



Läker tiden alla sår?

Sjuksköterskans hinder och möjligheter för att utföra sårvård

**Sofie Gubélius
Frida Johansson**

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Omvårdnad – Vetenskapligt arbete, 15 hp (61-90)
Ht 2011

Sektionen för hälsa och samhälle
Box 823
301 18 Halmstad



Does time heal all wounds?

**The nurse's hindrances and possibilities to perform wound
care**

**Sofie Gubélius
Frida Johansson**

Nursing Programme, 180 credits
Nursing Thesis, 15 credits (61-90)
Autumn 2011

School of Social and Health Sciences
P.O. 823
S- 301 18 Halmstad

Titel	Läker tiden alla sår? Sjuksköterskans hinder och möjligheter för att utföra sårvård
Författare	Sofie Gubélius, Frida Johansson
Sektion	Sektionen för hälsa och samhälle, Högskolan i Halmstad Box 823, 301 18 Halmstad
Handledare	Susann Arvidsson, lektor, fil. doktor
Examinator	Kärstin Bolse, lektor, med. doktor
Tid	Höstterminen 2011
Sidantal	19
Nyckelord	Faktorer, kunskap, känslor, sjuksköterskan, sårvård
Sammanfattning	<p>Sår och sårvård har existerat lika länge som människan levt. För att kunna utföra sårvård som täcker patientens vårdbehov är sjuksköterskan i nuläget dåligt utrustad. Sjuksköterskan har liten kunskap om prevention, bedömning och behandling av sår. Syftet var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskans sårvård. En litteraturstudie utfördes enligt Fribergs modell. Faktorer som påverkade sjuksköterskans sårvård var sjuksköterskans kunskap, upplevelser samt sjuksköterskans samarbete med teamet. Ytterligare faktorer var omvårdnadsdokumentationen, tiden, organisationen och kostnadens inverkan på sjuksköterskans sårvård samt sjuksköterskan i relation till den evidensbaserade sårvården. Studenter i sjuksköterskeutbildning men även färdigutbildade sjuksköterskor behöver mer utbildning om sårvård. Hälso- och sjukvårdsorganisationerna måste bidra med mer personalresurser och tid för att främja en god sårvård. Organisationerna måste bidra med tydliga riktlinjer och se till att sjuksköterskan följer dessa. Det är sjuksköterskans ansvar att följa riktlinjer och söka upp samt ta till sig evidensbaserad kunskap om sårvård. Det krävs mer forskning kring faktorer som påverkar sjuksköterskans sårvård till patienter. Sårvården kan förbättras genom att faktorerna som påverkar sjuksköterskans sårvård uppmärksammas.</p>

Title	Does time heal all wounds? The nurse's hinders and possibilities to perform wound care
Author	Sofie Gubélius, Frida Johansson
Department	School of Social and Health Sciences, Halmstad University P.O. 823, S- 301 18 Halmstad
Supervisor	Susann Arvidsson, lecturer, PhD
Examiner	Kärstin Bolse, lecturer, PhD
Period	Autumn 2011
Pages	19
Key words	Emotions, factors, knowledge, nurse, wound care
Abstract	<p>Wounds and wound care has existed for as long as the human. To be able to provide wound care which covers the patient's care needs the nurses require more knowledge about prevention, assessment and treatment of wounds. The aim was to illuminate factors affecting the nurse's wound care. It was a literature study carried out with Friberg's design. Factors affecting the nurse's wound care were the nurse's knowledge, experience together with the nurse's cooperation with the team. Additional factors were nursing documentation, time, organization and the cost's affection on the nurse's wound care together with the nurse in relation to evidence-based wound care. Nurses and nursing students require more education about wound care. The health care organizations have to contribute with more human recourses and time for a better wound care. The organizations also need to contribute with clear guidelines and verify that the nurse follow these. It is the nurse's responsibility to follow guidelines and to look for and embrace the evidence-based knowledge about wound care. It requires more research about factors that is affecting the nurse's wound care to patients. If factors which affect the nurse's wound care attract attention, the wound care can be improved.</p>

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Ankel-brakial index (ABI)	2
Arteriella fotsår	2
Venösa bensår	2
Diabetesfotsår	3
Trycksår	3
Sjuksköterskans sårvård	3
Syfte	5
Metod	5
Datainsamling.....	5
Databearbetning.....	6
Resultat	7
Sjuksköterskans kunskap om sårvård.....	7
Sjuksköterskans upplevelser av sårvården	9
Sjuksköterskan och teamets samarbete vid sårvård	11
Sjuksköterskans tid till sårvård och omvårdnadsdokumentation	11
Organisationens inverkan på sjuksköterskans sårvård.....	12
Sjuksköterskan i relation till den evidensbaserade sårvården	13
Diskussion	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion.....	15
Konklusion	19
Implikation	19

Referenser

Bilaga A1, A2
Bilaga B1, B2, B3, B4
Bilaga C1, C2, C3, C4

Sökhistorik
Artikelöversikt/forskning med kvalitativ
metod
Artikelöversikt/forskning med kvantitativ
metod

Inledning

Så länge som människan funnits har även sår och sårvård funnits. Hippokrates (460-377 f.Kr.) hade redan under sin tid ett holistiskt synsätt i sårvården. Genom det holistiska synsättet förstod han sambandet mellan sår och andra kroppsliga faktorer. På så vis upptäckte Hippokrates den medicinska orsaken till varför venösa bensår uppstår (Lindholm, 2003). Venösa bensår kan ingå bland de kroniska bensåren. Kroniska bensår anses vara en folksjukdom och ett stort omvårdnadsproblem i dagens samhälle. Det finns idag cirka 50 000 svenskar som lever med kroniska bensår som även kallas svåriläkta eller icke-läkande sår (Järhult & Offenbartl, 2006; Lagerin & Törnkvist, 2009; Region Halland, 2011). Patienter med svåriläkta sår kan lida av dessa i månader, år eller decennier (Lindholm, 2003). Trycksår är också ett utbrett problem då var tionde till femtonde patient på sjukhem eller inom äldreården lider av trycksår (Region Halland, 2011). Sedan Äldrereformen infördes i Sverige år 1993 har ansvaret för äldreården övergått från att vara landstingens till att bli kommunernas ansvar (Lindholm, 2003). Detta har medfört att sjuksköterskornas kompetens och kunskap inom äldreården minskat, på grund av en ökad brist på personal och sårvårdsmaterial. Reformen begränsade då sårvården. Kommunen som är en del av primärården påverkades och resulterade i minskade personalresurser och därmed kunskap men även ekonomin för sårvårdsmaterial minskade (ibid.). Förekomsten av sår ökar med åldern, av patienter med bensår är 75 % äldre än 65 år och vid trycksår är det lika många, det vill säga 75 % är över 70 år (Lagerin & Törnkvist, 2009; Region Halland, 2011; Steiners, 2009). Eftersom sår visar sig vara en ålderssjukdom kommer troligen sårproblematiken att växa då populationen blir allt äldre (ibid.). Även trycksårsproblematiken kommer att öka på grund av att andelen äldre oftast har bakomliggande sjukdomar som kan vara riskfaktorer till att trycksår utvecklas (Lindholm, 2003; Steiners, 2009). De bensår och trycksår det finns vetenskap om behandlas till största del inom primärården. Det största ansvaret att behandla och utföra omvårdnadsåtgärder för patienter med bensår har sjuksköterskan (Lagerin & Törnkvist, 2009; Region Halland, 2011). De sjuksköterskor som jobbar inom primärården har en betydelsefull roll i att ge patienten adekvat utbildning och kunskap om sin sårbehandling (Järhult & Offenbartl, 2006; Lagerin & Törnkvist, 2009). På ett år kan bensår kosta samhället två till tre miljarder kronor. Det finns ingen aktuell beräknad kostnad för hur mycket ett fotsår eller trycksår kan kosta Sverige under ett år (Järhult & Offenbartl, 2006). Kostnaden kan påverkas av vårdkvaliteten som i sin tur kan bero på bristande kunskap och utbildning om sår hos sjuksköterskor, undersköterskor och läkare (Lagerin & Törnkvist, 2009).

Bakgrund

Ett bensår definieras som ett sår lokaliserat nedanför knäet och ovanför foten som inte läkt inom sex veckors tid (Lindholm, 2003). Benämningen svåriläkta sår härstammar från det latinska ordet *ulcus*. Med *ulcus* menas sår som orsakas av en sjukdom, exempelvis diabetes mellitus (Müller, 2010). På engelska översätts *ulcus* till *ulcer* (Lindholm, 2003). Bensår och trycksår är negativt och kostsamt för samhället men även för patienten som får en minskad livskvalitet (Lagerin & Törnkvist, 2009; Region Halland, 2011). Av alla bensår, det vill säga sår ovanför foten, är 70 % venösa. Sår på foten är till 48 % arteriella och 24 % har ett samband till diabetes mellitus. Sår av både arteriell och venös härkomst finns hos var femte patient med sår nedanför knäet.

Personer med diabetes mellitus utgör en fjärdedel av bensårspatienterna (Region Halland, 2011). Av de patienter som lider av trycksår har en fjärdedel diabetes mellitus (Lindholm, 2003).

Ankel-brakial index (ABI)

Ankel-brakial index är ett mått som jämför det arteriella blodtrycket i foten (ankel) med det i armen (brakial) och förkortas ABI. ABI mäts för att få en uppfattning av hur blodcirkulationen är i benet. ABI mäts oftast av sjuksköterskan och bör utföras innan behandling inleds, för att mäta om orsaken är arteriell eller venös (Järhult & Offenbartl, 2006; Lagerin & Törnkvist, 2009). Under behandlingen skall ABI mätas regelbundet och om nytt sår uppstår. Ankel-brakial index räknas ut genom att dividera det systoliska ankeltrycket i mm Hg med det systoliska armtrycket i mm Hg, det värdet som ges representerar blodcirkulationen i benet. Ett normalt värde är 0.9 - 1.3 (Lagerin & Törnkvist, 2009).

Ankel-brakial index räknas ut genom att mäta ankeltrycket och armtrycket var för sig med en blodtrycksmanschett. För att höra pulsen som vid mätning av armtrycket hörs med stetoskop, används en ljudförstärkare en så kallad doppler till foten (Järhult & Offenbartl, 2006). Doppler är en apparat med högtalare som är kopplad till ett pennliknande mikrofoninstrument. Instrumentet riktas mot ett blodkärl på foten och sänder ut samt fångar upp ultraljudssignaler från blodflödet, som hörs genom högtalaren (ibid.).

Arteriella fotsår

Arteriella fotsår diagnostiseras då ABI är under 0.5 och betecknas då som allvarligt nedsatt arteriell blodcirkulation och vid ABI 0.8 kan arteriell orsak misstänkas (Lagerin & Törnkvist, 2009). Vid arteriella sår innebär det att pulsen är svag eller inte går att palpera. Detta på grund av att blodflödet från hjärtat har svårt att nå foten. Arteriella sår orsakas av rökning och/eller diabetes mellitus. Såren är oftast belägna på tårna, fotryggen eller hälen (Järhult & Offenbartl, 2006). Huden kring såret är tunn, rodnande, glansig, kall och med nedsatt hårtillväxt samt kan nekrosor som är gula och/eller svarta ses (Region Halland, 2011). Nekros förklaras av Nationalencyklopedin [NE] (2011a) som död vävnad. Då arteriellt fotsår inte får adekvat behandling kan det i värsta fall leda till amputation.

Venösa bensår

ABI mäts vid misstanke om venösa bensår för att utesluta arteriell orsak till såret (Lagerin & Törnkvist, 2009). Venösa bensår kan uppstå på grund av yttre åverkan i samband med försämrat venöst återflöde eller djup ventrombos (DVT) (Lindholm, 2003). DVT orsakar att klaffarna i venerna förstörs så att återflödet av blod till hjärtat blir hindrat. Detta gör att trycket i de ytliga venerna i benet ökar då det venösa återflödet, det vill säga vätskan i blodet trycks ut ur kärlen och orsakar ödem i omgivande vävnad som gör att cellerna inte får näring och då utvecklas sår. De röda blodkropparna skadas då kapillärerna brister. De brister på grund av det höga trycket i

venerna och orsakar att huden blir brunpigmenterad (Lindholm, 2003). Huden runt omkring såret blir förhårdnad på grund av den nedsatta syretillförseln (Ericson & Ericson, 2008). Huden blir torr och fjällande som orsakar eksem, den blir även ödematös. Venösa bensår är lokaliserade på benet ovanför anklarna och främst på undersidan av benet, ofta i form av en triangel (Ericson & Ericson, 2008; Järhult & Offenbartl, 2006; Region Halland, 2011). Behandlingen bör vara kompression med högt tryck vilket ger ett bättre resultat än kompression med lågt tryck (Lagerin & Törnkvist, 2009). Kompressionstrycket måste individanpassas.

