju

Initialt gjordes en pilotintervju i ett avskilt rum på ett sjukhus i Stockholm, intervjun pågick i cirka 16 minuter. En pilotintervju genomförs enligt Kristensson (2014) för att testa om intervjuguidens (Bilaga A) frågor är adekvata i relation till studiens syfte. Vid intervjun fick deltagaren information om studiens syfte, intervjuarnas rollfördelning och sin möjlighet att avbryta deltagandet i studien, detta då Danielson (2017) menar att det är ett lämpligt sätt att starta en intervju. Pilotintervjun ger möjlighet att testa tidsdispositionen för intervjun och inspelningstekniken (Danielson, 2017). Inspelningsutrustningen, mobiltelefonen, testades med gott resultat. Pilotintervjun gav även intervjuaren möjlighet att träna på att inte låta egen förförståelse för ämnet genomsyra intervjun, för att i senare intervjuer riskera att påverka resultatet (Kristensson, 2014). Då frågorna inte ändrades utan endast omformulerades inkluderades intervjun i studien.

### Intervjuer

Kvalitativa data samlades in via semistrukturerade intervjuer, om 9-40 minuter, under februari månad år 2018 i Storstockholmsområdet. De två intervjuarna deltog i samtliga intervjuer och tydlig information gavs till deltagarna om intervjuarnas rollfördelning, då Danielson (2017) menar att otydlighet kring rollfördelningen kan skapa förvirring och riskera deltagarens medverkan. En intervjuare ställde frågor och den andra intervjuaren förde anteckningar och rollfördelningen byttes vid varje intervju, Danielson (2017) menar att denna form av rollfördelning är användbar när två intervjuare finns. Deltagarna förfrågades om intervjun kunde spelas in då Danielson (2017) menar att deltagarna har rätt att neka inspelning. Alla deltagare godkände att intervjun spelades in. Intervjuarnas mobiltelefoner användes som inspelningsteknik och varje inspelad intervju kodades på mobiltelefonen med ett nummer. För att kunna härleda koden till rätt person skapades en kodlista som förvarades otillgänglig för obehöriga på en låst dator då Danielson (2017) menar att det är så konfidentialitet bevaras.

Vid varje intervju presenterades intervjuarna och muntlig information om studiens syfte lämnades ut. Deltagarna fick muntlig information om att de kunde avbryta deltagande om och när de ville utan vidare förklaring, samt att personlig data hanterades konfidentiellt. Sedan ombads deltagarna lämna ett skriftligt samtycke (Bilaga F) till studien. Enligt World Medical Association [WMA] (2013) skall deltagaren ges adekvat information om studiens syfte, metod och att deltagandet är frivilligt samt annan information som kan vara relevant för att deltagaren ska kunna lämna ett informerat samtycke till deltagande i studien. Alla utom en intervju genomfördes på deltagarnas vårdavdelning under arbetstid i konferensrum eller på expeditioner. Deltagarna fick bestämma plats då Danielson (2017) rekommenderar att det ska bestämmas i samråd med deltagaren. En avskild plats rekommenderas för att undvika störande händelser (Kristensson, 2014), intervjuarna var ändå beredda på att bli avbrutna då Danielson (2017) menar att det finns risk att störningsmoment sker under intervjuerna. De störningsmoment som uppkom under intervjuerna var att privata mobiltelefoner vibrerade och vid ett tillfälle avbröts en intervju tillfälligt av en kollega. Vid ett intervjutillfälle hade intervjutiden missuppfattats mellan deltagare och intervjuare, intervjun kunde ändå genomföras. På grund av sjukdom genomfördes en intervju över telefon, intervjuarna befann sig i en ostörd miljö. Tiden för telefonintervjun bestämdes i samråd med deltagaren och intervjun spelades in med hjälp av mobiltelefon som inspelningsutrustning. Det skriftliga samtycket inhämtades i detta fall genom att deltagaren fick skriva ut samtyckesblanketten (Bilaga F), skriva på, scanna in och skicka tillbaka per e-post till intervjuarna.

## Databearbetning

Intervjuerna har transkriberats av intervjuarna själva eftersom Danielson (2017) menar att förståelsen för den insamlade datan förbättras genom att lyssna och skriva samtidigt. Intervjun transkriberades av den intervjuare som varit mest aktiv i intervjusituationen, vilket betyder att intervjuarna transkriberade fyra intervjuer var.

Transkriberingen skedde genom att det som sades återgavs ordagrant i sin helhet med exempelvis skratt och pauser, detta görs enligt Danielson (2017) för att behålla alla nyanser av intervjun. Texten kodades med fet stil för intervjuare och vanlig stil för deltagare, då Kristensson (2014) menar att det blir lättare att urskilja vem som talade. När transkriberingen var klar lyssnades intervjuerna igenom ytterligare en gång och eventuella fel i texten korrigerades, då Danielson (2017) menar att det är bra att göra då det kan finnas felaktigheter eller fattas innehåll.

## Dataanalys

Datan har analyserats utifrån en kvalitativ innehållsanalys med syftet i åtanke, vilken enligt Kristensson (2014) är en bra metod för att finna mönster i intervjutexterna. De transkriberade intervjutexterna skrevs ut och lästes i sin helhet flertalet gånger av båda intervjuarna för att få en övergripande bild av innehållet. Först gjordes en manifest innehållsanalys av texterna där meningsbärande enheter som svarade på syftet valdes ut och markerades med överstrykningspenna. Enheterna kondenserades genom att de förkortades. Kristensson (2014) menar att en manifest analys är en första tolkning av texten där mönster med likheter och skillnader hittas i texten. Enheterna kodades separat av båda intervjuarna och jämfördes och justerades sedan efter behov. Koden är en kort sammanfattning av en meningsbärande enhet på ett eller ett par ord (Kristensson, 2014). Koderna summerades av båda intervjuarna till övergripande kategorier, en kategori ska enligt Kristensson (2014) sammanfatta innebörden av koderna. Underkategorierna skapades sedan genom att kategorierna utvärderades för att se om vissa kategorier kunde struktureras om till underkategorier. Detta genomfördes genom en latent innehållsanalys av meningsenheterna. En latent innehållsanalys ger en djupare förståelse för innebörden av meningssenheter likheter och skillnader enligt Kristensson (2014). För en tydligare struktur i resultatet ändrades namnen på kategorierna och underkategorierna omstrukturerades. Exempel på analysprocessen presenteras i tabellen (Tabell 1).

**Tabell 1.** Exempel på analysprocessen av de transkriberade intervjutexterna.

Intervju nr	Meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori
Intervju 6	“Ja men tiden nej det har vi väl egentligen inte”	Tid	Planering av tid	Förberedelse inför patientundervisning
Intervju 7	“Aah, som jag sa, ja, vi, jag brukar fråga kollegor eller läkare, men det har hänt att jag har ringt till hudmottagningen och frågat och så.”	Fråga kollegor	Kompetensutveckling	Förberedelse inför patientundervisning
Intervju 3	“hur man ska förklara för patienten på ett sätt så att just den förstår, den specifika individen”	Förklara	Individanpassad information	Genomförande av patientundervisning

## **Forskningsetiska överväganden**

Hänsyn behöver tas till forskningsetiska överväganden för att säkerställa att forskningen har hög kvalitet och skyddar deltagarna (God forskningssed, 2017). För att skydda deltagarna i detta arbete har informerat samtycke (Bilaga F) inhämtats och personuppgifter har avidentifierats för att upprätthålla konfidentialitet. Under arbetets gång har hänsyn tagits till förförståelse, då forskaren enligt Kristensson (2014) kan påverka resultatet vid en intervjustudie med sin förförståelse. I denna studie har källor tydligt redovisats och ingen förvanskning eller fabricering av resultat har skett, då God forskningssed (2017) menar att forskning ska bedrivas utan vetenskaplig oredlighet där materialet förfalskas, plagieras eller förvrängs.

