



BLEKINGE TEKNISKA HÖGSKOLA
Sektion för management
Samhällsvetarprogrammet för lärande, utveckling och
kommunikation

Våren 2010

Utveckling av sårvårdsverksamhet

- *en fallstudie utifrån ett "expansivt
lärande"- perspektiv*

KANDIDATARBETE I PEDAGOGIK

Författare: Lis Elvinsson
Handledare: Heléne Ivarsson, Berthel Sutter

Blekinge Institute of Technology Section of Management

Course: Bachelor's degree in Pedagogy 15 points

Title: Utveckling av sårvårdsverksamhet – en fallstudie utifrån ett "expansivt lärande"-perspektiv

Author: Lis Elvinsson

Tutor: Heléne Ivarsson, Berthel Sutter

Abstract

Today organizations and enterprises usually involve the employees in work related to improved routines and developing activities. In a developmental perspective of "expansive learning" activities may explore opportunities for collective learning and development. This opportunity also applies for health care services and this particular area of work has received much attention during the last decades, especially in how hospital nurses manage wound care.

The purpose of research is to study learning- and development opportunities that appear during district nurse activities related to wound care. I have applied a combined case study and ethnographic approach to data collection, categorization and analysis by deploying a theory of expansive learning.

Results show that the district nurses' activities undergo continuous development. Learning situations arise as a natural part of the nurses' work: in the actions she performs and during interaction with caregivers. There are two particular areas for development: the common conceptual- and treatment model for documenting wounds and wound healing; there is also room for development by means of improved interoperability between the various communication- and information systems that the district nurse uses in her daily work.

Keywords: activity theory, development work, expansive learning, wound care, wound healing.

Blekinge Tekniska Högskola Sektionen för Management

Arbets art: Kandidatarbete i pedagogik 15 hp

Titel: Utveckling av sårvårdsverksamhet – en fallstudie utifrån ett ”expansivt lärande”-perspektiv

Författare: Lis Elvinsson

Handledare: Heléne Ivarsson, Berthel Sutter

Sammanfattning

Det blir allt mer vanligt att organisationer och företag involverar de anställda när en verksamhet ska förbättras och utvecklas. I ett ”expansivt lärande”-perspektiv kan verksamheten - genom den kollektivt samlade kunskapen - finna nya lärande- och utvecklingsmöjligheter. Hälso- och sjukvården är inget undantag och ett område som blivit mer uppmärksammat de sista decennierna är sårvården.

Syftet med min studie har därför varit att studera de lärande- och utvecklingsmöjligheter som kan uppstå inom distriktssköterskans verksamhet med fokus på sårvård. Genom fallstudie, utifrån etnografisk ansats samlades datamaterial in som senare kategoriserades och analyserades med hjälp av teorin om expansivt lärande.

Resultatet visar att distriktssköterskan och den verksamhet hon bedriver står under kontinuerlig utveckling. Lärandesituationer uppstår som en naturlig del av hennes vardag: i de handlingar och åtgärder hon utför samt i interaktionen med andra vårdgivare. Det är speciellt två utvecklingsområden som identifierats: den gemensamma begrepps- och behandlingsmodell som används vid dokumentering av sår och sårbehandling behöver förbättras, och likaså behövs en förbättrad interoperabilitet mellan de olika kommunikations- och informationssystemen distriktssköterskan använder i sitt dagliga arbete.

Nyckelord: expansivt lärande, sårläkning, sårvård, verksamhetsteori, verksamhetsutveckling

Förord

Från periferin mot allt mer centrala delar har jag sakta men säkert introducerats i vetenskapens värld. Har jag nått kärnan? Knappast! Men, jag har fått större kunskap om vad vetenskapligt tänkande och kunskap är.

Jag har många att tacka för den förståelse jag i dag upparbetat: lärare och studenter på BTH, men framförallt mina handledare under skrivandet av min c-uppsats.

Jag vill rikta ett speciellt tack till Heléne som fick mig att äntligen förstå vad uppsatsskrivandet innebär. All den tid och energi du gett har varit ovärderlig! Att du bara orkade!

Ett ännu större tack till Berthel som varit ett stöd för min utveckling under många år. Att få möjligheten att som student delta i ett forsknings- och utbildningsprojekt har varit en ovärderlig upplevelse! Tack för ditt ödmjuka sätt, din fantastiska förmåga att handleda, din aldrig sinande energi och ditt alltid öppna sinne mot vad än en strulig student kan komma med!

Ljusdal, 11 oktober 2010

Lis Elvinsson

Innehåll

1. Inledning.....	1
1.2 Tidigare forskning och studier inom verksamheten sårvård.....	2
1.2.1 Korrekt diagnos – en förutsättning för effektiv sårbehandling	2
1.2.2 Venösa bensår kan behandlas både bättre och billigare	2
1.2.3 Mobila IT-lösningar öppnar upp för samverkan	2
1.2.4 Helheten viktigare än delarna.....	3
1.2.5 Delvis avslutad forskning	3
2. Problemområde och syfte	4
3. Teoretisk ram	5
3.1 Synen på lärande	5
3.2 Expansivt lärande	7
3.2.1 Inre motsägelser av mänsklig verksamhet	8
3.2.2 Fyra nivåer av motsägelsernas natur	8
3.2.3 Strukturen av en lärandeverksamhet.....	9
3.2.4 Hur ny kunskap genereras.....	10
3.3 Sammanfattning	13
4. Metod.....	14
4.1 Etnografisk forskningsansats	14
4.2 Den studerade verksamhetens kontext	14
4.3 Informanten A	14
4.4 Datainsamlingsmetod och genomförande	15
4.4.1 Dokument.....	15
4.5 Genomförandet av observation och intervju.....	15
4.5.1 Första studietillfället hos distriktssköterskan, hösten 2008	16
4.5.2 Andra studietillfället hos distriktssköterskan, hösten 2009	16
4.6 Datamaterial.....	16
4.7 Bearbetning datamaterial	17
4.8 Etik	18
4.9 Tillförlitlighet och trovärdighet	18
4.10 Metoddiskussion	19
5. Resultat.....	20
5.1 Arbetsfördelning	20
5.2 Distriktssköterskan som subjekt.....	20
5.2.1 Individuellt reproduktivt lärande	21
5.2.2 Kollektivt utvecklingsinriktat lärande	21
5.3 Objektverksamhet - sår och sårvård	22
5.3.1 Sår och sårbehandling	22
5.4 Dokumentation.....	24
5.5 Instrument	26
5.6 Gemenskap.....	27
5.7 Regler	27
5.7.1 Formella	27
5.7.2 Informella.....	27
5.8 Resultatsammanfattning	28
6. Tolkning av resultat	28

6.1 Sår och sårvård.....	29
6.2 Dokumentation/Instrument	30
7. Diskussion.....	32
7.1 Sår och sårvård.....	32
7.2 Gemensam begrepps- och behandlingsmodell.....	33
7.3 IKT - informations- och kommunikationsteknik	34
7.4 Kollektivt – traditionellt lärande	37
7.5 Slutsats.....	38
Referenser	39

Figurförteckning

Figur 1 Hämtad från: Vygotskijs ursprungliga idé om mediering (Säljö R. , 2005, s. 25)	6
Figur 2 Hämtad från: Leontievs generaliserade beskrivning av mediering som relation mellan människa och objekt (Säljö R. , 2005, s. 28)	6
Figur 3 Modifierad: The structure of a human activity system (Engeström, 1987)	7
Figur 4 Modifierad: Four levels of contradictions within the human activity system (Engeström, 1987)	9
Figur 5 Modifierad: Two interacting activity systems as minimal model for the third generation of activity theory (Engeström, 2001, s. 136)	10
Figur 6 Hämtad från: Strategic learning actions and corresponding contradictions in the cycle of expansive (Engeström, 2001, s. 152)	12
Figur 7 Dokumentering av sårbild: storlek, utseende osv. Foto: privat	23
Figur 8 Omvårdnadsdokumentationsprogram Journal III. Foto: privat	26
Figur 9 Verksamhet Sårvård – hos en distriktssköterska.	28
Figur 10 Motsättning mellan studerad verksamhet och instrumentproducerande verksamhet.	30

Begreppsförklaring

Artefakter	Föremål eller produkter framställd av människan.
Instrument	Instrument är artefakter: verktyg, medel som krävs för den åtgärd/handling som ska utföras. Även teorier är instrument.
Medierande artefakt	förmedlande verktyg/instrument/handlingar.
Verksamhet	Begreppet verksamhet ska här förstås som arbete, dvs. de handlingar eller åtgärder individer kollektivt utför.

1. Inledning

I och med informations- och kommunikationsteknikens (IKT) snabba utveckling så sker stora förändringar inom olika organisationer och företag. Inom Hälso- och sjukvården införs allt mer IKT som ett verktyg för att förbättra de tjänster som vården erbjuder. Kravet på kvalitet inom hälso- och sjukvården ökar och ett sätt att öka informations- och kommunikationsutbytet mellan olika berörda vårdgivare är att förenkla tillgången till relevant information. Regeringen har tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) startat ett projekt under namnet Nationell eHälsa – tidigare Nationell IT-strategi - för att säkra teknikutveckling och verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvården (Regeringen & Regeringskansli, 2010). Begreppet eHälsa blir allt vanligare att använda då sjukvården diskuteras inom utvecklingen av informationsteknologi (IT). eHälsa handlar om att integrera hälso- och sjukvården i det informationssamhälle vi lever i, att göra informations- och kommunikationsutbytet enklare mellan vårdgivare, vårdtagare och allmänheten i stort.

I lägesrapporten för Nationell IT-strategi 2009 står att läsa:

Vi lämnar därmed en period som kännetecknats av teknikutveckling och går in i nästa fas där verksamhetsutveckling står i fokus. Arbetet med att förbättra informationsflöden och vårdkontinuitet med hjälp av nya IT-stöd kommer inte ge full effekt förrän arbetsprocesser, metoder och bemötandefrågor anpassas till de nya möjligheter som sammanhållna IT-system ger (Regeringen & Regeringskansli, 2009, s. 2).

I strategin för eHälsa 2010 beskrivs resultatet med IT-strategin som lyckad med konkreta lösningar i form av ”katalog- och säkerhetslösningar för att garantera integritet och dataskydd, en ny lagstiftning samt insatser för en god informationskvalitet och enhetliga termer och begrepp” (Regeringen & Regeringskansli, s. 5). Det ligger alltså en ökad fokus på verksamhetsutveckling där stöd till verksamhet ska bl.a. bestå av beslutsstöd/förskrivarstöd; strukturerad dokumentation; användarvänliga journalsystem; patientöversikt; utbildning och eLärande (Regeringen & Regeringskansli, s. 9).

Att regeringen tillsätter ett projekt för att ta fram rekommendationer för IT-struktur och verksamhetsutveckling visar hur viktigt det är med ett väl fungerande informations- och kommunikationsutbyte, men också till att verksamheter måste följa med i utvecklingen och beakta tidigare åtgärder, rutiner osv.

Inom verksamhetsutveckling har fokus tidigare legat på arbetsprocessen och organisationens/företagets behov. Det har ofta inneburit införskaffandet av nya arbetsredskap för att möjliggöra ökad effektivitet och produktion. Under senare år har man förstått betydelsen av att involvera de anställda i processen och man börjar alltmer fokusera på den kollektiva verksamheten där individ och organisation ses som en helhet (Engeström, 2001; Ellström & Hultman, 2004). I och med att de anställda ges större delaktighet i utvecklingsarbetet har också synen på lärande förändrats, dvs. vidareutbildningen av de anställda. Från den tidigare traditionella reproduktiva läroformen med en mer kompetent person som introducerade arbetstagaren i användandet av ny teknik och nya redskap, talar man i dag om det kollektiva lärandet. Ett lärande som en kontinuerlig process i mänsklig verksamhet - ”ett lärande och en utveckling av kunskap, kompetens och andra mänskliga resurser, som befrämjar såväl individens som verksamhetens utveckling” (Ellström & Hultman, 2004, s. 17).

Teoretikern Yrjö Engeström har tagit synen på lärande ännu ett steg – expansivt lärande – som uppstår då arbetstagaren/arbetstagarna aktivt deltar i utvecklingsarbetet och med hjälp av den kollektivt samlade kunskapen försöker finna optimala lösningar på de problem som uppstår (Engeström, 1987). Engeström och hans forskningsteam (Engeström, 2009) har under många år studerat verksamhetsutveckling. Fokus ligger på de förändringar och lärande som uppstår inom verksamheter då de står inför nya samhällseliga, kulturella och tekniska problem.

1.2 Tidigare forskning och studier inom verksamheten sårvård

Det sker alltså en teknikutveckling och verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvården. I min studie har jag valt att studera området sårvård, ett område som fått alltmer uppmärksamhet det sista decenniet. Tidigare har sårvård varit lågt prioriterat område inom hälso- och sjukvården. I dag har sårvården blivit alltmer uppmärksam. Det har gjorts och görs insatser för att utveckla den ännu mer. Jag kommer att presentera tidigare forskning som är relevant i min studie.

1.2.1 Korrekt diagnos – en förutsättning för effektiv sårbehandling

Rut Öien (2002) har utfört en tolvårig studie inom sår och sårvårdsbehandling där resultatet visar att området sårvård inom hälso- och sjukvården kan förbättras avsevärt.

Studien utfördes i en region i södra Sverige och avhandlingen bygger på fem tidigare publicerade artiklar. Datamaterialet har samlats in genom enkätundersökning med kompletterande material från Öiens kliniska arbete.

Öien kunde med sin studie påvisa att en mer strukturerad dokumentation med enhetliga termer och begrepp för varje bensårspatient, samt utbildning av sjukvårdspersonal inom sårvård bidrog till förbättrad sårbehandling. Mer korrekta diagnoser kunde ställas, något som Öien poängterar är förutsättningen för effektiv sårbehandling.

1.2.2 Venösa bensår kan behandlas både bättre och billigare

Rapporten av Ragnarson Tennvall, Andersson, Bjellerup, Hjelmgren, & Öien (2004) visar att behandlingen av bensår har förbättrats men det behövs mer kunskap om alternativa behandlingsformer som kan bidra till reducerat antal omläggningstillfällen. Deras studie bygger på en enkätundersökning riktad mot primärvård, specialistsjukvård och hemsjukvård. Målgruppen var patienter med venösa bensår.

Även här tar författarna upp att det behövs en bättre struktur när det gäller omhändertagandet av bensårspatienter. Med en bättre struktur när det gäller omhändertagandet, produktanvändningen och antalet såromläggningar kan:

snabbare sårsläkning, minskat lidande och ökad livskvalitet för vårdtagaren samt lägre kostnader för hälso- och sjukvården och samhället åstadkommas (ibid., s. 1506).

Det är fortfarande stora resurser som går åt vid sårbehandlingar. År 2002 låg kostnaderna för sårbehandling i Sverige på uppemot 666 miljoner kronor/år (ibid.).

1.2.3 Mobila IT-lösningar öppnar upp för samverkan

Det finns fler projekt som berör vården men med mer fokus på IKT. Ett är Maria Hägglunds projekt (2009) där undersökningen riktades mot den generella vården och omsorgen inom hemtjänst och primärvård med fokus på äldreomsorgen. Deltagarna i projektet var läkare, sköterskor, hemtjänstpersonal samt vård- och omsorgstagare och deras närstående.

Författarinnan menar att behovet för sociala tjänster och sjukvårdsinsatser i hemmen kommer att öka varför samarbetet mellan hemsjukvård och hemtjänst måste förbättras. Syftet med Hägglunds avhandling var att ”studera behovet av ett informations- och kommunikationsstöd som kunde förbättra samarbetet mellan vårdgivarna, att analysera hur dagens internationella standarder för en obruten vårdkedja och interoperabilitet mellan hälso- och sjukvårdssystem möter dessa behov” (Hägglund, 2009, s. 84) . De områden studien framförallt behandlar är organisation, samarbete över huvudmannagränser samt datatekniska lösningsförsök.

Hägglunds resultat (2009) visade att en gemensam patientjournal och mobila IT-lösningar ger bättre möjligheter att samverka över huvudmannagränserna. Det fanns dock områden där den internationella standarden för en obruten vårdkedja och interoperabilitet mellan hälso- och sjukvårdssystem inte gav fullgott stöd.

1.2.4 Helheten viktigare än delarna

En annan forskare som intresserat sig för utvecklandet av ett fungerande IT-system inom hälso- och sjukvården är Hans Kyhlbäck (2005). Studien bygger på etnografiska studier som har genomförts inom kommunal omsorg, riktad mot sårvård. Arbetet är tvärvetenskapligt inom områdena utvecklande arbetsforskning och verksamhetsteori, samt datavetenskap.

Syftet med studien var att undersöka sköterskans verksamhet inom den kommunala sårvården samt utveckla ett nytt interaktivt dokumentations- och informationssystem. I rapporten diskuterar författaren vad som krävs för att ersätta ett gammalt informationssystem med ett nytt och få det accepterat. Författaren menar att det finns många faktorer att ta hänsyn till vid utvecklandet av ett nytt informationssystem inom området som vård/sårvård. Kyhlbäck nämner tre avgörande förhållanden: sköterskans möjlighet att interagera med andra vårdgivare, varierande arbetsuppgifter både ute i fältet som på mottagningen och sist, de olika former av hjälpmedel sköterskan använder i sin verksamhet.

Resultatet visar att det krävs mycket för att ett nytt system ska bli accepterat. Den sammanhängande helheten av sköterskans verksamhet måste tas i beaktande. Det nya systemet måste förbättra verksamheten i stort, inte bara vissa delar. Ett annat problem som identifierades var att organisationens intresse inte alltid stämmer överens med användarens behov (ibid).

1.2.5 Delvis avslutad forskning

I Blekinge pågår ett forsknings- och utvecklingsprojekt mellan Blekinge landsting och Blekinge tekniska högskola: *Aktiv sårläkning*. Projektet består av tre utvecklingsområden: framtagandet av en gemensam begrepps- och behandlingsmodell för sårvård, skapande av en digital prototyp som kan fungera för sårvård samt att studera hur de två verktygen fungerar i vardagens sårvårdspraktik (Öien, Verksamhet sårvård, 2010).