Diabetesfotsår

Då en patient har diabetes mellitus kan ABI-värdet mätas upp till över 1,3 eller 1,4. Detta borde räknas som bra blodflöde, men värdet är falskt positivt då det orsakas av ateroskleros i blodkärlen på grund av grundsjukdomen (Lagerin & Törnkvist, 2009). Ateroskleros är en förtjockning som orsakas av fettilagring i blodkärlens innersta lager och benämns även åderförkalkning (NE, 2011b). Ateroskleros utvecklas snabbare hos patienter med diabetes mellitus. Ett ökat blodtryck orsakas av aterosklerosen och därför blir ankeltrycket högre och då även ABI-värdet (Lindholm, 2003). De aterosklerotiska blodkärlen orsakar nedsatt cirkulation i fötterna som leder till neuropati eller angiopati. Neuropati innebär känselnedsättning i fötter och kan påverka gångstilen. Även svettningar på foten minskar vilket gör huden torr som då kan spricka (Region Halland, 2011). Angiopati innebär att fotens blodcirkulation påverkas på grund av de höga blodsockervärdena och ateroskleros. Det grundläggande är att dessa patienter undersöks av en kärlkirurg för att utesluta att amputation krävs, som annars är vanligt (Lindholm, 2003). Färgen på såret kan vara svart nekrotisk (Region Halland, 2011).

Trycksår

Definitionen för ett trycksår betecknas som en skada i huden, orsakat av tryck under en längre tid, friktion eller förskjutning av huden (Lindholm, 2003). Trycksår benämns även decubitus. De vanligaste områdena på fötterna för trycksår är fotsulan, tårna och hälen. På övriga kroppen är det vanligast på korsbenet, i området kring höften och sittknölnarna. Huden kring såret är oftast väl avgränsad och tjock (Region Halland, 2011). Det finns många riskfaktorer som i kombination med varandra kan orsaka trycksår och några av dessa är: långvarigt sängläge, malnutrition, immobilitet och hög ålder (Lindholm, 2003). Tydliga riktlinjer som beskriver hur en bedömning och behandling går till och vad för material som bör användas skall finnas. Då riktlinjerna följs kontinuerligt kan detta göra att sjuksköterskan i ett tidigt skede kan se riskpatienter och förebygga trycksårsuppkomsten. Den optimala behandlingen vid trycksår beskrivs som tryckavlastning med hjälp av en tryckutjämnande madrass i kombination med lägesändring (Lindholm, 2009).

Sjuksköterskans sårvård

Med sårvård menas den vård som ges till patienter med sår och innefattar prevention, bedömning och behandling. För att förebygga alla sår krävs det att sjuksköterskan har kunskap, engagemang och vilja (Hommel, 2009). Detta betonas av Socialstyrelsens

[SoS] (2005) kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, som menar att kunskap, engagemang och vilja skall finnas i alla omvårdnadsåtgärder. Sårvård innebär att sjuksköterskan skall ha den kunskap som krävs om sår, prevention, bedömning och behandling (Müller, 2010). Sårvård ges inom alla hälso- och sjukvårdsorganisationer. Primärvård kallas all den vård som ges i olika organisationer utanför sjukhus. Inom primärvården behandlas de flesta sår (ibid.). All den vård som ges på sjukhus kallas slutenvård (Lindskog, 2004). Patienter som är i behov av sårvård finns både inom primär- och slutenvården (Müller, 2010). Personalen inom både primär- och slutenvård är styrda av och måste följa lagar för hälso- och sjukvård. I hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 1982:763) står det i § 2a, att vård skall ges så att den uppfyller kraven för god vård, som bland annat skall ges med en god hygien, tillgodose patienternas behov med respekt för patienten och möjliggöra delaktighet. Detta stärks av kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (SoS, 2005) där det står att en sjuksköterska ska ha en helhetssyn i sitt vårdande, som menas att visa respekt och värdighet i den vård som ges. För att kunna ge sårvård krävs kompetens om sår och dess prevention, bedömning, behandling samt omlägningsmaterial (Lindholm, 2003). I HSL står det i § 2e att det skall finnas tillräckligt med lokaler, utrustning och personal för att kunna ge en god vård (SFS 1982:763).

Det är en utmaning för sjuksköterskan att ge sårvård till patienter med svårläkta sår. En sjuksköterska bör ha kunskap om sår läkningen och hur den främjas, samt hur patientens lidande kan lindras med hjälp av omvårdnad (Lindholm, 2003). Patientens lidande kan lindras av att sjuksköterskan har förståelse för och respekterar patienten och dennes situation. Då en patient har ett sår som luktar illa eller ser otrevligt ut skall sjuksköterskan kunna agera professionellt. För en god sårvård krävs att sjuksköterskan får träna på såromläggning för att underhålla sin skicklighet. Vid såromläggningen ges tillfälle för sjuksköterskan att observera patientens hud och sår, men även patientens emotionella tillstånd. För en optimal sårvård behöver sjuksköterskan kunskap om följande: sår läkningens patofysiologi, kroppens anatomi, och lämpliga behandlingsmöjligheter. I sår vården krävs att både patient och sjuksköterska känner ett ansvar för att behandlingen skall lyckas. En stor uppgift som sjuksköterskan har i sår vården är att ge patienten utbildning. Sjuksköterskan kan då ge patienten förståelse för sitt sjukdomstillstånd vilket kan öka motivationen till följsamhet i behandlingen. I sårvård är teamarbete viktigt (ibid.). I teamet ingår sjuksköterska, undersköterska, läkare och eventuella specialister som exempelvis foterapeut. Läkarens ansvar är att diagnostisera patienten (Müller, 2010). Sjuksköterskans skyldighet är att ge patienten sårvård, arbeta för att förebygga sår och kunna välja rätt sårvårdsmaterial. Dessa åtgärder skall dokumenteras i patientens journal. Det är även sjuksköterskans ansvar att se till att patienten får tillräckligt med stöd och är trygg i den vård som ges. En hjälp i sår vården kan vara om en sår sjuksköterska finns tillgänglig. En sår sjuksköterska är en sjuksköterska som har specialkompetens inom sårvård på högskolenivå. År 2008 fanns det elva sår sjuksköterskor i Sverige, dock behövs fler för att kunna täcka det vårdbehov som finns (ibid.). Sår sjuksköterskor i Sverige [SSiS] (u.å.) har som mål att sår vården, som de benämner som sårbehandlingen, ska vara densamma som den evidensbaserade omvårdnaden och följa lagar och författningar. Detta för att patienter med risk för att utveckla sår eller redan befintliga sår ska få en så god vård som möjligt. För att nå en god sårvård krävs att samtliga professioner i teamet samarbetar och tar del av varandras kunskaper (ibid.).

Sjuksköterskan skall även främja kontinuitet i vårdandet (Müller, 2010). Kontinuitet är en förutsättning för bästa möjliga sårvård men som försvåras då patienten vårdas inom slutenvården en kort tid (Lindholm, 2003). Många olika personer i teamet vårdar patienterna vilket gör att behandlingen inte blir kontinuerlig. Att många olika personer vårdar patienten medför att sjuksköterskan får mindre träning i såromläggning och då inte uppdaterar sin kunskap. När sårvården inte är kontinuerlig är dokumentationen central. En sjuksköterska bör skriva omvårdnadsdokumentation och om patienten har ett sår kan dokumentationen kompletteras med en sårjournal (ibid.). I sårjournalen beskrivs vad det är för typ av sår, var på kroppen såret sitter, hur stort såret är och hur omgivande hud ser ut (Müller, 2010). I dagens hälso- och sjukvård är kunskapen om sårvård och samarbetet mellan de olika professionerna bristande (Region Halland, 2011).

Sår anses vara en folksjukdom i Sverige och det är främst äldre personer som drabbas. Många sår är svårläkta och kräver sårvård av sjuksköterskor under flera månader och ibland år. Då sår kan förorsaka patienterna ett stort lidande och försämrad livskvalitet är det mycket viktigt att sårvården som ges är av högsta kvalitet. Det är därför av stor vikt att belysa sjuksköterskans syn på sårvården och vad som påverkar hur sjuksköterskan utför sårvård.

Syfte

Syftet var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskans sårvård till patienter.

Metod

Studien genomfördes som en litteraturstudie i enighet med Fribergs modell vilket innebar att få en överblick av den nuvarande kunskapen om det valda ämnet (Friberg, 2006).

Datainsamling

Inklusionskriterierna för litteraturstudien var att de flesta av artiklarna skulle vara publicerade mellan 2006 och 2011. Det fanns begränsad kunskap om ämnet och inom en radie av fem år erhöles inte tillräckligt med forskning om sårvård. Därför användes artiklar publicerade mellan 2000 och 2011. Det perspektiv som valdes att inkludera var hur sjuksköterskan såg på sårvård, och vad som påverkade den. Exklusionskriterierna var artiklar som handlade om disktriktsjuksköterskor, sår och skador som var orsakade av trauma. Även patientens perspektiv om hur de upplevde sårvården och att leva med sår exkluderades. Patienter i åldersgrupperna barn och ungdomar uteslöts. Utifrån syftet söktes artiklar i databaserna PubMed, Cinahl och Academic Search Elite. PubMed valdes för att den var inriktad på medicin, Cinahl valdes för att det var den största omvårdnadsdatabasen och Academic Search Elite valdes för att få fram artiklar ur ett annat perspektiv, då den var tvärvetenskaplig.

Orden som användes som sökord letades upp i Svensk MeSH och kan ses i bilaga A1 och A2. Till en början användes en systematisk sökningsmodell men detta resulterade i

artiklar som inte ansågs relevanta till syftet. Sökningen utgick från begreppen *wounds*, *ulcer* och *nursing* men resultaten av detta ansågs inte svara till syftet. Därför valdes att söka artiklar osystematiskt på specifika sår exempelvis *pressure ulcer*, *foot ulcer* och *chronic wounds*. De ord som söktes på i Svensk MeSH var sår, och då framkom *ulcer* och *wounds and injuries*. *Ulcers* användes sedan i olika kombinationer som, *Pressure Ulcer* och *Foot ulcers*. *Wounds and injuries* användes ihop med *nursing*, för att få sjuksköterskans perspektiv och *treatment* för att få fram artiklar som berörde behandlingen av sår. Begreppet *wounds* användes självständigt men även som *chronic wounds* för att nå artiklar om kroniska sår. Begreppet *home nursing* valdes då många sår behandlades inom primärvården. Även ordet *nurs** användes för att få fler resultat som var ur sjuksköterskans perspektiv. *Caring* valdes för att resultaten skulle bli omvårdnadsinriktade. Dubbletter fanns men redovisas inte i tabellen.

Nittiotvå abstract lästes och 23 artiklar valdes ut till urval ett. Av dessa 23 artiklarna valdes 16 artiklar till urval två. Enbart sökningar som medförde artiklar till urval två redovisas i tabell 1, sökhistorik. Bland de 16 artiklarna som valdes, var åtta kvalitativa och åtta var kvantitativa. I de kvalitativa studierna varierade analysmetoderna mellan fenomenologisk metod, kvalitativ innehållsanalys och en beskrivande observationsstudie som kan ses i bilaga B1-B4. Bland de kvantitativa studierna var de olika metoderna varierande, som kan ses i bilaga C1-C4. Några exempel av dessa metoder var kohortstudie, studie med tvärsnittsdesign och beskrivande jämförelseanalys. Artiklarna granskades enligt Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2006) kvalitativa och kvantitativa granskningsprotokoll. Artiklarna graderades från grad I till grad III, där grad I innebar högsta vetenskapliga kvalitet med 80-100 % av det som togs upp i granskningsprotokollen. Grad II innebar 70-79 % och grad III var 60-69 %.