### Informerat samtycke

Vid första kontakten med sjuksköterskorna som skulle delta i studien fick de ett informationsbrev om studien (Bilaga E). På plats vid intervjutillfället fick sjuksköterskorna sedan muntlig information om studien. Kjellström (2015) menar att det är bra om informationen ges både muntligt och skriftligt. Sjuksköterskorna fick även information om att deras deltagande var frivilligt, att de hade möjlighet att avbryta studien och kunde välja att inte svara på frågor, detta i enlighet med vad Helsingforsdeklarationen (WMA, 2013) menar att ett informerat samtycke ska innehålla. Patienterna ska ta del av informationen innan det skriftliga samtycket inhämtas. Sedan inhämtades ett skriftligt informerat samtycke (Bilaga F), enligt Vetenskapsrådet (2017) inhämtas det för att förhindra att patienter skadas eller kränks vid forskning. Deltagaren ska inte känna påtryckning att lämna informerat samtycke och ska inte heller drabbas av negativa följder vid avbrytande av studie (WMA, 2013).

### Konfidentialitet

Konfidentialiteten upprätthölls genom att privat data utslöts så att deltagarna inte kunde identifieras. Intervjuerna kodades med nummer och kodlistan förvarades otillgänglig för obehöriga i ett dokument på en låst dator. I resultatet nämndes intervjupersonerna utifrån det nummer de tilldelats. Detta gjordes för att de uppgifter som insamlats inte skulle kunna spridas och intervjupersonens integritet kunde därför bevaras (God forskningssed, 2017; Kvale & Brinkmann, 2014). Enligt Helsingforsdeklarationen ska deltagarnas personuppgifter och privatliv skyddas för att värna om deras integritet (WMA, 2013). Insamlat material kommer att raderas när studien är klar.

## **RESULTAT**

Resultatet presenteras utifrån syftet som var att belysa sjuksköterskans upplevelse av hur patientundervisningen kan främja egenvård vid svårläkta sår inom slutenvården. Från innehållsanalysen framkom tre kategorier med åtta underkategorier (Tabell 2) som beskrev sjuksköterskornas upplevelser. En sammanfattande tolkning av innebörden i det som sagts i intervjuerna samt illustrerande citat användes för att presentera de kategorier och underkategorier som identifierats.

**Tabell 2.** Framkomna kategorier och underkategorier.

Kategori	Underkategori
Förberedelse inför patientundervisning	Sjuksköterskans kunskap och utbildning Kompetensutveckling Planering av tid
Genomförande av patientundervisning	Individanpassad information Patientens förståelse för egenvård Delaktighet
Uppföljning av patientundervisning	Uppföljning av patientens förståelse Uppföljning via aktivitetsplan

## Förberedelse inför patientundervisning

### Sjuksköterskans kunskap och utbildning

Sjuksköterskorna angav att de fått lite utbildning i sårvård under sin grundutbildning. Flera uppger att de endast hade fått någon enstaka föreläsning om ämnet medan andra inte mindes vilken utbildning som de fått. En av sjuksköterskorna hade fått möjlighet att läsa en valbar kurs i ämnet men hade inte läst den. En önskan om mer utbildning framkom hos flera.

*”Jag upplever absolut att jag skulle vilja ha mer utbildning kring hanteringen av svårläkta sår ././ mer prevention, hur innan det blir ett svårläkt sår. ././ Vad patienten kan göra” (Intervju 7)*

Det framkom att de flesta sjuksköterskor upplevde att de fått lite utbildning i patientundervisning. En av sjuksköterskorna hade läst en kurs i patientundervisning. Utbildning om patientundervisning uppgavs vara en indirekt del av olika kurser under grundutbildning, och även handla om hur egenvården kan främjas.

*”Det var ganska stort fokus på hur man skulle främja egenvård och att patienterna själv skulle klara av och det var liksom lite invävt hela tiden i de största kurserna” (Intervju 3)*

*”Det är sånt man har tagit reda på själv att det är viktigt med att informera patienten ... i och för sig pratas det väldigt mycket om det i kurser man går alltså det är viktigt att man pratar med patienten” (Intervju 6)*

Majoriteten av sjuksköterskorna upplevde att deras kunskap om svårläkta sår är bristfällig. Några upplevde svårläkta sår som något svårt och komplext. Önskemål om mer utbildning för att förbättra kunskapen framkom. De sjuksköterskor som upplevde sin kunskap som god uppgav också att de har ett intresse för sår. En av sjuksköterskorna uttryckte att det är viktigt att det finns intresse och att det upplevs vara roligt för att bli bra på svårläkta sår.

*”Jag tycker det är svårt, alltså svårläkta sår, det är ju något komplext”.*  
(Intervju 4)

*”Jag tycker nog att jag har ganska så bra koll för att jag är så pass intresserad” (Intervju 1)*

### Kompetensutveckling

Det framkom att de flesta av sjuksköterskorna inhämtade sin kunskap om sår via kollegor. De frågade en kollega på avdelningen om hjälp eller konsulterade kollegor på andra avdelningar och specialistmottagningar.

Utöver detta så nämnde de att interna utbildningar i sårvård skedde på arbetsplatsen och att olika företag kom till avdelningen för att berätta om sina produkter. Ett fåtal nämner litteratur och vårdhandboken som en resurs för sårvårdskunskap. En av sjuksköterskorna menade på att kunskapen inhämtas genom en egen fördjupning inom ämnet, och att det inte alltid finns tid för det på arbetet. Denna fördjupning skedde genom att läsa vetenskapliga artiklar.

*”Olika företag som kommer ut, presenterar förband och då har de ju ofta lite utbildning också och vi har haft interna utbildningar i sår här på kliniken och sen lär man mycket av varandra, duktiga undersköterskor som är jätteduktiga på sår som jag har lärt mig mycket av” (Intervju 8)*

*”Jag måste sitta ner hemma och gräva i det här liksom verkligen och ta reda på vad är det som är rätt och riktigt i det här” (Intervju 6)*

Det framkom även att flera ansåg att erfarenhet var en förutsättning för att kunna inhämta kunskap, och att erfarenhet kan samlas genom att lägga om sår och genom att se sår. Flera nämner att de som har mest erfarenhet av sårvård oftast är undersköterskor. Besittandet av kunskap nämns av flera sjuksköterskor som en förutsättning för att kunna förmedla sin kunskap till patienten genom patientundervisning om egenvård.

*”Min kunskap skulle verkligen kunna bli bättre men den blir ju bara bättre om man har erfarenhet och nu är det ju så att det är en undersköterskegrej att de lägger om såren och man är där och kollar” (Intervju 2)*

*”Ja det är klart att har jag ingen kunskap så har jag ju ingenting jag kan förmedla men det är klart att det är viktigt att man har kunskap och man kan ju inte undervisa om man inte har förberett sig och vet vilken typ av sår det är och vad som är gynnsamt för såret” (Intervju 5)*

Det framkom att undervisning av kollegor kunde ske genom att ta med kollegan in till en patient eller att hjälpa kollegor om de har frågor. En av sjuksköterskorna menar på att det går att förmedla sin kunskap till kollegor men att de även behöver ha intresse själva och läsa på ytterligare på egen hand. Flera menar att kunskapen både inhämtas och förmedlas i teamet då vården är ett samarbete.

*”Min erfarenhet är ju jätteviktig, och att jag kan föra mina kunskaper vidare till kollegor och undersköterskor” (Intervju 8)*

### Planering av tid

Flera deltagare menade att patientundervisning är en prioriteringsfråga och att det fanns möjlighet att planera in undervisning vid såromläggningar eller den basala omvårdnaden. Andra sjuksköterskor menade att en förutsättning för att hinna utföra patientundervisning var att det fanns tid till det. De upplevde att de behövde göra andra uppgifter trots att de visste att mer undervisning hade behövts.

*”Alltså man tar sig ju tid om det är viktigt ... ja det är klart att det blir lite sämre om man har mycket att göra, om man blir stressad, men jag försöker ändå att göra nåt” (Intervju 3)*



## Genomförande av patientundervisning

### Individanpassad information

Sjuksköterskorna upplevde att information behöver anpassas till individen för att förbättra förståelsen om vad patienten själv kan göra och varför. De menar att varje patient är unik, därför behöver informationen och informationsnivån anpassas efter individens situation och bakgrund. Informationen bör vara relevant för patienten för att öka chansen att patienten utför egenvård. Sjuksköterskorna upplevde egenvård som något patienten själv utför, eller med stöttning av någon annan, för att främja hälsa eller förebygga sjukdom.

