



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Operationssjuksköterskans erfarenheter och kunskap om hygienriktlinjer på operationssalen

En kvantitativ enkätundersökning

Författare: Daniela Lincoln Saavedra & Martin Hansson

Handledare: Karin Samuelsson

Magisteruppsats

Våren 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Operationssjuksköterskans erfarenheter och kunskap om hygienriktlinjer på operationssalen

En kvantitativ enkätundersökning

Författare: Daniela Lincoln Saavedra & Martin Hansson

Handledare: Karin Samuelsson

Magisteruppsats

Maj 2013

Abstrakt

I Patientsäkerhetslagen beskrivs patientsäkerhet som ”skydd mot vårdskada”. Detta innebär att vårdpersonal ska ha kompetens att skydda patienten mot olika typer av vårdrelaterade skador. Postoperativa infektioner är den tredje vanligaste orsaken till infektion i samband med vård. Orsaken till postoperativa sårinfektioner kan bero på att hygienriktlinjer inte är uppdaterade eller följs av personalen. **Syfte:** Att beskriva operationssjuksköterskans kunskap om aktuella hygienriktlinjer och uppfattning av dess följsamhet på operationssalen. **Metod:** Den valda metoden var en kvantitativ tvärsnittsstudie. Enkätundersökningen genomfördes på fyra operationsavdelningar inom Skånes universitetssjukhus (SUS) i Malmö och Lund. Studien inkluderade två specialiteter, allmän kirurgi och ortopedisk kirurgi. Totalt inkluderades 83 operationssjuksköterskor i studien. Av de 83 anställda operationssjuksköterskorna valde 62 att svara på enkäten vilket var en svarsfrekvens på 75 %. **Resultat:** Studiens resultat visar att operationssjuksköterskorna har aktuella kunskaper angående hygienriktlinjerna på operationssalen. Det framkom inte några signifikanta skillnader i kunskaper hos operationssjuksköterskorna mellan de två specialiteterna som jämfördes. Resultatet visar även att operationssjuksköterskan uppfattar att det förekommer brister i följsamheten av hygienriktlinjerna på operationssalen. **Slutsats:** Författarna anser att det behövs ytterligare forskning och ett ständigt utvecklingsarbete för att bättre implementera hygienriktlinjer i operationssjukvården.

Nyckelord

Operationssjuksköterska, hygienriktlinjer, dörröppningar, postoperativ sårinfektion, implementering, kvantitativ enkätundersökning

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning.....	2
Bakgrund.....	2
Perspektiv och utgångspunkter	2
Operationssjuksköterskans kompetens.....	3
Smittspridning.....	4
Hygienriktlinjer.....	5
Syfte	6
Specifika frågeställningar	6
Metod	7
Urval av undersökningsgrupp.....	7
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument	7
Genomförande av datainsamling	9
Genomförande av databearbetning	9
Etiskt övervägande.....	10
Resultat	11
Diskussion.....	18
Diskussion av vald metod.....	18
Diskussion av framtaget resultat	20
Slutsats	22
Referenser	24
Bilaga 1 (3).....	27
Bilaga 2 (3).....	36
Bilaga 3 (3).....	39

Problembeskrivning

Enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL 1982:763) skall all vård vara av god kvalitet med en god hygienisk standard. I Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) beskrivs patientsäkerhet som ”skydd mot vårdskada”. Detta innebär att vårdpersonal ska ha kompetens att skydda patienten mot olika typer av vårdrelaterade skador. Postoperativa infektioner är den tredje vanligaste orsaken till infektion i samband med vård (Socialstyrelsen, 2006). Orsaken till postoperativa sårinfektioner kan bero på att hygienriktlinjer inte är uppdaterade eller följs av personalen (Socialstyrelsen, 2010). Infektioner i operationsområdet orsakar dödlighet i den postoperativa perioden. Öppning av dörrarna till operationssalen under pågående operation stör reningen av luften och ökar risken för kontamination av såret (Lynch et al., 2009). I en svensk studie (Erichsen Andersson, Bergh, Karlsson, Eriksson & Nilsson, 2012) påvisades signifikanta resultat att antalet Colony Forming Units (bakteriebärande partiklar i luften) på en operationssal påverkas negativt av upprepade dörröppningar. Även en studie utförd i södra Sverige visar att det förekommer onödig trafik på operationssalen och att detta inte minskar så länge det är accepterat av personal och ledning. Studien visar också att enbart 43 % av personalen täcker allt hår med mössan och att hela 73 % inte använder munskydd korrekt (Laurin & Lindgren, 2010). Det visar att vårdpersonal på operationsavdelningar inte följer de hygienriktlinjer som finns. Denna studies resultat och tidigare forskning visar både att antalet dörröppningar på operationsavdelningar är för högt och att operationspersonal inte till fullo följer de hygienriktlinjer som ingår i deras arbetsuppgifter (a.a.). Det tyder på en brist på kunskap om aktuella hygienriktlinjer och avsaknad av ett aktivt ansvar kring att upprätthålla och värna om följsamheten av dessa på operationssalen.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Vården har under de senaste åren genomgått en förändring. Det fokuseras allt mer på att den vård som ges ska vara evidensbaserad. Detta har medfört ökade krav på tydlighet gällande vilken kunskap vården grundar sina tillvägagångssätt (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Kliniska riktlinjer ska användas för att främja en evidensbaserad omvårdnad (Thomas et al.,

2002). I all operationsverksamhet bör det finnas hygienriktlinjer och anvisningar för att ge en ökad patientsäkerhet och förhindra postoperativa infektioner (Socialstyrelsen, 2010). Om en klinisk riktlinje ska kunna öka säkerheten i vårdarbetet ska den i första hand baseras på vetenskaplig kunskap och på beprövad klinisk erfarenhet. Kliniska riktlinjer definieras av Lohr och Field (1992) som ”systematiskt utformade utlåtanden som fungerar som stöd för vårdpersonal och patienter, vid beslut om lämpliga vårdinsatser under specifika kliniska förhållanden ” (a.a., s. 27). När en klinisk riktlinje är utformad ska den implementeras i arbetet, det vill säga personalen ska ta den till sig och använda den fullt ut. Implementering av kliniska riktlinjer kräver noggrann planering. Det är viktigt att i förväg göra en bedömning av de hinder och möjligheter som finns för att kunna genomföra implementeringen. En annan betydelsefull del av implementeringsprocessen är att ha stöd av rätt personer. Personer med inflytande som motsäger sig de nya riktlinjerna kan försvåra och till och med förhindra implementeringen. Förändringsarbetets genomförande är till stor del beroende av hur alla inblandade samarbetar (Willman et al., 2011).