Databearbetning

Artiklarna som valdes till urval ett lästes och sammanfattades enligt en mall som utformades. Mallen innehöll titel, årtal, syfte, metod och resultat. Efter detta lästes varje artikel av S.G och F.J som båda förde anteckningar. Anteckningarna diskuterades sedan gemensamt för att nå konsensus om urval två, som tillslut blev 16 artiklar. Dessa 16 artiklar summerades och kan ses i artikelöversikten, bilaga B1-C4. Sedan sammanfattades artiklarna och de delar som svarade mot syftet skrevs ned. Efter urval två kunde fem kategorier urskiljas, dessa var kunskap som märktes med orange färg, sjuksköterskans känslor och teamet samt kommunikation markerades som rosa. Tredje kategorin som framkom var tid och dokumentation, som markerades med gul färg och organisation och kostnad, som markerades med blå. Sista kategorin var evidensbaserad omvårdnad och blev märkt med grön färg. Sammanfattningarna lästes och märktes efter kategorifärg. Under tiden som databearbetningen pågick uppkom idéer om ämnen som behövde förklaras i bakgrund eller diskuteras i diskussionen. Idéerna skrevs ned och användes sedan som stöd för att skriva bakgrund och diskussion. Efter att artiklarna blev indelade i färgkategorier började resultatskrivningen och kategorierna ändrades till sex stycken. Kategorierna blev sex istället för fem beroende på att sjuksköterskans känslor, teamet och kommunikation delades upp i två kategorier.

Resultat

De sex slutgiltiga kategorierna blev sjuksköterskans kunskap om sårvård; sjuksköterskans upplevelser av sårvården; sjuksköterskan och teamets samarbete vid sårvård; sjuksköterskans tid till sårvård och omvårdnadsdokumentation; organisationens inverkan på sjuksköterskans sårvård och sjuksköterskan i relation till den evidensbaserade sårvården. I de sex kategorierna beskrivs olika faktorer som påverkar sjuksköterskans sårvård. I resultatet benämns sjuksköterskan ibland som *hon* och i dessa fall var alla deltagare i den aktuella studien kvinnor.

Sjuksköterskans kunskap om sårvård

Sjuksköterskors kunskap om trycksår och behandling samt i vilken grad kunskapen användes mättes i en studie av Gallant, Morin, St-Germain och Dallaire (2010). Sjuksköterskorna fick genomgå ett test angående kunskapen om trycksår. Kunskapsbristen visades genom att endast 44,4 % av sjuksköterskorna svarade rätt på frågorna och att medelpoängen var 33,98 då högsta poäng var 45. Av de 256 sjuksköterskorna som deltog ansåg sig 148 stycken ha bristfällig kunskap. Sjuksköterskorna som arbetade inom medicin och nefrologi var mer kunniga än de som arbetade inom andra områden, det vill säga att yrkesområdet påverkade kunskapen om sårvård. Det var av stor vikt att sjuksköterskan hade en självinsikt om sig och sin kunskap. I studien nämndes att sjuksköterskor som ansåg sig ha kunskap fick bekräftelse på detta genom testet och som i sin tur överrensstämde med deras självuppskattning (ibid.). I Lindahl, Norberg och Söderbergs (2008) studie beskrev sjuksköterskorna att även om de inte hade erfarenhet och kunskap behövde de utstråla självsäkerhet till patienten. Gallant, et al. (2010) fann att sjuksköterskorna hade kunskap om riskfaktorer som malnutrition, immobilitet och friktion men utförde inga åtgärder mot dessa. Resultatet i en annan studie beskrev att anledningen till detta kunde vara otillräckliga tillvägagångssätt för att bestämma riskfaktorer (Gunningberg, Brudin & Idvall, 2010).

För att sjuksköterskorna skulle kunna ge rätt sårvård behövde de regelbunden och uppdaterad kunskap om sårbehandling och omläggingsmaterial till sår (Wilkes, Boxer & White, 2003). Det framkom i en annan studie att det fanns brist på uppdaterad kunskap gällande behandling och bedömning av trycksår hos sjuksköterskor (Sprakes & Tyrer, 2010). Utbildning ansågs vara den enda utvägen för att minska antalet trycksår. Författarna gav utbildning till fyra sjuksköterskor som resulterade i förbättringar och minskat antal trycksår. De sår som sjuksköterskorna var ansvariga för minskade från 48 till 11 sår. Sjuksköterskorna i studien hade fått ökad kunskap om sårbedömning, prevention och behandling, som resulterade i att de i ett tidigare skede kunde se riskpatienter innan sår uppkom. Sjuksköterskorna blev mer kompetenta och mer självsäkra på att ge evidensbaserad sårvård som ledde till ökad självständighet och trivsel med arbetet (ibid.). I Lindahl, Gilje, Norberg och Söderbergs (2010) studie beskrev personalen inom primär- och slutenvården att de var missnöjda med varandras kunskaper. Sjuksköterskorna inom slutenvården ansåg sig ha mer kunskap angående aktuell sårvård, behandling och material jämfört med primärvårdens sjuksköterskor. Primärvårdens sjuksköterskor tyckte tvärt om (ibid.).

Det var angeläget att sjuksköterskan skulle ha kunskap om att se till helheten, exempelvis kunde ett hinder i vårdandet vara blyghet från patientens sida att visa sina sår. Då behövde sjuksköterskan uppmärksamma och bekräfta patientens blyghet, för att kunna fortsätta vårdandet (Ritchie & Prentice, 2011). Att ta hjälp av andra yrkesgrupper så som specialister kunde ge en bredare kompetens. Specialister, som i detta fall var fotvårdsspecialister, hjälpte sjuksköterskorna med deras frågor som ofta gällde bedömningen av sår och när dessa krävde fortsatt vård, i form av uppföljande sårvårdsbehandling (ibid.). Den största delen av preventionen låg på sjuksköterskans ansvar (Gallant et al., 2010). Stremitzer, Wild och Hoelzenbein (2007) kom fram till att okunskap kunde leda till fel behandling eftersom hälso- och sjukvårdspersonal inte kunde känna igen olika vävnadstyper i såren. De olika vävnadstyperna var avgörande för om patientens behandling var bra eller dålig och borde förändras.

För att behandling skulle vara möjlig krävdes en diagnos, alltså orsaken till varför såret uppstod, så att såret skulle bli behandlat på rätt sätt (Ribu, Haram & Rustøen, 2003). Sjuksköterskorna var ovetande om sina patienters diagnoser. Detta dilemma fann även Lorimer, Harrison, Graham, Friedberg och Davies (2003) i sin studie då orsaken till sårets uppkomst endast var identifierad i 35 av 66 fall. En annan studie visade att ingen kontrollerade pulsen i foten eller mätte ABI med doppler för att ta reda på om såret var venöst eller arteriellt (Hallett, Austin, Caress & Luker, 2000). En patient hade lidit av ett sår i 30 år, på grund av fel diagnos, efter att ABI mättes ändrades behandlingen och såret läkte på sex månader (ibid.). Ribu, et al. (2003) fann att det väsentliga var att patienten fick en korrekt diagnos. Författarna fann även brist på omläggningkunskap, i ett fall hade en sjuksköterska applicerat omläggningsmaterialet upp och ned. Andra sjuksköterskor hade rengjort med bomull, som fastnade i såret. Lorimer, et al. (2003) fann att 80 % av 62 sår rengjordes enligt rekommendationerna som var kranvatten, 20 % rengjordes med andra vätskor som beskrevs hämma läkningen. Ribu, et al. (2003) fann att vätskor som hämmade läkningen kunde vara natriumklorid. Författarna fann även i sin studie att endast 20 % av 31 sjuksköterskor rengjorde sår enligt rekommendationerna som även i detta fall var kranvatten (ibid.).

Om en patient hade ett icke-läkande sår lade sjuksköterskorna skulden på patienterna, att anledningen till det icke-läkande såret var att patienterna inte var följsamma i behandlingen (Morgan & Moffatt, 2008). Då patienterna ansågs som icke följsamma och inte "lydde" behandlingen berodde detta på sjuksköterskans okunskap. Sjuksköterskan hade okunskap angående bandageringen av såret som i vissa fall kunde vara för hård och orsaka smärta. Då ingrep patienterna och tog av bandaget. De patienter som inte var följsamma eller positiva trots att såret inte läkte blev bestraffade. Sjuksköterskorna gav dessa patienter en stämpel att vara svår eller negativ. I de fall då patienterna inte "lydde" behandling men att såret ändå läkte kunde sjuksköterskan acceptera detta då målet var att såret skulle läka (ibid.). Sjuksköterskans ålder, arbetsplats och hur lång arbetslivserfarenhet sjuksköterskan hade påverkade innehållet av livsstilsråden till patienterna (Van Hecke, Grypdonck, Beele, De Bacquer & Defloor, 2009). Inom primärvården ansågs det vara svårt att uppmuntra och få patienterna följsamma, endast hälften av sjuksköterskorna kände sig säkra på att ge patienter egenvårdsutbildning. Sjuksköterskorna behövde övning i att utbilda patienter. Orsaken till lite patientutbildning kunde vara att sjuksköterskor såg det som en del av det vardagliga arbetet och glömde då bort hur stor del av vårdandet patientutbildningen var (ibid.). Svårigheter med sårvård som Pieper, Templin, Dobal och Jacox (2002) fann var att sjuksköterskorna inte hade kunskap om de olika omläggningsmaterialen, då dessa

såg likadana ut men med olika egenskaper. En annan svårighet var att riktlinjerna inte överensstämde mellan arbetsplatsen och tillverkaren. Författarna fann dock att flertalet av sjuksköterskorna ansåg att deras utbildning förberett dem för att kunna utföra sårvård (Piper et al., 2002). En svårighet som beskrevs i en annan studie var att sjuksköterskan inte hade tron på att patienten och anhöriga skulle följa rekommendationerna (Ritchie & Prentice, 2011). Eskilsson och Carlsson (2010) fann i sin studie, för att öka följsamheten påpekade sjuksköterskorna att det var speciellt viktigt att då en behandling avslutades behövde patienten vara delaktig och få kunskap om planeringen av den fortsatta egenvården. Ett exempel på hur detta skulle kunna lösas var att patienten skulle få se en film om fotvård (ibid.). Ett annat alternativ för att öka följsamheten var att sjuksköterskan gav patienten råd om egenvårdsbehandling (Van Hecke et al., 2009).

Den emotionella kontakten med patienterna glömdes oftast bort i sårvården. Sjuksköterskorna hade inte resurser i form av kunskap och tid att möta patienterna som var emotionellt påverkade på grund av sina icke-läkande sår. Sjuksköterskan kände rädsla för att själva bli emotionellt påverkade och må dåligt psykiskt (Morgan & Moffatt, 2008). För att vården skulle vara optimal behövde sjuksköterskan avancerad såväl som grundlig utbildning om sårvård gällande behandling och omläggingsmaterial (Gallant et al., 2010; Lindahl et al., 2010; Pieper et al., 2002). I en studie beskrevs att sjuksköterskorna fick ut mer kunskap av en utbildning som varade 7,5 timme jämfört med om utbildningen enbart varade en timme (Gallant et al., 2010). De som var minst mottagliga att kontinuerlig ta till sig ny utbildning var de sjuksköterskor som hade längst erfarenhet (Ribu et al., 2003). Det var viktigt att sjuksköterskan kunde bedöma om sårvården var främjande eller försummande för såret och om behandlingen borde ändras (Eskilsson & Carlsson, 2010). Sjuksköterskan upplevde många positiva känslor då kunskap erhöles. Sjuksköterskan kände sig mer självsäker och tillfreds med sitt arbete, och med kunskap vågade sjuksköterskan ifrågasätta behandlingar (Hallett et al., 2000; Sprakes & Tyrer, 2010).

Sjuksköterskans upplevelser av sårvården

Det var både en personlig och professionell prövning att bemöta patienter med sår, speciellt då såren luktade illa. Sjuksköterskan var tvungen att bemästra sina egna känslor och hålla ut för patientens skull (Lindahl et al., 2008). Sjuksköterskan upplevde en känsla av illamående och hon kände sig smutsig trots handhygien. Sjuksköterskan upplevde också skam över att inte ha gjort patienten delaktig i planeringen av sårvården. Hon upplevde sig även vara elak över att behöva blotta de sår som patienten försökte dölja. Sjuksköterskan behövde se bortom såret och uppmärksamma vilka känslor patienten och anhöriga upplevde (ibid.). I en annan studie påpekade sjuksköterskorna vikten av att inte visa för patienten hur såret upplevdes lukta, utan istället låtsas som att lukten inte fanns och samtala om andra ämnen så att patienten inte kände sig illa till mods (Wilkes et al., 2003). För att hantera problemet måste sjuksköterskan sätta sina egna känslor åt sidan (Lindahl et al., 2008). Att se situationen ur ett patientperspektiv kunde hjälpa sjuksköterskan att klara av de känslor som uppstod.