Den gemensamma begrepps- och behandlingsmodellen för sårvård är i dag utarbetad och modellen är tänkt att bli ett gemensamt hjälpmedel för de som arbetar inom området sårvård. IKT-systemet som är under utveckling och är tänkt att förbättra interoperabiliteten mellan olika vårdgivarna i Blekinge län: Blekinge landsting (BLS), primärvården och kommunerna i Blekinge, samt koppla det nationella kvalitetsregistret till de olika verksamheterna (ibid.). IT-strukturen ska följa den nationella strategin för E-hälsa (Regeringen & Regeringskansli, Nationell eHälsa, 2010). För att studera hur

begreppsstrukturen och den tekniska utformningen har fungerat praktiskt ute i sårvårdsverksamheten har etnografiska studier genomförts.

2. Problemområde och syfte

Inledningsvis så beskrivs IT- utvecklingen inom hälso- och sjukvård med tilltagande användning av IKT och med en utveckling mot det informationssamhälle som vi lever i - i dag - under begreppet eHälsa. Kravet på kvalitet inom hälso- och sjukvården ökar och det finns behov av att underlätta kommunikations- och informationsutbytet mellan vårdgivare, vårdtagare och andra intressenter. Tillgången till väsentlig information måste förenklas och vara användbar för den som söker informationen. Därför behöver informationen struktureras, definieras och presenteras på ett tydligt sätt för användaren.

Den tidigare forskning jag visat till beskriver behovet av en mer strukturerad dokumentation med enhetliga termer och begrepp. Gällande IT-strukturen och infrastrukturen så finns områden att förbättra. Det framkommer att den internationella standarden för en obruten vårdkedja och interoperabilitet mellan hälso- och sjukvårdssystem fungerar otillfredsställande och att det föreligger en intressekonflikt mellan organisationens och användarens behov.

Problem uppstår ofta inom verksamheter då de står inför nya samhällsliga, kulturella och tekniska problem. När det gäller verksamhetsutveckling så ges de anställda i dag större möjlighet att vara med att påverka i utvecklingsprocessen. Individ och organisation ses som en helhet där varje medlems kunskap och erfarenhet tas till vara. Man inser i dag att lärande är mer än bara det reproduktiva lärandet: lärande existerar som en oavbruten process i mänsklig verksamhet. Genom kollektiva insatser så kan lärandeformen transformeras till ett expansivt lärande som möjliggör problemlösning utöver den enskilde individens förmåga.

Som jag tidigare nämnt har sår- och sårvård blivit alltmer uppmärksammat. Det har gjorts och görs insatser för att utveckla den ännu mer. Sårbehandlingar utförs ofta som en del av den totala verksamheten inom den allmänna primärvården men allt fler specialiserade sårvårdsmottagningar växer fram, även inom offentlig verksamhet. Som exempel kan jag nämna Blekinge landsting som inom primärvården öppnade en specialistmottagning för svårläkta bensår: *Blekinge sårcentrum*, år 2003 (Landstinget, 2007).

Det finns ett flertal studier utförda inom hälso- och sjukvården med fokus på verksamhetsutveckling. Däremot så finns det få undersökningar inom verksamheten sårvård. Jag har därför valt att studera området sårvård utifrån de tidigare utvecklingsområden jag nämnt: IKT, interoperabilitet, strukturerad dokumentation med enhetliga termer och begrepp samt användarvänliga journalsystem. Min studie är också tänkt att öka förståelsen för den kollektiva läroprocess som uppstår då verksamheter analyseras och utvecklas i ett ”expansivt lärande”-perspektiv, ett område lite diskuterat i tidigare forskning.

Mitt syfte är därför att utifrån ett ”expansivt lärande”-perspektiv studera den verksamhetsutveckling som en distriktssköterska är involverad i - inom primärvården i en mindre glesbygdskommun – för att öka förståelse för den mer generella sårvården gällande:

- kommunikations- och informationsutbytet mellan de olika vårdgivare som existerar inom verksamhetssystemet.

- lärande- och utvecklingsmöjligheter i distriktssköterskans arbete vid implementeringen av ny teknologi och i interaktionen med andra.
- skillnaden kollektivt lärande och traditionellt lärande.

3. Teoretisk ram

Fokus på tekniska utmaningar är ett område som Yrjö Engeström och hans team (Engeström, 2009) fokuserar på inom förändringar och lärande i kollektiva verksamhetssystem. Deras arbete utgår bl.a. från hans teori: *Learning by Expanding: An Activity - Theoretical Approach to Developmental Research*. Trots att den utkom så tidigt som 1987 har jag valt att använda mig av hans teori i min studie. Mitt val grundar sig på att han i sin första publicering beskriver sin teori mer utförligt än vid senare publiceringar. Senare alster handlar mer om användandet av teorin inom olika verksamheter, och förtydligande om de olika komponenternas inverkan på verksamhetsutveckling. Jag kommer att komplettera med hans rapport *Expansive Learning at Work: toward an activity theoretical reconceptualization* (Engeström, 2001) för att förtydliga lärprocessen.

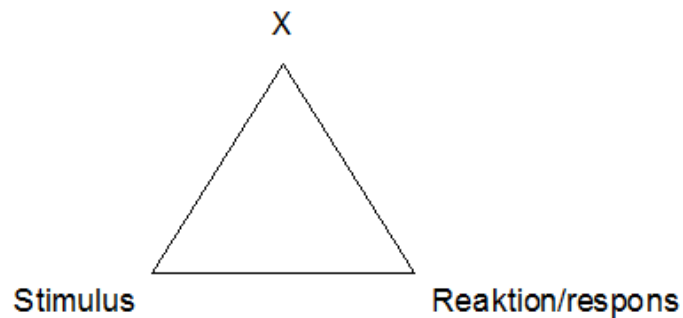
För att förstå de tankegångar som teoretikern har börjar jag med att ge en kort beskrivning av hur synen på lärande utvecklats under historiens gång. Därefter redogör jag för Engeströms tankegångar.

3.1 Synen på lärande

Under mitten av 1900-talet började forskare fokusera mer på tankens kraft och de mentala processer som uppstår vid inläring. Kognitiva faktorer som mål, syfte, motivation och insikt blir viktiga för inläring samt hur information bearbetas och organiseras. Fokus låg på individens förmåga att aktivt inhämta kunskap: lärande var något som påverkades av individens egen förmåga till problemlösning: kunskap konstruerades av individen (Illeris, 2001).

I och med den kulturhistoriska skolans framväxt uppstod ett intresse för läromiljöns inflytande. Vygotskij ansåg att lärande påverkades av den kontext där lärandet ägde rum: det kulturella och sociala sammanhanget. Människans historiska utveckling har bidragit till att individen utvecklat en förmåga att skapa kulturella verktyg - både fysiska och intellektuella - för att bättre kunna interagera och samverka med omgivningen. I första hand gäller det språket men även andra medierande verktyg såsom instrument/artefakter (Engeström, 1987; Säljö, 2005).

Vygotskij ansåg att varje handling (stimulus) ledde till en respons genom användandet av tecken eller verktyg. Tecknen eller verktygen är kulturella skapelser. De är historiskt skapade artefakter som, när de används, kommer att bidra till det nya som skapas. Det är kärnan i den kulturhistoriska teori som Vygotskij lade grunden till. Modellen nedan beskriver Vygotskijs idé om mediering:



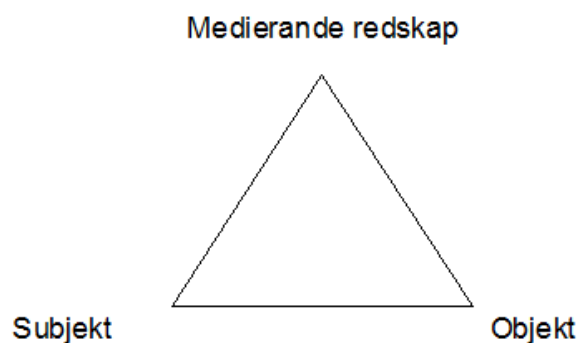
Figur 1 Hämtad från: Vygotskijs ursprungliga idé om mediering (Säljö R., 2005, s. 25)

Leontiev utvecklade Vygotskijs teori vidare (Engeström, 1987; Säljö R., 2005). Han menade att människan under utvecklingens gång lärt sig att bearbeta sin omgivning/verksamhet med hjälp av medierande verktyg. Det innebär att verksamheten förändras i och med att de medierande verktygen utvecklas. Ett exempel är vår möjlighet att kommunicera i dag jämfört med för bara hundra år sedan.

Utvecklingen fortsätter så länge som ”de kulturella redskapen – de psykologiska/språkliga lika väl som de fysiska (dvs. artefakterna) – hela tiden förändras och förfinas. Individens kunskap och intellektuella förmåga kommer på motsvarande sätt att utvecklas och förändras” (Säljö, 2000, s. 70). Med hjälp av medierande verktyg har människan lärt sig att förändra sitt sätt att leva. Samtidigt sker en utveckling i samhället som gör att vi behöver utveckla de redskap vi behöver för att gå vidare.

Säljö beskriver Leontievs verksamhetssystem utifrån tre nivåer, ömsesidigt beroende av varandra: ”verksamhetssystem”, ”handling” och ”operationer” (2000, s. 138). Verksamhetssystem handlar om en kollektiv verksamhet som utvecklats genom historiens gång: skolan, sjukvården osv. Handlingar är de individuella aktiviteter som utförs inom verksamheten, riktade mot samma mål: den kunskap eller tjänst som efterfrågas. Operationer är en form av delmoment i den aktivitet som ska utföras, många gånger omedvetet. Exv. individen slår en kod för att komma in i ett visst dataprogram.

Leontievs teori *activity theory* kallas på svenska *verksamhetsteorin* och hans utveckling av Vygotskijs teori brukar presenteras som nedan:



Figur 2 Hämtad från: Leontievs generaliserade beskrivning av mediering som relation mellan människa och objekt (Säljö R., 2005, s. 28)

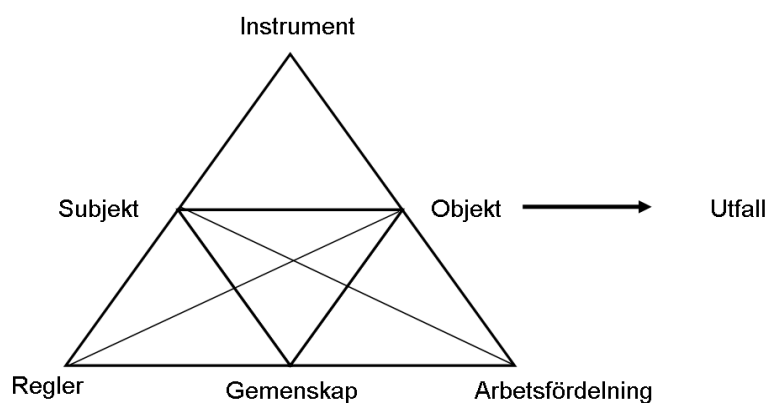
Subjektet utför sin handling med hjälp av medierande redskap för att kunna bearbeta objektet och producera den vara/tjänst som efterfrågas (subjekt till objekt). Samhället utvecklas varför andra behov uppstår och nya handlingar måste utföras (objekt till

subjekt). Nya former av medierande redskap måste utvecklas för att de nya målen ska kunna uppnås (Engeström, 1987; Säljö, 2005). Så småningom utvecklas en ny form av verksamhet, som jag skulle vilja benämna en medierande redskaps-producerande verksamhet, eller enklare uttryckt: en *instrumentproducerande verksamhet* (Engeström, 1987). Det i sin tur leder till en arbetsfördelning mellan olika verksamhetssystem, man får en objektproducerande verksamhet och en instrumentproducerande verksamheten. Engeström (1987) benämner denna form av *verksamhetsproducerande verksamhet* för lärandeverksamhet eller expansivt lärande.

Engeström (1987) har alltså utvecklat Vygotskijs och Leontievs teorier ytterligare ett steg med teorin om expansivt lärande: *Learning by Expanding: An Activity - Theoretical Approach to Developmental Research* (1987). Där har även Vygotskijs teori om *The zone of proximal development* (ZPD) haft stor betydelse. ZPD beskriver en högre form av lärande som uppstår då individen interagerar med andra. Teorin redogör för skillnaden mellan individuell och kollektiv problemlösning: en läroprocess som berör både kognitiva och sociala färdigheter i kommunikation med andra ges individen möjlighet att ge uttryck för sina egna tankar och värderingar, samtidigt som han/hon tar del av andras erfarenhet och kunskap (Säljö, 2000; Illeris, 2007).

3.2 Expansivt lärande

Engeström (1987) har utformandet en modell som visar hur han ser på verksamhet, en modell som bygger på både Vygotskijs och Leontievs teorier (se figur 3). Den övre triangeln på modellen visar Vygotskijs och Leontievs tankegångar om subjektet (individen) som använder någon form av instrument (artefakt) för att kunna bearbeta objektet (råvaran, individens problem osv.). Nedre högra triangeln återspeglar Leontievs utvecklande som gav upphov till begreppet arbetsfördelning. Den arbetsfördelning som sker inom en verksamhet och den arbetsfördelningen som sker mellan verksamheter har stor betydelse för Engeströms teori (ibid.). I Engeströms teori har begreppen gemenskap och regler tillkommit:



Figur 3 Modifierad: The structure of a human activity system (Engeström, 1987)

Om utvecklingen av en verksamhet ska leda till en varaktig förändring måste det nya som träder fram integreras i systemet och få en mer varaktig karaktär. I varje verksamhet finns personer (subjekt) som har någon form av motiv som driver arbetet framåt (objekt). Verksamheten består av en samling medarbetare (gemenskap). För att målet ska uppnås använder de olika aktörerna sig av olika former av verktyg (instrument). Arbetsuppgifterna delas upp enligt de sociala regler som existerar inom

verksamheten: formella och informella regler: kulturella regler, lagar, förordningar osv. Därefter sker ytterligare arbetsfördelning, uppdelad på kompetens och erfarenhet. Slutligen har målet med bearbetningen av objektet blivit uppfyllt.

Mer komplexa och differentierade företag och organisationer – som exv. primärvården - består av ett flertal mindre verksamheter – exv. sårvård - som i sig fungerar fristående. Ovanstående modell kan därför symbolisera både den större verksamheten som den mindre. De komponenter som ingår är nödvändiga för en verksamhets funktion (Engeström, 1987).

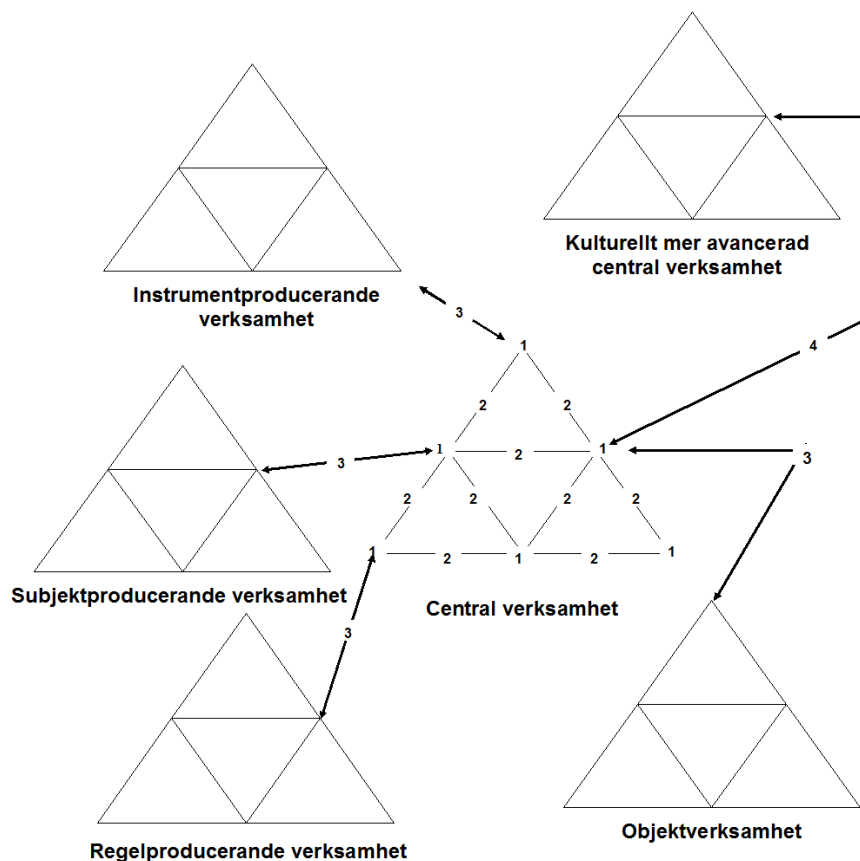
3.2.1 Inre motsägelser av mänsklig verksamhet

En av de grundläggande orsakerna till problem eller inre motsägelser i en verksamhet beror på verksamhetens dubbla roller. Varje verksamhet måste fungera oberoende men ändå vara underordnad den totala verksamheten (ibid.). Ett annat exempel på motsättningar som uppstår är när verksamheten utför två motsägelsefulla aktiviteter. Ett exempel är hälso- och sjukvården där man har behov av sjuka människor som konsumerar de tjänster man erbjuder. Samtidigt arbetar verksamheten för minimera behoven av sina egna tjänster genom friskvård, bättre kunskap om sjukdomar osv.

De motsättningar författaren nämner återfinns inom verksamhetstriangelns alla komponenter och intilliggande verksamheter (ibid.).

3.2.2 Fyra nivåer av motsägelsernas natur

Det finns fyra nivåer av motsägelser eller motsättningar (ibid.). Den första kan uppstå *inom* varje komponent (subjekt, instrument, objekt, gemenskapen, regler, arbetsfördelning), ofta i form av konflikt mellan bruksvärde och bytesvärde. Den andra nivån berör motsättningar/motsägelser som förekommer *mellan* verksamhetens komponenter. Exv. den hierarkiska arbetsfördelningen som - enligt Engeström - fortfarande är svår att förändra. Tredje nivån som Engeström nämner är de motsättningar/motsägelser som uppstår mellan den centrala verksamheten och en högre kulturellt utvecklad verksamhet. Den fjärde handlar om motsättningar/motsägelser mellan den centrala verksamheten och andra verksamheter i nätverket. Jag lånar Engeströms bild (figur 4) för att ge bättre förståelse för det han nämner angående motsägelser:



Figur 4 Modifierad: Four levels of contradictions within the human activity system (Engeström, 1987)

Motsättning ett och två uppstår alltså inom den centrala/studerade verksamheten. Motsättning tre mellan centrala verksamheten och en högre kulturellt utvecklad verksamhet. Den fjärde mot övriga närliggande verksamheter i verksamhetssystemet.