Operationssjuksköterskans kompetens

Operationssjuksköterskans yrkesprofession karakteriseras och omfattas av goda kunskaper inom perioperativ omvårdnad och medicinsk vetenskap. Utmärkande för operationssjuksköterskan är kunskap om avancerad medicinteknisk apparatur, instrumentering under operation, hygien och aseptik. Operationssjuksköterskan har en viktig roll som arbetsledare under hela det perioperativa ingreppet. All vård bedrivs med hög säkerhet och god kvalitet för patienten. Under den perioperativa fasen skall operationssjuksköterskan leda, kommunicera och samarbeta med all personal i teamet (Myklestul Dávoy, 2012).

Enligt kompetensbeskrivningen för operationssjuksköterskor ska operationssjuksköterskan ansvara för att hygieniska och aseptiska principer tillgodoses så att det kirurgiska ingreppet kan genomföras på ett betryggande sätt. Operationssjuksköterskan ansvarar även för att förebygga och begränsa smitta och smittspridning (SEORNA, 2011). Vid patientnära omvårdnad har operationssjuksköterskan ansvar för att all personal följer hygienriktlinjer och föreskrifter för att minska smittspridning som kan orsaka postoperativa infektioner för patienten (Rothrock, 2011).

Smittspridning

Aseptik betyder att bevara det rena rent och det sterila sterilt. Att arbeta enligt aseptisk teknik innebär arbete i avsikt att minimera antal mikroorganismer i operationsmiljön på instrument och utrustning och förhindra dem från att kontaminera operationssåret. När en infektion har inträffat i en vävnad har smittämnet invaderat vävnaden. Smittämnet kan invadera vävnaden genom att tränga sig in i, inhaleras eller sväljas ned. På plats i vävnaden kan smittämnet föröka sig och åstadkomma en vävnadsskada och i vissa fall även lyckas sprida sig till flera vävnader (Ericson & Ericson, 2009). På grund av att de naturliga försvarsbarriärerna hud och slemhinnor penetreras är kirurgiska patienter särskilt utsatta för postoperativa sårinfektioner (Myklestul Dávoy, 2012). Smittspridning kan ske på olika sätt, genom kontaktsmitta, luftsmitta, peroral smitta, blodsmitta samt insektsstick. Den vanligaste smittvägen sker via kontaktsmitta, vilket innebär att smittan överförs via föremål, så som instrument och personalens händer eller kläder. Luften innehåller droppar, aerosoler, dammpartiklar samt hudpartiklar som alla kan vara bärare av patogena smittämnen. Colony Forming Units (CFU) innebär antalet bakteriebärande partiklar i luften. Alla människor avger konstant hudpartiklar. Från varje enskild person sprids 1000- 8000 bakteriebärande hudpartiklar per minut till luften (Hambraeus, 2010). Fler partiklar avges vid rörelse än vid vila. En människa med en sårinfektion, eksem, psoriasis eller annan fjällande hudsjukdom sprider fler CFU (Ericson & Ericson, 2009).

På operationssalen är den största källan till bakteriekontamination antalet individer som vistas på operationssalen. Därför är det av betydelse att antalet närvarande personer begränsas. Den inflödande luften ska komma uppifrån taket och ventileras ut via golvet och väggarna på motsatt sida av salen. En operationssal ska ha ett luftbyte på minst 15-25 gånger per timme. För att ventilationen ska fungera optimalt är det viktigt att dörrarna är täta och inte öppnas i onödan (Rothrock, 2011).

Dörröppningarna stör luftflödet på operationssalen och resulterar till ökad förorening i luften. Det är ett betydande patientsäkerhets problem som i sin tur kan leda till postoperativa sårinfektioner (Erichsen-Andersson et al., 2012). I en kvantitativ observationsstudie gjord vid universitet i Michigan, USA granskades 28 slumpvist utvalda operationer och visade ett totalt antal dörröppningar på 3071 stycken. Antal dörröppningar varierade mellan 19-50 per timme (Lynch et al., 2009). I en kvantitativ observations studie gjord i Cincinnati, USA granskades

antalet dörröppningar vid två tillfällen. Studien visade att oavsett om personalen kände till att de blev övervakade eller ej påverkade detta inte antalet dörröppningar (Parikh, Grice, Schnell & Salisbury, 2010).

Förebyggandet av sårinfektioner vid ortopediska implantatoperationer är ett mycket viktigt ämne för politiker, sjukhusadministratörer och läkare på grund av de enorma resurser som reoperationer, förlängda vårdtider och mediciner kräver (Erichsen-Andersson et al., 2012). De patienter som genomgått ortopedisk implantatkirurgi och som drabbas av postoperativ sårinfektion, får oftast genomgå en andra operation för att ta bort implantatet. Sårinfektionen kan leda till att patienten blir immobiliserad och sängliggande, kräver lång antibiotikabehandling och resulterar ofta i en tredje operation. Det är av största vikt att göra allt för att undvika infektioner vid led och implantatkirurgi (Babkin et al., 2007).

Trafik på operationssalen är ett stort bekymmer i samband med total ledartroplastik. I en studie som gjordes i Philadelphia, USA observerades möjliga orsaker till varför det förekom dörröppningar på operationssalen. En återkommande orsak var att operationspersonalen behövde något instrument eller läkemedel som inte fanns på operationssalen. Författarna i studien menar att noggrann planering och förberedelse som att placera instrument och implantat inne på operationssalen preoperativt kan reducera antalet dörröppningar under operationer då personalen inte behöver lämna operationssalen. Detta kräver specifik utbildning av de preoperativa förberedelserna (Panahi, Stroh, Casper, Parvizi & Austin, 2012).