*”Hur man ska förklara för patienten på ett sätt så att just den förstår, alltså den specifika individen” (Intervju 3)*

*”Det kan jag ju bara delge den kunskap jag har fått från den patienten och den har jag ju insamlat, inte själv utan det är ju tillsammans med undersköterskor och läkaren och kanske dietisten” (Intervju 5)*

Sjuksköterskorna upplevde att det är viktigt att patienterna har kunskap och förståelse för vad de själva kan utföra för egenvård men också vad de behöver hjälp med från vårdpersonalen eller anhörig. Sjuksköterskorna uppgav att patienterna behöver ha förståelse för varför egenvården ska utföras, och att det ökar chansen att patienten utför den. Flera sjuksköterskor nämnde att patienterna behöver ha förståelse för att det är flera faktorer som spelar in i sår-läkningen, inte bara den lokala sår-vården.

*”För jag tror att om man inte har den för grundförståelsen då bryr man sig inte så mycket om att göra något åt det. Och sen också vad dom själv kan göra och vad de behöver hjälp med” (Intervju 3)*

### Patientens förståelse för egenvård

Det framkom att sjuksköterskor i studien ansåg att patienternas förståelse kunde öka genom patientundervisning. Förståelsen för hur levnadsvanor påverkar sår-läkningen ansåg sjuksköterskorna vara viktigt för patienterna att veta. Sjuksköterskorna upplevde att patienterna bör ha förståelse om att en god nutrition främjar sår-läkning. Patienterna bör också ha förståelse för faktorer som påverkar cirkulationen och därmed sår-läkningen som fysisk aktivitet och kompression vid venösa sår. De anser att det är viktigt att patienterna kommer upp och rör på sig. Egenvården upplevs gynnas om patienterna har förståelse för hur cirkulationen fungerar, och vad som påverkar den. Ett fåtal av sjuksköterskorna nämnde att patienterna bör ha förståelse för nackdelarna med rökning.

*”Såren läker inte om du inte får i dig tillräcklig med näring” (Intervju 1)*

*”Det är ju det är ju ja att trycka på de här sakerna ... att de ska förstå vikten av att vi håller på att prata om att de ska upp och så här med cirkulation och förbättra sår-läkning, att de äter ordentligt så liksom att visa på att det är många delar som spelar in i sår-läkningen inte bara vad du tvättar med” (Intervju 2)*

Flera sjuksköterskor nämnde att patienterna bör förstå varför det är viktigt med avlastning för att undvika trycksår. Ett fåtal av sjuksköterskorna upplevde att det var viktigt för patienterna att veta etiologin bakom såret.

Majoriteten av sjuksköterskorna upplever att patienterna behöver ha förståelse för den lokala sårvården, exempelvis rengöring, förbandets funktion, omlägningsfrekvens och om tecken på försämring finns. Såromläggning upplevs av flera av sjuksköterskorna som något sjukvården utför och inte patienten själv.

*”De ska veta rengöringen, produkten, de ska veta /... / hur ofta vi behöver lägga om och såhär” (Intervju 6)*

*”Det handlar ju aldrig om att man försöker lära patienten att lägga om sina egna sår” (Intervju 8)*

Sjuksköterskorna menade att de ger patienter information men att vissa är mer mottagliga för informationen än andra. Flera upplevde att patienterna inte alltid förstår den information som ges. Kognitiv svikt hos patienten upplevdes vara ett hinder för patientundervisning då patienten inte kan minnas den information som den fått. Patienten kan inte heller helt ta till sig och förstå informationen. När patienter har kognitiv svikt behöver även de anhöriga undervisas om egenvården, menade flera sjuksköterskor och uppgav att den anhöriga kan vara en resurs då de kan påminna patienten om att utföra egenvård.

*”Väldigt många hos oss är ju kognitivt sviktande så de flesta är har ju svårt att ta emot information” (Intervju 7)*

*”Det behöver vara nån dotter eller son eller make eller en hustru som påminner att vända sig på sidan, lyfta på rumpan, att du måste ta näringsdrycken och håll benet högt” (Intervju 5)*

### Delaktighet

Några av sjuksköterskorna menade att det är viktigt att se hela personen, att lyssna och visa intresse för deras situation för att öka patienternas delaktighet i egenvården. För att öka delaktigheten i egenvården menade de att patienterna behöver information kring egenvårdsåtgärder. Sjuksköterskorna upplevde att patienterna som förstår den information som delges och är delaktiga har bättre följsamhet till egenvården. Några av sjuksköterskorna upplevde att anhöriga bör involveras i egenvården när patienterna har en egenvårdsbrist, de menade att det är bra om flera har fått informationen.

*”Att de är informerade och egenvården gör också att om de får göra det själva att de känner att de har mer kontroll över situationen” (Intervju 4)*

*”Sen kanske att man försöker involvera anhöriga så att de också får information. För då är det ju lättare att i alla fall nån kommer ihåg” (Intervju 7)*

Sjuksköterskor i studien uppgav att de ger information och patienten kan förstå det som sägs, men gör sedan ett val att utföra egenvården eller inte. De upplevde att patienten själv behöver ta ansvar och vara delaktig i den mån det går.

*”Så kan det ju vara så att man förstår men så man struntar i det men då har ju man ju ändå gjort ett val” (Intervju 5)*

## Uppföljning av patientundervisning

### Uppföljning av patientens förståelse

Det framkom att flera av sjuksköterskorna följde upp patientundervisningen på olika sätt. Som exempel menade de att det kan ske genom att patienterna får repetera vad som sagts eller visa upp ett egenvårdsmoment för sjuksköterskan. Det kan också ske genom att sjuksköterskorna pratar generellt med patienten för att få en uppfattning om hur mycket information de tillgodogjort sig. Sjuksköterskorna upplevde att repetition av undervisningen behövs, speciellt för patienter med kognitiv svikt, då mycket av informationen glöms bort av patienterna. Flera sjuksköterskor upplevde att vårdtiden är för kort för att få en bra uppföljning av patienternas egenvård, de upplevde att det framförallt är primärvårdens uppgift.

*”Sen att den själv liksom ska kunna förklara för mig att den har tillgodogjort sig informationen” (Intervju 3)*

*”Vi har ju lite för korta vårdtider för att man ska kunna följa upp, det gör jag men det är inte alltid att de tar till sig allting så att det är ju någonting man måste nöta på och där tror jag hemsjukvården har en viktig uppgift som träffar patienten under längre tid” (Intervju 8)*

Det är viktigt med uppföljning för att försäkra sig om att patienten förstår annars finns en risk att de släpper egenvården till vårdpersonalen menade en av sjuksköterskorna. En annan sjuksköterska upplevde att det är viktigt med kontinuitet i vem som vårdar patienten för att förbättra uppföljningen.

### Uppföljning via aktivitetsplan

Flera av sjuksköterskorna menade att de ger patientundervisning genom att informera om aktivitetsplaner som sedan följs upp. En sjuksköterska nämnde att de är skyldiga att göra riskbedömningar angående risk för undernäring, fall eller trycksår och att informera patienten om detta. En annan sjuksköterska menade att de följer upp genom att påminna patienten om åtgärderna och varför de är viktiga. Några sjuksköterskor talade främst om uppföljning av sår läkningen, vilket de gör genom fotodokumentation och utvärdering av såret vid såromläggningen.

*”Det följs dagligen om jag skriver in en patient så gör jag en aktivitetsplan och sen vad som ska göras varje dag, om det bara är observation, om det är omläggning varje tredje dag... sen följer vi nutrition och det finns speciella näringsdrycker som man ger som bidrar till snabbare sår läkning... det följs sen enligt planen som jag har skrivit” (Intervju 5)*

## DISKUSSION

### Resultatdiskussion

De fyra huvudfynd som framkom var att sjuksköterskorna upplevde brister i deras kunskap och utbildning, att undervisningen behöver individanpassas, att patienternas förståelse var en betydande faktor för utförande av egenvård samt att kognitiv svikt var det största hindret i patientundervisningen.