Då sjuksköterskorna upplevde rädsla kunde detta vara ett hinder till att ge god sårvård. De var rädda för att möta patientens känslor som kunde vara aggressivitet, rädsla och ledsamhet. Sjuksköterskorna var även rädda för att själva bli involverade och känslomässigt blottade inför patienten (Lindahl et al., 2010). I en annan studie kunde

detta medföra att vissa sjuksköterskor försökte undvika patienterna med illaluktande sår, genom att fokusera på såret och undvika att se hela patienten (Lindahl et al., 2008). Andra sätt att hantera detta var att sjuksköterskorna spenderade kortare tid hos patienterna. Eller att de utförde andra uppgifter, alternativt gav ansvaret till en kollega (ibid.). Då sjuksköterskan inte upplevde sig ge tillräckligt bra vård kunde hon bli avståndstagande till patienterna och i studien beskrevs detta som att sätta upp en mur som blockerade känslorna (Morgan & Moffatt, 2008). Sjuksköterskor upplevde stress när de såg sina kollegor undvika patienterna och deras känslor (Lindahl et al., 2010). Fysisk närhet till patienten kunde hindras av sjuksköterskans oro för egna reaktioner på vätskande och illaluktande sår. Oron kunde bli så påtaglig att ett möte med en patient kunde upplevas som väldigt skrämmande för sjuksköterskan (ibid.). Då sjuksköterskan inte kunde göra patienten gott fick hon samvetsqual (Eskilsson & Carlsson, 2010; Lindahl et al., 2010). Att se patienter lida resulterade i att sjuksköterskan blev illa till mods (Eskilsson & Carlsson, 2010). Sjuksköterskan var även rädd att mista förtroendet från patienten om såret inte läkte (Morgan & Moffatt, 2008). Sjuksköterskan upplevde att det var svårt att vårda patienter i sin egen eller sina föräldrars ålder (Wilkes et al., 2003). Ibland kunde ett sår förekomma på ett privat område på kroppen exempelvis i ljumsken eller på baken, eller att såret både luktade och såg illa ut (Eskilsson & Carlsson, 2010). I dessa fall upplevde sjuksköterskan nervositet över att kunna förmedla ett respektfullt bemötande till patienten (ibid.). En del i sjuksköterskans sårvård var hur hon uttryckte sig gentemot patienten (Lindahl et al., 2010). Vilka delar sjuksköterskan behövde uppmärksamma var vilket tal- och kroppsspråk sjuksköterskan använde sig av samt vilka känslor sjuksköterskan uttryckte till patienten. Det sjuksköterskorna uttryckte uppfattade och tolkade patienten. En sjuksköterska uttryckte sig i Lindahl, et al. (2010, s.785) ”We cannot hide behind a screen, we are here and now”.

Sjuksköterskorna ville uppnå att såret läkte men patienten ville främst nå komfort i sin vardag med såret (Morgan & Moffatt, 2008). Wilkes, et al. (2003) fann att sjuksköterskorna strävade efter att patienten och anhöriga skulle nå komfort då såret var kroniskt samt att sjuksköterskorna såg det positiva i sårvården som gavs. Sjuksköterskan behövde släppa fokus kring läkningen och istället inse att såret var kroniskt för att inte göra sig själv besviken (Van Hecke et al., 2009). Kommunikationen var en stor del i vårdandet, att se till patientens kunskap och att sjuksköterskan inte hade några fördomar om patienten (Morgan & Moffatt, 2008). Förväntningarna som patienten hade på sjuksköterskan och vilka förväntningar de olika professionerna hade på varandra i teamet var något som behövde belysas för att uppnå ett bra samarbete och därmed optimera sårvården.

Hur fruktansvärt eller illaluktande såret än var behövde sårvården ges med ett holistiskt synsätt (Wilkes et al., 2003). Det var betydelsefullt att se hela patienten och dess anhöriga, inte bara såret. En sjuksköterska uttryckte: ”However complex the care, we must not lose sight of the person who is affected” (Wilkes et al., 2003, s.78). För att underlätta mötet kunde sjuksköterskorna försöka få patienten att inte känna sig obekvämt (Eskilsson & Carlsson, 2010). En utgångspunkt för ett respektfullt möte var att se och bekräfta patientens kroppsuttryck och deras mentala tillstånd (ibid.). Morgan och Moffatt (2008) fann att när kommunsjuksköterskan inte klarade av att behandla sina patienters sår skickades patienterna till slutenvården. Sjuksköterskan upplevde detta som ett nederlag och självförtroendet minskade (ibid.). Sårvård ansågs ta lång tid och var ansträngande samt stressande för sjuksköterskan, vilket kunde leda till att arbetsuppgifterna blev slarvigt utförda (Eskilsson & Carlsson, 2010). Relationen

sjuksköterskan hade med patienten innebar indirekt en relation med anhöriga för att ge dem utbildning och stöd om sårvård (Wilkes et al., 2003). För att sjuksköterskan skulle kunna hantera svåra känslor som uppstod i vårdandet av patienter med sår, visade det sig vara värdefullt för sjuksköterskan att kunna återge sina känslor till kollegorna (Eskilsson & Carlsson, 2010). Sjuksköterskorna i Lindahls, et al. (2008) studie uttryckte att vid avslutad arbetsdag kunna lämna över ansvaret till annan personal och inte ta med sig arbetet hem var viktigt för att kunna behålla sina känslor i schack. Det vill säga att känslorna som uppstod i arbetet inte skulle påverka sjuksköterskans vardagliga liv.

Sjuksköterskan och teamets samarbete vid sårvård

Teamet innebar de personer som var involverade i sårvården, dessa kunde vara sjuksköterskor, läkare, undersköterskor och personer med specialistkompetens inom sår. Det var betydelsefullt att alla i teamet, inte bara sjuksköterskan hade ett holistiskt synsätt och fick patienter med sår delaktiga i vårdandet (Ritchie & Prentice, 2011; Sprakes & Tyrer, 2010). Alla i vårdteamet upplevde maktlöshet i behandlingen av icke-läkande sår (Lindahl et al., 2010). För att kunna ge en god behandling var samtliga i teamet tvungna att vara insatta i sårläkningen, och vara medvetna om att det kunde vara påfrestande för patienten. Sjuksköterskorna i studien upplevde en avsaknad av kommunikation med utbyte av kunskap mellan kollegorna i teamet (ibid.). För att teamet skulle kunna utvecklas och bedriva en god sårvård krävdes att en fotvårdsspecialist ingick i teamet (Ritchie & Prentice, 2011). Författarna fann att läkarna var de som var sämst på att följa nyinsatta riktlinjer och sågs som ett hinder för teamet (ibid.). Det var brist från läkarnas sida att diagnostisera patienter med sår, men samtidigt sjuksköterskornas uppgift att ta reda på vilket sorts sår som de behandlade (Ribu et al., 2003). Sjuksköterskan uttryckte behov av stöd, men läkaren beskrevs som ointresserad och inte samarbetsvillig gentemot sjuksköterskan gällande patienter med icke-läkande sår (Eskilsson & Carlsson, 2010). Det ledde till att ansvaret för såret som läkaren i samarbete med sjuksköterskan hade, försköts till att enbart bli sjuksköterskans ansvar.

Sjuksköterskans tid till sårvård och

omvårdnadsdokumentation

Sårvård var väldigt tidskrävande för sjuksköterskor (Eskilsson & Carlsson, 2010; Wilkes et al., 2003). Sjuksköterskorna upplevde att de inte fick tillräckligt med tid att förbereda sig inför mötet med patienten, därmed kände sjuksköterskorna att de inte kunde göra gott (Lindahl et al., 2010). I sin tur ledde det till att patienterna fick en längre vårdtid som innebar ökat lidande. Begränsad tid för sårvård orsakade att relationsskapandet och förtroendet mellan sjuksköterskan och patienten inte kunde utvecklas. När förtroendet och tryggheten inte kunde skapas måste sjuksköterskan dåligt då hon var medveten om sitt tunnelseende och icke-holistiska synsätt, men hade inte tid att göra något åt detta (Lindahl et al., 2010). Det saknades tid för sjuksköterskorna att utöva omvårdnadsåtgärder och det fanns ingen tid till reflektion för att utveckla och förbättra sårvården (Gunningberg et al., 2010). Eskilsson och Carlsson (2010) fann i sin studie att sjuksköterskan kunde förklara för patienten hur lång tid som var avsatt för besöket så att patienten inte upplevde sjuksköterskan som otillräcklig. Ett

annat alternativ för att lösa problemet var att ge patienten möjlighet att nå sjuksköterskan per telefon. Pieper, et al. (2002) fann att då sjuksköterskan fick mer tid blev sårvården bättre. Vidare beskrevs det i studien att tiden hos patienter med icke-läkande sår endast var tre minuter längre än hos andra patienter med mindre komplicerade sår (ibid.). I de organisationer som börjat med riktlinjer framkom det att tidsbrist gav upphov till svårigheter för personalen att följa riktlinjerna (Ritchie & Prentice, 2011). Trots tidsbrist behövde sjuksköterskan finnas till för patienten för att ett respektfullt och ömsesidigt förtroende skulle skapas (Eskilsson & Carlsson, 2010).

Inte bara tiden utan även omvårdnadsdokumentationen var bristfällig och ostrukturerad som ledde till att varje moment var tidskrävande. Exempelvis behövde sjuksköterskor ibland söka upp kollegor inom primär- och slutenvården för att få fram adekvat information om patientens sårvård (Lindahl et al., 2010). I Stremitzers, et al. (2007) studie uppmärksammades att de som var bäst på sårvårdsdokumentation var sjuksköterskor framför läkare. Anledningen till ojämlikheten var att läkarna ofta delegerade arbetet till sjuksköterskorna (ibid.). Resultat från en annan studie visade att den behandling som läkarna ordinerade utfördes inte av sjuksköterskorna och den omvårdnadsdokumentationen som sjuksköterskorna förde stämde inte överens med den vården de gav (Pieper et al., 2002). Det behövde skapas rutiner och tid kring dokumenteringen (Ribu et al., 2003). I en annan studie nämndes stora brister i dokumentationen (Lorimer et al., 2003). Det angavs inte anledningen till varför patienten brukade smärtstillande opioider och det fanns inte någon dokumentation om tecken på infektion i journalerna, trots att antibiotika gavs till två tredjedelar av patienterna. De värsta bristerna låg i dokumentationen av patientutbildning, som var i princip obefintlig (ibid.). Morgan och Moffatt (2008) fann att inom hemsjukvården fick patienter ofta en stämpel om de var avvikande i sitt beteende och det kunde ses i sjuksköterskornas omvårdnadsdokumentation.

Organisationens inverkan på sjuksköterskans sårvård

Med ordet organisation menades ledning för primär- eller slutenvård. Kraven på kostnadseffektivitet och patienternas förväntade resultat ökade sjuksköterskornas stress då de hela tiden var tvungna att ha detta i åtanke i sina beslut och handlingar (Lindahl et al., 2010; Wilkes et al., 2003). Organisationerna för primär- och slutenvården uppfattades vara mer fokuserade på att hålla sin budget än att erbjuda vård av hög kvalitet (Lindahl et al., 2010). Kostnaden för att behandla sår som exempelvis trycksår var stora, dessutom ökade kostnaden för såren beroende på vilken svårighetsgrad de hade (Sprakes & Tyrer, 2010). Den största kostnaden var för tiden som sjuksköterskan behövde till sårvården. Sjuksköterskorna upplevde att resursfördelningen inom vårdhemsorganisationen inte var korrekt vilket cheferna behövde uppmärksamma så förbättring kunde ske (ibid.). Enigheten mellan de olika professionerna som sjuksköterskor och läkare samt kontinuiteten i sårbehandlingarna var i behov av att ses över vilket var organisationernas ansvar (Lindahl et al., 2010). När patienter skulle skickas från slutenvård till primärvård upplevde sjuksköterskor oro över bristande kompetens och tid i primärvården och hur resultatet av sårsläkningen då skulle bli för patienterna. Patienter som fått hemsjukvård och sedan kom tillbaka till sjukhuset för såromläggning, upplevdes av sjuksköterskorna vara försämrade. Sjuksköterskorna ansåg för att kunna minska risken för sår försämringar hos patienterna var cheferna inom

organisationen tvungna att lyssna på deras åsikter så att förbättringar kunde ske (Lindahl et al., 2010).