Motsättningarna/motsägelserna i sig skapar möjligheter till utveckling, förbättring och lärande.

3.2.3 Strukturen av en lärandeverksamhet

Det är i den dagliga verksamheten, i de aktiviteter som utförs, som motsättningar och potentiella utvecklingsmöjligheter uppstår. Själva kärnan i verksamhetsutveckling är att skapa nya tydliga samhälleliga verksamhetsstrukturer (inklusive nya objekt, instrument osv.). Utvecklingsprocessen leder till en ny och förbättrad verksamhet genom att identifiera inre motsättningar och aktivt genomföra olika åtgärder. I jämförelse med den traditionella skolan, som i huvudsak producerar kunskap utifrån i förväg bestämda ämnen (eller som vetenskapen som i huvudsak är en instrumentproducerande verksamhet) är den lärande verksamheten en verksamhetsproducerande verksamhet: vid varje förändring uppstår nya behov som i sin tur skapar nya behov osv. (Engeström, 1987).

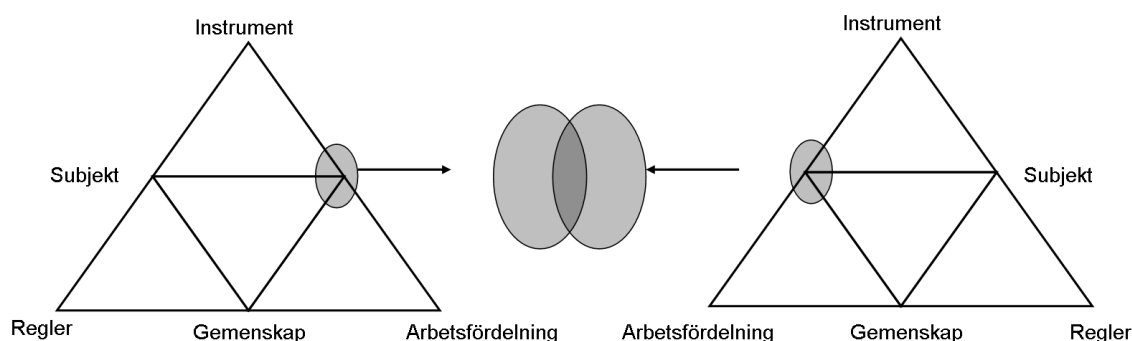
Syftet med Engeströms teori (ibid.) är att upptäcka och analysera de åtgärder/handlingar som leder till motsättningar inom existerande verksamhet. Genom ett systematiskt granskande av verksamhetens alla områden kan problemområden upptäckas och analyseras. När elementen identifierats försöker utredarna, tillsammans med aktörer från verksamheten, hitta kreativa lösningar till problemområdet. Genom att hitta nya vägar kan verksamhetens kvalitet förbättras.

3.2.4 Hur ny kunskap genereras

Människan kan och har genom tiderna utvecklat ny kunskap vilket bidragit till nya samhällen och verksamhetssystem. Utvecklingen är mer än ett individuellt förvärv: utveckling är ett kollektivt gemensamt skapande (Engeström, 1987). Engeström menar därför att kollektiva motsättningar eller motsägelser måste lösas kollektivt. Separata individuella åtgärder är otillräckligt. Det krävs gemensamma åtgärder för att utveckla nya hållbara former för verksamheten. Paradoxen i ett verksamhetsproblem är att problemet i sig innehåller möjligheter till verksamhetsutveckling. Utvecklingsmöjligheterna uppstår när individen/individerna kommer till en återvändsgränd där tidigare kunskap och erfarenheter är otillräckliga.

Att analysera verksamheten ur ett historiskt perspektiv är ett sätt att identifiera och förstå vilka områden som skapar problemen. Men, för att hitta en hållbar lösning krävs att man utvecklar eller införskaffar nya instrument. Det kan vara i form av artefakter som redan finns men som tidigare inte använts. Ett exempel på en sådan lösning kan vara införskaffandet av ett datasystem till en verksamhet (mitt exempel). En annan lösning kan vara att söka upp högre kulturellt utvecklade verksamheter för att ta lärdom av deras erfarenheter.

I rapporten *Expansive Learning at Work: toward an activity theoretical reconceptualization* (Engeström, 2001) beskriver Engeström mer utförligt hur läroprocessen fungerar. Enligt Engeström finns det fem principer som måste uppfyllas för att hans teori om expansivt lärande ska kunna användas. Första principen handlar om verksamheten som en del av något större: ett kollektivt, artefaktmedierat och objektorienterat verksamhetssystem består av flera delverksamheter. Varje delverksamhet är relativt oberoende men underordnade den totala verksamheten. En delverksamhet kan därför endast förstås om den analyseras och tolkas som en del av ett nätverk: i sin relation till andra delverksamheter samt verksamhetssystemet i stort (se figur 4) (Engeström, 2001). I figuren nedan (figur 5) visas samverkan mellan två olika delverksamheter med samma målinriktning men med olika uppgifter för att nå målet:



Figur 5 Modifierad: Two interacting activity systems as minimal model for the third generation of activity theory (Engeström, 2001, s. 136)

Andra principen utgår från att ett verksamhetssystem bygger på mänsklig verksamhet som präglas av flera olika synpunkter, traditioner och intressen. Arbetsfördelningen och de ingående aktörerna har sin egen historia. Systemet i sig bär på en historisk utveckling i omgångar, bevarad i artefakter, regler och konventioner. Nyss nämnda faktorer kan bli en källa till svårigheter som kräver någon form av åtgärder och förhandling (Engeström, 2001).

Tredje principen bygger på verksamhetens historiska utveckling. Verksamhets-system skapas och utvecklas över en längre tidsperiod. Systemets problem och potential kan därför bara förstås i ett historiskt perspektiv: verksamhetens egen lokala historiska utveckling (verksamhet och objekt) samt de historiska teorier, idéer och verktyg som gett upphov till verksamheten (Engeström, 2001).

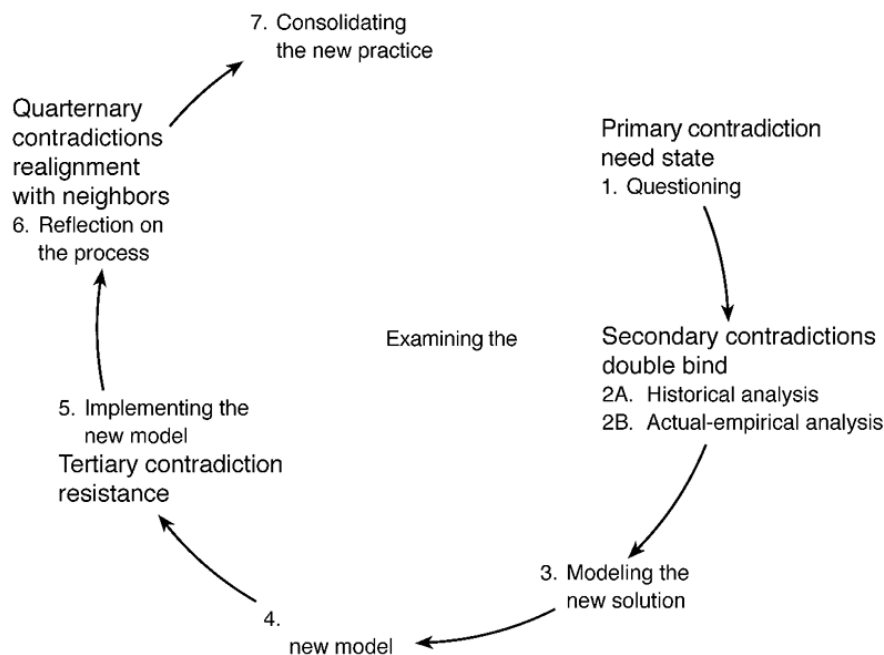
Den fjärde principen handlar om att de motsättningar/motsägelser som uppstår i en verksamhet ska ses som en möjlighet till att förbättra, inte enbart förknippas med problem och konflikter. Engeström (ibid.) menar att den grundläggande faktorn och källa till motsättningar/motsägelser står mellan bruksvärde och bytesvärde av den producerade varan. Vid åtgärdandet av en motsättning/motsägelse, exv. vid införandet av ett nytt fenomen utifrån, uppstår ofta en sekundär motsättning/motsägelse när det nya kolliderar med det gamla (exv. regler, arbetsfördelning).

Femte och sista principen tar upp problemet som uppstår när befintlig kunskap och erfarenhet är otillräcklig. Kvalitativa förbättringar av en verksamhet sker under en längre period. Förändringar börjar ofta med att någon eller några börjar ifrågasätta verksamheten och avviker från de traditionella normerna. I vissa fall leder det till en gemensam kollektiv insats för en omorganisering: att förändra och utveckla upphovet till motsättningen/motsägelsen. Expansivt lärande och förändring sker när involverade aktörer måste söka lösningen utanför sin egen potential (ibid.).

All form av lärande måste kunna besvara fyra grundläggande frågor: vilka är de lärande, varför de lär, vad/ hur de lär. En individ, grupp eller verksamhet lär sig något kontinuerligt även om det inte uppfattas som lärande: ett vardagslärande där individen omedvetet förändrar och förbättrar. Inom verksamheter lär sig individen/gruppen bara genom att vara delaktig i den utveckling som sker. Expansivt lärande uppstår när tillgängliga kollektiva kunskapsresurser är otillräckliga (ibid.).

Genom att lösningen till motsättningen/motsägelsen bearbetas kollektivt skapas ett kollektivt lärande bland deltagarna i utvecklingsarbetet: i teamet, enheten osv. (vilka är de lärande). Lärandet inom verksamhetsutveckling handlar om att få ett fungerande samarbete inom verksamheten som mellan de olika verksamheterna i nätverket (varför de lär). Genom att deltagarna i utvecklingsarbetet tillsammans diskuterar utvecklingsområdet ökar förståelsen för varandras verksamheter och för fenomenet som ska bearbetas. Varje deltagare delar med sig av sina kunskaper och åsikter. De övriga får ta till sig den nya informationen och ställa den mot sin egen verksamhet. Gruppen kan tillsammans finna en gemensam lösning, något som skulle ha varit omöjligt för den enskilde individen (vad lär de). Det lärande som Engeström (ibid.) beskriver är som sagt ett lärande som uppstår då individens/gruppens/verksamhetens/organisationens möjlighet är otillräcklig. Det kan handla om två delverksamheter som tillsammans möts och analyserar problemet, eller att ledningen möter delverksamheten för att tillsammans diskutera en lösning. Vilken motsättning/motsägelse som än ska diskuteras handlar det om att motsättningar eller motsägelser bättre kan lösas kollektivt genom att deltagarna - med gemensamma resurser - tillsammans kan finna lösningar som är ouppnåelig för den enskilde individen (hur lär de).

Engeström (ibid.) beskriver en modell (se figur 7) som han och hans team använder vid utvecklandet av en verksamhet: *Boundary Crossing Laboratory* något som också benämns som *Change lab* (min kommentar). Modellen är med och främjar utveckling, förändring och lärande genom att arbetsprocessen sker etappvis. Genom att strategiskt bearbeta problemområdet kan den grundläggande orsaken till motsättningen/motsägelsen identifieras.



Figur 6 Hämtad från: *Strategic learning actions and corresponding contradictions in the cycle of expansive* (Engeström, 2001, s. 152)

Utvecklingen börjar med att ett utvecklingsområde identifierats. Deltagarna delar med sig av de upplevelser och åsikter de har, kartlägger situationen för att se var problemen finns. Under inledningsprocessen är det lätt att det uppstår spänningar mellan de involverade aktörerna eftersom de enskilda individerna ofta ger sitt eget arbete/sin egen verksamhet större betydelse än andras och prioriterar egna behov. Nästa steg är att se på verksamheten ur ett historiskt perspektiv: hur har arbetet förändrats hittills och vad är möjligt att göra. Här uppstår lätt andra gradens motsättningar/motsägelser. Engeström skriver bl.a. att den hierarkiska arbetsfördelningen kan fördröja eller hindra utvecklingen. Efter analysen kan förslag till nya modeller/rutiner läggas fram för att därefter konkretisera och testa de framtagna förslagen i verksamheten. När man arbetat fram väl fungerande modeller implementeras de i det vanliga arbetet. Den tredje nivån av motsättningar kan i det skedet påverka om de olika deltagarna har olika målinriktningar. Även om en ny modell realiserats fortsätter utvecklingsarbetet. Användarna utvärderar och granskar kritiskt den nya artefakten för att ev. utveckla modellen vidare. Sista steget innebär att informera och lära ut till andra vad förändringsarbetet har bidragit med, samt att identifiera nya regler som förändringar för med sig. Att informera andra och identifiera nya regler kan knytas till den fjärde nivån av motsättning som Engeström nämner, dvs. de motsägelser som uppstår i samverkan mellan den centrala verksamheten och den angränsande verksamheten. Bl.a. kan motsättningar uppstå mellan den objektutvecklande verksamheten och den regelproducerande verksamheten (Engeström, 2001).

3.3 Sammanfattning

I all form av verksamhet – individuell eller kollektiv – uppstår förr eller senare akuta motsättningar som måste lösas. Problemet i sig lägger grunden till en ny lärandesituation där tidigare kunskap och erfarenhet ger möjlighet till att finna en lösning. Det är inget nytt. Det är på det sättet mänskligheten har utvecklats till det vi är i dag. Vad som är nytt med Engeströms teori är att han lyfter fram det – tidigare förbisedda - kollektiva lärandet och gör det till ett värdefullt verktyg i verksamhetsutveckling: han åskådliggör hur tidigare teorier om lärande och lärandeprocessen begränsat individens utveckling, att allt lärande har en kollektiv dimension.

Författaren är kritisk till hur man i dag ser på lärande och hur lärandesituationer utformas. Han menar att problemlösning framställs i huvudsak som en reaktiv form av lärande, att det inte leder till utveckling hos individen vilket gör lärandet mindre meningsfullt eller meningslöst. Lärandesituationen förutsätter en viss kontext där individen bli presenterad för ett i förväg uppsatt problem. Den lärande förhindras att vara kreativ, att själv hitta eller skapa nya sammanhang. Utmärkande för hans teori är att han öppnar upp för ett lärande som bygger på den kollektiva gemenskapens möjlighet att uppnå ett lärande utöver vad den enskilde personen skulle ha kunnat åstadkomma. Lärandesituationen kan transformeras till en högre form av lärande.

I en lärandeverksamhet handlar det om att skapa dynamiska utvecklingsmöjligheter. Det kan – enligt Engeström – enbart ske om de berörda individerna deltar aktivt i förändringsarbetet. En av Engeströms grundstenar är att verksamhetsutveckling måste utföras i sin rätta kontext, dvs. i den verksamhet som ska utvecklas. Ett välgrundat motiv är att vara öppen för nya möjligheter som leder till genererande av ny kunskap, men det krävs också att det nya ges möjlighet att bli integrerat i redan befintlig verksamhet om förändringen ska bli varaktig. Engeström visar i sin teori hur motsägelser eller motsättningar kan vändas till något positivt för en verksamhet. Problem som uppstår kan vara med och utveckla verksamheten till att bli bättre genom att genomföra olika förändringar. Engeström menar att det är omöjligt att förhålla sig till problem som den traditionella skolan förespråkar. Lärandeverksamheten är en verksamhetsproducerande verksamhet där varken problemet eller lösningen finns att finna i förväg. Syftet med expansivt lärande är att försöka identifiera motsättningar som existerar i befintlig verksamhet och finna lösningar till dessa motsättningar.

Författaren poängterar att verksamhetsutveckling är svårt. Problemlösningar kan leda till nya motsättningar som i värsta fall kan försämra hela situationen. Att utveckla en verksamhet är inte heller något som görs över en natt. I vissa fall kan det ta år innan en tillfredsställande lösning har utformats.

Engeström publicerade sin teori 1987. Under årens lopp har det utförts en rad olika studier där hans teori ligger till grunden. De olika faktorer som - enligt Engeström – en verksamhet grundar sig på har studerats mer ingående. Den sista artikeln som publicerats vid framställandet av min rapport är en studie han utfört tillsammans med Annalisa Sannino: *Studies of expansive learning: Foundations, findings and future challenges* (Engeström & Sannino, 2010).

En fråga som författarna (Engeström & Sannino, 2010) diskuterar är om agentskapet i lärandet ska tillskrivas en individ eller verksamheten. En andra fråga de diskuterar är om lärandet sker genom förvärv eller genom deltagande i en verksamhet? Författarna menar att synen på lärande, gällande både förvärvs- och deltagandebaserat lärande är ett konservativt sätt att se på lärande. Båda utgår från att det är individen som lär, inte verksamheten. Teorin för expansivt lärande utgår i första hand från

verksamheten, kulturell utveckling och skapandet av nya kulturer, om horisontell förflyttning med utbyte och blandning av olika kulturella sammanhang och traditioner och om bildandet av teoretiska begrepp.

Resultatet av deras studie visar hur expansivt lärande främjar verksamheter att utveckla ett lärande som fångar in angelägna frågor för de inblandade i det utvecklingsarbete de står i.

4. Metod

En av grundstenarna i Engeströms teori (1987): *Learning by Expanding: An Activity - Theoretical Approach to Developmental Research*, är att forskningen ska bedrivas i sin rätta kontext, dvs. i den verksamhet som ska utvecklas. Utifrån mitt syfte - att studera verksamhetsutveckling i en sårvårdsverksamhet - blev det därför lämpligt att utgå ifrån etnografisk ansats i min studie.

4.1 Etnografisk forskningsansats

Etnografi utgår från en empirisk-holistisk grundsyn. Empirismen menar att det är genom vår erfarenhet, genom att dra slutsatser utifrån det vi kan observera som kunskap kan byggas (induktion). Genom att se helheten blir vi medvetna om världen (holistisk grundsyn). Hammersley och Atkinson (2009) beskriver etnografi som "an integration of both first-hand empirical investigation and the theoretical and comparative interpretation of social organization and culture" (2009, s. 1). Etnografiskt arbete innebär således att forskaren går ut på fältet och deltar i den verksamhet som ska undersökas genom öppen eller dold medverkan (ibid.). I min studie var jag som etnograf intresserad av att studera utvecklingen av verksamheten sårvård genom eget deltagande (Ely, 1993).