Ett huvudfynd som framkom var att sjuksköterskorna upplevde sin kunskap och utbildning om svårläkta sår som bristfällig, och att det egna intresset var avgörande för inhämtandet av kunskap. För att kunna ge adekvat undervisning menade flera att de behövde ha kunskap och erfarenhet. Liknande resultat framkom i en studie av Van Hecke, Grypdonck, Beele et al. (2009), den visade att de sjuksköterskor som gav livsstilsråd till patienten var de som ansåg sig ha god kunskap om sår. Vidare framkom det att sjuksköterskorna oftast sökte hjälp hos kollegor, både andra med samma profession men också undersköterskor. Få sjuksköterskor i studien sökte information via litteratur och vetenskapliga skrifter. Enligt SSF (2016) finns det ett gap mellan tillgänglig kunskap och de åtgärder sjukvården utför, och de rekommenderar att sjukvårdspersonal inhämtar ny kunskap genom redan sammanställda översikter av SBU eller Socialstyrelsens riktlinjer. De rekommenderar även att vårdpersonalen tar hjälp av sjukhusbibliotek för att söka artiklar i olika databaser. En av deltagarna i studien nämner att kunskap inhämtas på fritiden. SSF (2016) menar att chefen och arbetsplatsen har en roll att ge stöd och uppmana vårdpersonalen att inhämta ny kunskap och skapa utrymme för detta under arbetstid. I studien nämner flera sjuksköterskor att såransvariga, eller annan person som anses duktig på svårläkta sår, ofta tillkallas när patienter behöver hjälp med sina sår. SSF (2016) nämner att för att kunna ha ett framgångsrikt evidensbaserat arbete behöver det finnas personer som kan ge stöd till sina kollegor, de behöver vara kunniga och ha vetenskaplig kompetens. Samtidigt kan det uppstå problem om inte alla sjuksköterskor uppdaterar sin egen kunskap utan förlitar sig på andras, enligt SSF (2017) har sjuksköterskan ett eget ansvar att uppdatera sina kunskaper så att evidensbaserad omvårdnad bedrivs och är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. När nödvändig kunskap inte finns hos vårdpersonalen på avdelningen uppger sjuksköterskorna i studien att specialistavdelning eller mottagning kontaktas för konsultation. Enligt SSF (2017) har sjuksköterskor ett ansvar att vid behov konsultera annan profession. Sjuksköterskor upplevde också tiden som en hindrande faktor i patientundervisningen medan andra menade att det är en prioriteringsfråga och att det handlar om att ta sig tid till uppgiften. I en studie av Aghakhani, Nia, Ranjbar, Rahbar och Beheshti (2012) framkom det att tidsbrist var den vanligaste orsaken till bristande patientundervisning. Sjuksköterskan har enligt SFF (2017) ett ansvar att undervisa patienter och vid behov närstående, och behöver ta sig tiden till detta samt få möjlighet under arbetsdagen att lösgöra tid till patientundervisning. Att undervisa under omvårdnadsmoment nämnde flera sjuksköterskor som en möjlighet.

Ytterligare ett fynd var att sjuksköterskor upplevde att patientundervisningen behöver vara personcentrerad. Enligt Morgan och Moffatt (2008) upplevde patienterna att personalen endast såg såret och inte de som personer. En majoritet av sjuksköterskorna i vår studie menade att undervisning ska ske utifrån en samlad bild av patienten och dennes behov. För att kunna främja egenvården framkom individanpassad patientundervisning som en strategi. Nunstedt, Rudolfsson, Alsnén och Pennbrant (2017) kom fram till liknande resultat gällande patientundervisning då deras resultat visade att individanpassad undervisning utifrån patientens behov och förståelse var viktig. Sjuksköterskans sex kärnkompetenser beskriver att sjuksköterskan ska förse patienten med undervisning som främjar delaktighet och följsamhet till egenvård (SFF, 2017). Patienten ska få information om åtgärder i förebyggande syfte som är anpassad efter individens förutsättningar (SFS, 2014:821, kap. 3, 1§).

Sjuksköterskornas upplevelse av kognitiv svikt som hinder i patientundervisningen var det tredje huvudfyndet. De upplevde att det var ett hinder då patienterna inte kunde minnas det som sagts i undervisningen. Detta resultat stämmer överens med resultatet som presenteras i en studie av Aghakhani, Nia, Ranjbar, Rahbar och Beheshti (2012) där ett hinder i patientundervisningen var patienternas bristande förmåga att förstå och att lära sig. Sjuksköterskor har även här ett ansvar enligt SSF (2017) att ge patienten information utefter dennes förutsättningar. Respektive verksamhet bör ha utarbetade strategier för att hantera de fall där patienternas förståelse brister på grund av kognitiv svikt, då Patientlagen säger att information ska anpassas efter patientens individuella förutsättningar (SFS, 2014:821, kap. 3, 6 §). Anhöriga bör involveras i dessa fall, samt få både skriftlig och muntlig information, för att underlätta för patienten då Patientlagen säger att informationen ska lämnas till närstående om den inte kan lämnas till patienten, (SFS, 2014:821, kap. 3, 4 §) samt lämnas skriftligen om det behövs (SFS, 2014:821, kap. 3, 7 §). Enligt SSF (2017) har sjuksköterskan ansvar att undervisa och informera både patienten och anhöriga.

Studiens fjärde huvudfynd var att sjuksköterskorna upplevde att patienterna behövde förståelse om egenvårdåtgärderna för att utföra dem. Sjuksköterskor upplevde att patienterna behöver få undervisning om faktorer som påverkar uppkomsten av sår och sårsläkningen, som levnadsvanor, kompression och avlastning. Sjuksköterskorna upplevde att patienterna behöver förstå varför det är viktigt att äta en näringsrik kost för att uppmuntra en god kosthållning. Enligt Lindholm (2012) är näringsrik kost viktig för en optimal sårsläkning och för att minska risken för uppkomsten av nya sår. Resultatet visar att patienterna behöver ha förståelse för faktorer som påverkar cirkulationen såsom fysisk aktivitet och kompression, och hur det påverkar såret, för att kunna främja egenvården. Fysisk aktivitet gynnar blodcirkulationen vilket tillför syre och näring till såret som är nödvändigt för att såret ska läka (Lindholm, 2012). Studier (Finlayson, Edwards & Courtney, 2011; Clarke-Moloney et al., 2014) har visat att följsamhet till kompressionsbehandling minskar risken för recidiverande sår. Ökad följsamhet nås genom undervisningen om egenvårdsåtgärder (Hecke, Grypdonck, Beele, Vanderwee & Defloor, 2011). Endast ett fåtal av sjuksköterskorna nämnde patienternas förståelse om hur rökning påverkar såret. Sjuksköterskor bör fokusera mer på att undervisa patienterna om rökningens nackdelar just på såret för att uppmuntra rökstopp. Enligt Lindholm (2012) påverkar rökning blodcirkulationen negativt, vilket i sin tur är ogynnsamt för sårsläkningen eftersom näring och syre inte kommer ut i vävnaderna.

I resultatet framkom det att majoriteten av sjuksköterskorna upplevde att patienterna bör ha förståelse för den lokala sårvården, men flera sjuksköterskor menar att såromläggningen är en sjukvårdsuppgift. Enligt Orem måste kunskap och syfte om egenvårdsåtgärden inhämtas för att ha möjlighet att utföra den (Hartweg, 1995). Sårvård skulle kunna vara en egenvårdsåtgärd hos de patienter som har förutsättningarna, om vårdpersonalen bedömer att patienten klarar av det, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter där det står att vårdpersonalen behöver bedöma, planera och följa upp egenvården (SOSFS, 2009:6, kap. 2, 1 §). Om patienterna erhåller undervisning i sårvård och dess syfte kan det öka möjligheten att sköta såromläggningarna själva, då Lindholm (2012) menar att för att bli följsam till åtgärder behöver patienten och anhöriga förstå vad de ska göra och varför. Anhöriga skulle kunna hjälpa patienten med omläggning, en studie visade att närstående kan involveras i omvårdnaden för att stimulera patientens egenvårdsförmåga (Bedin, Busanello, Sehnem, da Silva & Poll, 2014).