Hygienriktlinjer

I Socialstyrelsens föreskrift om basala hygienrutiner (SOSFS 2007:19) har all hälso- och sjukvårdspersonal ansvar för att i samband med vård, undersökning, behandling eller annan direkt patientkontakt iaktta basala hygienrutiner för att begränsa risken för smittspridning och därigenom även minska risken för vårdrelaterade infektioner. För att kunna uppfylla de nationella målen för all hälso- och sjukvård har ett samlat dokument utarbetats med kliniskt anpassad information, Vårdhandboken (Vårdhandboken, 2013). Syftet med Vårdhandboken är att säkerställa god och säker vård på lika villkor och bygger på Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SOL). I varje landsting finns utformade riktlinjer gällande

hygienriktlinjer för operationsavdelningar. I Region Skånes lokala riktlinjer beskrivs även regler för basal vårdhygien och specifika hygienriktlinjer för operationsavdelningarna i regionen (Skånes universitetssjukhus 2013).

Enligt Vårdhandboken ska operationspersonal bära kortarmad klädsel som byts dagligen eller oftare vid behov. Arbetskläderna ska tillhandahållas av arbetsgivaren. Vid patientnära kontakt ska arbetsdräkten skyddas med skyddsrock eller plastförkläde. Operationspersonal skall ha händer och underarmar fria från armbandsur och smycken. Naglar ska vara kortklippta, olackerade och påbyggda lösnaglar eller nagelsmycken inte är tillåtna. Munskydd ska användas av dem som vistas inom en armlängds avstånd av sterilt operationsområde under operation och vid uppdukning av sterila instrument. Munskydd har till uppgift att både skydda användaren från stänk men även att förhindra att saliv med bakterier droppar eller faller ner i operationssåret. Användning av dubbla handskar för operationssjuksköterskor är att föredra. Dubbla handskar ger ett ökat barriärskydd och kan på så sätt även minska risken för kontamination vid uppdukning av instrument (Hambraeus, 2010).

Vid ortopedisk implantationskirurgi gäller strängare hygienriktlinjer. All personal på operationssalen ska bära munskydd och använda heltäckande operationsmössa (Skånes universitetssjukhus 2013).

Syfte

Syftet är att beskriva operationssjuksköterskans kunskap om aktuella hygienriktlinjer och uppfattning av dess följsamhet på operationssalen.

Specifika frågeställningar

- I vilken grad har operationssjuksköterskan kunskap om aktuella hygienriktlinjer?
- Vilka brister i följsamheten av hygienriktlinjerna förekommer på operationssalen?

- Vilka möjliga orsaker till brister i hygienriktlinjer anger operationssjuksköterskan?
- Föreligger skillnad i kunskap och uppfattning av följsamhet av hygienriktlinjer mellan allmän kirurgi och ortopedisk kirurgi?

Metod

Urval av undersökningsgrupp

Enkätundersökningen genomfördes under en vecka i mars 2013 på fyra operationsavdelningar inom Skånes universitetssjukhus (SUS) i Malmö och Lund. Studien inkluderade två specialiteter, allmän kirurgi och ortopedisk kirurgi, för att undersöka skillnaderna i följsamheten av hygienriktlinjer. Ortopedisk kirurgi har mer specifika hygienriktlinjer jämfört med allmän kirurgi, därför valde författarna att jämföra dessa två specialiteter för att se om det fanns skillnader. Dessa fyra operationsavdelningar valdes för att de är de största inom sina respektive specialiteter med flest antal operationssjuksköterskor i regionen.

Urvalsmetoden var totalundersökning, det vill säga, att alla anställda operationssjuksköterskor på de valda operationsavdelningarna tillfrågades om deltagande i studien (Ejlertsson, 2005).

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

För att uppnå syftet med denna studie har en kvantitativ ansats valts och en enkätundersökning genomförts. Den kvantitativa ansatsen har som syfte att beskriva och förklara hur de genomförda mätningarna utfallit. Resultaten i kvantitativ forskning grundar sig på ett stort antal individer och ett litet antal variabler (Olsson & Sörensson, 2011). Genom detta metodval kan studiens resultat generaliseras till en större population, som är till fördel för syftet med studien (Polit & Beck, 2006).

En sökning genomfördes för att finna en validerad enkät, som uppfyllde författarnas önskemål. Då ingen tillfredställande validerad enkät hittades valde författarna att på egen hand utforma en enkät med inspiration från litteratur (Allebeck & Hansagi, 1994; Ejlertsson, 2005; Trost, 2007). Enkätfrågorna är utformade utifrån fakta från Vårdhandboken och bygger på information kring aktuella hygienriktlinjer. Alla enkätfrågorna utformades för att kunna tillgodose studiens syfte och specifika frågeställningar. Enligt Trost (2007) avses slutna (strukturerade) frågor att det redan finns givna svarsalternativ och med öppna (ostrukturerade) avses frågor som deltagaren själv kan svara på med egna ord.

I en enkätstudie måste frågorna bearbetas och konstrueras så att de mäter det som är avsett att mätas. Detta innebär att är frågorna i enkäten valideras i förhållande till syftet med frågorna. För att uppnå hög reliabilitet av enkäten ska enkäternas rätt konstruktion och utformning så att enkätfrågorna uppfattas på samma sätt av alla deltagarna. Då författarna själva har konstruerat enkäten måste den testas från en validitets- och reliabilitetssynpunkt (Ejlertsson, 2005).

Enkäterna var från början uppbyggda i tre olika delar. Efter pilotstudierna valde författarna att utöka enkäten med en ytterligare del. Den första delen av enkäten är utformad som ett kunskapstest, där operationssjuksköterskans kunskaper om aktuella hygienriktlinjer testas utifrån Vårdhandboken (Hambraeus, 2010). Denna del består av kunskapsfrågor gällande arbetsdräkt, ventilation och basal hygien. Den andra delen handlar om eventuellt förekommande brister på den egna arbetsplatsen. Syftet är att få svar på vilka brister operationssjuksköterskan eventuellt upplever i följsamheten av hygienriktlinjer på operationssalen. De två första delarna av enkäten består av slutna frågor med olika svarsalternativ. Deltagaren får välja mellan fyra svarsalternativ (Instämmer helt, Instämmer delvis, Tveksam, Instämmer inte alls). Svarsalternativen är utformade enligt ordinalskala (likertskala) (Ejlertsson, 2005). I den tredje delen skulle operationssjuksköterskan själv beskriva de eventuella orsakerna till brister i följsamheten av hygienriktlinjerna på operationssalen. Denna fråga var öppen.