Då sårvården gavs av flera olika sjuksköterskor, tolkades läkarens ordinationer på olika sätt och patienten fick inte konsekvent vård (Pieper et al., 2002). För en fungerande sårvård var det av stor betydelse med kontinuitet i sårvården. Författarna fann att om det var samma sjuksköterska var vården mer konsekvent. Vid kontinuerlig vård blev såromläggningen densamma vid varje tillfälle, vilket främjade läkningen, minskade infektionsrisken, smärtan och kostnaden, samt att patienten kände sig tillfreds med vården. Organisationen för hemsjukvården behövde stötta sjuksköterskan så att sårbedömning utfördes och behandlingsplanen följdes kontinuerligt. De flesta organisationer inom hemsjukvården hade inte riktlinjer för strategier kring sårvård (ibid.). Lorimer, et al. (2003) fann en brist inom primärvårdsorganisationen, att det var läkarnas ansvarsområde att mäta ABI, men de inte hade tid till detta. Sjuksköterskorna hade inte utbildning i att mäta ABI, trots att de var en grundläggande del i sårbehandlingen. I länder som Belgien fick sjuksköterskorna inte mäta ABI (Van Hecke et al., 2009). Lorimer, et al. (2003) fann även under en nio månadersperiod att patienter besöktes av 4-45 olika sjuksköterskor. Ingen av dessa sjuksköterskor tog ansvar för patienten, dokumentationen eller gav en konsekvent vård.

Ett annat hinder för sjuksköterskans sårvård kunde vara en begränsad budget från organisationen angående omläggingsmaterial och utrustning som exempelvis sax och mjukgörande hudvårdsprodukter (Pieper et al., 2002; Ribu et al., 2003). Med för lite och oerfaren personal var det en utmaning att genomföra god sårvård (Ritchie & Prentice, 2011). Om sjuksköterskan inte vågade uppmana patienten till egenvård kunde detta leda till ytterligare vårdkostnader. Otydligheter i dokumentationen av sår medförde att patienten inte fick sin grundläggande och uppföljande sårvård. På grund av att patienten inte fick den vård som behövdes, blev vårdtiden längre och det medförde en ökad kostnad (Ritchie & Prentice, 2011). Det fanns en stor brist på dokumenterade diagnoser av såren, vilket försvårade möjligheten att ge rätt sårvård (Ribu et al., 2003). En adekvat del av sjuksköterskans arbetsuppgifter var att utvärdera sårets läkning för mer kostnadseffektiv och lämplig sårvård (Pieper et al., 2002). Eskilsson och Carlsson (2010) fann att sjuksköterskorna inte var nöjda med den vård som de gav, anledningen var att patientantalet var för stort och varje patient krävde mer vård än sjuksköterskan kunde ge (Eskilsson & Carlsson, 2010). Tydliga riktlinjer från organisationen var ett måste för korrekt sårbedömning och behandling (Gallant et al., 2010; Ribu et al., 2003; Stremitzer et al., 2007). Det väsentliga som framkom var att organisationen måste hjälpa sjuksköterskorna och teamet genom att utöka personalstyrkan och ge ekonomiskt stöd för sårvård med de resurser som fanns (Ritchie & Prentice, 2011).

Sjuksköterskan i relation till den evidensbaserade sårvården

Den evidensbaserade sårvården benämns även som evidensbaserad omvårdnad. Med detta menades evidensbaserad omvårdnad vid sår. Det fanns oändligt mycket evidens kring sårvård att ta till sig, ändock var sjuksköterskor dåliga på att göra detta trots att det var deras skyldighet (Gallant et al., 2010; Ritchie & Prentice, 2011). Evidensbaserad omvårdnad i samband med sår var något som diskuterades inom hälso- och sjukvården världen över (Gunningberg et al., 2010). Cheferna för sjuksköterskor prioriterade och utbildade inte sin personal till att utveckla sitt vårdande av sår, dessutom var

sjuksköterskorna negativa till förändring. En annan anledning till att vårdandet inte utvecklades kunde vara tidsbrist. Cheferna för sjuksköterskor tog inte själva till sig evidensbaserad kunskap i form av exempelvis artiklar. Inte bara cheferna utan hela slutenvårdsorganisationen var bristande i att ta till sig ny forskning och utveckling (Gunningberg et al., 2010).

Ett hinder för sjuksköterskans evidensbaserade omvårdnad vid sår kunde vara organisationen. Då organisationen för primärvård inte fastställde vilken sårvård som var evidensbaserad blev läkarna och sjuksköterskorna oeniga. Detta ledde till att professionerna gav olika budskap till patienten, vilket resulterade i att patienten inte kunde utföra sin egenvård korrekt (Van Hecke et al., 2009). Var sjätte organisation inom primärvården uppdaterade sina riktlinjer sällan, en del hade riktlinjer som var sex år gamla och andra hade inga alls (Chaves, Grypdonck & Defloor, 2010). Trots evidens för vissa behandlingar fick inte alla patienter den evidensbaserade sårvården (Van Hecke et al., 2009). Vid venösa bensår var det 58,7 % av 435 patienter som fick den adekvata behandlingen. Det var på kommunsjuksköterskans ansvar att se till att sårvården som gavs var evidensbaserad (ibid.). Då sjuksköterskan tog flera stora beslut kring omvårdnadsåtgärder vid sårvård var det betydelsefullt att riktlinjerna var evidensbaserade utifrån senaste forskningen och nationella riktlinjer (Chaves et al., 2010). Då riktlinjerna var evidensbaserade kunde sår förebyggas och patientens lidande minska.

Diskussion

Metoddiskussion

En styrka i studien var att artiklarna var jämt fördelade mellan andelen kvalitativa och kvantitativa. Detta för att de kvalitativa studierna framhåller sjuksköterskans perspektiv på sårvården och de kvantitativa gav tydliga statistiska resultat på sårvård. De valda artiklarna var publicerade mellan år 2000 och 2011. Detta kan ses som en svaghet att forskningen inte var aktuell med dagens sårvård. Fem av artiklarna var äldre än fem år men ansågs trots detta bidra till relevant material som svarade till syftet. Anledningen till att dessa artiklar valdes var att det fanns lite forskning som fokuserade på vad som påverkade sjuksköterskans sårvård. En styrka i studien är att artiklarna som använts är ifrån flera olika länder: Sverige, England, Kanada, USA, Österrike, Belgien, Norge, Nederländerna och Australien. Det var en styrka för att resultatet i artiklarna var liknande trots variationen av länder. Dock kan begreppet organisation definieras och se olika ut i dessa länder med hänsyn till hur deras hälso- och sjukvårdssystem är uppbyggt. I resultatet delades organisation in i två grupper. Den ena gruppen var primärvård, där de artiklar som handlade om vård utanför sjukhuset ingick. Däribland fanns vårdcentraler, hemsjukvård och vård från kommunsjuksköterskor. Den andra gruppen var slutenvård och där ingick all vård som gavs på sjukhus. Även om organisationen kan se annorlunda ut ansågs det vara en styrka att flertalet länder var europeiska.

De sökord som valdes utgick från MeSH-termer och de andra sökorden lades till för att få ett bredare sökresultat, som berörde sårvård och olika typer av sår. En svaghet kan vara att syftet tog tid att formulera och ändrades ett flertal gånger. Detta medförde att

alla sökord som användes inte stämde in på syftet. Dock har syftet hela tiden haft samma mål, att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskans sårvård till patienter. De artiklar som valdes till resultatet fanns i databaserna PubMed, Cinahl eller Academic Search Elite. Utöver dessa har sökorden använts i andra databaser så som SveMed+, Cochrane Library och Journals of The American Medical Association, men gav inga relevanta artiklar.

Vid databearbetningen utformades en mall för att få en översikt på vad artiklarna handlade om och om det var relevant i förhållande till syftet. Det kan ses som en styrka att varje artikel sammanfattades, lästes noggrant och diskuterades av både S.G och F.J för att ur bådas perspektiv få med alla viktiga detaljer. Färgmarkering av de olika kategorierna ses som en styrka i litteraturstudien då arbetet blev strukturerat och konsekvent. Till en början fanns fem kategorier och dessa var: kunskap; känslor/kommunikation/teamet; organisation/kostnad/kontinuitet i sårvård; tid/dokumentation och evidensbaserad omvårdnad vid sår. Efter att faktorerna inom de olika kategorierna analyserats noggrannare framkom de sex slutgiltiga rubrikerna i resultatet. Den största förändringen var att sjuksköterskans känslor/kommunikation/teamet delades upp i två kategorier. Detta för att sjuksköterskans känslor var en ansevärd faktor som påverkade sjuksköterskans sårvård till patienter. I resultatet benämns sjuksköterskans känslor som upplevelser av sårvården, och sjuksköterskan och teamets samarbete vid sårvård. Den dåvarande kategorin som kallades organisation/kostnad/kontinuitet ändrades till organisationens inverkan på sjuksköterskans sårvård. Begreppen kostnad och kontinuitet avlägsnades från rubriken då den ansågs vara självklar att ingå i organisationen. Kategorin evidensbaserad omvårdnad vid sår analyserades och då framkom att omvårdnad vid sår syftade till sårvård. Därför benämns rubriken i resultatet som sjuksköterskan i relation till den evidensbaserade sårvården.

Resultatdiskussion

Tolv av de 16 resultatartiklarna blev bedömda till vetenskaplig grad I, se bilaga B1-C4. En artikel fick bedömningen grad II, vilket berodde på att författarna inte hade nämnt om deltagarna var män eller kvinnor eller vilken ålder de hade. Detta bedömdes dock inte vara betydelsefullt då det inte verkade påverka resultatet. Tre av resultatartiklarna uppnådde endast grad III vilket kan ses som en svaghet. Dock var två av dessa svaga i sin kvantitativa metod och ansågs vid en första anblick vara av kvalitativ grad I, därför fick dessa artiklar låga poäng när de granskades med kvantitativt granskningsprotokoll. Den tredje artikeln som endast uppnådde grad III hade författarna inte beskrivit ålder och kön på deltagarna, exklusionskriterier, bortfall eller etik. Det enda som ansågs påverka den tredje artikelns tillförlitlighet var att etiken inte nämndes i artikeln, de andra delarna ansågs inte påverka studiens reliabilitet. I de få artiklar där kön nämns var majoriteten av deltagarna kvinnor, men detta kunde varken ses som en svaghet eller styrka då det inte kunde jämföras med andra resultatartiklar.

I de valda artiklarna beskrevs främst vilken profession deltagarna tillhörde, det vill säga att de var sjuksköterskor och hur lång arbetserfarenhet de hade. I få av studierna redovisades om deltagarna var män eller kvinnor. Då kön redovisades var majoriteten av sjuksköterskorna kvinnor vilket inte sågs som en svaghet utan endast speglade att sjuksköterskeyrket är kvinnodominerat. Enligt Dufwa (2006) har sjuksköterskeyrket

historiskt sett alltid varit ett yrke som kvinnor utövat, för att det har ett samband med feministiska egenskaper (Dufwa, 2006). Därför kan den nuvarande hälso- och sjukvården än idag präglas av detta. I all vård såväl som i sårvården borde könet på sjuksköterskan inte påverka vårdkvaliteten.

Kunskap var något som visade sig bristande inom många områden som prevention, bedömning och behandling. Gallant, et al. (2010) fann i sin studie med 256 sjuksköterskor att 148 av dessa ansåg sig ha otillräcklig kunskap om sårvård. Detta är nästan 58 % vilket är en skrämmande siffra då det i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (SoS, 2005) står skrivet att en sjuksköterska ska ha kunskap och färdigheter om metoder samt kunna utföra dessa. Dessutom ska sjuksköterskan hålla sig uppdaterad om beprövad erfarenhet och forskning (ibid.). Bristande kunskap fann även Ribu, et al. (2003) då en sjuksköterska hade satt omläggingsmaterialet upp och ned. Däremot fann Pieper, et al. (2002) i sin studie att sjuksköterskor ansåg att de var förberedda genom sin utbildning att genomföra sårvård. Detta kan tolkas som att en sjuksköterska kan anse sig ha kunskap om sårvård men i verkligheten finns det brister i sårvården som ges. Det är ingen annan än sjuksköterskans fel att kunskapen inte är uppdaterad. Dock borde cheferna för sjuksköterskor främja och stötta sjuksköterskor till att inta mer kunskap, till exempel genom att på arbetstid erbjuda utbildning.