Det framkom också att uppföljning ibland genomfördes av sjuksköterskorna genom dialog där det stämde av om patienten förstått information, men att de flesta av sjuksköterskorna ansåg att det var för korta vårdtider för att hinna följa upp. De menade att uppföljningen istället föll på distriktssköterskan eller hemtjänsten. Sjuksköterskorna angav att de följde upp genom allmänna aktivitetsplaner och även om många nämnde förståelse som en viktig faktor till utförande av egenvård var det inte många som nämnde hur de följde upp att patienterna har förstått. Andra studier (Fan et al., 2014; Lavery, La Fontaine & Kim, 2013) visar att uppföljande samtal främjar egenvården. Studierna var i dessa fall genomförda med patienter inom öppenvården som fick ingå i olika program. Sjuksköterskor har ett ansvar att följa upp och försäkra sig om att patienten har förstått den information som givits (SFS, 2014:821, kap. 3, 7 §).

## Metoddiskussion

Studien är en intervjustudie och gjordes utifrån en kvalitativ metod vilket enligt Kristensson (2014) är att föredra när människors upplevelser och erfarenheter ska beskrivas. Studien ämnade beskriva sjuksköterskors upplevelser, därför var en kvalitativ metod lämplig. Då deltagarnas upplevelser och erfarenheter utgör resultatet i denna studie och dessa inte går att generalisera hade inte samma resultat kunna påvisats genom en kvantitativ metod (Kristensson, 2014). En litteraturoversikt med kvalitativa studier hade möjligtvis genererat liknande resultat som en intervjustudie, men få studier har hittats som beskriver allmänsjuksköterskors upplevelse av hur patientundervisning kan främja egenvård vid svårläkta sår inom slutenvård. En litteraturoversikt syftar dessutom till att sammanfatta redan publicerade artiklar för att generera en bild av dagens forskningsläge (Rosén, 2017), och inte att djupare beskriva ett fenomen som var syftet med denna studie.

Diskussion har förts gällande förförståelsen inför ämnet som studerats och hur denna förförståelse kan ha påverkat resultatet. Kristensson (2014) menar att forskaren är ett instrument i datainsamling och analys och kan påverka studien genom sin förförståelse. Förförståelse för ämnet svårläkta sår har inhämtas via yrkeserfarenhet och kursen *Behandling och omvårdnad vid svårläkta sår*, som också gav ett ökat intresse. Henricson och Billhult (2017) menar att förförståelsen innefattas av den kunskap och erfarenheter som innehas sedan tidigare. Den kunskap som erhöles från kursen har varit en resurs i studien, då Henricson och Billhult (2017) menar att kunskap behövs när forskningsfrågor och intervjuguiden utformas för att kunna ställa relevanta frågor och veta vad som bör studeras. Inom kvalitativ forskning används trovärdighet som ett begrepp för att bedöma en studies kvalitet. Trovärdighetsbegreppet innehåller fyra begrepp: tillförlitlighet, överförbarhet, giltighet och verifierbarhet (Kristensson, 2014). Under analysprocessen kodades meningsenheterna av oss båda för att sedan jämföras, det görs enligt Kristensson (2014) för att öka tillförlitligheten då det minskade risken att vår förförståelse påverkade analysen. Arbetet har granskats av handledare och handledargrupp, Mårtensson och Fridlund (2017) menar att andra med fördel kan granska både arbetet och analysprocessen för att öka tillförlitligheten. Den egna förförståelsen kan ha påverkat analysen, men för att motverka detta har meningsenheterna lästs flertalet gånger och koder, underkategorier och kategorier har ständigt diskuterats för att försäkra att tolkningen av datamaterialet var korrekt. Eftersom intervjustudien genomfördes under en kort tidsperiod kan meningsenheter ha missats eller feltolkats och därmed påverkat analysen och resultatet.

Danielson (2017) menar att intervjutexterna bör läsas igenom flertalet gånger för ökad förståelse, och att kategoriseringen är en process där justeringar vanligtvis görs flera gånger innan analysen är klar. Resultatet beskrevs tydligt, Mårtensson och Fridlund (2017) menar att det är en förutsättning för att resultatet ska kunna ha giltighet och överföras till andra situationer. Intervjuerna transkriberades ordagrant och resultatet redovisas med citat, vilket förstärker studiens verifierbarhet, då det visar att resultatet baseras på datamaterialet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Intervjuerna följer en intervjuguide (Bilaga A) och tidpunkt för materialinsamling anges, detta då giltighet redovisas på detta sätt enligt Mårtensson och Fridlund (2017).

Den urvalsmetod som användes var bekvämlighetsurval då Kristensson (2014) menar att bekvämlighetsurval är användbart vid kvalitativa studier för att snabbt rekrytera deltagare som är lämpliga för studien. I en kvalitativ intervjustudie behöver inte urvalsgruppen vara representativ för populationen eftersom resultatet inte behöver vara generaliserbart, däremot ska det strävas efter en god variation av deltagarnas upplevelser och erfarenheter (Kristensson, 2014). Studiens inklusionskriterier borde inkludera legitimerade sjuksköterskor verksamma <1 år, samt varit tydligare gällande inklusionskriteriet om deltagarnas erfarenhet av omvårdnad vid svårläkta sår för att även inkludera sjuksköterskor med mindre erfarenhet för att generera större spridning av erfarenhet hos deltagarna. Kristensson (2014) menar att eftersom deltagarna rekryteras från ett sammanhang riskerar variationen av deltagarnas upplevelser att bli mindre med ett bekvämlighetsurval. Några sjuksköterskor avböjde deltagande i studien på grund av liten upplevd erfarenhet av sårvård. Studiens resultat kan ha påverkats av att sjuksköterskor med mindre upplevd erfarenhet valde att inte delta, Henricson och Billhult (2017) menar att en urvalsgrupp bör bestå av deltagare med olika erfarenhet för att få variationsrika berättelser om fenomenet.

Skriftlig information om studien (Bilaga E) lämnades ut vid en initial kontakt med potentiella deltagare, Polit och Beck (2012) menar att deltagarna ska ges tid att läsa på om studien för att lämna ett informerat samtycke. Ett muntligt samtycke inhämtades vid initial kontakt med deltagarna. Muntlig information gavs vid intervjutillfället innan intervjun påbörjades. Det är relevant att även ge muntlig information som komplement till den skriftliga enligt Polit och Beck (2012) då det ger deltagarna möjlighet att ställa frågor om innehållet. Vid sju av intervjuerna inhämtades innan intervjun även ett skriftligt informerat samtycke (Bilaga F) som både deltagare och intervjuare skrev på. En av intervjuerna genomfördes via telefon på grund av sjukdom. Enligt Polit och Beck (2012) kan telefonintervjuer genomföras men intervjuerna bör ha i åtanke att bortfall av det visuella, kroppsspråket, kan påverka hur innehållet tolkas. Det fanns en möjlighet att det kan ha påverkat analysen av datan, men intervjun valdes att inkluderas eftersom den gav relevant data för syftet. Vid telefonintervjun inhämtades det skriftliga samtycket i efterhand eftersom det fysiska mötet uteblev.

En pilotintervju genomfördes för att testa intervjuguidens (Bilaga A) frågor, samt testa inspelningsteknik och tidsåtgång. En omformulering av intervjuguidens frågor gjordes för att förtydliga frågorna, utan att ändra innebörden. Pilotintervjun inkluderades i resultatet eftersom den svarade på syftet, enligt Trost (2010) kan pilotintervjun inkluderas om innehållet svarar på syftet. I studien utfördes endast en pilotintervju, det resulterade i att endast en av intervjuerna fick känna på rollen. För studien och intervjuerna hade det varit mer gynnsamt om två pilotintervjuer hade genomförts då Kristensson (2014) menar att det är bra att öva på intervjurollen och förhållningssättet till egen förförståelse.