En pilotstudie genomfördes för att öka tillförlitligheten i studien, face- och content validity (Polit & Beck, 2006). Enkätformuläret delades ut och besvarades av sex operationssjuksköterskor på Skånes universitetssjukhus. Pilotstudien genomfördes på en operationsavdelning med en annan specialitet än de två som inkluderats i studien. De sex

operationssjuksköterskorna lämnade synpunkter på enkäten. Efter genomgång av svaren och deltagarnas synpunkter ändrades enkäten. Fråga 1, 3 och 4 i kunskapstestet förtydligades då deltagarna i pilotstudien ansåg att dessa kunde misstolkas. Den öppna frågan i den tredje delen misstolkades av samtliga deltagare i pilotstudien. Därför valde författarna att ändra denna del till en sluten fråga med olika svarsalternativ. En fjärde och sista delen utformades till en öppen fråga där deltagarna själv skulle ange förslag till förbättringar av följsamheten till hygienriktlinjer på operationssalen.

Genomförande av datainsamling

För att få tillstånd att genomföra studien och dela ut enkäter på respektive operationsavdelning, skickades informationsbrev och samtyckesblankett ut till berörda verksamhetschefer, innan studien påbörjades, via mail (se bilaga 2). Även berörda avdelningschefer informerades om studien. Efter godkännande från verksamhetscheferna delades enkäterna ut på respektive operationsavdelning under vecka tio. Författarna delade personligen ut det uppskattade antalet enkäter på respektive operationsavdelning. Varje enskild operationssjuksköterska erhöll ett informationsbrev (se bilaga 3) och en enkät. De fick därefter tid att enskilt läsa igenom informationsbrevet och ta ställning till om de ville delta i studien. Enkäten tog cirka 10 minuter att besvara. Författarna fanns på plats på respektive operationsavdelning under en hel arbetsdag och respondenterna som valde att svara på enkäten kunde därefter lämna besvarad enkät i ett gemensamt svarskuvert. Författarna återkom dagen efter för ytterligare insamling av enkäter på respektive operationsavdelning. Författarna valde att endast utföra datainsamlingen under denna vecka. I samråd med handledare togs beslut att inte genomföra ytterligare datainsamling.

Genomförande av databearbetning

De besvarade enkäterna tilldelades ett löpnummer för att kunna bearbetas och läggas in i det statistiska analysprogrammet, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 20. Enkäten innehöll både kvalitativa och kvantitativa variabler. Bakgrundsdatan ”specialitet” har behandlats som nominalskala, för att de inte går att ordnas efter storlek. Variabeln ”arbetslivserfarenhet” behandlades som kvotskala, eftersom dessa värden har en absolut

nollpunkt. De övriga frågorna behandlades som ordinalskala där svarsalternativen utgör en rangordning (Ejlertsson, 2012). Deskriptiv statistik presenteras med centralmått (median eller medelvärde) och spridningsmått (kvartiler [q_1 och q_3] eller standardavvikelse) eller i procentandelar. Med hjälp av Kolmogorov-Smirnov test, kunde datans normalfördelning testas. I jämförelsen mellan specialiteterna kirurgi och ortopedi har hypotestestning utförts med hjälp av parametriska eller icke-parametriska test beroende av hur data var fördelat. Test som användes; Mann-Whitney U-test och Fisher's Exact-test. Signifikansnivån har bestämts till 0.05. För att jämföra den eventuella skillnaden på gruppernas kunskapsnivå summerades antalet rätt på kunskapsfrågorna för varje respondent och jämfördes mellan specialiteterna.

Etiskt övervägande

Informationsbrev och samtyckesblankett skickades ut till berörda verksamhetschefer för att erhålla godkännande före studiens start. Ansökan till Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN) skickades in för rådgivande bedömning under våren 2013, (diarienummer 43-13). Studien utgår ifrån Vetenskapliga Rådets (2012) fyra grundläggande forskningsetiska principer: Informationskravet, Samtyckeskravet, Konfidentialitetskravet och Nyttjandekravet.

Genom att berörd personal informerades om studien och dess syfte via informationsbrevet och bifogad enkät uppfylldes informationskravet. Via informationsbrevet utlovades anonymitet och frivillighet för deltagaren. All data förvaras så att inte obehöriga får tillgång till det under arbetet med studien och kommer att förstöras efter godkänd uppsats. Enkäterna samlades in direkt i ett gemensamt svarskuvert, för att värna om anonymiteten hos respondenterna. Besvarandet av enkäten har inneburit en tidåtgång för respondenten, dock utan inverkan på arbetets utförande. All informationssamling har gjorts i personalrum och andra gemensamma utrymmen. Eventuellt har respondenterna störts under sina raster eller övrig arbetstid men detta kan ha vägts upp mot eget intresse och studiens eventuella nytta.

Resultat

Totalt inkluderades 83 operationssjuksköterskor i studien. Av de 83 anställda operationssjuksköterskor valde 62 (75 %) att svara på enkäten. Det externa bortfallet blev 21 (25 %). Från den kirurgiska specialiteten valde 38 av 49 anställda operationssjuksköterskor att besvara enkäten. Det fanns 34 anställda på de ortopediska operationsavdelningarna, 24 valde att besvara. Av de 62 besvarade enkäterna var fördelningen, 38 (61 %) respondenter från den kirurgiska specialiteten och 24 (39 %) från den ortopediska specialiteten.

Arbetslivserfarenheten i gruppen varierade mellan 1-41 år, medianen var 10 år (q_1 - q_3 ; 3.5 - 22.5)

Studiens resultat redovisas under fyra rubriker: Operationssjuksköterskans kunskaper om hygienriktlinjer på operationssal, Operationssjuksköterskans uppfattning om följsamheten av hygienriktlinjerna på operationssalen, Orsaker till brister i följsamheten av hygienriktlinjer på operationssalen och Sammanställning av operationssjuksköterskans egna kommentarer angående brister i följsamheten av hygienriktlinjerna på operationssalen.

Operationssjuksköterskans kunskaper om hygienriktlinjer på operationssal

Det interna bortfallet var 7 av 62 (11 %). I tre av kunskapsfrågorna (K4, K7 och K10) hade inget alternativ kryssats i. K4 hade ett bortfall på 5 av 62 (8 %), K7 och K10 hade båda bortfallet 1 av 62 (0.2 %). För specialiteten ortopedi var bortfallet 6 av 24 (25 %). Det största bortfallet kom från fråga K4 (21 %). Bland specialiteten kirurgi var bortfallet 1 av 38 (0.3 %) som kom från kunskapsfråga K10.