Lorimer, et al. (2003) fann att 80 % av de 62 sår som observerades rengjordes med kranvatten enligt rekommendationerna. De resterande 20 % rengjordes med vätskor som ansågs hämma läkningen. Ribu, et al. (2003) kom fram till att endast 20 % av de 31 sjuksköterskor som deltog i studien rengjorde såren med kranvatten. Det var 80 % av sjuksköterskorna som använde sig av övriga vätskor och 63 % valde att använda natriumklorid. Natriumklorid visade sig hämma läkningen genom att bakterien *pseudomonas aeruginosa* bildades i såret som ökade patientens smärta och lidande (ibid.). Detta strider tydligt mot ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening [SSSF], 2007) där det står att en sjuksköterska ska lindra lidande. För att sårvården ska ske på likvärdigt sätt av alla sjuksköterskor krävs tydliga riktlinjer om prevention, bedömning och behandling av sår. Det är sjuksköterskornas ansvar men borde även vara av intresse för cheferna inom primär- och slutenvårdens att se till att riktlinjerna följs. Morgan och Moffatt (2008) fann att sjuksköterskorna ansåg sig inte ha tillräckligt med kunskap eller resurser för att möta patientens emotionella behov, då patienten led av icke-läkande sår. Sjuksköterskor träffade många lidande patienter som kunde vara känslomässigt krävande (Eskilsson & Carlsson, 2010; Lindahl et al., 2008; Wilkes et al., 2003). För att sjuksköterskorna skulle känna att de klarade av sitt arbete bättre behövde de få möjlighet att prata ut med sina kollegor om dagens arbete då (ibid.). Detta styrktes av Eide och Eide (2009) som påpekade att sjuksköterskan behövde prata med sina kollegor och gärna använda humor i kommunikationen mellan varandra för att klara av sin arbetsdag.

Sjuksköterskorna i Lindahls, et al. (2010) studie beskrev att de behövde se till vad för känslor de utstrålade och vilket tal- och kroppsspråk de använde i mötet med patienten. Sjuksköterskans kroppsspråk men framför allt ansiktsuttrycken tolkades av patienten, som antingen kunde känna sig sedda eller avvisade av detta (Eide & Eide, 2009). Ett exempel på ansiktsuttryck kan vara om sjuksköterskan höjer på ögonbrynen (ibid.). Detta kan tolkas av patienten på flera olika sätt, patienten kan tro att sjuksköterskan blir chockad av synen på såret eller så kan det uppfattas nonchalant och avvisande. När det i ett samtal kanske är så att sjuksköterskan egentligen visar intresse för det patienten

berättar. Lindahl, et al (2008) fann att vara avståndstagande gentemot patienten kan även visa sig i sjuksköterskans handlingar som att undvika de patienter som led av illaluktande sår och spendera kortare tid hos dem. Wilkes, et al (2003) fann för att undvika dessa handlingar kunde sjuksköterskan försöka se vilka känslor som patienten och anhöriga upplevde, samt bekräfta dessa. Detta beskrivs även i ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (SSF, 2007) att sjuksköterskan bör vårda patienten men också patientens anhöriga.

Sjuksköterskan upplevde rädsla för sina egna reaktioner så som illamående då såret var illaluktande och vätskande (Eskilsson & Carlsson, 2010). Sjuksköterskan var tvungen att kunna arbeta i dessa situationer och om sjuksköterskan inte lyckades bemästra sina reaktioner kunde relationen mellan patient och sjuksköterska påverkas negativt (Lindholm, 2003). För en positiv relation krävdes medmänsklighet och att sjuksköterskan bekräftade och respekterade patienten (Eskilsson & Carlsson, 2010). För att uppnå denna positiva relation måste sjuksköterskan vara trygg i sig själv och sin vårdande roll (Eide & Eide, 2009). En sjuksköterska bör vara trygg i sin sjuksköterskeroll och med den kunskap som krävs för att ge god sårvård (Lindholm, 2003). Det mest betydelsefulla i relationen till patienter med sår är att se hela patienten, inte bara se ett sår på en patient (ibid.). Med detta menas ett holistiskt synsätt som genomsyrar hela sjuksköterskeyrket och beskrivs i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (SoS, 2005).

I Morgan och Moffatts (2008) studie ville sjuksköterskorna främst att såret läkte men patienten ville hellre nå komfort i sin vardag med såret. Wilkes, et al. (2003) fann ett motsägande resultat då sjuksköterskornas främst ville uppnå komfort hos patienten och anhöriga. Då såret var kroniskt fick sjuksköterskorna tillsammans med patient och anhöriga inse detta. Sjuksköterskan kan inte fokusera på att ett sår som är kroniskt ska läka, utan måste släppa sitt kontrollbehov (ibid.). Alla sjuksköterskor måste inse att det viktigaste inte är läkning utan det är att patienten har det bra i sitt dagliga liv. Sjuksköterskorna kan lösa detta genom att samtala med patienten och utforma sårvården utifrån hur patienten önskar den.

Ribu, et al. (2003) fann i sin studie bristande dokumentation om diagnos på patientens sår. Även om det var läkarens ansvar att diagnostisera såret var sjuksköterskan tvungen att ta reda på vilket sorts sår som behandlades om kunskapen inte redan fanns (ibid.). Då läkaren i teamet försköt ansvaret för sårvården till sjuksköterskan utförde läkaren mindre sårvård (Eskilsson & Carlsson, 2010). Detta kan tolkas som att läkarna blir sämre än sjuksköterskorna på sårvård. Då läkarna inte har tiden att utöva sårvård bör mer kunskap ges till sjuksköterskorna, så att sjuksköterskorna kan lita på sin förmåga och kunskap att ge den bästa sårvården till patienten. Om diagnosen inte är tillgänglig kan sjuksköterskan inte ge rätt behandling eftersom behandlingsmetoden är beroende av diagnosen. För att kunna ge den mest effektiva sårvården krävs ett samarbete och en god kommunikation mellan läkare och sjuksköterskor i teamet.

Sjuksköterskor upplevde att de inte hade tillräckligt med tid till att ge patienter sårvård, vilket orsakade lidande och längre vårdtid för patienterna (Lindahl et al., 2010). Detta stred mot socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS, 2005:12) där det stod att patienter inte får bli utsatta för lidande eller kroppslig skada som orsakats på grund av vårdandet. Lagen kan tolkas som att cheferna för primär- och slutenvården måste ha tydliga

riktlinjer som är väl etablerade bland alla i teamet och vården som ges skall dokumenteras och följas upp kontinuerligt. Ansvar för dokumentation och uppföljning är inte bara chefernas skyldighet utan även personerna i teamets ansvar.

En del i dokumentationen som teamet i Morgan och Moffatts (2008) studie från England tog upp var att sjuksköterskor gav patienterna en så kallad stämpel då de hade avvikande beteende. Eide och Eide (2009) menade att det var förutsatt att sjuksköterskan inte lät sina egna värderingar ha inverkan på vården. Egna värderingar av patienter skall inte accepteras i vården och absolut inte påverka synen på patienten. Förekomsten av att ge patienter stämplat anses kunna vara överförbart till den svenska hälso- och sjukvården enligt egna erfarenheter från både primär- och slutenvård.

För att läkarna och sjuksköterskorna skulle vara eniga i målet med sårvården och utförandet av behandlingen, behövde kontinuiteten i sårvården ses över (Lindahl et al., 2010). Vilket enligt författarna var organisationen för primär- och slutenvårdens ansvar. I Eskilsson och Carlssons (2010) studie beskrev sjuksköterskorna att de hade för stort antal patienter och att varje patient krävde mer vård än sjuksköterskorna kunde ge. Ett för stort antal patienter per sjuksköterska kan ge mindre tid till varje patient, sjuksköterskan hinner då inte ge en god sårvård. Kontinuiteten behövs i sårvården. Med detta menas att det är samma sjuksköterskor vid varje omläggning som ger en bättre sårvård för patienten. Samtidigt stärks sjuksköterskornas självkänsla och en relation till patienten kan skapas i sårvården då de träffas flera gånger och blir trygga med varandra.

Pieper, et al. (2002) fann att inom de flesta hemsjukvårdsorganisationer saknades riktlinjer för sårvård. Det var betydelsefullt att tydliga riktlinjer fanns för att kunna ge en god sårvård (Gallant et al., 2010; Ribu et al., 2003; Stremitzer et al., 2007). Ritchie och Prentice (2011) fann att sjuksköterskan måste få tid för att kunna följa riktlinjerna. Sjuksköterskan ska enligt SoS (2005) följa riktlinjer, detta under förutsättning att det finns riktlinjer. Om sjuksköterskan inte hade tillräckligt med tid kunde sjuksköterskan inte ta sina raster som behövdes för hälsan (Forslind, Jonsson & Ejd, 2011). Organisationen var orsaken till varför raster inte kunde tas. Antingen var det bristande personalresurser eller att organisationen behövde fördela de befintliga personalresurserna annorlunda. När sjuksköterskorna inte stod på sig och tog sin rast kunde patienternas säkerhet riskeras, och även sjuksköterskans hälsa (ibid.). Detta strider mot ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (SSF, 2007) som beskriver att sjuksköterskan måste ta hand om sin egen hälsa för att inte äventyra sin förmåga att ge vård. Som student är det skrämmande att veta vilken stressad arbetsmiljö som kommer att finnas på den framtida arbetsplatsen. Den miljön kommer att hindra möjligheten att ge god vård. Att ofrivilligt behöva bryta mot den etiska koden som nybliven sjuksköterska känns inte bra.

En bristande faktor i organisationen i Belgien var att sjuksköterskorna inte fick mäta ABI (Van Hecke et al., 2009). Detta kan resultera i en ineffektiv vårdkedja. Sjuksköterskorna i Sverige får mäta ABI, på det viset kan sjuksköterskorna regelbundet kontrollera patienternas ABI och nuvarande sjukdomstillstånd. De sjuksköterskor som inte har kunskap att mäta ABI borde få detta, det kan leda till en mer korrekt sårvård.

Det fanns mycket evidensbaserad kunskap om sårvård tillgänglig men sjuksköterskorna var bristande i att söka upp kunskapen (Gallant et al., 2010; Ritchie & Prentice, 2011). Enligt SoS (2005) ska en svensk sjuksköterska hålla sig uppdaterad med den senaste

evidensbaserade kunskapen som finns tillgänglig. En lösning på problemet att sjuksköterskor inte tar till sig evidensbaserad kunskap kan vara att sjuksköterskan får avsatt tid för att erhålla kunskap.

Konklusion

Det framkom att det fanns bristande kunskaper om sårprevention, sårbedömning och sårbehandling, som var viktiga faktorer i sårvården. Den kunskap som sjuksköterskan hade om sårvård användes inte alltid i utförandet. Känslomässigt var sårvård utmanande för sjuksköterskan, både professionellt och personligt. För att sjuksköterskan skulle klara av det utmanande arbetet att ständigt möta patienter med sår, krävdes att sjuksköterskan fick prata med kollegorna i teamet om sina upplevelser. I teamet var det betydelsefullt med ett samarbete mellan professionerna, att de tog tillvara på varandras kunskaper. Av betydelse var även sårdocumentationen men den visade sig vara bristfällig. Dokumentation stämde inte överens med den sårvård som sjuksköterskorna gav. För att dokumentation skulle bli bättre krävdes tid och rutiner om hur dokumentationen skulle föras. En annan faktor som påverkade sjuksköterskans sårvård var tidsbrist. Sjuksköterskan upplevde sig ha för lite tid för att tillgodose patienterna med god sårvård. Detta medförde längre vårdtider och ökat lidande för patienten. Tidsbristen hindrade möjligheten att följa riktlinjer. I vissa organisationer saknades riktlinjer helt. Kravet på kostnadseffektivitet från organisationen stressade sjuksköterskan i sårvården. Detta bidrog till att sjuksköterskan inte sökte upp och tog till sig evidensbaserad kunskap om sårvård.

Implikation

Sårvård är en vanligt förekommande omvårdnadsåtgärd då många svenskar lider av olika sorters sår. Därför krävs det att sjuksköterskan i ett tidigt stadium, redan som student får utbildning om sårvård, för att kunna förebygga, bedöma och behandla sår i sitt framtida yrke som sjuksköterska. För att möjliggöra sjuksköterskans sårvård behövs förändringar inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. Dessa förändringar innefattar att delge sjuksköterskan mer tid till sårvård genom att tillföra mer personal. För att öka sjuksköterskans kunskapsnivå bör en sårsköterska finnas till hands. Skall sårvården förbättras krävs tydliga riktlinjer och att det finns möjlighet att följa dessa. Behov av forskning kring vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans sårvård är stort. Genom att finna och uppmärksamma de hindrande faktorerna kan sårvården till patienter förbättras.