4.2 Den studerade verksamhetens kontext

I mitt fall har jag studerat en distriktssköterskas arbete. Hennes arbete faller inom primärvården. Primärvården är en division inom landstinget som enligt Hälso- och sjukvårdslagens 3§ har till uppgift att "erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget" (SFS, 1982:763). Primärvård bedrivs lokalt och den enhet som undersökningen riktat sig mot är en mindre glesbygdskommun i Sverige.

Den studerade verksamheten är geografiskt uppdelad i två distriktssköterskemottagningar, belägna i samma huskropp men i varsin ände av enheten. Mitt emellan de två mottagningarna ligger primärvårdens hälsocentral där bland andra familjeläkaren sitter. De data som presenteras i den här rapporten är hämtade från en av de två mottagningarna.

4.3 Informanten A

Informanten i min studie var en kvinnlig distriktssköterska där kontakten förmedlades via enhetschefen för den primärvård jag studerade. På distriktssköterskemottagning arbetade endast kvinnlig personal. Vid andra tillfället använde jag mig av vad man kallar bekvämlighetsurval genom att kontakta samma sjuksköterska. Orsaken är att det är svårt att få tillträde till vården genom att all personal inom hälso- och sjukvården lyder under tystnadsplikt och sekretesslagen (Socialstyrelsen, Offentlighets- och sekretesslagen SFS2009:400, 2009). Genom att kontakta samma informant hoppades jag ha större chans att få utföra min studie. Kontakten med sköterskan gav ett positivt

svar under förutsättning att verksamhetschefen skulle ge sitt godkännande vilket hon gjorde.

Sköterskan hade lång erfarenhet som distriktssköterska inom primärvården. Som landstingsanställd ansvarade hon - tillsammans med en annan distriktssköterska - över ett visst område i kommunen. Hennes arbete bestod av både hemsjukvård och mottagningsarbete.

4.4 Datainsamlingsmetod och genomförande

En etnograf går alltså ut i en verksamhet och samlar in allt som erbjuds och som kan belysa det område som forskaren studerar. Det kan vara att lyssna på det som sägs, vara observant på det som sker och samla in all form av artefakter som erbjuds. Det kan exempelvis vara dokument som vid tillfället inte ses relevant men som vid senare analys kan ge en bättre förståelse för det studerade fenomenet (Hammersley & Atkinson, 2009, s. 3).

Genom att följa med och observera sköterskan i henne dagliga verksamheter kunde jag få bättre förståelse och en mer helhetlig bild av vad hennes arbetsuppgifter innebar (Hammersley & Atkinson, 2009). Ely skriver att:

”Forskaren ber de som studeras att bli lärare och lära honom eller henne de levnadssätt de finner meningsfulla” (Ely, 1993, s. 66).

Det empiriska material som använts i mitt kandidatarbete är inhämtat vid två studietillfällen: hösten 2008 och hösten 2009. Mina data inhämtades genom dokumentstudier, observation och intervju.

4.4.1 Dokument

Jag studerade ett flertal dokument i min studie. Först använde jag mig av en fem-sidig kopia av journalanteckningar förda under en period på en månad för en vårdtagare med svårsläkt bensår. Jag läste *Riktlinjer för förebyggande och omläggning av trycksår*, ett dokument på 28 sidor som bl.a. tog upp förebyggande och behandling, bedömning och dokumentation, sårvård, produktval. Jag gick även igenom *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (Socialstyrelsen, 2005), ett dokument på 17 sidor, samt verksamhetsplanen för observerad organisation: *Överenskommelse 2008 för primärvård XX*, 22 sidor

4.5 Genomförandet av observation och intervju

Under min studie utfördes tre observationer och två intervjuer. Genom observation kunde jag studera verksamheten i sitt rätta sammanhang, som den är till sin natur, dvs. undersökningssammanhangen är inte konstruerade utan ses i sin rätta kontext där forskaren och undersökningsmedlemmarna samspekar. Genom att direkt observera verksamheten får forskaren en möjlighet att bilda sig en egen uppfattning om de aktiviteter som pågår inom verksamheten (Hammersley & Atkinson, 2009).

Hur många observationer som bör göras beror på den verksamhet som det ska forskas på och vilken erfarenhet som forskaren tidigare har (Ely, 1993). Ely nämner att när det obekanta blivit bekant, när forskaren blir mindre observant bör han/hon avsluta. Forskaren kan i stället be om att få återkomma för att inhämta kompletterande material.

Observationer kan kompletteras med intervju vilket ofta används i fallstudier. Dels för att utveckla kunskap om det specifika fenomenet som det forskas om, dels som komplement till andra metoder, vilket är vanligt i etnografiska studier (Kvale, 1997, s.

94). Genom intervju kan forskaren inhämta värdefulla kompletterande data (Hammersley & Atkinson, 2009).

Tre observationer utfördes: den första under en specifikt utvald sårbehandling av en vårdtagare med ett svårläkt bensår. De två andra för att följa sköterskan i hennes dagliga arbete. Efter de två studietillfällena utfördes intervjuer.

I mitt fall handlade det om både öppna informella intervjuer under de tre observationstillfällena samt riktade öppna intervjuer vid de två avslutande formella intervjuer som utfördes, dvs. intervjun var bokad i förväg, jag hade en bestämd inriktning men lät informanten fritt diskutera utifrån valt fokusområde. Genom att använda riktad öppen intervju gav jag informanten möjlighet att styra samtalet något som inte är möjligt då forskaren sitter med i förväg bestämda frågor. Då forskaren använder sig av den öppna eller riktat öppna handlar det om att förstå respondenten utifrån hans/hennes perspektiv, den subjektiva erfarenheten. Det innebär att meningsutbytet varierar från individ till individ (Lantz, 1993; Kvale 1997).

De formella intervjuerna genomfördes som en uppföljning av tidigare observationer. Intervjuerna spelades in. Den första transkriberades medan jag valde att grovstrukturera den andra och valde ut delar som var relevant för mitt syfte (Hammersley & Atkinson, 2009).

4.5.1 Första studietillfället hos distriktssköterskan, hösten 2008

Vid första datainsamlingen utfördes en timmes lång observation där fältanteckningar fördes samt en intervju. Samtalet spelades in och transkriberades. Syftet med min första datainsamling var att studera sköterskans arbetsprocess och rutiner runt sårvård. Under den timmes långa omläggningen observerades sköterskan. Jag ställde frågor, tog foton på såret och förde fältanteckningar över det som jag observerade. Utifrån mina fältanteckningar och en kopia av vårdtagarens journalanteckningar, mötte jag informanten senare samma vecka för en timmes lång intervju där jag kompletterade mina data med fokus på dokumentation och användandet av datorn som verktyg.

4.5.2 Andra studietillfället hos distriktssköterskan, hösten 2009

Vid andra tillfället utfördes två observationer med fältanteckningar och en intervju. Samtalet spelades in och grovstrukturades. Områden relevant för studien transkriberades. Syftet var att studera hela sköterskans verksamhet med fokus på expansivt lärande: verksamhetens historiska utveckling och de eventuella utvecklingsområden som kunde identifieras. Bland annat de handlingar hon utförde, hennes samarbete med andra aktörer. Under två förmiddagar följde jag informanten i hennes arbete, ställde frågor när möjlighet gavs, fotograferade och förde fältanteckningar. Jag samlade in all form av material som jag fick tillgång till. Även denna gång avslutade jag med en kompletterande intervju (85 min) utifrån fältanteckningar och insamlat material.

Vid samma datainsamlingstillfälle fick jag möjlighet att träffa verksamhetschefen och vårdkoordinatören. Verksamhetschefen gav mig information om verksamheten i stort. Vårdkoordinatören informerade mig om hennes arbetsuppgifter. Insamlat datamaterial från de två sistnämnda kommer inte att presenteras i rapporten.

4.6 Datamaterial

Det datamaterial som använts för att ta fram mitt resultat består av tre observationer på sammanlagt 9 timmar. Två inspelade intervjuer på sammanlagt 2 timmar och 33 minuter

samt empiriskt textmaterial på 53 sidor: fältanteckningar och nedskrivet intervjumaterial.

4.7 Bearbetning datamaterial

När väl datamaterialet är insamlat ska det bearbetas och analyseras. Aurell (2005) beskriver svårigheten med bearbetningen av datamaterial. Aurell använder begreppsparat *när-varo* och *där-varo* vilket jag fick förståelse under mitt arbete med det insamlade materialet. Det är inte lätt att skriva ner en observation efterpå eftersom man lätt glömmer det som sagts och inte alltid har tid att göra fylliga anteckningar. Det är en fördel att man först varit aktiv när-varande under studien. Det blir då lättare att vara där-varande under materialets bearbetning, dvs. att man mentalt flyttar sig tillbaka i tid, till den plats där studien utfördes för att komma ihåg mer av situationen. Ödman beskriver det som:

”Öppenheten är själva förutsättningen för att samtal ska kunna uppstå. Hermeneutikens uppgift t.ex. i arbetet med texter blir därmed att ”lyfta texten ur det främlingskap den befinner sig i, tillbaka till den levande nutiden i samtalet, vars genuina utförande alltid består i frågor och svar” (Ödman, 2007, s. 28)

Hermeneutisk analys är ett vanligt sätt att bearbeta och analysera etnografisk empiri (Gustavsson, 2003). I min bearbetning av datamaterialet började jag med en inventering av tillgänglig empiri och de resurser som jag hade tillgodo för att få en helhetsbild av mitt insamlade material. Därefter sorterades och strukturerades materialet utifrån mitt syfte. Delar som var orelevanta sorterades bort (Hammersley & Atkinson, 2009). Även i etnografiskt arbete behöver materialet struktureras:

However, the process of analysis will often require active reorganization of the data in to themes and categories – often breaking the texts up into discrete chunks of segment and identifying them in accordance with an indexing or ‘coding’ system (Hammersley & Atkinson, 2009, s. 152)

Jag valde att kategorisera mitt datamaterial utifrån de begrepp som Engeström (1987) använder i sin teoretiska modell *The structure of a human activity system* (se figur 1). Därtill tillkommer rubriken dokumentation. Tanken var att öka förståelsen för läsaren. Det väsentligaste vid en tolkning är att beskriva empirin på ett sådant sätt att läsaren får större kunskap om problemområdet (Ödman, 2007). I resultatdelen har jag försökt återge mina data utifrån sköterskans verksamhet och hur hennes värld ser ut. Ödman (ibid.) menar att det är viktigt att beskriva möten med andra på det sätt som det utspelade sig. Det tidigare studerade objektet bör bli ett subjekt i analysen för att forskaren ska få en bättre förståelse av hennes värld. Det är texten som skall tolkas, inte forskarens avsikt med den (ibid.).

Hermeneutisk analys kan förutom vid tolkande av det empiriska materialet användas för att öka förståelsen av distriktssköterskans arbete (Ödman, 2007). Min beskrivning av informantens arbete är tänkt att klargöra för läsaren hur sköterskans enskilda handlingar är en del av hennes totala arbete som i sig är en del av en större verksamhet, som inte bara handlar om sårvård. Ödman (ibid.) illustrerar den hermeneutiska tolkningen med hjälp av ett pussel. Hela pusslet visar helheten där varje bit har en viktig funktion. Genom att analysera bitarna får forskaren en bättre förståelse för helheten och tvärtom: genom att analysera helheten ökar förståelsen för de enskilda delarna. Det kan med lätthet överföras till en verksamhet. Genom att se på de olika handlingar som en sköterska utför ökar förståelsen för hennes arbete. Genom att se hela verksamheten ökar förståelsen för att alla delar måste fungera och interagera med

varandra för att verksamheten skall kunna fungera tillfredsställande. Emsheimer (Emsheimer, Hansson, & Koppfeldt, 2005) menar att reflektionsprocessen handlar lika mycket om att ”*bryta isär pusselbitarna*” (ibid., s. 180) som att sammanföra dem för att öka förståelsen för hur de fungerar tillsammans. Att ta isär delarna för att på så sätt bli medvetandegjord om deras påverkan på varandra stämmer väl in med Engeströms verksamhetsteori (Engeström, 1987). Emsheimer förtydligar vad jag vill få sagt genom att fråga:

Har du lagt ut pusselbitarna, tagit isär alla som fastnat i varandra, vridit och vänt på dem och tittat på dem ordentligt? (Emsheimer, Hansson, & Koppfeldt, 2005, s. 181)

På så sätt kan ev. motsättningar upptäckas, motsättningar som tidigare inte upptäckts för att de inte direkt kunde ses. Pusselmetaforen kan därför symbolisera en verksamhet med dens olika delar och kontaktytorna mellan varje pusselbit kan ge en förståelse för hur spänningar kan uppkomma dem emellan.

4.8 Etik

Det finns etiska ställningstaganden som jag som forskare behöver reflektera över innan jag genomför en datainsamling och inför bearbetningen av det material som ska publiceras. Cohen, Manion och Morrison (2008) skriver att forskaren måste ta hänsyn till individens rätt till integritet. Det är viktigt att respektera människors okränkbarhet. Hur en forskare bör förhålla sig till och i sin forskning finns att läsa hos CODEX (2010) och Vetenskapsrådet (Gustafsson, Hermerén, & Petersson, 2010).

I mitt arbete har jag följt de forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning som berör bland annat *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet* (Gustafsson, Hermerén, & Petersson, 2010). Jag har informerat alla berörda om syftet med min studie. Deltagarna har frivilligt deltagit i min studie. Berörda personer namn har fingerats. Informanten kommer att benämnas som ”A”, sköterskan, distriktssköterskan eller informanten. Hennes kollega som ”B”. Jag har presenterat studien som en studie utförd på en distriktssköterskemottagning i en mindre glesbygdskommun i Sverige. I den verksamhetsplan jag visat till under rubriken dokument, har ortens namn blivit ersatt med ”XX”. Tillåtelse till fotografering har givits och de observerade vårdtagarna har gett sitt godkännande. Informanten har blivit informerad om att de data som samlats in kommer att användas i min utbildning.

Sist men inte minst viktigt, är det som också Aurell (2005) påpekat, viktigt att delge undersökningsmedlemmarna det resultat som framkom. Dels för att ge dem möjlighet att läsa och kommentera rapporten innan den görs offentlig, dels för att de själva ska få ett avslut, förstå att forskaren har lämnat fältet (Ely, 1993). Jag har erbjudit sköterskan att få läsa min rapport innan publicering vilket hon tackade nej till.

4.9 Tillförlitlighet och trovärdighet

Bjereld, Demker och Hinnfors (2002) menar att det inte är lätt att få god reliabilitet vid intervjuer och observationer då dessa påverkas av den aktuella situationen och vilken relationen involverade personer haft. Att diskutera validitet och reliabilitet vid etnografisk forskning är svårt då det är forskarens subjektiva upplevelser som påverkat insamlandet av data. Tillförlitlighet och trovärdighet är därför ett bättre beskrivande ord.

När det gäller tillförlitligheten och trovärdigheten i min studie menar jag att den är god. Jag har tidigare erfarenhet av vårdarbete vilket snarare förstärker än försvagar det

område jag bearbetat och syftet med min studie. Även om jag tycker att jag förhållit mig objektiv till mitt insamlade material är det svårt som forskare att inte påverkas av den egna förförståelsen eftersom vi alla sitter med någon form av personlig uppfattning, oberoende vad det gäller (Ely, 1993; Bjereld, Demker, & Hinnfors, 2002). För att kunna förstå den/de man observerar eller intervjuar måste man bli medveten om egna ”förutfattade meningar, klichéer, myter, antaganden [...] skriver Ely (1993, s. 135) och att ha förmågan att kunna ”se genom andras ögon” (1993, s. 134) ger en mer rättvis beskrivning av det fenomen man studerar. Jag har vid flertal tillfällen fått revidera mitt material för att vissa delar inte varit relevant för min studie. Den viktigaste erfarenheten har varit att skilja mina egna syften från studiens syfte.

Även den information som distriktssköterskan gav präglas av hennes subjektivitet. Jag anser dock att mitt intresseområde inte kan påverkas av hennes ev. antaganden eller förutfattade meningar eftersom det handlade om distriktssköterskans handlingar i hennes dagliga verksamhet, inte hennes personliga ställningstagande.

Vad som stärker min studie är de uppföljningsintervjuer jag använt mig av efter observationerna. Dessutom har jag inledningsvis tagit upp tidigare forskning som stärker de resultat jag kommit fram till genom att vissa delar överensstämmer med mitt eget resultat: Öiens (2002) arbete med att utveckla sårvården, Hägglunds doktorsavhandling (2009) samt Kyhlbäck rapport (2005). Valet av teori i min studie stärker ytterligare mitt arbete då Engeström diskuterar verksamhetsutveckling och lärande verksamhet. Langemar benämner det som triangulering och samstämmighet (2008). Triangulering innebär att fler datainsamlingsmetoder används för att öka tillförlitligheten i en studie vilket i mitt fall har varit observation med efterföljande intervjuer samt dokument.

4.10 Metoddiskussion

Tre observationer har jag utfört hos distriktssköterskan. Vid första studietillfället var en observation planerad. Vid min andra studie var det inte möjligt att få fler tider eftersom de under mitt andra insamlingstillfälle planerades för fullt för den influensaepidemi som pågick: *den nya influensan*. Trots det tycker jag att jag fått tillräcklig förståelse för sköterskans verksamhet. Jag har själv arbetat inom primärvården som undersköterska vilket har gett mig erfarenhet om de olika rutiner och handlingar som utförs inom den specifika verksamheten. Ely (1993) skriver att antalet observationer som bör göras styrs av den verksamhet som ska studeras och den erfarenhet som forskaren har sedan tidigare. Jag har tidigare nämnt att när forskaren blivit för förtrogen med det tidigare obekanta, att han/hon inte längre är en aktiv observatör bör han/hon avsluta (ibid.). Jag upplevde det Ely (ibid) beskriver då jag under mitt sista besök blev ofokuserad på slutet och mindre aktiv i sökandet efter datamaterial. Jag tycker ändå att jag har fått en bra bild av informantens vardag. Det kan bero på att jag efter mina observationer kompletterade med intervju vilket ofta används i fallstudier. Dels för att utveckla kunskap om det specifika fenomenet som det forskas om, dels som komplement till andra metoder, vilket är vanligt i etnografiska studier (Kvale, 1997, s. 94). Genom intervju kan forskaren inhämta värdefulla kompletterande data (Hammersley & Atkinson, 2009).