Deltagarna fick ta plats under intervjuerna och de lämnades tid att svara utförligt på frågorna som ställdes. Intervjuerna lyssnade aktivt och bekräftade deltagarnas svar genom att exempelvis nicka. Bekräftande av deltagarnas svar som kunde spegla intervjuarnas förförståelse i ämnet undveks, exempelvis spännande eller intressant, då Kristensson (2014) menar att förförståelsen kan påverka datainsamlingen och därmed resultatet. De senare intervjuerna upplevdes mer lättsamma och hade bättre flyt i frågorna. Kristensson (2014) menar att för en bra intervju är det viktigt med ett gott samspel mellan deltagare och intervjuare, detta uppnås lättare genom erfarenhet, aktivt lyssnande och när intervjuerna blir mer bekväma i rollen. Andra centrala komponenter som påverkar samspelet är om deltagaren har tillit till och känner sig bekväm med intervjuaren (Polit & Beck, 2012). För att skapa en behaglig atmosfär småpratades det innan intervjun, Polit och Beck (2012) menar att det kan bidra till att både deltagaren och intervjuerna lättare slappnar av. Intervjuerna undvek att tillsammans placera sig mot deltagaren eftersom det kan påverka tilliten, Polit och Beck (2012) menar det kan upplevas obehagligt då intervjuerna hamnar i maktposition. Inför intervjun informerades deltagaren om intervjuarnas rollfördelning för att undvika förvirring. Två intervjuare kan enligt Danielson (2017) påverka intervjun, därför är det viktigt med tydlig rollfördelning och bemötandet gentemot deltagaren. Under intervjun lyssnade intervjuerna aktivt på deltagaren och visade intresse genom att bekräfta de upplevelser som deltagaren delade med sig. Enligt Polit och Beck (2012) är ett aktivt lyssnande en central del i intervjun för att deltagaren ska känna förtroende till intervjuaren och vilja dela med sig av sina upplevelser.

Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor användes i studien för att erhålla innehållsrika svar. Enligt Kristensson (2014) är semistrukturerade intervjuer en bra intervjumetod att använda för oerfarna intervjuare, och öppna frågor är att föredra för att få uttömmande svar, ledande och värderande frågor ska undvikas. Ett exempel på värderande och ledande fråga är: *Hur viktigt är det att undervisa patienten om fysisk aktivitet?* Som komplement användes följdfrågor, Kristensson (2014) menar att de används för att utveckla deltagarnas svar, och följa upp något som framkommit tidigare i intervjun. Ibland var det svårt att ställa följdfrågor, och ibland fanns det rädsla för att ställa värderande och/eller ledande följdfrågor, det kunde leda till att följdfrågor undveks. Ovanan att intervjuar bidrog också till svårigheter att ställa följdfrågor. Det kan ha påverkat resultatet genom att svaren inte blev lika uttömmande. Varje intervju avslutades med en fråga om deltagaren ville tillägga något som intervjuerna inte frågat, detta görs enligt Polit och Beck (2012) för att inte missa värdefull information. Innan intervjun avslutas bör den sammanfattas för att inte missa väsentlig information och klargöra att ett samförstånd finns mellan deltagare och intervjuare (Kristensson, 2014). Detta är något som inte har tillämpats under intervjuerna men som har diskuterats i efterhand. Det hade varit en bra strategi att använda sig av för att på ett strukturerat sätt avsluta intervjun. En intervju per dag är att föredra för att ha tid till reflektion och göra eventuella justeringar inför nästa (Kristensson, 2014). Vid tre tillfällen genomfördes två intervjuer under samma dag. Däremot genomfördes pilotintervjun två dagar innan nästkommande intervju för att ge tid till eventuella förändringar. Inför intervjuerna testades inspelningstekniken för att försäkra att den fungerade samt för att testa ljudvolymen. Enligt Kristensson (2014) ska datan som samlats in under intervjuerna generera studiens resultat och bör därför spelas in och då behöver tekniken fungera.



## **Slutsats**

Resultatet visar att sjuksköterskorna behöver ha kunskap för att kunna utföra patientundervisning, men att deras utbildning i patientundervisning och sårvård är bristfällig. Sjuksköterskornas samlade upplevelse visar att individanpassad patientundervisning kan främja patienternas egenvård. Egenvårdsutförandet är beroende av att patienterna genom patientundervisning får förståelse om vad de kan göra och varför, för att främja hälsa. Följsamheten till egenvård ökar om den grundförståelsen finns. Uppföljning av patienternas förståelse för egenvårdsåtgärderna är bristfällig. Kognitiv svikt upplevs som det största hindret i patientundervisning då patienten inte kan ta till sig den information som ges. Resultatet indikerar att sjuksköterskeutbildningen behöver förbättras inom både patientundervisning och sårvårdskunskap.

### Fortsatta studier

Vidare vore det intressant att studera hur patienter upplever patientundervisningen om egenvårdsåtgärder vid svårläkta sår och vad de upplever som relevant information i sammanhanget. Det vore intressant att se om sjuksköterskornas och patienternas bild av vad som är relevant att undervisa om stämmer överens. Det vore också av intresse att fortsätta studera hur sjuksköterskorna kan personcentrera patientundervisningen, om det finns några bra strategier eller hjälpmedel att förmedla information genom. Ett exempel vore att studera hur patientundervisning till kognitivt sviktande patienter bäst förmedlas.

### Klinisk tillämpbarhet

Studien belyser vikten av att hålla sig uppdaterad och använda sig av evidensbaserad kunskap i patientundervisningen. Vår förhoppning är att göra verksamhetschefer och sjuksköterskor medvetna om patientundervisningens betydelse för patienternas utförande av egenvård. Det kan vara av intresse för verksamheter som vårdar patienter med svårläkta sår att se över internutbildningar om svårläkta sår och patientundervisning för att bidra till ökad kunskap hos sjuksköterskorna.

## REFERENSER

- Aghakhani, N., Nia, H. S., Ranjbar, H., Rahbar, N., & Beheshti, Z. (2012). Nurses' attitude to patient education barriers in educational hospitals of Urmia University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(1), 12–15. Hämtad från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3590688/>
- Alvarez, O. M., Mertz, P. M., & Eaglestein, W.H. (1983). The effect of occlusive dressings on collagen synthesis and re-epithelialization in superficial wounds. *Journal of Surgical Research*, 35(2), 142-148. doi: 10.1016/0022-4804(83)90136-1
- Annells, M., O'Neill, J., & Flowers, C. (2008). Compression bandaging for venous leg ulcers: the essentialness of a willing patient. *Journal of Clinical Nursing*, 17(3), 350–359. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01996.x
- Bedin, L. F., Busanello, J., Sehnem, G. D., da Silva, F. M., & Poll, M. A. (2014). Strategies to promote self-esteem, autonomy and self-care practices for people with chronic wounds. *Revista Gaucha De Enfermagem*, 35(3), 61–67. doi: 10.1590/1983-1447.2014.03.43581
- Clarke-Moloney, M., Keane, N., O'Connor, V., Ryan, M. A., Meagher, H., Grace, P. A., ... Burke, P. E. (2014). Randomised controlled trial comparing European standard class 1 to class 2 compression stockings for ulcer recurrence and patient compliance. *International Wound Journal*, 11(4), 404–408. doi: 10.1111/j.1742-481X.2012.01108.x
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 163-173). Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Norbergs, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso-och sjukvården. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvården: Från filosofi till praktik* (ss. 69-96). Stockholm: Liber.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Eldh, A-C. (2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2. uppl., ss. 485-501). Lund: Studentlitteratur.
- Fan, L., Sidani, S., Cooper-Brathwaite, A., & Metcalfe, K. (2014). Improving Foot Self-Care Knowledge, Self-Efficacy, and Behaviors in Patients With type 2 Diabetes at Low Risk for Foot Ulceration: A Pilot Study. *Clinical Nursing Research*, 23(6), 627-643. doi: 10.1177/1054773813491282
- Finlayson, K., Edwards, H., & Courtney, M. (2010). The impact of psychosocial factors on adherence to compression therapy to prevent recurrence of venous leg ulcers. *Journal of Clinical Nursing*, 19(9–10), 1289–1297. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03151.x