Kunskapstestet bestod av 11 frågor, där det maximala resultatet var 11 rätt. Medelvärdet på antal rätt bland respondenterna var 8,95. På kunskapsfrågorna om "Ventilation" och "Mössa" hade alla respondenter svarat rätt. I frågorna gällande "Munskydd" och "CFU" svarade 92 % av respondenterna från de båda specialiteterna rätt. I frågan om "Munskydd" hade den kirurgiska specialiteten svarat 100 % rätt medan den ortopediska specialiteten svarat 79 %

rätt. Sämst svarsresultat på kunskapstestet hade kunskapsfrågan K9, gällande ”Handskar”.

Totalt svarade 42 % rätt.

Trettiofyra procent från den kirurgiska specialiteten respektive 54 % från den ortopediska specialiteten svarade rätt.

I tabell 1 redovisas resultatet på enkätens kunskapsfrågor. Av enkäternas resultat framkom inga signifikanta skillnader ($p=0.468$, Mann-Whitney) mellan antalet rätt på kunskapstestet, hos de två olika specialiteterna som jämfördes. Respondenterna från specialiteten kirurgi hade ett medelvärde på 9.05 rätt medan den mindre populationen ortopedi hade ett medelvärde på 8.79.

Tabell 1.
Presentation av andelen rätt svar på kunskapstestet, i jämförelse mellan de två specialiteterna

Kunskapsfråga Hygienområde	Kirurgi, % (n=38)	Ortopedi, % (n=24)	P-värde	Totalt, %
K1 Max antal på sal	87	58		76
K2 Vätskor	87	87		87
K3 Arbetsdräkt	76	79		77
K4 Munskydd	100	79		92
K5 Sårinfektion	71	75		73
K6 Ventilation	100	100		100
K7 Örhängen	79	67		74
K8 Mössa	100	100		100
K9 Handskar	34	54		42
K10 CFU	92	92		92
K11 Ögon/munskydd	79	87		82
Antal poäng/medelvärde (SD)	9,05 (±1,2)	8,79 (±1,6)	0,468**	8,9 (±1,35)

** Mann-Whitney U test, SD=standard deviation

Operationssjuksköterskans uppfattning om följsamheten av hygienriktlinjerna på operationssalen

Det interna bortfallet var 2 av 62 (0.3 %). På två av frågorna ("Munskydd" och "Överskridet max antal under Op") hade inget svarsalternativ kryssats i av respondenterna från specialiteten kirurgi.

I tabell 2 presenteras operationssjuksköterskornas uppfattning gällande förekomst av brister på operationssalen. Svarsalternativen "Instämmer helt" och "Instämmer delvis" har summerats till kategorin "Förekommer". Svarsalternativen "Instämmer inte alls" och "Tveksam" har slagits samman till kategorin "Förekommer inte".

På påståendet i frågan förekomst av hår och skägg som inte är täckta av mössa eller munskydd svarade 79 % (n=49) av alla respondenter att det förekommer på operationssalen. I frågan gällande öppna dörrarna under operation på operationssal svarade alla respondenterna att det förekom (100 %, n=62). Gällande frågan om det maximala antalet närvarande personer överskrids på operationssal svarade 84 % (n=51) av respondenterna från den kirurgiska specialiteten respektive 63 % (n=15) från ortopedirespondenterna att det förekommer.

Tabell 2.
Förekomst av brister på operationssal

Förekomst av brister	Kirurgi, % (n=38)	Ortopedi, % (n=24)	Totalt, %
3A. Hår och skägg			
Förekommer	89	62	79
Förekommer inte	11	38	21
4A. Munskydd			
Förekommer	81	16	56
Förekommer inte	19	84	44
5A. Öppna dörrar under uppdukning			
Förekommer	92	92	92
Förekommer inte	8	8	8
6A. Öppna dörrar under Op			
Förekommer	100	100	100
Förekommer inte	0	0	0
7A. Överskridet max antal under Op			
Förekommer	84	63	75
Förekommer inte	16	37	25

En separat följdfråga ställdes till de respondenter som svarat ”Instämmer helt”, ”Instämmer delvis” och ”Tveksamt” på fem frågor (3A - 7A). Följdfrågan formulerades ”Upplever du detta som en påverkan av hygien på operationssalen” för att kunna få en tydligare inblick i hur operationssjuksköterskorna agerar vid brister i följsamheten av hygienriktlinjer.

Respondenterna fick möjlighet att välja på tre återkommande svarsalternativ ”Ja, det är ett problem och jag påpekar det för vederbörande”, ”Ja, det är ett problem men jag agerar inte” och ”Nej, det påverkar inte hygien”.

På samtliga följdfrågor ansåg majoriteten att påståendet i de fem frågorna påverkade hygien på operationssalen. Följdfrågan 5B besvarades av 58 respondenter. Av dessa svarade 69 % att påståendet var ett problem och påpekade det för vederbörande. Att det var ett problem men att det inte agerade svarade 26 % och endast 5 % svarade att det inte var ett problem. Följdfråga 6B besvarade 60 av 62. Här svarade 68 % av respondenterna att de agerar och påpekar för vederbörande. ”Ja, det är ett problem men jag agerar inte” svarade 30 %. Av de 56 respondenterna som valt att besvara följdfrågan gällande max antal närvarande personer under

operation, svarade 77 % att det var ett problem och att de agerar med att påpeka för vederbörande. Tre respondenter svarade att det inte påverkade hygien på operationssalen.

I tabell 3 redovisas resultat och jämförelse mellan de två mest övergripande enkätfrågorna avseende om operationssjuksköterskorna anser sig ha goda kunskaper om hygienriktlinjer och om de upplever att hygienriktlinjerna följs av all personal på deras arbetsplats.