Som jag tidigare nämnt går forskaren som etnograf ut i en verksamhet och samlar in allt som erbjuds och som kan belysa det område som forskaren studerar (ibid). Den beskrivningen är något jag kan identifiera mig i. Jag tog varje tillfälle i akt, samlade in allt jag fick möjlighet till och tog emot information av andra än sköterskan, trots att jag

egentligen inte visste vad det kunde ge efteråt. Hammersley och Atkinson (ibid.) beskriver det som att det kan exempelvis vara dokument som vid tillfället inte ses relevant men som vid senare analys kan ge en bättre förståelse för det studerade fenomenet.

I mitt resultat har jag försökt återge delar av en distriktssköterskas verksamhet för att besvara mitt syfte: för att få en förståelse för hur den mer generella sårvården kan se ut och vilka lärande- och utvecklingsmöjligheter som det finns i en distriktssköterskas arbete. Det har varit svårt att analysera materialet eftersom mycket försvinner vid kategorisering av ett empiriskt material. En distriktssköterskas arbete handlar mycket om hennes subjektiva förmåga att bedöma omständigheter. Som exempel kan jag nämna att när de är ute i hemmen är det mer än handlingen hon utför. Hon kontrollerar också hur vårdtagaren allmänt mår: både visuellt och genom att samtala, något som är omöjligt att visa i ett strukturerat material. Det är också svårt att ge läsaren en förståelse för de hektiska arbetspass hon har med att alternera hemsjukvård och mottagningsarbete, hennes simultankapacitet, empatiska förmåga osv.

När det gäller publicering av mitt arbete har forskaren, enligt Gustafsson, Hermerén och Petersson (2010) en skyldighet att delge andra sitt material. Ett syfte är att delge andra det resultat som framkommit. Ett annat syfte, och som kanske är det viktigaste av allt är att låta allmänheten bedöma trovärdigheten i den forskning som bedrivits.

5. Resultat

Mitt empiriska material är kategoriserat enligt den teoretiska modell som Engeström skissat: *The structure of a human activity system* (Engeström, 2001) samt att jag kompletterat med data som är av betydelse för undersökningen.

5.1 Arbetsfördelning

Organisatoriskt är primärvården en division i landstinget med en divisionschef. Under divisionschefen finns verksamhetschefen som har det övergripande ansvaret för ett primärvårdsområde. Primärvårdsområdet är indelat i distrikt med en enhetschef för olika områden. I min studie hade enhetschefen ansvar för två distriktssköterskemottagningar i vårdområdet.

Observerat distrikt var geografiskt indelat i två mottagningar med läkare och distriktssköterskor. Läkaren har det medicinska ansvaret för vårdtagarna och distriktssköterskan ansvarar för den mekaniska delen av sårvårdsarbete. Vårdkoordinatören var – på uppdrag av distriktssköterskorna – den som hade ansvar för kontakten mellan primärvården och sjukhuset för att koordinera de insatser som hemgående vårdtagare behövde.

5.2 Distriktssköterskan som subjekt

I Engeströms modell: *Four levels of contradictions within the human activity system* (Engeström, 1987) kopplar han subjektets verksamhet till intelligande ”subjektproducerande verksamhet”. Subjektet i det här fallet är distriktssköterskan och den subjektproducerande verksamheten handlar om utbildning och lärande. Jag kommer därför att visa till de uppgifter om utbildning och lärande som framgår i mitt material. Jag börjar med att redogöra för lärande utifrån det individuella lärandet. Därefter redogör jag för det lärande som uppstår i gemenskap med andra – det kollektiva lärandet.

5.2.1 Individuellt reproduktivt lärande

Informanten gick den treåriga utbildningen till ”vanlig” sköterska. Efter många år inom yrket valde hon att vidareutbilda sig till distriktssköterska.

Då jag frågar sköterskan hur hon inhämtar kunskap om det nya som kommer, om de får gå kurser, svarar hon:

Ja, det är väl både och faktiskt. Det, det sker ju inte på en dag, utan det blir ju vartefter man får lära sig nya saker. När det kommer nya tekniska saker ut, i hemmen (...) då brukar vi ofta få gå någon utbildning för att lära oss det. Nu har vi nyligen lärt oss en ny smärtpump (...) det är inte så länge sedan, vi fick lära oss att sköta Pic-line (...).

Hon berättar att de åker på ”sårvårdsdagar” där olika forskare medverkar angående sårläkning och material. ”A” berättar att hon ibland ringer hudvårdsmottagningen och konsulterar dem om hon har några funderingar. Där finns en sköterska som specialiserat sig och har högre kompetens inom området. ”A” menar att hon får den möjlighet hon behöver för att få rätt information när det gäller just såromläggning.

Vid mitt första studietillfälle med sköterskan nämnde hon att de aldrig dokumenterade sår genom fotografier. Vid mitt andra studietillfälle hade distriktssköterskan fått en kamera för att använda den i sitt dokumentationsarbete. Sköterskan hade – vid aktuell tidpunkt – svårigheter med att hämta in fotot i journalsystemet men nämner en person som hon räknar med kan lära henne den funktionen.

När det gäller hennes samverkan med hemtjänsten är det distriktssköterskan som ger hemtjänstpersonalen utbildning i de fall de klarar av att ”ta över” omvårdnaden.

5.2.2 Kollektivt utvecklingsinriktat lärande

Det kollektiva lärandet handlar om det lärande som uppstår i gemenskap med andra. Jag kommer därför att redogöra för olika situationer där lärande uppstår genom att sköterskan aktivt deltar i kollektiva sammanslutningar.

Det sker en vårdplanering runt varje vårdtagare där involverade aktörer från vård och omsorg finns representerad:

(...) och då bjuds ju dem in till vårdplaneringen som har någonting att göra med vårdtagaren, till exempel sjukgymnastiken, arbetsterapin, dietist (...)

Vid vårdplaneringen bestäms vad de olika yrkesgrupperna ska ansvara för. Distriktssköterskan får information om de åtgärder hon ska utföra. Hon har även möjlighet att ta del av den information som tidigare vårdgivare registrerat genom access till deras journalsystem.

När det gäller sårvård berättar informanten att hon deltar i vad hon kallar *sårvårdsgruppen*, en grupp som möts kontinuerligt. Tillsammans har de tagit fram dokumentet *Riktlinjer för förebyggande och omläggning av trycksår*. Varje representant i gruppen för informationen vidare till sin enhet. Distriktssköterskan informerade sina kollegor: dels muntligt på en arbetsträff, dels genom att dela ut handlingen. Delar av dokumentet sitter på mottagningsrummets väggar. Diskussioner förs mellan personalen om vissa omläggningmaterial vilket informanten för vidare till sårvårdsgruppen: vad hon eller de andra tycker.

När distriktssköterskan utför såromläggning kan hon genom tidigare dokumentation ta del av vårdtagarens behandling. Tidigare registrering berättar för henne vilka behandlingsformer som använts och vad som är aktuellt för vårdtagaren.

Informanten samarbetar med två andra distrikt under kvällar och helger. De har en gemensam tidbok där de för in vårdtagare. De har olika datasystem varför de har svårt att få tag på information den ”vanliga vägen”. De har löst problemet genom att gå en annan väg för att få tag i nödvändig information:

om man går en speciell väg då (...) Alltså dom har ett datasystem för sig, (...) och vi för oss, men vi kan komma in i deras system och öppna journalerna om vi skulle behöva. Men det är inte det här, vi kan inte trycka in personnummer och få fram den journalen, utan vi går, ja den andra vägen.

Ovan redovisade lärotillfällen är bara ett axplock av alla möjligheter till lärande som ges varje dag men det kan ge en liten fingervisning på hur det vardagliga lärandet kan uppstå. Det kollektiva lärandet är kanske speciellt viktigt för sköterskan när det gäller de åtgärder hon utför i sin verksamhet. Det framkommer i mitt datamaterial att de bl.a. diskuterar dokumentering, sårömläggningar, ömläggingsmaterial osv. Det ger dem möjlighet att ta del av andras erfarenheter och få råd om alternativa behandlingsmetoder när det gäller just sårvård.

5.3 Objektverksamhet - sår och sårvård

Distriktssköterskan kommer i kontakt med sår (objekt: se figur 3) genom: akutläkare, familjeläkare, hemtjänsten (primärvården ansvarar för hemsjukvården.), via sjukhuset om hemgående vårdtagare har sår, eller att vårdtagaren kontaktar henne själv. Sårvård utförs både på mottagningen som i hemmet hos vårdtagaren. Inom hemsjukvården är det primärvården som tillhandahåller allt utstyr varför sköterskan tar med sig de ömläggingsmaterial hon behöver.

När det gäller sårvård har antalet sårvårdspatienter minskat. Inför min observation av en sårvårdsömläggning hade sköterskan ett begränsat antal att välja mellan:

Vi tog den här vårdtagaren just för att det var en sådan som kom med sår, regelbundet. Vi har inte så många sår egentligen nu.

Sköterskan tror det beror på att de blivit bättre på att ta hand om sår. Sköterskan nämner att ömläggingsmaterialen har blivit bättre, att synen på människan har förändrats:

Det är en sak (sköterskan refererar till kompressionslindning) som har gjort att såren, sedan är det klart bättre ömläggingsmaterial kanske, och sedan att man ser hela vårdtagaren med, att man kollar hur det är. Är dom diabetiker, har dom högt blodtryck, har dom lågt HB, äter dom dåligt, och åtgärdar sådana saker också.

Behandlingsmetoderna varierar och läkaren har överlåtit till distriktssköterskan att avgöra vilket ömläggingsmaterial som ska användas:

Sårvård ligger väldigt mycket på sjuksköterskekompetensen, det är läkarna som ofta frågar oss vad vi tycker det ska läggas om med osv. [...] många av dem har inte kunskap om de här nya sårvårdsmaterialen som kommer. Till exempel kan de ordinera koksaltömläggning, en eller kanske två gånger per dag, och det är en jättegammal metod som fungerade för kanske 20 år sedan men i dag så är det ingenting vi håller på med.

Behöver distriktssköterskan rådfråga läkare kan hon ta direkt kontakt med honom/henne eller boka tid för vårdtagaren hos läkaren för undersökning.

5.3.1 Sår och sårbehandling

Sköterskan berättar att synen på människan har förändrats. Tidigare behandlades bara såret. Nu tar vårdgivaren hänsyn till alla faktorer som kan vara med och påverka sår och sårhäkning. Jag har tidigare nämnt att de undersöker bakomliggande orsaker och sjukdomstillstånd som bl.a. diabetes, näring, cirkulation osv. Sköterskan nämner även ödem, rörlighet, sårinfektion och den psykosociala situationen. Det togs ett cellprov – stansbiopsi – från en av vårdtagarna under min studie. Det är ytterligare ett sätt att ta reda på bakomliggande faktor.

Behandlingen av såret utgår från det underlag som dokumenteras om vårdtagaren. Det finns många olika behandlingsformer inom sårvård. Sköterskan beskriver att de i dag använder sig av kompressionslindning eller kompressionsstrumpor för vårdtagare med bensår. Övrig behandling kan vara näringsdryck (speciellt komponerad för sår), tryckavlastning, olika former av förband beroende på hur såret såg ut, exv. rodnad, sårsekret, vätska, bakterier osv. Vårdtagaren får antibiotikabehandling om det anses nödvändigt men det är läkaren som har det medicinska ansvaret.

Vid varje omläggning är sköterskan observant på hur såret ser ut. Hon kontrollerar sårets storlek, utseende, infektioner, svullnad, sårkanter och omkringliggande hudfärg osv. Allt av betydelse för sårbehandling och läkning. I journalanteckningarna framkommer att hon spolar eller rengör såret med koksalt, klipper bort gul vävnad, lägger på olika förband.



Figur 7 Dokumentering av sårbild: storlek, utseende osv. Foto: privat

Det finns olika instrument att använda vid registrering av sår. Under min studie använde sköterskan bl.a. en engångslinjal för att mäta såret (se bild ovan). Genom att mäta sårytan kunde hon senare se om såret blev mindre.

Det utförs även dopplerundersökningar men det är läkaren som utför undersökningen:

Jo, det är för att man mäter trycket i, i foten, eller i benet, blodtrycket. Så man ser om det arteriella systemet fungerar som det ska (...) Men det är doktorn som gör det (...) Hon fick fram att, att det arteriella fungerar som det skulle (...) Ja, då måste hon söka vidare. Varför han har så svårt att läka sina sår? Varför det tar sådan här tid, och varför det dyker om mera småsår, för det gör det på slutet här.

En viktig uppgift som sköterskan har är att informera vårdtagaren om de åtgärder hon utför och den behandlingsform hon använder. Det är viktigt att vårdtagaren förstår

behandlingen för att själv kunna följa de riktlinjer han/hon får. Att få vårdtagaren att förstå innebörden av sina egna handlingar kan ändå vara svårt vilket framkom i intervjun med sköterskan:

Intervjuaren: Gulsmetigt sår som tidigare var en vattenblåsa ja.
Informanten: Ja, det gick inte alls bra det där såret, faktiskt.
Intervjuaren: Och det var på grund av trycket det...
Informanten: Ja (...) och sedan är det väl sådana saker som inte står där, till exempel att han badar bastu emellanåt och det är inte så bra för hans sår.
Intervjuaren: Nej, men han förstår inte det eller?
Informanten: Nej, jag hoppas att han har förstått det nu då.

Det är många faktorer att ta hänsyn till när det gäller sår och sårbehandling. Därför dokumenterar sköterskan alla åtgärder hon utför. Genom dokumentationen kan hon följa utvecklingen: hur sår läkningen fortskrider.

5.4 Dokumentation

Sjuksköterskor har dokumentationsplikt. ”A” menar att kravet på dokumentation har ökat. Tidigare var kraven på dokumentation lägre och mindre strukturerad jämfört med dagens dokumentering. I dag använder sköterskan en virtuell patientjournal där hon registrerar de åtgärder hon utför under specifika sökord, enligt en speciell mall. Grundläggande information om varje vårdtagare förs in: varför vårdtagaren söker hjälp, status, åtgärder, planering osv. Under varje sökord finns ”undersökord” som exempel vid status: andning/cirkulation, hud/vävnad, elimination, aktivitet. De rubriker som väljs utgår från den enskilda vårdtagarens behov för en bra dokumentation. Informanten beskriver det som:

Och man börjar då med, varför vårdtagaren söker och sedan status, och sedan vad man gör, åtgärd och sedan planering, i stort sett (...) Och så finns det undersökord, under dem här (...) till exempel status: då finns det en hel massa: andning/cirkulation (...) elimination, aktivitet.

Vid dokumentering beskrivs allt som är av vikt vid sår läkningen. Under intervjun hade jag tillgång till en journalutskrift – från den sårvårdsomläggning jag speciellt deltog i - som jag använde mig av under första intervjun med sköterskan. Jag kommer att återge delar av samtalet för att ge läsaren en förståelse för dokumentation:

Intervjuare: Gulsmetig, tjock nekros, vad säger det dig?
Informanten: Det säger mig att det är gult och det är död vävnad i såret.
Intervjuare: Vätska i förbandet. Något rodnad kring såret, vad står det för då?
Informanten: Ja, att det är lite rött runt och det är tyder på att det är en inflammation där liksom (...) och då säger det också kanske att man måste vara lite mera observant.
Intervjuare: Då klipper du bort gul nekros som sitter lös. Varför gör man det?
Informanten: Ja, det ska ju bort, för att såret ska läka så måste man försöka få bort det där dödade vävnaden (...).

- Intervjuare: Och så omläggning med Mepilex och Cosmopore. Mepilex, vad är det då?
- Informanten: Det är ett skumförband (...) Mepilex används ganska mycket (...) det är för att bevara den här fuktiga miljön som är gynnsam för sår läkningen.
- Intervjuare: Det är ju nytt?
- Informanten: Ja, det kan man väl säga att det är, omläggningarna växlar ju .

Dokumentering är byggd på rubriker och underrubriker, där exv. rubriken omvårdnadsstatus har elimination, hud/vävnad som underrubrik. Sköterskan berättar att begreppet är många men de använder begrepp som är relevant för vårdtagaren.

Distriktssköterskans registreringar i VPJ signeras automatiskt med hennes namn då hon trycker på knappen "signera". Ingen annan kommer åt att skriva eller ändra i hennes journalanteckningar. Däremot har andra distriktssköterskor och läkare tillgång till att läsa det hon skrivit. Felregistrering kan korrigeras efteråt. Informanten skriver en ny anteckning men den gamla finns fortfarande, men överkryssad. Distriktssköterskan måste dokumentera varje åtgärd hon utför. Är sår och såromläggning oförändrat noteras: *status som föregående dag* eller *omläggning som tidigare*.