- Finlayson, K., Edwards, H., & Courtney, M. (2011). Relationships between preventive activities, psychosocial factors and recurrence of venous leg ulcers: a prospective study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(10), 2180–2190. doi: /10.1111/j.1365-2648.2011.05653.x
- Fonseca, C., Lopes, M., Ramos, A., Santos, V., Esquinas, A., & PedroParreira. (2015). Nursing Interventions in Prevention and Healing of Leg Ulcers: Systematic Review of the Literature. *Journal of Palliative Care & Medicine*, 5(6) . doi: 10.4172/2165-7386.1000238
- Friberg, F. (2014). Den patientundervisande uppgiften: att möjliggöra lärande. I E. Dahlborg Lyckhage (Red.), *Att bli sjuksköterska: en introduktion till yrke och ämne* (2. uppl., ss. 169-178). Lund: Studentlitteratur.
- Gonzalez, A. (2017). The Effect of a Patient Education Intervention on Knowledge and Venous Ulcer Recurrence: Results of a Prospective Intervention and Retrospective Analysis. *Ostomy/Wound Management*, 63(6), 16–28. Hämtad från <http://www.o-wm.com/article/effect-patient-education-intervention-knowledge-and-venous-ulcer-recurrence-results>
- Greaves C.J., & Campbell J.L. (2007). Supporting self-care in general practice. *British Journal of General Practice*, 57(543), 814–821. Hämtad från: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2151815/>
- Hartweg, D.L. (1995). *Omvårdnadsteorier IV: Dorothea Orem Teorin om egenvårdsbalans* (K. Larsson Wentz, övers.). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 1993).
- Heinen, M. M., Evers, A. W. M., Van Uden, C. J. T., Van der Vleuten, C. J. M., van de Kerkhof, P. C. M., & Van Achterberg, T. (2007). Sedentary patients with venous or mixed leg ulcers: determinants of physical activity. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 50–57. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04376.x
- Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 130-137). Lund: Studentlitteratur.
- International Council of Nurses. (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Rev.utg.). Hämtad från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)
- Kapp, S., & Miller, C. (2015). The experience of self-management following venous leg ulcer healing. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9–10), 1300–1309. doi: 0.1111/jocn.12730
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Latimer, S., Chaboyer, W., & Gillespie, B. (2014). Patient participation in pressure injury prevention: giving patient's a voice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 648–656. doi: 10.1111/scs.12088

Lavery, L. A., Hunt, N. A., La Fontaine, J., Baxter, C. L., Ndip, A., & Boulton, A. J. M. (2010). Diabetic Foot Prevention: A neglected opportunity in high-risk patients. *Diabetes Care*, 33(7), 1460–1462. doi: 10.2337/dc10-0310

Lavery, L. A., La Fontaine, J., & Kim, P. J. (2013). Preventing the first or recurrent ulcers. *Medical Clinics Of North America*, 97(5), 807-820. doi: 10.1016/j.mcna.2013.05.001

Lernevall, L. S. D., Fogh, K., Nielsen, C. B., Dam, W., & Dreyer, P. S. (2017). Lived experiences of life with a leg ulcer - a life in hell. *EWMA Journal*, 17(1), 15–21. Hämtad från [http://ewma.org/fileadmin/user\\_upload/EWMA.org/EWMA\\_journal\\_archive/Article\\_from\\_Journal\\_220317\\_web-2.pdf](http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA.org/EWMA_journal_archive/Article_from_Journal_220317_web-2.pdf)

Lindholm, C. (2012). *Sår* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur

Lindholm, C. (2016a). Sårbehandling: Behandling och rengöring. I *Vårdhandboken*. Hämtad 12 februari, 2018, från <http://www.varhandboken.se/Texter/Sarbehandling/Behandling-och-rengoring/>

Lindholm, C. (2016b). Sårbehandling: Läkningshämmande faktorer. I *Vårdhandboken*. Hämtad 12 februari, 2018, från <http://www.varhandboken.se/Texter/Sarbehandling/Oversikt/>

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

Moscatti, R., Mayrose, J., Reardon, R., Janicke, D., & Jehle, D. (2007). A multicenter comparison of tap water versus sterile saline for wound irrigation. *Academic Emergency Medicine*, 14(5), 404-409. doi: 10.1197/j.aem.2007.01.007

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 421-436). Lund: Studentlitteratur.

Nunstedt, H., Rudolfsson, G., Alsén, P., & Pennbrant, S. (2017). Strategies for healthcare professionals to facilitate patient illness understanding. *Journal Of Clinical Nursing*, 26(23/24), 4696-4706. doi: 10.1111/jocn.13820

Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby

Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., Assunção Santos Pinto, C., & Ribeiro de Sousa Regadas, S. C. (2014). People dependent in self-care: implications for Nursing. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 25–35. doi: 10.12707/RIII12162

Polit, D. F., & Beck C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 25-40). Lund: Studentlitteratur.

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 375-389). Lund: Studentlitteratur.

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur

Socialstyrelsen. (2009). RiksSår: nationellt kvalitetsregister för svårläkta sår. Hämtad 28 november, 2017, från <http://www.socialstyrelsen.se/register/register-service/nationellakvalitetsregister/rikssar-nationelltkvalitetsregi>

Socialstyrelsen. (u.å). Att arbeta evidensbaserat. Hämtad 29 januari, 2018, från <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/attarbetaevidensbaserat>

SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 29 januari, 2018, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag: Avdelning II: bestämmelser för all hälso- och sjukvård*. Hämtad 29 januari, 2018, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hal-so--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hal-so--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

Skavberg Roaldsen, K., Biguet, G., & Elfving, B. (2011). Physical activity in patients with venous leg ulcer - between engagement and avoidance. A patient perspective. *Clinical Rehabilitation*, 25(3), 275-286. doi: 10.1177/0269215510371424

SOSFS 2009:6. *Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8290/2009-10-6.pdf>

Souliotis, K., Kalemikerakis, I., Saridi, M., Papageorgiou, M., & Kalokerinou, A. (2016). A cost and clinical effectiveness analysis among moist wound healing dressings versus traditional methods in home care patients with pressure ulcers. *Wound Repair & Regeneration*, 24(3), 596-601. doi:10.1111/wrr.12433

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2014). *Svårläkta sår hos äldre: prevention och behandling* (SBU-rapport, 226). Stockholm: SBU

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Evidensbaserad vård och omvårdnad*. Hämtad från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk.sjukskoterskeforening.ssf.om.evidensbasera.var\\_d\\_2016\\_2016\\_webb.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk.sjukskoterskeforening.ssf.om.evidensbasera.var_d_2016_2016_webb.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2011). *Trycksår: åtgärder för att förebygga* [Broschyr]. Hämtad från <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-633-0.pdf?issuusl=ignore>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2017). *Resultat trycksårsmätningar 2017*. Hämtad 9 februari, 2018, från <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoicjZTY5YTZhZDgtMGM3OC00YjkzLWl3NTYtNTE1MDIyNTJkYzA4IiwidCI6IjE5YjJhNjc2LWRINTItNGY0NC1hNjdjLTViNzI4NTA3ZDAxNSIsImMiOj9>

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur

Van Hecke, A., Grypdonck, M., Beele, H., De Bacquer, D., & Defloor, T. (2009). How evidence-based is venous leg ulcer care? A survey in community settings. *Journal Of Advanced Nursing*, 65(2), 337-347. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04871.x

Van Hecke, A., Grypdonck, M., Beele, H., Vanderwee, K., & Defloor, T. (2011). Adherence to leg ulcer lifestyle advice: qualitative and quantitative outcomes associated with a nurse-led intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3-4), 429-443. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03546

Van Hecke, A., Grypdonck, M., & Defloor, T. (2009). A review of why patients with leg ulcers do not adhere to treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 18(3), 337-349. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02575.x

Vetenskapsrådet. (2017). God forskningssed. Hämtad från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

World Medical Association. (2013). WMA declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 26 februari, 2018, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Ylönen, M., Stolt, M., Leino-Kilpi, H., & Suhonen, R. (2013). Nurses' knowledge about venous leg ulcer care: a literature review. *International Nursing Review*, 61(2), 194-202. doi:10.1111/inr.12088

## INTERVJUGUIDE

### **Bakgrundsfrågor -**

Hur länge har du varit verksam som sjuksköterska? Hur länge har du jobbat på nuvarande avdelning?