Författarna har även här valt att summera ihop svarsalternativen ”Instämmer helt” och ”Instämmer delvis” till kategorin ”Instämmer”. Svarsalternativen ”Instämmer inte alls” och ”Tveksam” har slagits samman till kategorin ”Instämmer inte”

På den första enkätfrågan svarade 93 % av alla respondenter sig ha goda kunskaper gällande hygienriktlinjer på sin arbetsplats. Samtliga ortopedirespondenter svarade att de innehar goda kunskaper och av kirurgirespondenterna 89 %. I den andra enkätfrågan valde 66 % av alla respondenterna att de upplever att hygienriktlinjer följs av all personal i det dagliga arbetet på deras arbetsplats. De båda respondentgrupperna svarade snarlikt om hur hygienriktlinjerna följs. Cirka två tredjedelar svarade att hygienriktlinjerna följs av all personal.

Inga statistiskt signifikanta skillnader framkom vid jämförelse av resultat mellan de två specialiteterna kirurgi och ortopedi.

Tabell 3.

Jämförelse av resultat mellan specialiteterna avseende om de anser sig ha goda kunskaper om hygienriktlinjer(1) och att de upplever att hygienriktlinjerna följs av all personal på deras arbetsplats(2).

Svarsalternativ	Kirurgi, % (n=38)	Ortopedi, % (n=24)	P-värde	Totalt, %
1)				
Instämmer	89	100	0,151*	93
Instämmer inte	11	0		7
2)				
Instämmer	66	67	1,0*	66
Instämmer inte	34	33		34

* Fisher's Exact Test

Orsaker till brister i följsamheten av hygienriktlinjer på operationssalen

I tredje del av enkäten efterfrågar författarna vad respondenterna anser det finns för orsaker till brister i följsamheten. Tio alternativ utformades. Alla 62 respondenterna gavs möjlighet att kryssa i de orsaker till möjliga brister som de ansåg överensstämde bäst. I tabell 4 presenteras de olika orsakerna, samt hur många av respondenterna som kryssade i varje orsak.

De alternativ som respondenterna främst valt att kryssa i är ”Brist på kunskap hos kirurger och övrig personal”, ”Hög arbetsbelastning och tidsbrist på operationsavdelningen” och ”Felaktiga normer i arbetsrutinerna har fått fäste bland personal och blir svåra att ändra på”.

Tabell 4.*Sammanställning av orsaker till förekomst av möjliga brister.*

Orsaker	Kirurgi, n	Ortopedi, n	Totalt, n
A) Brist på kunskap hos operationssjuksköterskan	1	2	3
B) Brist på kunskap hos kirurger och övrig personal	19	15	34
C) Bristande information till besökare och studenter	16	5	21
D) Dåligt uppdaterade hygienriktlinjer	9	2	11
E) Bristande kommunikation i operationslaget	7	12	19
F) Hög arbetsbelastning och tidsbrist på operationsavdelningen	21	12	33
G) Felaktiga normer i arbetsrutinerna har fått fäste bland personalen och blir svåra att ändra på	16	10	26
H) Minskad tid, utrymme eller tillgång till preoperativa förberedelser	3	9	12
I) Bristande fysiska förutsättningar på operationssalen (för trångt, felplacerade utrymmen m.m.)	11	7	18
J) Bristande tillgång till rätt arbetsutrustning (arbetsdräkt, operationsklädsel, instrument)	1	1	2

Sammanställning av operationssjuksköterskans egna kommentarer angående brister i följsamheten av hygienriktlinjerna på operationssalen.

Av de 62 besvarade enkäterna skrev 31 respondenter egna kommentarer. I 19 av kommentarerna togs hygienriktlinjer och dörröppningar på operationssalarna upp. Bland de tio kommentarer som berörde hygienriktlinjer, yttrades önskemål om att få tydligare riktlinjer på avdelningarna vilket ansågs vara en uppgift för ledningen. Det fanns önskemål om upphängda planscher med information om aktuella hygienriktlinjer. Kontinuerligt uppdaterad information skulle spridas för att nå ut till alla medarbetare. Denna information skulle uppdateras och återkomma med jämna mellanrum. Nio kommentarer berörde det faktum att dörrarna till operationssalen öppnas under uppdukning samt under pågående operation. Flera

respondenter kommenterade att det var ”spring på operationssalen”. Synpunkter på att rutinerna kring dörröppningar behöver ses över togs upp. Det gavs förslag på att telefon eller genomräkningsskåp behövs användas mer och alltid ha behjälplig personal i korridoren.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Syftet med föreliggande studie var att undersöka operationssjuksköterskans kunskaper om hygienriktlinjer och göra en jämförelse mellan operationssjuksköterskor som arbetade inom de två specialiteterna allmän kirurgi och ortopedisk kirurgi. På Universitetssjukhuset SUS Malmö och Lund finns båda dessa specialiteter. Sjukhusens tillgänglighet, författarnas kännedom av de olika operationsavdelningarna samt att de är de största inom respektive specialitet med flest antal operationssjuksköterskor i regionen gjorde att dessa valdes ut. Uppgifter angående antalet anställda operationssjuksköterskor på respektive operationsavdelning samlades in. De fyra valda operationsavdelningarna hade tillfredställande antal anställda. Målet var att göra en totalundersökning och därmed inkludera så många som möjligt av de anställda operationssjuksköterskorna. Kvantitativ enkätstudie valdes för att författarna bedömde det som bäst lämpad metod och instrument för att besvara syftet och frågeställningarna. Enligt Ejlertsson (2005) är enkäter en effektiv datainsamlingsmetod för att kunna nå ut till en större population på kort tid. Ytterligare motivering till vald metod är att en av studiens frågeställningar är att kunna jämföra två grupper. En svaghet med vald metod är att författarna inte kunde finna någon befintlig validerad enkät utan utformade en egen. Detta kan innebära att resultatet är mindre tillförlitligt och att det kan finnas större risk för systematiskt fel (Ejlertsson, 2005). En negativ aspekt med enkätundersökning jämfört med intervjuer är att både externt och internt bortfall näst intill är oundvikligt (Jakobsson & Westergren, 2005).