I stort är sköterskan nöjd med journalsystemet men det finns sökord sköterskan saknar och ger exempel på ögon och öron under rubriken status. Sköterskan har påpekat det till ledningen och säger att det kanske är en förändring på gång. Hon har blivit informerad om att ett nytt system ska komma. Sköterskan nämner också att hon saknar en rubrik för vårdplanering:

Till exempel så hittar vi inget bra sätt att dokumentera vårdplaneringarna men (...) och vi har ju vårdplaneringar efterhand också, som i dag ska jag iväg på en på eftermiddagen liksom hur man ska fundera (...) man skriver ju in det i dom här rubrikerna men det finns ingen speciell rubrik för det (...) det finns, vi åtgärdsregistrerar (...) Alltså jag skulle vilja att det fanns en rubrik: vårdplanering, och där, där man kunde skriva ner precis. Nu står det ju omvårdnadsplan men det är ju inte riktigt samma sak (...) man skulle behöva en vårdplan man bara använde just när man gör en vårdplan. Ja, för då kan man ju liksom få fram det via dator (...) bara vårdplanen så att säga istället för att sitta och plöja igenom en hel journal så kan man se att då planerade vi så, och nästa gång planerade vi så

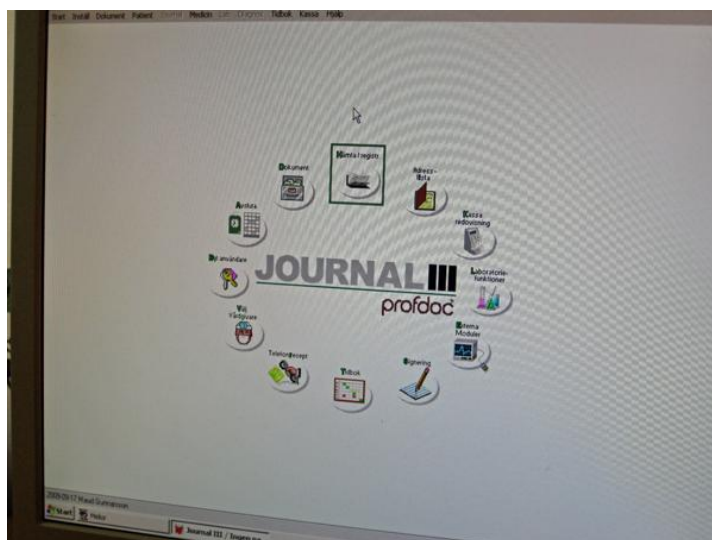
Jag frågar sköterskan hur mycket en utomstående skulle förstå av de registreringar de utför i omvårdnadsdokumentationen:

- Intervjuaren: Om vi skulle plocka någon från gatan (...) Skulle den då, förstå någonting av det?
- Informanten: Nej, det tror jag inte (...) en del förstår man väl men, ska man förstå allt så måste man ju ha vårdutbildning. För det blir ju, en viss, ja kunskap (...) ett visst sätt att uttrycka sig, kanske.

Distriktssköterskan har dokumentationsplikt varför hon åtgärdsregistrerar varje utförd handling och använder begrepp relaterat till området. Genom den gemensamma begreppsstrukturen kan förståelsen för åtgärden och behandlingsformen ökas för andra vårdgivare.

5.5 Instrument

Information och kommunikation med andra vårdgivare sker både muntligt och textbaserat: vid personlig kontakt, telefon och dator. Sköterskan har flera datasystem hon använder sig av. Ett gemensamt system med sjukhuset, kommunen (hemtjänsten) och primärvården: *Meddix*, med skriv- och läsrättighet. Ett datasystem mot närsjukvården: *Melior*, med enbart läsrättigheter. Det tredje är det system de själva för journalanteckningar: *Journal III*:



Figur 8 Omvårdnadsdokumentationsprogram Journal III. Foto: privat

Bilden visar den första sida som sköterskan kommer till då hon ska registrera i omvårdnadsdokumentationsprogrammet.

Informanten samarbetar med två andra distrikt under kvällar och helger. De har en gemensam tidbok där de för in vårdtagare. Som jag tidigare har redogjort är datasystemen olika men information kan nås genom att de går en annan väg.

Olika vårdgivarna inom distriktssköterskans primärvårdsområde har ett intranät de använder för att skicka internmeddelanden. Informanten uppger att internmeddelanden är ett bra system för då finns allt på prant, bevarat. Förr kunde lappar och information som gavs i ”flygande hast” försvinna eller glömmas bort.

Det finns olika dokument och handlingar hon använder. Som exempel visade hon dokumentet *Riktlinjer för förebyggande och omläggning av trycksår*. Dokumentet är ett instrument de kan använda för att förebygga, bedöma, behandla och dokumentera sår. Dokumentet revideras med jämna mellanrum. Där står rekommendationer för de produktval som bör göras.

Sköterskan har en arbetsbeskrivning för sin verksamhet och det ansvar hon har som sköterska: *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (Socialstyrelsen, 2005). Dokumentet tar upp områdena: omvårdnadens teori och praktik; forskning, utveckling och utbildning samt ledarskap. I beskrivningen står bl.a. att dokumentation av riskbedömning, förebyggande åtgärder och sårbehandling ska journalföras enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Sköterskan nämner att hon bl.a. använder en speciell redogörelse för avvikelserapporter och ger som exempel en vårdtagare som kommer från sjukhuset med början till trycksår

Därtill tillkommer alla de produkter och föremål hon använder då hon utför olika åtgärder, som exv. vid såromläggningar. Det skulle ta alltför stor plats att beskriva alla material och är heller inte relevant för min studie.

5.6 Gemenskap

Distriktssköterskan samarbetar med andra sköterskor inom sitt distrikt. De arbetar i team, uppger hon. Det finns distriktssköterskor med specialinriktning som hon tar hjälp av. Som exempel nämner hon inkontinenssköterska och diabetessköterska. Andra samarbetsaktörer är: verksamhetschefen, enhetschefen, vårdkoordinator, närsjukvården, laboratoriepersonal, sekreterare, hälsocentralens personal med bl.a. familjeläkare, hemtjänsten och andra distriktssköterskemottagningar i kommunen, sjukhus inom samma landsting: bl.a. sårvårdsspecialistmottagningen. Vårdkoordinatorn har en viktig funktion för distriktssköterskan. Hon samordnar funktionen mellan primärvård, kommunen och sjukhus. Hon ska - i stället för distriktssköterskan - delta i de vårdplaneringar som utförs på sjukhusen innan vårdtagaren skrivs ut.

5.7 Regler

Det finns både formella och informella regler som styr en verksamhet. Jag kommer att ge beskrivning på regler som framkom i min studie.

5.7.1 Formella

En sjuksköterskas lyder under socialstyrelsen och hennes ansvarsområde är väl definierat i dokumentet *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (Socialstyrelsen, 2005). Därtill tillkommer HSL - Hälso- och sjukvårdslagen (Socialstyrelsen, 1982), LYHS: lagen om Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (Socialstyrelsen, 1998), lagen om dokumentationsplikt, Offentlighet och sekretesslagen (Socialstyrelsen, 2009), Patientdatalagen (Socialstyrelsen, 2008) och Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården, SOSFS 2008:14 (M) (Socialstyrelsen, SOSFS, 2010).

5.7.2 Informella

Formella lagar styr verksamheten. Sköterskan måste följa regler och bestämmelser. I hennes arbete finns även informella regler som uppstått under tiden gång. Bl.a. för att underlätta arbetssituationen.

Informanten beskriver att de ibland överlåter "känsliga fall" till andra för att undvika konflikter. Hon berättar att en av de vårdtagare vi besökt "är ett sådant fall". Vårdtagaren tillhörde ett annat distrikt men efter flera års besök av personalen inom den mottagningen var det önskvärt att få avlastning.

I en av observationerna uppstod en händelse där distriktssköterskan ordnade blöjor till en vårdtagare. Enligt arbetsrutinerna är det fel väg att gå eftersom distriktssköterskan här skulle ha kontaktat inkontinenssköterskan. Inkontinenssköterskan skulle i sin tur ha kallat vårdtagaren för en undersökning för att utvärdera behovet av blöjor och gå igenom träningstips för urinblåsa. "A" tycker att när man är 95 år kan man få slippa "bli utvärderad" och slippa höra om "knipövningar".

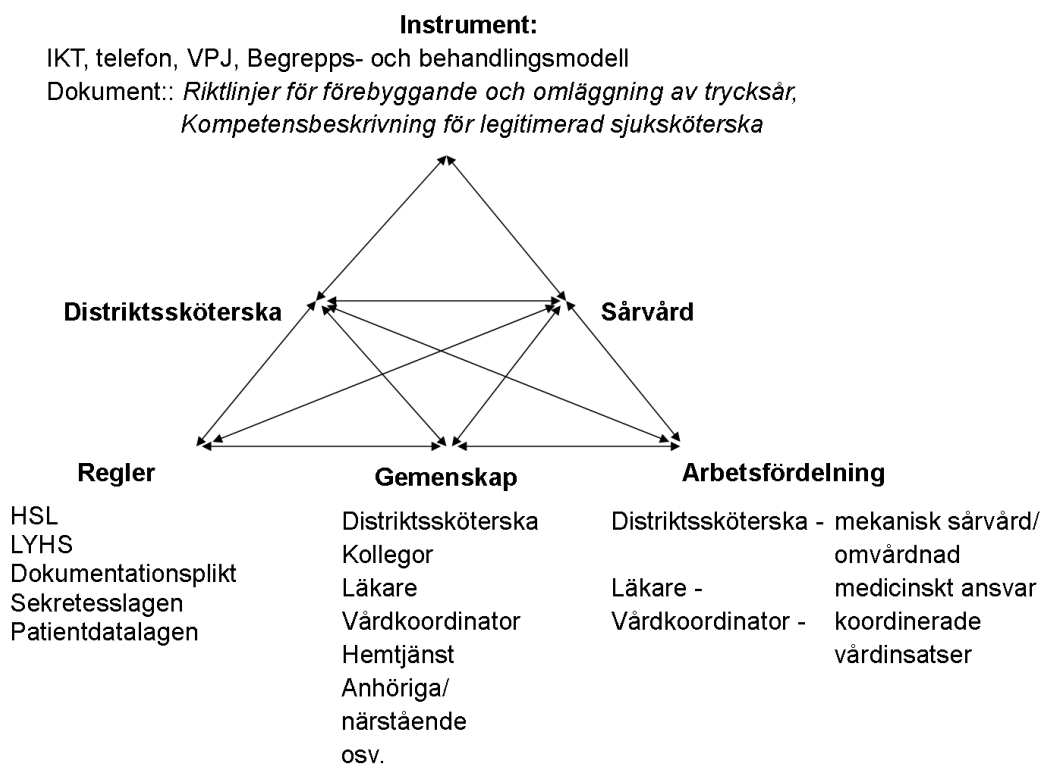
Ett annat exempel är sköterskans och läkarens överenskommelse då det gäller såromläggningar. I min studie framgick att läkaren litade på distriktssköterskornas kunskap vid sådana tillfällen och överlät till henne att välja det material som var bäst för sårets läkning.

5.8 Resultatsammanfattning

En av grundstenarna i Engeströms teori är att motsättningar - och orsaken till varför de uppstår - kan identifieras genom att systematiskt studera och analysera verksamheten i sin helhet.

Redovisningen av mitt resultat är ett sätt att strukturera en verksamhet. Jag har delat upp och kategoriserat distriktssköterskans verksamhet under rubriker tagna från Engeströms modell av en verksamhet: *The structure of a human activity system* (Engeström, 1987). Figuren visar de komponenter som ingår i den minsta formen av verksamhet. Komponenterna tillsammans utgör helheten: hela verksamheten, och fungerar egentligen inte fristående från varandra. Alla är nödvändiga och lika viktiga för att en verksamhet ska fungera.

En modell av den verksamhet jag studerat skulle kunna åskådliggöras i sin helhet – med dess delar - enligt följande figur:



Figur 9 Verksamhet Sårvård – hos en distriktssköterska.

Det är svårt att bildligt återge distriktssköterskans verksamhet men modellen kan ge en idé om hur komplext ett verksamhetssystem är. Alla i gemenskapen har sin egen verksamhet där de tillsammans ska samverka för att nå det uppsatta målet.

6. Tolkning av resultat

Syftet med min studie var att utifrån det teoretiska perspektivet ”expansivt lärande” studera verksamhetsutveckling hos en distriktssköterska - inom primärvården i en mindre glesbygdskommun – för att öka förståelse för den mer generella sårvården

gällande: kommunikations- och informationsutbytet mellan de olika vårdgivare som existerar inom verksamhetssystemet; lärande- och utvecklingsmöjligheter i distriktssköterskans arbete vid implementeringen av ny teknologi och i interaktionen med andra; skillnaden kollektivt lärande och traditionellt lärande.

Det finns tre områden som jag vill studera närmare: sår och sårvård, dokumentation samt instrument. Dokumentation och instrument (dator, VPJ) går mycket in på varandras områden varför jag valt att tolka dem två tillsammans.

Jag kommer i tolkningen av mitt resultat visa till olika potentiella utvecklingsområden inom distriktssköterskans verksamhet kopplat till de motsättningar som Engeström nämner i sin teori (1987).

6.1 Sår och sårvård

Sårvården är under utveckling. Distriktssköterskan säger att synen på människan har förändrats och att de i dag försöker fånga upp alla faktorer hos individen som kan påverka sår och sårhäkning. Sårvård delas in i två områden efter kompetens och ansvar: den medicinska och den mer mekaniska biten.

Medicinskt ansvarig läkare ställer diagnos utifrån vårdtagarens aktuella status och kompletterar med olika undersökningar bl.a. dopplerundersökning och stansbiopsi. Läkaren ordinerar kompressionsbindning eller kompressionsstrumpa om behandlingsformen kräver det. Han/hon är den som skriver remiss till dietist om behovet finns. Den mekaniska sårvården utförs av distriktssköterskan. Läkarna har otillräcklig kunskap om de behandlingsmetoder som är aktuella varför han/hon överlåtit till sköterskan att avgöra behandlingsmetod och omläggingsmaterial. Informanten är den som har bäst möjlighet att följa vårdtagarens sårhäkning och noterar vid varje behandlingstillfälle sådant som är av betydelse för sårhäkning och behandlingsform. Behöver distriktssköterskan rådfråga läkare kan hon ta direkt kontakt med honom/henne eller boka tid för vårdtagaren hos läkaren för undersökning.

Att läkaren och sköterskan ansvarar för sina egna områden inom sårvården har med utbildning och arbetsfördelning att göra. Läkaren har den högsta utbildningen för medicinsk behandling och sjuksköterskan har en utbildning riktad mot omvårdnad.

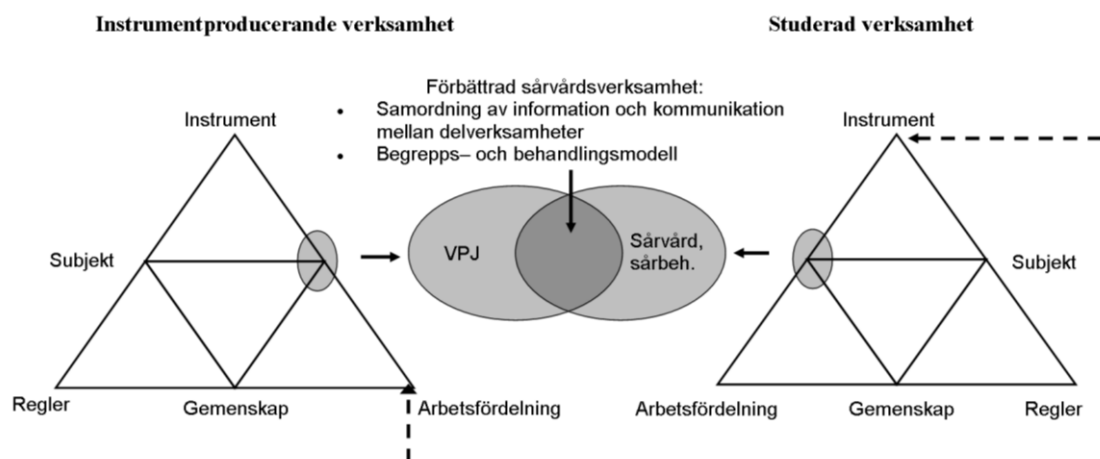
Jag upplever att det finns ett glapp i kontakten distriktssköterska och läkare. Båda ska aktivt arbeta för att förbättra sårhäkningen hos vårdtagaren men de har inga gemensamma möten där de tillsammans diskuterar vårdtagaren. Det enda sätt de kommunicerar är genom den dokumentation som förs i deras gemensamma patientjournal, intranätet och vid behov. Bristen på kommunikation kan vara att deras motiv och mål inte stämmer överens eller en arbetsfördelning som ger dåligt med utrymme för möten. Den hierarkiska strukturen där läkaren är "högre" än sköterskan kan vara en bidragande orsak eller att läkaren inte är intresserad av att öka sitt kunnande inom området, något som sköterskan visar vilja till: dels genom att kritisera strukturen på dokumentationsprogrammet gällande sökorden, dels genom hennes intresse att utveckla riktlinjer för sår och sårbehandling.

Behöver distriktssköterskan råd angående sårvård kontaktar hon en specialistmottagning för sina frågor. Jag upplever även den kommunikationen som bristfällig då de båda inblandade måste prata om vårdtagaren som tredje person. Hade det funnits en specialiserad sköterska på mottagningen (som diabetes och inkontinens) hade hon kunnat ta kontakt med henne/honom och diskuterat såret, tillsammans med vårdtagaren. Det handlar om brist på utbildning och en högre kulturellt utvecklad sårvård som inte finns på nära håll.

6.2 Dokumentation/Instrument

Inom primärvården har man utvecklat och förbättrat omvårdnadsdokumentationen genom införandet av VPJ. Införandet av ett nytt omvårdnadsdokumentationsprogram var ett beslut som togs av organisationens ledning: ett steg för att säkerställa informations- och kommunikationsutbytet mellan de aktörer som bidrar till patientens omvårdnad. Dokumentationen fungerar inte tillfredsställande och sköterskan visar till utvecklingsområden gällande både IT-struktur och begrepp/sökord.

Det kan finnas flera anledningar till den motsättning som sköterskan upplever. Bilden nedan illustrerar mina tankegångar kring problemet verksamhet sårvård kontra instrumentproducerande verksamhet:



Figur 10 Motsättning mellan studerad verksamhet och instrumentproducerande verksamhet.

Båda verksamheterna har samma mål med sin uppgift: förbättrad sårvårdsverksamhet. Inom den instrumentproducerande verksamheten ligger uppgiften i att samordna informationen och kommunikationen mellan berörda vårdgivare genom IKT. I deras uppgift ligger också att förbättra den begrepps- och behandlingsmodell som distriktssköterskan använder vid registrering av utförda åtgärder.

Utvecklandet av instrumentet VPJ utförs därför av den instrumentproducerande verksamheten där åtgärden i sin tur blir fördelad på kompetent individ. Inom instrumentverksamheten kan problemet med VPJ och registrering med hjälp av olika begrepp relateras till exv. tidspress, dålig arbetsfördelning, otillräcklig kompetens osv. Inom distriktssköterskans verksamhet kan motsättningarna relateras till bristande kunskap i användandet av dator och dataprogram vilket kan härledas till utbildning. En annan orsak kan vara att det nya systemet inte har blivit accepterat av sköterskan.