Beskriv vad du har för tidigare erfarenhet av omvårdnad vid svårläkta sår?

Fick du någon sårutbildning i din grundutbildning, eller har du läst någon extra kurs/utbildning? Om Ja, vilken?

Beskriv vilken utbildning i patientundervisning du fick under din grundutbildning?

### **Patientundervisning -**

Beskriv vad patientundervisning innebär för dig?

Berätta hur patientundervisning kan vara en del av ditt dagliga arbete?

Hur kan patientundervisningen gå till?

Beskriv vad egenvård innebär för dig?

Berätta vad patientundervisningen kan ha för betydelse för patienternas utförande av egenvård?

Hur upplever du att patienterna tar emot den information du delger kring sårvård och egenvård i patientundervisningen?

Hur gör du för att följa upp att din patient tar till sig informationen?

Upplever du att de patienter som förstår informationen också efterföljer den bättre?

Hur upplever du att patientens förståelse kan påverka utförandet av egenvård?

### **Sår- och sårbehandlingskunskap -**

Hur upplever du din kunskap om svårläkta sår och behandling av svårläkta sår?

*Sårtyper*

*Behandlingsprinciper*

*Levnadsvanor - rökning, aktivitet, kost etc.*

Hur gör du om du upplever att din kunskap inte räcker till?

*Litteratur*

*RiksSår*

*Är det okej att be om hjälp?*

Hur håller du dig uppdaterad om aktuell sårvård?

### **Upplever du några hinder i patientundervisning?**

*Tidsaspekt*

*Sjukdomsbild*

*Dokumentation*

*Kunskap*

### **Avslutning -**

Finns det något vi inte frågat om som du känner att du vill ta upp?

### **Hjälppfrågor**

Hur menar du då? Kan du utveckla? Berätta mer!

  
S O P H I A   H E M M E T  
H Ö G S K O L A

Till verksamhetschef  
NN  
XXkliniken, XXsjukhuset

Stockholm 2018-xx-xx

Vi heter Jessica Båth och Anna Roos och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete under vårterminen omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör sjuksköterskans upplevelse av hur patientundervisning kan främja egenvård hos patienter med svårålkta sår inom slutenvård. Mer information om studien finner du i medföljande underlag för godkännande.

Om Du godkänner att studien genomförs vid xx kliniken, är vi tacksamma för Din underskrift för godkännande. Denna kan scannas in och returneras med e-post, eller enligt överenskommelse mellan oss. Vi önskar även uppgifter om vilka vi kan kontakta för planering av intervjuer.

Vid tveksamhet för genomförande av denna studie vid Er klinik är vi tacksamma för besked så snart som möjligt. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänlig hälsning  
Anna Roos & Jessica Båth

Jessica Båth  
070-844 15 97  
[jessica.bath@stud.shh.se](mailto:jessica.bath@stud.shh.se)

Anna Roos  
070-885 37 79  
[anna.roos@stud.shh.se](mailto:anna.roos@stud.shh.se)

Handledare:  
Camilla Tomaszewski  
08- 406 29 24  
[camilla.tomaszewski@shh.se](mailto:camilla.tomaszewski@shh.se)



### **Sammanfattning av arbetet: Sjuksköterskans upplevelse av patientundervisning vid svårläkta sår – en intervjustudie**

I Sverige lever cirka 40 000 personer med bensår. Befolkningen blir allt äldre och med stigande ålder ökar även risken för svårläkta sår. Legitimerade sjuksköterskor har ett professionellt ansvar att ge information och undervisning för att öka patienters möjlighet till egenvård. Studier har visat att sjuksköterskan kan främja egenvård via patientundervisning och vi är nu intresserade av sjuksköterskans upplevelse av detta.

Syftet med studien är att belysa sjuksköterskans upplevelse av hur patientundervisning kan främja egenvård hos patienter med svårläkta sår inom slutenvård. Studien genomförs via intervjuer med öppna frågor som tar 20-30 minuter och deltagaren kommer att intervjuas vid ett tillfälle under februari månad. Studien pågår till och med mars månad.

Målsättningen är att 7-8 sjuksköterskor som varit verksamma som sjuksköterskor i minst ett år ska ingå i studien. Intervjun kommer att genomföras med inspelningsteknik genom mobiltelefon som används som ljudupptagning.

För att kunna genomföra studien önskar vi intervjua legitimerade sjuksköterskor med erfarenhet av svårläkta sår. Medverkan i studien är frivillig och kan när som helst avbrytas under studiens gång utan angiven orsak. Personuppgifter och all insamlad data kommer att behandlas konfidentiellt.

## BILAGA D

### Underlag för godkännande av studie från verksamhetschef/enhetschef

Jag godkänner härmed att Anna Roos och Jessica Båth får utföra studien ”Att belysa sjuksköterskans upplevelse av hur patientundervisning kan främja egenvård hos patienter med svårläkta sår inom slutenvård” på klinik XX sjukhus XX under tidsperioden februari år 2018.

\_\_\_\_\_  
Ort, datum

\_\_\_\_\_  
Namnteckning, Verksamhetschef/enhetschef

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

Verksamhet  
Stockholm, datum

### **Informationsbrev till Dig som deltagande sjuksköterska i studien**

Vi heter Jessica Båth och Anna Roos och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete under vårterminen omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör sjuksköterskans upplevelse av hur patientundervisning kan främja egenvård hos patienter med svårläkta sår inom slutenvård.

I Sverige lever cirka 40 000 personer med bensår. Sjuksköterskan har möjlighet att undervisa patienter med bensår om sårets etiologi, patofysiologi och läkningshämmande faktorer samt sårvård. Studier har visat att sjuksköterskan kan främja egenvård via patientundervisning och nu är vi intresserade av sjuksköterskors upplevelse av detta. Vi är därför intresserade av att intervjua Dig som verksam legitimerad sjuksköterska med erfarenhet av svårläkta sår om Din upplevelse av patientundervisning. För att kunna delta behöver Du ha varit verksam som legitimerad sjuksköterska i minst ett år.

Medverkan i studien är frivillig och kan när som helst avbrytas under studiens gång utan angiven orsak. En semistrukturerad intervju med öppna frågor kommer att genomföras med inspelningsteknik genom mobiltelefon som används som ljudupptagning. Som deltagare genomför Du en intervju på cirka 20–30 minuter vid överenskommen tid och plats. Intervjun kommer att transkriberas och sammanställas. Insamlade data och personuppgifter kommer att behandlas konfidentiellt och du som deltagare kommer inte att kunna identifieras i det resultat som redovisas.

Anmälan sker via e-post till Anna Roos eller Jessica Båth. Ett skriftligt samtycke kommer att lämnas på plats vid intervjutillfället. Har Du ytterligare frågor rörande studien är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänlig hälsning  
Anna Roos & Jessica Båth

Jessica Båth  
070-844 15 97  
[jessica.bath@stud.shh.se](mailto:jessica.bath@stud.shh.se)

Anna Roos  
070-885 37 79  
[anna.roos@stud.shh.se](mailto:anna.roos@stud.shh.se)

Handledare:  
Camilla Tomaszewski  
08- 406 29 24  
[camilla.tomaszewski@shh.se](mailto:camilla.tomaszewski@shh.se)

**Informerat samtycke till sjuksköterska för deltagande i studien ”Att belysa sjuksköterskans upplevelse av hur patientundervisning kan främja egenvård hos patienter med svårläkta sår inom slutenvård.”**

Jag har härmed informerats om studiens syfte och utförande. Jag är införstådd med att min medverkan i studien är frivillig och att jag kan avbryta studien utan att ange orsak. Jag samtycker till deltagande i denna studie vilket innebär att bli intervjuad under ljudinspelning.

---

Ort Datum

---

Underskrift, deltagande

---

Namnförtydligande

---

Underskrift, ansvariga för studien

---

Namnförtydligande