Av alla anställda operationssjuksköterskor svarade 75 % på enkäten. För att kunna analysera och jämföra grupperna, önskas en svarsfrekvens på minst 60-70%, jämnt fördelade mellan de

olika specialiteterna. Om bortfallet är för stort, kan ingen generalisering göras (Ejlertsson, 2005). En bidragande orsak till den relativt höga svarsfrekvensen kan vara att författarna personligen delade ut enkäterna till respondenterna. I samband med att enkäten delades ut erhöll respondenterna även ett informationsbrev med författarnas kontaktuppgifter ifall några frågor skulle uppkomma i efterhand. De besvarade svarsenkäterna samlades in i och försvarades i ett gemensamt svarskuvert, vilket stärker anonymiteten för respondenterna. Respondenterna fick tid att i lugn och ro fylla i, överväga och besvara enkätens svarsalternativ. Möjlighet att lämna in besvarad enkät fanns under hela arbetsdagen. Författarna återkom även nästa dag för ytterligare en omgång utdelning av enkäter. Vid en enkätundersökning kan respondenterna själva styra över sin tid för när de ville besvara enkäten, utan yttre påverkan (Ejlertsson, 2005). Det kan innebära en svaghet med undersökningen att författarna personligen fanns på plats när respondenterna besvarade enkäten vilket kan påverka respondenternas svar. Författarna var därför noga med i föreliggande studie att inta en passiv position och distans till respondenterna. Det externa bortfallet på 25 % tror författarna hade kunnat minskas om ytterligare insamlingstillfällen genomförts på operationsavdelningarna. I samråd med handledaren togs beslut att inte belasta operationsavdelningarna då de framkom att ett stort antal studier genomfördes under samma tidsperiod.

Författarna har strävat efter att göra en lättförståelig enkät med tydliga frågor och svarsalternativ som enbart besvarar studiens syfte. Eftersom enkäten bestod av slutna frågor kunde respondenterna inte påverka innehållet i svarsalternativen. För att få en fördjupad insikt i respondenternas uppfattning, gav författarna utrymme för egna kommentarer i slutet av enkäten. Enligt Jakobsson och Westergren (2005) är en kort utformad enkät en fördel för att undvika ett stort internt bortfall vilket författarna tog hänsyn till under utformningen av enkäten. Det är viktigt att respondenterna uppfattar frågorna och svarsalternativen på samma sätt och att enkäten mäter, det som den syftar till att mäta. På så sätt stärks enkätens reliabilitet och validitet (Allebeck & Hansagi, 1994; Ejlertsson, 2005). Av denna anledning genomfördes två pilotstudier. Enkäten omarbetades efter pilotstudierna. En tredje pilotstudie hade ytterligare kunnat öka enkätens validitet och reliabilitet men på grund av tidsbrist och hänsyn till operationsavdelningarnas verksamhet valde författarna bort detta alternativ. Vid en framtida studie kan enkäten utformas så att respondenterna fått större möjlighet att ställa följdfrågor och på så vis undvika eventuella missuppfattningar.

Enkäten utarbetades utifrån tidigare forskning, vetenskaplig litteratur och egna erfarenheter. Faktagrunden i kunskapstestet är baserad på Vårdhandboken. Då kunskapstestet är utformat utifrån Vårdhandboken förekommer det avvikande information jämfört med de lokalt utformade hygienriktlinjerna som finns på de operationsavdelningar där studien genomförts. Denna svaghet har visats sig under resultatanalysen, då det framkom att det finns tydligt avvikande hygienriktlinjer främst inom den ortopediska specialiteten. På kunskapsfrågan (K4) gällande ”Munskydd” har den ortopediska specialiteten svarat 21 % fel på frågan jämfört med den kirurgiska specialiteten där alla har svarat rätt. Det interna bortfallet på denna fråga var 5 av 24 (21 %). Författarna anser att detta kan bero på att respondenterna inom den ortopediska specialiteten har lokala hygienriktlinjer som avviker från Vårdhandboken.

Diskussion av framtaget resultat

Föreliggande studie undersökte operationssjuksköterskornas kunskap gällande hygienriktlinjer på operationssalen. Enligt kunskapstestet i enkätundersökningen hade operationssjuksköterskorna ett medelvärde på 8,95 ($\pm 1,35$) rätt av 11 möjliga. Resultatet visar att operationssjuksköterskorna har aktuella kunskaper angående hygienriktlinjerna på operationssalen. Det framkom inte några signifikanta skillnader mellan de två specialiteterna som jämfördes i antalet rätt på kunskapstestet, vilket innebär att inga signifikanta skillnader i kunskaper hos operationssjuksköterskorna kunde påvisas. Vid ortopedisk kirurgi gäller strängare hygienriktlinjer. All personal på operationssalen ska bära munskydd och använda heltäckande operationsmössa (Skånes universitetssjukhus, 2013). Detta har inte visat sig påverka ortopedirespondenternas resultat på kunskapstestet. Författarna anser att detta beror på att kunskapstestet är baserat på Vårdhandboken, som är gemensam för all sjukvårdspersonal i Sverige och inte lokalt utformade för en specifik operationsavdelning.

Det framtagna resultatet visade operationssjuksköterskornas uppfattning av följsamhet av aktuella hygienriktlinjer på operationssalen. Majoriteten av alla respondenterna från båda specialiteterna ansåg att det förekom att dörrarna öppnas under både uppdukning och pågående operationer. Detta resultat visar på att operationssjuksköterskans egen uppfattning överensstämmer med tidigare studier. Lynch et al. (2009) uppmätte att dörren öppnades totalt 3071 gånger under 28 operationer och i Panahi et al. (2012) studie uppmättes 9657 dörröppningar under 116 operationer.

På frågan som tar upp dörröppningar i kunskapstestet, K10 "Hur påverkas antalet CFU på en operationssal av att dörrarna öppnas" har 92 % av respondenterna svarat rätt, vilket är att de ökar. Det är ännu ett tecken på att operationssjuksköterskorna vet att öppna dörrar under pågående operation påverkar hygien på operationssalen negativt. En svensk studie har tydligt sammankopplat förhöjda bakterienivåer i luften på operationssalen med dörröppningar och därmed vetenskapligt bevisat att minskade dörröppningar förebygger postoperativa infektioner (Erichsen-Andersson et al., 2012).