Orsaken till ofullständigt program (VPJ) kan bero på det Engeström benämner bruksvärde och bytesvärde. Organisationens ekonomiska begränsningar styr valet av program. Det kan handla om att ledningen har otillräcklig kunskap om distriktssköterskans verksamhet: om den begrepps- och behandlingsmodell som krävs för att dokumentationen ska bli tillfredsställande.

En anledning till varför sökorden inte finns kan kopplas till det sköterskan berättar om den människosyn/helhetssyn man har i dag. Tidigare fick vårdtagaren gå till olika läkare för olika problem. I dag försöker vårdgivaren se hela patienten, att väga in alla faktorer som kan vara av betydelse för patientens tillfrisknande:

[...] att man ser hela patienten med att man kollar hur det är. Är dom diabetiker, har dom högt blodtryck, har dom lågt HB, äter dem dåligt, och åtgärdar sådana saker också.

Kunskapen om sjukdomar har ökat. Det skulle kunna ge en förklaring till varför just begreppen ”ögon” och ”öron” inte fanns med under huvudbegreppet status. Det kan ha varit områden som saknade betydelse tidigare. Bristen på sökord kan också kopplas till det exempel som Engeström (1987) tar upp i sin teori, dvs. att de traditionella begreppen är otillräckliga genom att människan drabbas av allt mer komplexa och diffusa problem. Han menar att instrumentet måste utvecklas med en begreppsram som täcker in både sociala, psykologiska och biomedicinska synsätt (Engeström, 1987).

Sköterskan är pliktad att registrera alla åtgärder och den information som är nödvändig för att ge vårdtagaren optimal omsorg (Socialstyrelsen, 2005). Eftersom dokumentationen förs i den virtuella patientjournalen måste informations- och kommunikationsöverföringen fungera tillfredsställande. Sköterskan använder sig av tre olika datasystem i sin verksamhet och upplever att det är krångligt. Hon har också tillgång till andra system vid kvälls- och helgarbete.

I samverkan med närsjukvården har hon ett program att hantera. Där har hon bara läsrättigheter. Mot sjukhuset har hon ett annat program hon använder. Där går kontaktvägen åt båda håll. I samarbete med andra distriktssköterskemottagningar i kommunen får hon ”gå en speciell väg”. Mot kommunen (hemtjänsten) används samma program som mot sjukhuset. Därtill tillkommer kontakt med sårvårdsspecialistmottagningen som sker enbart via telefon.

Motsättningen kan kopplas till de regler och lagar som styr inom sköterskans egen verksamhet som i den instrumentproducerande verksamheten. Inom verksamheten sårvård ska det finnas ”Ett elektroniskt system, som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare” (Socialstyrelsen, 2008, ss. 1Kap, 3§) samtidigt som IT-utformningen ska ”ansvara för att det i ledningssystemet finns rutiner som säkerställer att överföring av patientuppgifter görs på ett sådant sätt att ingen obehörig kan ta del av uppgifterna” (Socialstyrelse, 2008, ss. 2Kap, 5§). Att de olika organisationerna har olika datasystem kan bero på att de har kommit olika långt i utvecklandet av en fungerande IT-struktur.

Ett annat intressant område att tolka är dokumentationsplikten och den tekniska möjligheten att utföra handlingen. När distriktssköterskan är ute i hemsjukvården får hon vänta med att registrera. Registreringen utförs när hon är tillbaka på mottagningen. Lagen kräver att sköterskan registrerar men hon har inte den tekniska utrustningen för att det ska låta sig göras ute på fältet. Bristen på dokumentationsmöjligheter kan kopplas till instrument och organisationens ledning: bl.a. ekonomiska resurser och förståelsen för sköterskans verksamhet.

Ett mindre diskuterat område som framkom i studien är vårdtagarens rätt att läsa sin journal:

Av tryckfrihetsförordningen och sekretesslagen följer att en patient i princip alltid har rätt att ta del av uppgifter om sig själv(...). I den mån något undantag inte är tillämpligt, skall journalen på begäran lämnas ut till patienten (Socialstyrelsen, 2008).

Nationell eHälsa beskriver utvecklingen av IT-användandet:

Genom personliga e-tjänster får individen möjlighet att själv dokumentera uppgifter om sin egen hälsosituation, få råd om vård och hälsa samt nya möjligheter för prevention och folkhälsofrämjande insatser. Alla ska enkelt kunna ta del av information som rör den egna

personen, kunna kommunicera och interagera med hälso- och sjukvård och socialtjänst på olika sätt, göra fria och informerade val och vid behov ha kontinuerlig kontakt med sin utförare (Nationell eHälsa, 2010).

Sköterskan uppger att läsaren behöver ha en viss kunskap för att förstå informationen till fullo, att det behövs någon form av vårdutbildning. Här uppstår en motsättning mellan distriktssköterskans verksamhet och objektverksamheten, dvs. vårdtagarens behov. För att alla inblandade inom vård- och omsorg ska ha möjlighet att snabbt finna information och förstå varandras registreringar behövs ett strukturerat system byggt på gemensamma sökord. Sköterskan uppger att det behövs ett visst tänk för att registrera och läsa informationen. Vårdtagaren i sin tur vill kunna förstå det som står i journalanteckningarna.

7. Diskussion

Verksamheten sårvård är ett komplext system där det är många aktörer inblandade. Alla verksamheter arbetar med sin uppgift men det är samverkan dem emellan som leder till att målet nås. Hos distriktssköterskan har jag nämnt en del av de aktörer hon samverkar med: läkare, vårdkoordinator, andra distriktssköterskor, andra vårdgivare osv. Det finns förstås fler som är med och arbetar för att verksamheten ska fungera: lokalvårdarna, vaktmästare, tvätter, steriliseringen osv.

Hela verksamhetssystemet måste studeras om det ska gå att få till en varaktig verksamhetsutveckling. Det beror delvis på var problemet ligger men genom att studera alla delverksamheter med sina ingående komponenter, den historiska utvecklingen samt nutid kan en mer varaktig problemlösning nås.

Att döma av vad jag fått fram i min studie är det speciellt två områden som har behov att utvecklas mer: utvecklandet av en gemensam begreppsmodell och behandlingsmodell samt en fungerande IT-struktur. Studien visar till vikten av att få en väl fungerande struktur, både gällande dokumentation och IT. Genom en gemensam strukturerad modell för hur sår uppkommer och lämpligen behandlas kan sårvårdsverksamheten förbättras. Genom ett väl fungerande IT-system kan kommunikations- och informationsöverföringen ske både snabbare och bättre mellan de olika vårdinstanserna.

I min studie har jag studerat primärvården och en distriktssköterskas sårvårdsverksamhet på en vanlig distriktssköterskemottagning i en mindre glesbygdskommun i Sverige. Inom primärvården i Blekinge har de – som jag tidigare nämnt – en specialiserad sårvårdsmottagning: *Sårcentrum*. Jag kommer att göra jämförelser mellan de två verksamheterna för att se skillnader och likheter mellan den mer generella sårvården och den högre utvecklade verksamheten i Blekinge.

7.1 Sår och sårvård

I studien framkom att distriktssköterskan hade det största ansvaret när det gäller sår och sårbehandling. Efter att läkaren har ställt diagnos var det sköterskan som ansvarade för behandlingsmetod osv. I journalanteckningen framgick att observerad distriktssköterska kontaktat läkaren för att få en dopplermätning utförd, något som låg på läkarens ansvar. Vid speciella frågor kontaktade hon en extern sårvårdsspecialist via telefonen. Läkaren hade dålig kunskap om de material som var aktuella och kontaktades bara vid behov.

På Blekinge sårcentrum arbetar läkare, sjuksköterska och undersköterska som ett team där alla är lika involverade i vårdtagaren. Alla har stor kunskap om sår och

sårbehandling, men utför det som de har befogenhet för. Varje vårdtagare kommer till centralt varför personalen aldrig åker ut till vårdtagarens hem. Hembesök görs endast i uppföljningssyfte. På sårcentrat är det sjuksköterskan eller undersköterskan som gör de första undersökningarna, bl.a. dopplermätning, avritning och digital mätning av sår. Därefter ställs diagnosen av ansvarig läkare (Öien, 2010). Ett nybesök på centralt tar ca 1 1/2 timme för att en fullständig anamnes ska registreras. Vårdtagaren får en "patientpärm" med sig om allt som de dokumenterat. Har vårdtagaren en annan sjuksköterska som vanligtvis sköter om såret ska han/hon vara med vid besöket på sårcentrat. Han/hon får då utförlig information om sår och rekommenderad omläggning, utbildning om hur och vad de skall göra. Samma personal ska vara med för att få kontinuitet i behandlingen och för att någon ska ha huvudansvaret (Öien, 2010).

Att ha ett optimalt fungerande informations- och kommunikationsutbyte mellan de aktörer som verkar inom vården är viktigt. Det visar bl.a. rapporten *Venösa bensår kan behandlas både bättre och billigare* (Ragnarson Tennvall, Andersson, Bjellerup, Hjelmgren, & Öien, 2004). Inom FoU-projektet Aktiv Sårhäkning har en gemensam begrepps- och behandlingsmodellen för sårvård utarbetats där modellen är tänkt att bli ett gemensamt hjälpmedel för de som arbetar inom området sårvård.

7.2 Gemensam begrepps- och behandlingsmodell

Kunskapen om sår och orsaken till varför de uppkommer har ökat. Nya teorier har därför utvecklats vilket leder till nya behandlingsmetoder och begrepp. I dag finns ett flertal interaktiva forum att söka ny kunskap från, både nationellt och internationellt: *Vårdhandboken* (2010), *Svenskt sårhäkningsällskap* (2010), *Sårsköterskor i Sverige* (SSIS, 2010), *EWMA* (2010), *NPUAP* (2010), *WUWHS* (2006).

De teorier, behandlingsmodeller och omläggningsmaterial som används inom sårvården bygger på evidensbaserad medicin (EBM) och vård, dvs.

bästa tillgängliga vetenskapliga bevis [...] att kombinera evidens med kliniskt kunnande och patientens unika situation och önskemål. (...) Målet med EBM är att vården använder de metoder som gör störst nytta (SBU, 2010)

Den observerade distriktssköterskan nämner att de kontinuerligt lär om nya teorier och behandlingar, bl.a. genom anordnade kurser där nya vetenskapliga rön om sår, sårhäkning och omläggningsmaterial läggs fram. Distriktssköterskan nämner bl.a. kompressionslindning något som också betonas på Blekinge Sårcentrum.

Ett exempel på hur verksamhetsutveckling i sig skapar behov för nya verktyg, nya utvecklingsområden är t.ex. den behandlingsmetod de använder sig av på Blekinge Sårcentrum, nämligen *larvterapi*. Innan antibiotikan revolutionerade världen och tycktes lösa många problem med infektioner användes bl.a. larver vid sårhäkning. Att larver kunde ha en positiv påverkan på sår upptäckte redan på 1500-talet av Napoleons chefkirurg som upptäckte att larverna rensade upp sår genom att livnära sig på den döda sårvävnaden (nekroser) (Lindholm, 2003). Inte förrän i början av 1900-talet upptäcktes igen – av en slump - larvernas läkande förmåga. Än en gång handlade det om en krigssituation. Den som studerade larvernas betydelse för sårhäkning var läkaren William Baer som under sin tjänstgöring i armén upptäckte att soldater som legat så länge att det börjat bli larver i såren var de som var minst drabbade av infektioner (Wolff & Hansson, 1998; Lindholm, 2003; WCIN, 2010). Larverna fick därefter stor betydelse vid sårhäkning fram tills antibiotikans intåg då den upphörde. I dag har behandling med hjälp av larver än en gång blivit intressant pga. de resistent

bakteriestammar som användandet av antibiotika orsakat (Wolff & Hansson, 1998).

Kunskapen om sårns uppkomst och behandling ökar. Det åligger sköterskans ansvar att följa med i den utveckling som sker inom hennes fält:

Tillämpa gällande forskningsetiska konventioner (...) kritiskt reflektera över befintliga rutiner och metoder samt inspirera till dialog om införande av ny kunskap (...) söka, analysera och kritiskt granska relevant litteratur/information, implementera ny kunskap och därmed verka för en omvårdnad i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (...) initiera, medverka i och/eller bedriva utvecklingsarbete (...) initiera och/eller medverka i forskningsarbete (...) självständigt analysera styrkor och svagheter i den egna professionella kompetensen (...) fortlöpande engagera sig i personlig och professionell kompetensutveckling (...) (Socialstyrelsen, Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, 2005)

I dag försöker distriktssköterskan fånga upp alla faktorer som kan vara med och påverka sårsläkningen. Alla data hon samlar in dokumenteras. Genom en strukturerad begrepps- och behandlingsmodell får de involverade aktörerna en gemensam begreppsram att utgå ifrån vilket underlättar kommunikationen och informationsöverföringen mellan de inblandade parterna. Den gemensamma modellen underlättar kommunikation och informationsöverföringen mellan involverade vårdgivare men den har också stor betydelse för den som ansvarar för sårbehandlingen. Genom att vårdgivaren dokumenterar alla data som är av vikt: bl.a. fysiska, psykiska och sociala faktorer, undersökningar, omläggningstillfällen och material osv. kan ansvarig utövare följa utvecklingen av sårsläkning och ta lärdom av den process som sker. Det visar till vikten av en uppdaterad begrepps- och behandlingsmodell, innehållande den terminologi som krävs allt eftersom kunskapen om sår utvecklas. Den gemensamma begrepps- och behandlingsmodell som utarbetats inom projektet Aktiv sårsläkning bygger på de begrepp och behandlingsformer som existerar inom sårvården i dag.

7.3 IKT - informations- och kommunikationsteknik

Innan datorn introducerades inom vården dokumenterades all information om vårdtagaren i en speciell pappersjournal. Informationen var endast tillgänglig på plats eller om en vårdgivare bad om en kopia på journalen. Det kunde ta dagar innan beställaren fick den information som efterfrågades.

I dag sker all dokumentering med hjälp av ett speciellt utformat omvårdnadsdokumentationsprogram i form av en virtuell patientjournal (VPJ). Programmet bygger på en gemensam begrepps- och behandlingsmodell. Modellen är uppbyggd på traditionella medicinska begrepp (sökord) som används inom sjukvård. Den är tänkt att säkerställa dokumentation, öka tillgången och underlätta sökandet efter information för de aktörer som är inblandad i vårdtagarens omvårdnad. I VPJ ska grundläggande information om varje vårdtagare finnas: vårdbehov, status, vårdplanering, åtgärder och annan information som kan vara av vikt för individens omvårdnad. De medicinska begreppen används i registreringsarbetet. I min studie framkom att begreppstrukturen fungerade otillfredsställande. Sköterskan uppgav att hon saknade sökord och ett eget område för vårdplanering.

Att skapa en modell som tillfredsställer användarnas behov fullt ut kan vara svårt. Hägglund (2009) beskriver vikten av att skapa en förståelse för verksamheten och det område som ska utvecklas *innan* utvecklingen inleds. I sitt projekt skapade hon grupper med olika professioner representerad för att fånga in rutiner, informationskrav osv. Resultatet visar att införandet av ett nytt system blir mer framgångsrikt då användarna

deltar i utvecklingsprocessen men att det är svårt att överföra den förståelsen och informationen på ett korrekt sätt till det system som ska utvecklas.

Hägglund tar upp behovet av ett utökat informations- och kommunikationssystem mellan hemsjukvården och hemtjänsten som kan relateras till det exempel som Engeström (1987) tar upp: instrumentet måste utvecklas med en begreppsram som täcker in både sociala, psykologiska och biomedicinska synsätt. I sin rapport skriver Hägglunds att äldre patienter ofta har komplexa problem som kan relateras till fysiska, sociala och psykiska problem. Sjukvården i dag kännetecknas alltmer av delad vård mellan olika organisationer där kommunen och hemsjukvården tar över mer avancerad vård. Författaren menar att situationen är komplex och att det i framtiden kommer att kräva ett större samarbete mellan hälso- och sjukvård och social omsorg. Det kommer att kräva en bättre kommunikations- och informationsdelning mellan de olika instanserna. Speciellt som sjukvårdspersonal och hemtjänst har föga eller brist på tid att tillsammans diskutera gemensamma vårdtagare. Hon har i sin studie undersökt hur informationskraven kommer att se ut i framtiden och vilken information som kommer att vara nödvändig att dela mellan de olika aktörerna för att tillfredsställa allas behov.

Ett annat problem som kan uppstå vid införandet av ett nytt system är det som författaren Kyhlbäck tar upp i sin rapport (2005). I rapporten beskriver Kyhlbäck de motsättningar som kan uppstå vid införandet av ett nytt system. Författaren nämner att det nya systemet måste vara bättre än det gamla i sin helhet för att bli accepterat. En annan viktig faktor som nämns är den motsättning som kan uppstå mellan organisationens intresse och användarnas behov.

I FoU-projektet Aktiv sårhäkning har en gemensam begrepps- och behandlingsmodell för sårvården inom Blekinge landsting utvecklats. Syftet med modellen var att skapa ett verktyg för att få en bättre sårbehandling genom ett mer ordnat struktursystem. Dels handlar det om att forskningsbaserade teorier om sår och metoder för deras behandling, lärs både under särskilda utbildningsdagar och som ett led i den dagliga praktiken. Dels handlar det om att förbättra informationen och kommunikation mellan olika instanser i vårdkedjan för att säkra och skapa en optimal sårvård. På Blekinge Sårcentrum används sökorden väldigt strikt för att underlätta uppföljningen av sårvård. Där registreras ingen onödig information. Den enda dokumentation som ska skrivas är om vårdgivare frångår ordinationen. Annars skrivs bara "se anteckning" och det datum som Sårcentrum ordinerat behandlingen.

Registreringen av sårvården hos studerad distriktssköterska utfördes på liknande sätt. Informanten uppgav att hon registrerade: *status som föregående dag* eller *omläggning som tidigare*, för att slippa onödig information.

Genom en strikt, noggrann dokumentering med en strukturerad begrepps- och behandlingsmodell kan behandlingstider förkortas och kostnaderna för sårvården förminska (Öien, 2010). I rapporten *Venösa bensår kan behandlas både bättre och billigare* (Ragnarson Tennvall, Andersson, Bjellerup, Hjelmgren, & Öien, 2004) skriver författarna att bättre struktur i dokumentationen av bensår möjliggör en bättre diagnostisering vilket leder till minskat lidande för patienten och på sikt billigare sårvård.