Referenser

- *Chaves, L.M., Grypdonck, M.H.F., & Defloor, T. (2010). Protocols for pressure ulcer prevention: are they evidence-based? [Electronic version]. *Journal of Advanced Nursing* 66(3), 562-572.
- Dufwa, S.G. (2006). Klass och kön i vården. Ingår i H. Strömberg & H. Eriksson (red.), *Genusperspektiv på vård och omvårdnad*. (s. 41-55). Lund: Studentlitteratur AB.
- Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. (A. Glad, övers.). Lund: Studentlitteratur AB. (Originalarbete publicerat 2007).
- Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Illustrerade medicinska sjukdomar. Specifik omvårdnad Medicinsk behandling Patofysiologi*. (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- *Eskilsson, C., & Carlsson, G. (2010). Feeling confident in burdensome yet enriching care: Community nurses describe the care of patients with hard-to-heal wounds. [Electronic version]. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 5, 1-9.
- Forslind, E., Jonsson, A., & Ejd, M. (2011). "Självklart tar jag rast". *Vårdfokus* 35(11), 20-21.
- Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. Ingår i F. Friberg (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.115-124). Lund: Studentlitteratur AB.
- *Gallant, C., Morin, D., St-Germain, D., & Dallaire, D. (2010). Prevention and treatment of pressure ulcers in a university hospital centre: A correlational study examining nurses' knowledge and best practice. [Electronic version]. *International Journal of Nursing Practice* 16, 183-187.
- *Gunningberg, L., Brudin, L., & Idvall, E. (2010). Nurse managers' prerequisite for nursing development: a survey on pressure ulcers and contextual factors in hospital organizations. [Electronic version]. *Journal of Nursing Management* 18, 757-766.
- *Hallett, C.E., Austin, L., Caress, A., & Luker, K.A. (2000). Wound care in the community setting: clinical decision making in context. [Electronic version]. *Journal of Advanced Nursing* 31(4), 783-793.
- Hommel, A. (2009). "Trycksår finns inte på vår avdelning!". *Sår* 3(3), s.12-16.
- Järhult, J., & Offenbartl, K. (2006). *Kirurgiboken – Vård av patienter med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomar*. (4:e uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Lagerin, A., & Törnkvist, L. (2009). Kvalitetsindikatorer för patienter med bensår. Ingår i E. Idvall. (red). *Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad*. (5:e uppl.). (s.25-36). Stockholm: Gothia Förlag.

- *Lindahl, E., Gilje, F., Norberg, A., & Söderberg, A. (2010). Nurses' ethical reflections on caring for people with malodorous exuding ulcers. [Electronic version]. *Nursing Ethics* 17(6), 777-790.
- *Lindahl, E., Norberg, A., & Söderberg, A. (2008). The meaning of caring for people with malodorous exuding ulcers. [Electronic version]. *Journal of Advanced Nursing* 62(2), 163-171.
- Lindholm, C. (2003). *Sår*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lindholm, C. (2009). Mäter vi trycksår förekomst på samma sätt? *Sår* 3(3), s.26-27.
- Lindskog, B.I. (2004). *Medicinsk mini ordbok*. (6:e uppl.). Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.
- *Lorimer, K.R., Harrison, M.B., Graham, I.D., Friedberg, E., & Davies, B. (2003). Venous leg ulcer care: How evidence-based is nursing practice? [Electronic version]. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 30(3), 132-142.
- *Morgan, P.A., & Moffatt, C.J. (2008). Non healing leg ulcers and the nurse-patient relationship. Part 2: the nurse's perspective. [Electronic version]. *International Wound Journal* 5(2), 332-339.
- Müller, K.S. (2010). Omvårdnad vid sårbehandling. Ingår i B. Kamp Nielsen (red.), *Specifik omvårdnad*. (s.46-68). (M. Ruthman, övers.). Stockholm: Nordstedts Förlagsgrupp AB. (Originalarbete publicerat 2008).
- Nationalencyklopedin*. (2011a). Nekros. Hämtad 2011-11-01 från:
<http://www.ne.se/nekros>
- Nationalencyklopedin*. (2011b). Ateroskleros. Hämtad 2011-11-07 från:
<http://www.ne.se/ateroskleros>
- *Pieper, B., Templin, T., Dobal, M., & Jacox, A. (2002). Home care nurses' ratings of appropriateness of wound treatments and wound healing. [Electronic version]. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 29(1), 20-28.
- Region Halland. (2011). *Terapirekommendationer 2011/12*. Hämtad 2011-11-07 från:
http://www.regionhalland.se/PageFiles/24598/Terapirekommendationer_2011%20bokm%C3%A4rken%20liten%28uppdaterat%20juli%29.pdf
- *Ribu, E., Haram, R., & Rustøen, T. (2003). Observations of nurses' treatment of leg and foot ulcers in community health care. [Electronic version]. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 30(6), 342-350.
- *Ritchie, L., & Prentice, D. (2011). An exploration of nurses' perceptions regarding the implementation of a best practice guideline on the assessment and management of foot ulcers for people with diabetes. [Electronic version]. *Applied Nursing Research* 24, 88-93.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen [SoS]. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2005:12. *Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2011-11-09 från: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-12>

*Sprakes, K., & Tyrer, J. (2010). Improving wound and pressure area care in a nursing home. [Electronic version]. *Nursing Standard* 25(10), 43-49.

Steiners, E. (2009). Trycksår – en vårdskada. Kan patientsäkerheten förbättras med ökat fokus på förebyggande åtgärder? *Sår* 3(3), s.17-22.

*Stremitzer, S., Wild, T., & Hoelzenbein, T. (2007). How precise is the evaluation of chronic wounds by health care professionals? [Electronic version]. *International Wound Journal* 4(2), 156-161.

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Sårsjuksköterskor i Sverige [SSiS]. (u.å.). *Mål för SSiS*. Hämtad 2011-11-14 från: <http://www.swenurse.se/Sektioner-och-Natverk/Sarsjukskoterskor-i-Sverige/Om-oss/Mal-for-SSiS/>

*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. [Electronic version]. *Journal of Advanced Nursing* 65(2), 337-347.

*Wilkes, L.M., Boxer, E., & White, K. (2003). The hidden side of nursing: why caring for patients with malignant malodorous wounds is so difficult. *Journal of Wound Care* 12(2), 76-80.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Bilaga A1

Tabell 1. Sökhistorik

Datum	Databas	Sökord/Limits/Boolska operatorer	Antal träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
2011-10-06	PubMed	“nurs*” [Title] AND “ulcers*” [Title] Limits: Abstract, English, Published 2006-2011	52	8	4	4
2011-10-06	PubMed	”Pressure Ulcer” [Majr] AND ”Nursing” [Majr] Limits: Abstracts, English, Published 2001-2011	27	2	1	1
2011-10-26	Cinahl	“Chronic wounds” AND “evaluation” Limits: Abstract Available, English, Peer reviewed, Published 2006-2011, Research Article	86	5	1	1
2011-10-26	Cinahl	(MH “Wound Care”) AND (MH “Home Nursing, Professional”) Limits: Abstract Available, English, Peer reviewed, Published 2001-2011	52	9	3	3
2011-10-26	PubMed	((“nurs”*) AND “wound”*) AND “hard-to-heal”	15	3	1	1
2011-10-26	Academic Search Elite	(DE “EVIDENCE-based nursing”) AND (DE “ULCERS” OR DE “FOOT—Ulcers” OR DE “BEDSORES”	10	4	2	2
2011-10-26	Academic Search Elite	(DE “ULCERS” OR DE “FOOT—Ulcers” OR DE “BEDSORES”) OR (DE “WOUNDS & injuries—Nursing” OR (DE “WOUNDS & injuries—Treatment”) AND (DE “NURSING”) Limits: Article, Fulltext, Published 2006-2011	95	7	2	2

Bilaga A2

Tabell 1. Sökhistorik

Datum	Databas	Sökord/Limits/Boolska operatorer	Antal träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
2011-11-03	PubMed	((“Wounds and Injuries” [Mesh]) AND “Decision Making” [Mesh]) OR (“Decision Making, Organizational [Mesh] AND “Wounds and injuries” [Mesh]) AND “wound care” [Title]	14	6	1	1
2011-11-04	PubMed	“wounds” [Title] AND “caring nursing” AND “caring” Limits: Abstract, English, Published 2001-2011	8	3	1	1

Tabell 2. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Publika- tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Resultat Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2010 Sverige PubMed	Eskilsson, C., & Carlsson, G.	Feeling confident in burdensome yet enriching care: Community nurses describe the care of patients with hard-to-heal wounds.	Var att beskriva hur kommunsjuksköterskor upplever vården av patienter med svårläkande sår.	Fenomenologisk studie med intervjuer som bandades och varade mellan 30-60 min. Urvalet var fem kvinnliga och två manliga sjuksköterskor som arbetade inom hemsjukvården och hade erfarenhet av patienter med svårläkande sår. Sjuksköterskorna deltog frivilligt. Inget bortfall.	Resultatet visade att sjuksköterskorna upplevde ett ansvar för att deras patienters sår skulle läka. Om såret inte läkte upplevde sjuksköterskorna ett misslyckande och fick skuld känslor över att ha gjort patienten missnöjd. För att klara av dagen på ett bra sätt upplevde sjuksköterskorna det positivt att diskutera och få stöd från sina kollegor.	Grad I
2000 England PubMed	Hallett, C.E., Austin, L., Caress, A., & Luker, K.A.	Wound care in the community setting: clinical decision making in context.	Var att beskriva hur sjuksköterskan såg på kvalitén samt förstå utifrån deras perspektiv, vilka faktorer de ansåg vara kopplade till kvalité samt vilka som var hinder för kvalitén.	Metoden var kvalitativ innehållsanalys och utgjordes av semistrukturerade intervjuer som varade i 30-60 minuter och gjordes med 62 sjuksköterskor under en fyra månaders period. Sjuksköterskorna var graderade från B till H beroende på utbildning och arbetade inom den mest pålitliga hälso- och sjukvårdsorganisationen i England. Bortfall framgick inte.	Resultatet visade att sjuksköterskorna hade ett stort behov av tydliga riktlinjer vid sårbedömning. Sjuksköterskorna ansåg att det var grundläggande med en tydlig och holistisk bedömning av patienter med sår för att öka kvalitén. Författarnas slutsats blev att mer forskning behövs för att höja bedömningskvalitén.	Grad I

Tabell 2. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Publika- tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Resultat Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2010 Sverige PubMed	Lindahl, E., Gilje, F., Norberg, A., & Söderberg, A.	Nurses' ethical reflection on caring for people with malodorous exuding ulcers.	Var att belysa sjuksköterskors reflektioner angående hinder mot och möjlighet för att ge vård efter behov till människor med illaluktande och vätskande sår.	Sex sjuksköterskor intervjuades två gånger, mellan första och andra intervjun gick det två till fyra veckor. Intervjuerna spelades in på band och analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Alla sjuksköterskor var kvinnor och hade 3,5 till 29 års erfarenhet. Två arbetade inom primärvården och fyra inom slutenvården. Inget bortfall.	Resultatet visade att otillräcklig kompetens från både sjuksköterskor och läkare var hinder för bra sårvård, så även tidsbrist samt stöd från primär- och slutenvården. Andra hinder som framkom var att sjuksköterskorna kände maktlöshet inför patienterna med illaluktande, vätskande sår och rädsla för att misslyckas. Möjligheter som framkom genom reflektionerna var att de som hade kunskap kunde sprida den vidare och förbättra vården.	Grad I
2008 Sverige Academic Search Elite	Lindahl, E., Norberg, A., & Söderberg, A.	The meaning of caring for people with malodorous exuding ulcers.	Var att belysa innebörden av att vårda personer med illaluktande, vätskade sår.	Metoden var av fenomenologisk-hermeneutiskt ansats, med intervjuer som bandades. Sjuksköterskorna berättade om sina upplevelser av att vårda personer med illaluktande, vätskande sår. Deltagarna valdes ut av sina chefer och det blev tio kvinnliga sjuksköterskor med 2,5–35 års erfarenhet. Dessa sjuksköterskor skulle arbeta inom primär eller slutenvård samt vårda patienter med de aktuella såren för att bli valda. Inget bortfall.	Sjuksköterskorna upplevde det som obehagligt att vara den som tog bort bandaget och blottade det som patienterna försökte dölja. Ibland upplevdes lukten som så outhärdlig att de mådde illa, men de var tvungna att stanna kvar och vårda patienten. Patientens behov var tvungna att sättas före sjuksköterskans känslor. Slutsatsen var att all personal måste få ökad kunskap för att kunna ge den bästa vården till patienten samt minska behandlingskostnaderna.	Grad I