Att förbättra dokumentationen genom en strukturerad begrepps- och behandlingsmodell är en del av förbättrad sårvård. Ett annat område som kräver utveckling är informations- och kommunikationstekniken (IKT).

Inom verksamheten sårvård ska det finnas "Ett elektroniskt system, som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan

vårdgivare” (Socialstyrelsen, 2008, ss. 1Kap, 3§) samtidigt som IT-utformningen ska ”ansvara för att det i ledningssystemet finns rutiner som säkerställer att överföring av patientuppgifter görs på ett sådant sätt att ingen obehörig kan ta del av uppgifterna” (Socialstyrelse, 2008, ss. 2Kap, 5§).

I min studie beskriver sköterskan problem med att kommunicera på ett optimalt sätt med andra vårdgivare. I kontakten med andra distriktssköterskemottagningar får hon gå ”en speciell väg” för att få tag på information. Mottagningarna har olika datasystem varför informations och kommunikationsöverföringen är förhindrad. Kontakt med sårvårdsspecialisten kan enbart ske via telefon, trots att det är inom samma landsting.

Inom projektet Aktiv sårsläkning ser man just på problemet med interoperabilitet. Det är många faktorer som påverkar användandet av ett interaktivt omvårdnadsdokumentationsprogram. Informationen mellan de olika instanserna ska kunna överföras på ett säkert sätt att inte obehöriga får tillgång till känslig information. Inom FoU-projektet följer man den nationella strategi som utvecklats för e-hälsa: Nationell eHälsa 2010, som handlar om hur vård och omsorg kan förbättras med hjälp av e-tjänster.

En annan betydelsefull faktor är den tekniska utformningen: IT-strukturen. Jag kommer inte att gå in djupare inom det området eftersom jag inte har tillräcklig kunskap. Väldigt förenklat handlar det om att utveckla ett kommunikationsprotokoll eller internetprotokoll som med hjälp av specifika regler överför information mellan de olika datorer som ingår i nätverket. Det kan kanske beskrivas som att de olika systemen måste ”tala samma språk” eller att det finns ett verktyg som översätter ett ”språk” till ett annat (min tolkning) för att en överföring ska vara möjlig.

Problemet med interoperabilitet är något som Hägglund (2009) nämner i sin avhandling. Anledningen till varför Maria Hägglund startade sitt projekt var för att studera möjligheterna att förbättra samarbetet mellan hemsjukvård och hemtjänst. Hägglund har i sitt projekt utvecklat ett informations- och kommunikationssystem med bl.a. mobil tillgång till VPJ. Resultatet visar att det är möjligt att bygga upp en IT-struktur där även tredje part kan medverka. Hägglund skriver i sin studie att hon låtit vårdtagare och anhöriga fått tillgång till viss information i den modell hon utvecklade. I hennes fall handlade det om mindre känslig information som en gemensam dagbok/kalender där omsorgstagaren och anhörig kunde skriva och läsa meddelanden från och till varandra. Anhörig kunde få information om de insatser som utförts hos omsorgstagaren. Hägglunds studie visar att det är möjligt att ordna att vårdtagaren kan få access till viss information men skriver att det är problem relaterat till IT-strukturen (ibid).

Hägglunds (2009) studie antyder att den försvårade informationssökning som distriktssköterskan i min studie upplevde under kvälls- och helgarbete kan förbättras genom utvecklandet av IT-strukturen. Hägglunds utvecklande av en mobil VPJ kunde vara lösningen till distriktssköterskans problem med dokumentering när hon är ute på fältet.

I Engeströms teori (1987) är det viktigt att studera verksamheten i ett historiskt perspektiv. Jag har tidigare beskrivit hur användningen av larvterapi för sårsläkning har kommit och gått genom tiderna. Ett annat exempel på hur förståelsen för ett fenomen kan öka genom en historisk tillbakablick är det jag tidigare nämnt om att sårvård ligger inom sjuksköterskans kompetensområde. Läkaren hade liten kunskap om de alternativa omläggingsmaterial som fanns. Det skulle kunna förklaras genom att se tillbaka i

historien. Den brittiska kvinnan Florence Nightingale är känd för sina insatser i Krimkriget 1854, där hon arbetade med att förbättra för de sårade och sjuka soldaterna. Nightingale är känd som ”hälso- och sjukvårdsreformator, samhällsforskare, sjuksköterska” (Nationalencyklopedin, 2010) och var den som grundlade den första moderna sjuksköterskeutbildningen. En av hennes studenter var Emma Rappe, en svensk kvinna som har fått stor betydelse för utformandet av sjuksköterskans arbete här i Sverige och för forskningen inom omvårdnad (Hont, 2007). I dokumentet *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (Socialstyrelsen, 2005) står bl.a. sjuksköterskan ska:

självständigt tillämpa omvårdnadsprocessen genom observation, bedömning (omvårdnadsanamnes, status, mål), omvårdnadsdiagnostik, omvårdnadsordination, planering, genomförande och utvärdering av patientens omvårdnad (...) observera, värdera, prioritera, dokumentera och vid behov åtgärda och hantera förändringar i patientens fysiska och psykiska tillstånd (Socialstyrelsen, 2005)

Ser man till hur sjuksköterskans omvårdnad utvecklats under historiens gång, kan förståelsen öka varför läkaren är mindre intresserad av sår och sårvård. Det har traditionellt tillhört sjuksköterskan uppgift.

7.4 Kollektivt – traditionellt lärande

Jag har i resultatdelen visat till områden för lärande som uppstår i distriktssköterskans vardag. När det gäller det traditionella lärandet så handlar det om anordnade utbildningstillfällen där hon inhämtar kunskap av den mer kompetente pedagogen. Hon berättar att hon går kurser då olika nya tekniska artefakter introduceras inom verksamheten. Hon har också möjlighet att få de senaste vetenskapliga rönen angående sårhäkning och material genom ”sårvårdsdagar” där olika forskare medverkar.

Det kollektiva lärandet är en läroprocess som kontinuerligt pågår i hennes verksamhet. Vid varje vårdplanering kring aktuell vårdtagare så förs en diskussion mellan de olika vårdgivarna. Sköterskan har möjlighet att inhämta information om den individ som berörs, diskutera med andra berörda vårdgivare och vara med och påverka för en mer optimal vård. Genom den gemensamma virtuella patientjournalen tar hon del av andras anteckningar och får på så sätt ökad förståelse för sår- och sårhäkning. Det framkommer att det förs diskussioner mellan sköterskan och hennes kollegor på distriktssköterskemottagningen där de delar med sig av sin erfarenhet och på så sätt lär sig om bl.a. dokumentering, såromläggningar, omläggingsmaterial osv. Inom sårvårdsgruppen diskuterar de olika instrument de använder inom sårvårdsverksamheten. Här sker också en högre form av lärande genom att de delger varandra åsikter och uppfattningar om olika omläggingsmaterial osv. Distriktssköterskan i sin tur vidarebefordrar information mellan kollegor och deltagare i utvecklingsgruppen.

Sköterskan nämner problem med sökord i VPJ men hon har själv inte deltagit i utvecklingen av programmet. Här kan jag tänka mig att omvårdnadsdokumentationsprogrammet skulle ha kunnat förbättras om de involverade användarna hade fått deltagit i utvecklingen. Samtidigt så visar både Hägglunds (2009) och Kyhlbäcks (2005) rapport att det är svårt att utveckla ett instrument som till fullo uppfyller användarnas behov. Engeströms teori om expansivt lärande visar på vikten av att involvera användarna i utvecklingsprocessen för att få ett optimalt och hållbart resultat. Det krävs förstås att organisationen och den verksamhet som ska utvecklas har någorlunda liknande mål med utvecklingen.

7.5 Slutsats

Det pågår en utveckling inom hälso- och sjukvården avsedd att förbättra, underlätta och säkerställa vård och omsorg. Trots det är det många projekt som har svårt att få varaktig genomslagskraft. Maria Hägglunds projekt är ett av flera som avstannat på projektstadiet (Dahlin, 2008). En av anledningarna till varför det inte blir hållbara resultat kan kanske bero på den snabba utveckling som genomsyrar dagens samhälle. Det som var nytt i går kan i dag vara ett minne blott. Ändå är det dåtiden som leder oss framåt till nutid och framtid. Att tänka utveckling och framtid kan i dag vara två avgörande faktorer för att företag och organisationer ska överleva. Alla studier som har utförts, som pågår nu och som kommer att starta i framtiden kommer alla bidra till att sårvården utvecklas. Om tio år kommer antagligen de problem jag tagit upp inom sårvården kanske vara lösta genom gemensamma kollektiva insatser från både forskare och involverade i verksamheten. Då har nya problem uppstått pga. de problem som redan blivit lösta. Den lärande verksamheten som en verksamhetsproducerande verksamhet.

Det jag har beskrivit kan ses som ett exempel på ”expansivt lärande”. Det handlar om hur sårvården i en mindre kommun har utvecklats under historiens gång. Mitt ”fönster” till den verkligheten har varit en detaljerad studie av en distriktssköterskas arbete. I den allmänna primärvården ingår sårvård som en delverksamhet av vården generellt. Utvecklingen av sårvården är naturligt förbundet till lärande av olika slag: möten i en sårvårdsgrupp, egenstudier och informationssökning om det som berör sårvård samt andra former för institutionellt lärande. Framförallt uppstår lärandemöjligheter i distriktssköterskans dagliga arbete där hon använder sin kunskap och kompetens till att förbättra och söka nya lösningar till de handlingar och åtgärder hon utför, dvs. expansivt lärande.

Jag har med min rapport velat visa hur verksamhetsutveckling kan exemplifieras. Genom att jämföra distriktssköterskans arbete inom den mer generella sårvården kontra den mer specialiserade sårvården klargörs likheter och skillnader mellan två olika långt utvecklade verksamheter inom samma verksamhetsområde. Den tydligaste likheten är behovet av en gemensam strukturerad begrepps- och behandlingsmodell samt ett väl fungerande informations- och kommunikationssystem. Den tydligaste olikheten är samarbetet, eller bristen på samarbete mellan involverade vårdgivare.

Som jag tidigare skrivit: paradoxen i ett verksamhetsproblem är att problemet i sig innehåller möjligheter till verksamhetsutveckling (Engeström, 1987). ”En viktig slutsats blir att villkoren för lärande på en arbetsplats inte är något på förhand givet, utan i hög grad är en fråga om hur olika aktörer (ledning, anställda, fackliga organisationer) väljer att organisera den verksamhet man bedriver” (Ellström & Hultman, 2004, s. 12).

Referenser

- Aurell, M. (den 26 01 2005). (B. Sutter, Intervjuare)
- Bjereld, U., Demker, M., & Hinnfors, J. (2002). *Varför vetenskap* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- CODEX. (den 09 03 2010). *Forskning som involverar människan*. Hämtat från CODEX - regler och riktlinjer för forskning: <http://www.codex.uu.se/forskningmanniska.shtml> den 12 06 2010
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2008). *Research methods in education* (6 uppl.). New York: Routledge.
- Dahlin, J. (2008). *Vårda idéerna*. Hämtat från Vinnova: <http://www.vinnova.se/sv/Publikationer/Produkter/VARDA-IDEERNA/> den 04 09 2010
- Ellström, P.-E., & Hultman, G. (2004). *Lärande och förändringar i organisationer Om pedagogik i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Ely, M. (1993). *Kvalitativ forskningsmetodik i praktiken - cirklar inom cirklar*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Emsheimer, P., Hansson, H., & Koppfeldt, T. (2005). *Den svårfångade reflektionen* (1:6 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Engeström, Y. (2009). *CRADLE - Center for Research on Activity, Development and Learning*. Hämtat från CRADLE - Center for Research on Activity, Development and Learning: <http://www.helsinki.fi/cradle/index.htm> den 03 06 2010
- Engeström, Y. (2001). Expansive Learning at Work_toward an activity theoretical reconceptualization. *Journal of Education and Work* , 14 (1).
- Engeström, Y. (1987). *Learning by Expanding: An Activity - Theoretical Approach to Developmental Research*. Hämtat från Laboratory of Comparative Human Cognition: <http://lchc.ucsd.edu/MCA/Paper/Engestrom/expanding/toc.htm> den 25 05 2010
- Engeström, Y. (1987). *Learning by Expanding: an activity-theoretical approach to developmental*. Helsingfors: Orienta-Konsultit.
- Engeström, Y., & Sannino, A. (2010). Studies of expansive learning: Foundations, findings and future challenges. *Educational Research Review* .
- EWMA. (2010). *Europeand wound management association*. Hämtat från Europeand wound management association: <http://ewma.org/> den 05 09 2010
- Gustafsson, B., Hermerén, G., & Petersson, B. (den 16 04 2010). *Vad är god forskningssed*. Hämtat från Vetenskapsrådet: http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000334/god_forskningssed_3.pdf den 12 06 2010
- Gustavsson, B. (2003). *Bildning i vår tid – om bildningens möjligheter och villkor i det moderna samhället*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2009). *Ethnography, principles in practice* (3:2 uppl.). London, England: Taylor & Francis group: Routledge.
- Hont, G. (den 30 10 2007). Florence Nightingales elev blev pionjär i Sverige. (G. Berefelt, Red.) *Läkartidningen* , 44 (104).
- Hägglund, M. (2009). *Sharing is Caring Integrating Health Information Systems to Support Patient-Centred Shared Homecare*. Hämtat från <http://uu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:173112> den 28 02 2010
- Illeris, K. (2007). *Lärande*. Lund: Studentlitteratur.

- Illeris, K. (2001). *Lärande i mötet mellan Piaget, Freud och Marx*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (1:16 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Kyhlbäck, H. (2005). *The Problems of Objects in Design of Health Care Information System*. Karlskrona: Kaserstryckeriet AB.
- Landstinget, B. (2007). *Sårcentrum*. Hämtat från Landstinget Blekinge: <http://www.ltblekinge.se/halsaochvard/sokvardcentralenforst/allavardcentralerochmottagningar/jamjovardcentral/sarcentrum.4.9c16a31109c04a3e880002106.html> den 14 09 2010
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi*. Stockholm : Liber förlag.
- Lantz, A. (1993). *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindholm, C. (2003). *Sår*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Nationalencyklopedin. (2010). Hämtat från <http://www.ne.se> den 28 07 2010
- NPUAP. (2010). Hämtat från National Pressure Ulcer Advisory Panel: <http://www.npuap.org/> den 05 09 2010
- Ragnarson Tennvall, G., Andersson, K., Bjellerup, M., Hjelmgren, J., & Öien, R. (2004). Venösa bensår kan behandlas både bättre och billigare. *Läkartidningen*, 101 (17).
- Regeringen, & Regeringskansli. (2010). *Nationell eHälsa*. Hämtat från Sveriges regering och regeringskansliet: <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/14/84/29/b38c1b84.pdf> den 14 09 2010
- Regeringen, & Regeringskansli. (2010). *Nationell eHälsa*. Hämtat från Sveriges regering och regeringskansliet: <http://www.sweden.gov.se/sb/d/10671> den 03 06 2010
- Regeringen, & Regeringskansli. (2009). *Nationell IT-strategi*. Hämtat från Sveriges regering och regeringskansliet: <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/12/47/97/9af34a6e.pdf> den 14 09 2010
- SBU. (2010). *Evidensbaserad vård*. Hämtat från SBU Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården: <http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-varld/> den 05 09 2010
- SFS, S. f. (1982:763). Hämtat från HSL, Hälso- och sjukvårdslagen: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763> den 10 10 2009
- Socialstyrelse. (2008). *Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården SOSFS 2008:14*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-14> 2010
- Socialstyrelsen. (1998). *SFS 1998:531 Lagen om Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS)*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/lagenomyrkesverksamhetpahalso-> den 18 08 2010
- Socialstyrelsen. (1982). *1982:763 Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen%28hsl%29> den 18 08 2010
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtat från Socialstyrelsen.se: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1> den 15 08 2010

- Socialstyrelsen. (2009). *Offentlighets- och sekretesslagen SFS2009:400*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/offentlighets-ochsekretesslage> den 18 08 2010
- Socialstyrelsen. (2008). *Patientdatalagen SFS 2008:355*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/patientdatalagen> den 18 08 2010
- Socialstyrelsen. (2010). *SOSFS*. Hämtat från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs> den 30 06 2010
- SSIS. (2010). Hämtat från Sårsköterskor i Sverige : <http://www.swenurse.se/Sektioner-och-Natverk/Sarsjukskoterskor-i-Sverige/> den 05 09 2010
- Svenskt Sårhämningsällskap. (2010). *Svenskt Sårhämningsällskaps nätverk för Sårvårdsgupper*. Hämtat från Svenskt Sårhämningsällskap: <http://www.sarlakning.se/svgrupper.asp> den 05 09 2010
- Säljö, R. (2005). *Lärande & kulturella redskap. Om läroprocesser och det kollektiva minnet*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.
- Säljö, R. (2000). *Lärande i praktiken Ett sociokulturellt perspektiv* (1:8 uppl.). Stockholm: Nordstedts Akademiska Förlag.
- WCIN. (2010). *Wound Care Information Network*. Hämtat från Wound Care Information Network: <http://www.medicaledu.com/maggots.htm#History%20of%20Maggot%20Therapy> den 05 09 2010
- Wolff, H., & Hansson, C. (1998). Renässans för fluglarver vid behandling av sår. *Läkartidningen*, 95 (41).
- WUWHS. (2006). *World Union of Wound Healing Societies*. Hämtat från World Union of Wound Healing Societies: <http://www.wuwhs.org/> den 05 09 2010
- Vårdhandboken. (2010). *Sårhämnings*. Hämtat från Vårdhandboken: <http://www.vardhandboken.se/Texter/Trycksar/Sarlakning/> den 05 09 2010
- Ödman, P.-J. (2007). *Tolkning, förståelse, vetande. Hermeneutik i teori och praktik*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.
- Öien, R. (2002). *Leg ulcer management in primary care with special reference to pinch grafting*. Department of Community Medicine. Lund: Lunds universitet.
- Öien, R. (den 03 08 2010). Verksamhet sårvård. (L. Elvinsson, Intervjuare)