Tabell 2. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Publika- tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Resultat Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2008 England PubMed	Morgan, P.A., & Moffatt, C.J.	Non healing leg ulcers and the nurse-patient relationship. Part 2: the nurse's perspective.	Var att utforska kommun- sjuksköterskans uppfattningar av patienter som de identifierat som icke- läkande och icke följsamma i behandlingen. Fokus låg på att förklara hur teamet når beslut gällande sådana patienter i deras vård.	Fyra omvårdnadsteam, tre till sju medlemmar, som var ansvariga för patienter som var icke följsamma och hade icke-läkande sår deltog i studien. Metoden var kvalitativ innehållsanalys och varje team blev en diskussionsgrupp som fick samtala om olika frågor. Frågorna handlade om patienter med icke-läkande bensår gällande följsamhet och sårbehandling. Inget bortfall.	I resultatet framkom det att sjuksköterskorna förväntade sig att patienterna "lydde" behandlingen och om patientens sår inte läkte var detta deras egna fel. I slutsatsen ansågs det vara lätt att sätta en stämpel på patienten exempelvis att de var svåra och negativa för att de inte var följsamma. Det var betydelsefullt att en god kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten fanns samt att se till vad patienten hade för kunskap.	Grad I
2003 Norge Cinahl	Ribu, E., Haram, R., & Rustøen, T.	Observations of nurses' treatment of leg and foot ulcers in community health care.	Var att med hjälp av frågeställningar få kunskap om ben- och fotsårsbehandling som sker i primärvården.	Studien var en beskrivande observationsstudie där deltagarna var blinda för observationsinstrumentet med författarnas frågeställningar. Författarna observerade 31 frivilliga sjuksköterskor i deras dagliga arbete i primärvården under sju veckor. Deltagarna arbetade inom primärvården och behandlade ben- och fotsår under forskningsperioden.	Ingen diagnos var dokumenterad och sjuksköterskan visste inte vad patientens diagnos var, vilket kunde leda till felbehandling. Sjuksköterskorna följde inte den rekommenderade sårbehandlingen, de hade också bristande kunskap och skrev otillräcklig omvårdnadsdokumentation om såret.	Grad I

Tabell 2. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Resultat Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2011 Kanada PubMed	Ritchie, L., & Prentice, D.	An exploration of nurses' perceptions regarding the implementation of a best practice guideline on the assessment and management of foot ulcers for people with diabetes.	Var att beskriva uppfattningen av sjuksköterskans syn gällande genomförbarheten av riktlinjerna som hette: <i>RNAO Nursing Best Practice Guidelines: The Assessment and Management of Foot Ulcers for People With Diabetes.</i>	Fjorton deltagare uppdelade i fyra grupper. Sjuksköterskor från hemodialysmottagningen där riktlinjerna användes deltog efter att ha fått förfrågan om att delta. Alla medverkande var kvinnor och de hade mer än elva års erfarenhet. Deltagarna blev indelade i tre diskussionsgrupper, även kallade fokusgrupper som blev tilldelade frågor att diskutera i 30-45 minuter. En sjuksköterska blev intervjuad enskilt istället för gruppdiskussion. Inget bortfall.	Läkarna beskrevs som hindrande i användandet av riktlinjerna. Det var även tidsbrist. Före riktlinjerna undersökte sjuksköterskan ej patienternas fötter men efter införandet undersöktes alla patienters fötter. Sjuksköterskan tvivlade på patientens och anhörigas möjlighet att följa rekommendationerna angående sårvård.	Grad I
2003 Australien PubMed	Wilkes, L.M., Boxer, E., & White, K.	The hidden side of nursing: why caring for patients with malignant malodorous wounds is so difficult.	Var att undersöka sjuksköterskor med palliativ inriktnings upplevelse av att behandla patienter med elakartade och illaluktande sår.	Sjuttioen sjuksköterskor med palliativ inriktning blev inbjudna till studien, 26 deltog. Det var 17 från primärvården och nio från slutenvården. Deltagarna blev intervjuade via telefon. Datan analyserades med en kvalitativ innehållsanalys.	Sjuksköterskorna upplevde att de sörjde för det bästa för patienten och familjen i sårvården. Upplevelsen av lukten från såren kunde vara outhärdligt för sjuksköterskan. Det var då centralt att inte visa detta för patienten, utan istället dela med sig av erfarenheter till sina arbetskolligor för att klara av sin arbetsdag.	Grad I

Tabell 2. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

Publika- tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Resultat Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2010 Nederländerna Academic Search Elite	Chaves, L.M., Grypdonck, M.H.F., & Defloor, T.	Protocols for pressure ulcer prevention: are they evidence- based?	Var att se om Nederländernas hemsjukvårds protokoll för trycksår stämde överrens med de evidensbaserade riktlinjerna och annan ny forskning.	Fyrtioen hemsjukvårdsorganisationer kontaktades via mail eller telefon, 24 deltog. En checklista gjordes av en av författarna och den användes till att granska protokollen.	I protokollen saknades en fullständig bedömning exempelvis riskbedömning, även bedömningsinstrument och tid till observation saknades. Det framkom att enbart 38 % av protokollen var pålitliga. Maxpoängen för checklistan var 100 och medelvärdet var 63,38 poäng för protokollen.	Grad II
2010 Kanada PubMed	Gallant, C., Morin, D., St-Germain, D., & Dallaire, D.	Prevention and treatment of pressure ulcers in a university hospital centre: A correlation study examining nurses' knowledge and best practice.	Var att mäta graden av sjuksköterskors kunskap gällande trycksår samt identifiera faktorer som hade inverkan på deras kunskap.	Metoden var en beskrivande korrelationsstudie där första gruppen bestod av 256 sjuksköterskor som fick fylla i ett frågeformulär med 45 frågor. Den andra gruppen bestod av 256 slumpmässigt valda patienter där författarna sökte igenom deras journaler för att hitta förebyggande omvårdnadsåtgärder mot trycksår. Sjuksköterskorna som valdes ut arbetade på avdelningar där trycksår kunde uppstå, det var 620 lämpliga deltagare och enbart 41 % av dessa deltog.	Resultatet blev att sjuksköterskorna svarade rätt på 44,4 % av frågorna och 148 av de 256 sjuksköterskorna ansåg sig ha otillräcklig kunskap. Det var stor skillnad mellan sjuksköterskornas kunskap och vad de utförde för åtgärder enligt patientjournalerna. Studien visade att utbildning inte enbart var lösningen på problemet utan det måste ske organisatoriska förbättringar.	Grad I

Tabell 2. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Resultat Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2010 Sverige Academic Search Elite	Gunningberg, L., Brudin, L., & Idvall, E.	Nurse managers' prerequisite for nursing development: a survey on pressure ulcers and contextual factors in hospital organizations.	Var att beskriva och jämföra förekomsten av trycksår i två landsting samt undersöka sjuksköterskans perspektiv av de sammanhängande faktorerna i sjukhusorganisationen.	Ett icke universitetssjukhus (A) och ett universitetssjukhus (B) deltog i studien. I A deltog 443 patienter med trycksår och 27 chefer. I B deltog 755 trycksårspatienter och 45 chefer. Metoden var en beskrivande jämförelseanalys. Då de under två veckor samlade in data från journaler om trycksår. Sedan fick sjuksköterskecheferna besvara ett frågeformulär som handlade om arbetsplatsen och omgivande faktorer. Bortfall framgick ej.	Bedömningen av trycksåren gjordes på 19 % av patienterna. I båda landstingen fanns det patienter som inte fick behandling. Personalen visade sig ha negativ inställning till förändringar. Få av cheferna utvecklade sin personal och gav dem ny kunskap. Slutsatsen var att stödet för evidensbaserat utövande måste öka.	Grad I
2003 Kanada Cinahl	Lorimer, K.R., Harrison, M.B., Graham, I.D., Friedberg, E., & Davies, B.	Venous leg ulcer care: How evidence-based is nursing practice?	Var att utforska den vård som kommunsjuksköterskan ger till patienter med venösa bensår.	En kohortstudie gjordes på 66 patienter med venösa bensår. Vården som gavs till patienterna observerades under en niomånadersperiod. Omvårdnadsorganisationen som studerades valdes för att de gav sårvård till 78 % av patienterna med sår. 76 patienter var lämpliga för studien men tio journaler försvann.	Resultatet visade att anledningen till att såren uppkommit var endast identifierat i 35 av de 66 fallen. Under dessa nio månader studien varade var medelvärdet på antal olika sjuksköterskor hos en patient 19 stycken. Dokumentationen om såren var bristande på flera delar, exempelvis när patienterna hade opioider (smärtstillande läkemedel) utskrivna var det inte angett varför de tog dessa.	Grad III

Bilaga C3

Tabell 2. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

Publika- tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Resultat Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2002 USA Cinahl	Pieper, B., Templin, T., Dobal, M., & Jacox, A.	Home care nurses' ratings of appropriateness of wound treatments and wound healing.	Var att undersöka sjuksköterskors bedömning av lämpligheten av sårbehandling och läkning hos patienter i hemsjukvården	Det var en observationsstudie med tvärsnittsdesign som gav en överblicksbild över hur gruppen arbetat vid ett tillfälle. Sjuksköterskorna valdes slumpmässigt och antalet som tillfrågades var 289 stycken och arbetade inom hemsjukvården, åtta stycken avstod. Sjuksköterskorna bedömde lämpligheten av behandlingen och läkningen på 881 sår med hjälp av ett bedömningsinstrument som utformats av författarna.	Lämpligheten av sårvård var associerat till behandlingstiden ($p < 0,04$) samt att de patienter som ansågs ha fått lämplig behandling var yngre än de som fått olämplig behandling ($p < 0,02$). Faktorer som påverkade sårvården måste undersökas vidare exempelvis samarbetet mellan sjuksköterskan och andra professioner. Sjuksköterskor behövde mer kunskap och kunna känna sig bekväm med denna.	Grad I
2010 England PubMed	Sprakes, K., & Tyrer, J.	Improving wound and pressure area care in nursing home.	Var att förbättra resultatet för patienter i behov av sår- och trycksårsskötsel.	Fyra sjuksköterskors valdes ut av sina chefer och deras kunskap om sår undersöktes före och efter att de fått utbildning om sår. De fyra sjuksköterskorna som arbetade på vårdhem fick utbildning under två dagar angående prevention, bedömning och behandling av trycksår. Efter utbildningen undersöktes om antalet sår hade minskats och om sårvården hade förbättrats. Inget bortfall.	Sjuksköterskorna hade lärt och utvecklat sig mycket samt kände sig nöjdare med sin arbetsinsats. Antal sår på patienterna minskade och betygsättning av trycksåren ökade. Kostnaderna för vårdhemmet minskade. Innan studien kontaktades distriktsjuksköterskan ofta, men efteråt blev sjuksköterskorna mer självständiga.	Grad III

Tabell 2. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Resultat Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2007 Österrike Cinahl	Stremitzer, S., Wild, T., & Hoelzenbien, T.	How precise is the evaluation of chronic wounds by health care professionals?	Var att registrera variationen och noggrannheten vid bedömning av kroniska sår.	Metoden var en tvärsnittsstudie där åtta läkare och åtta sjuksköterskor som hade arbetat med kroniska sår i mer än två år blev tillfrågade att undersöka, beskriva och bedöma en patient med ett diabetiskt fotsår på en avdelning. Såret dokumenterades av deltagarna med ett standardiserat formulär. Sedan jämfördes sjuksköterskornas och läkarnas bedömning av såret. Inget bortfall.	Resultatet visade en stor skillnad i bedömningen av diametern på såret som varierade mellan 3 till 7 cm. Bedömningen av djupet varierade från 0,5 till 2 cm. Kunskapen varierade i stor grad mellan deltagarna, exempelvis såg 14 av 16 personer att senorna var exponerade.	Grad III
2009 Belgien Academic Search Elite	Van Hecke, A., Grypdonck, M., Beele, H., De Bacquer, D., & Defloor, T.	How evidence-based is venous leg ulcer care? A survey in community settings.	Var att beskriva sårvården för venösa bensår angående kompression, smärtlindring och livsstilsråd i hemmiljön och att identifiera faktorer som förutsäger tillhandahållandet av livsstilsråd från kommunsjuksköterskan.	742 sjuksköterskor inom den offentliga sektorn blev tillfrågade under ett personalmöte att delta, samtliga deltog. Inom den privata sektorn tillfrågades 474 sjuksköterskor via mail, varav 47 stycken deltog. Studien representerade främst den offentliga sektorn då bortfallet var stort inom den privata. Deltagarna fyllde i frågeformulär, som handlade om attityd mot patienter med bensår samt sin egen kunskap.	Nästan hälften av sjuksköterskorna kände sig säkra på att ge livsstilsråd till patienter med bensår, dessa gav även mer råd än den fjärdedel av sjuksköterskor som inte tyckte att det var givande att vårda patienter med bensår. Slutsatsen var att sjuksköterskor måste förstå att såret var kroniskt och att sårsläkning inte var målet, annars upplevde de hopplöshet.	Grad I