Ovanstående väcker frågan hos författarna varför hygienriktlinjerna inte efterföljs och att dörrarna öppnas i onödan. Operationssjuksköterskan har kunskap om hygienriktlinjer men brister i att följa dem. I föreliggande studie ställdes frågan till respondenterna "om DU anser att det förekommer brister i följsamheten av hygienriktlinjer på operationssalen, kryssa i de orsaker som du tycker överensstämmer bäst". De orsaker till brister som flest respondenter kryssat i som svarsalternativ är "Brist på kunskap hos kirurger och övrig personal", "Hög arbetsbelastning och tidsbrist på operationsavdelningen" och "Felaktiga normer i arbetsrutinerna har fått fäste bland personal och blir svåra att ändra på". Det går därför att se att operationssjuksköterskorna anser det vara ett organisatoriskt problem att riktlinjerna inte efterföljs. Operationssjuksköterskorna i enkätundersökningen ansåg att brister i kunskapen inte kom från den egna yrkeskategorin utan snarare okunskap hos andra yrkeskategorier. Författarna drar slutsatsen att detta kan bero på att kunskap angående hygien och aseptik är centrala delar i operationssjuksköterskans utbildning. Respondenterna ansåg att nya arbetsätt behövs införas där större hänsyn till de kliniska riktlinjerna tas.

I den sista delen av enkätundersökningen får respondenterna möjlighet att ge förbättringsförslag. Frågan är formulerad som en öppen fråga utan begränsningar. De förslag som framkommer är önskemål om att få tydligare hygienriktlinjer på avdelningarna samt att informationen skulle nå ut till alla medarbetare. Det ansågs som en uppgift för ledningen att se till att hygienriktlinjerna följdes. För att en klinisk riktlinje ska användas på rätt sätt måste den implementeras i arbetet, det vill säga personalen ska ta den till sig och använda den fullt ut. Så länge det finns en acceptans hos personal och ledning inom operationssjukvården att inte följa hygienriktlinjerna kan dessa inte implementeras i verksamheten. Implementering av kliniska riktlinjer kräver noggrann planering och stöd från rätt personer. Personer med inflytande som motsäger sig de nya kliniska riktlinjerna kan försvåra och till och med förhindra implementeringen (Willman et al., 2011). Det finns tre villkor som är viktiga för att

en klinisk riktlinje ska vara effektiv och välfungerande; den ska vara evidensbaserad, ordentligt implementerad och anpassad till rätt sammanhang (Worral, 2011). Det är svårt att genomföra förändringar i sjukvården och för att verkställa nya idéer krävs forskning inom detta område och specifika teorier bör utvecklas (Grol, Bosch, Hulscher, Eccles & Wensing, 2007).

Panahi et al. konstaterar i sin studie från 2012 att för att kunna minska antalet dörröppningar på operationssalen bör strategier som förvaring av instrument och utbildning av operationspersonal implementeras. Även i en studie gjord av Parikh et al. (2010) ses möjligheter att förbättra hygien på operationssalen genom att minska antalet dörröppningarna under pågående operation. De tar upp möjligheterna att använda sig av genomräkningsskåp för att få in instrument på operationssalen utan att behöva öppna dörrarna. En annan möjlighet till förbättring som tas upp i denna studie är att använda telefoner för att kommunicera med medarbetare som befinner sig utanför salen. Dessa praktiska förslag på hur antalet dörröppningarna ska minskas sågs även i föreliggande studie. I den sista delen av enkäten där respondenterna kunde skriva egna kommentarer om vad de ansåg kunde förbättras gavs exempel på praktiska sätt att minska dörröppningar. Respondenterna nämnde att genomräkningsskåp behövdes införas eller användas mer samt att använda telefon för att kommunicera med behjälplig personal i korridoren istället för att gå in och ut från operationssalen.

Slutsats

I föreliggande studie framkom att operationssjuksköterskan har kunskap om aktuella hygienriktlinjer. Dock visar även resultat att operationssjuksköterskan uppfattar att det förekommer brister i följsamheten av hygienriktlinjerna på operationssalen. Hygienriktlinjer har utarbetats för att öka patientsäkerheten och på sätt bidra till minskad risk för postoperativa infektioner. För att detta ska vara möjligt måste riktlinjerna följas av all personal vid alla tillfällen. Författarna anser att det behövs ytterligare forskning och ett ständigt pågående utvecklingsarbete på operationsavdelningarna för att bättre implementera hygienriktlinjerna.

Arbetet med följande studie har tydliggjort för författarna att följsamhet av kliniska riktlinjer inom sjukvården är minst lika viktigt att lägga resurser på som att utveckla kliniska riktlinjer.

Referenser

- Allebeck, P. & Hansagi, H. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Babkin, Y., Raveh, D., Lifschitz, M., Itzhaki, M., Wiener-Well, Y., Koptut, P., Jerassy, Z., & Yinnon, Y., A.M (2007). Incidence and riskfactors for surgical infection after total knee replacement. *Scandinavian Journal of Infection Diseases*, 39, 890-895.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Erichsen-Andersson, A., Bergh, I., Karlsson, J., Eriksson, B. & Nilsson, K. (2012). Traffic flow in the operating room; An explorative and descriptive study on air quality during orthopedic trauma implant surgery. *American Journal of Infection Control*, 40, 750-755.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2009). *Kliniska mikrobiologi: Infektioner immunologi sjukvårdshygien* (4 uppl.). Stockholm: Liber.
- Grol, R., Bosch, M., Hulscher, M., Eccles, M., & Wensing, M. (2007). Planning and Studying Improvement in Patient Care: The Use of Theoretical Perspectives. *The Milbank Quarterly*, 85, 93–138.
- Hambraeus, A. (2010). *Arbetsrutiner i operationssal*. Hämtad den 5 Januari, 2013, från <http://www.varhandboken.se/Texter/Operationsvard/Arbetsrutiner-i-operationssal/>
- HSL 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad den 15 Januari, 2013 från <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820763.HTM>
- Jakobsson, U., & Westergren, A. (2005). Enkätmetodik - en svår konst. *Vård i Norden*, 25, 72-73.
- Laurin, N., & Lindgren, J. (2010). *Hygien på operationssalen en observationsstudie om följsamhet till hygienriktlinjer*. Magisteruppsats, Lunds Universitet, Institutionen för hälsa, vård och samhälle avdelningen för omvårdnad.
- Lohr, K.N., & Field M, J. (1992). A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. I: M.J. Fields & K:N Lohr, (red.), *Guidelines for clinical practice. From development to use*. Washington DC: National Academy Press.
- Lynch, R., Englesbe, M., Sturm, L., Bitar, A., Budhiraj, K., Kolla, S., Polyachenko, Y., Duck, M., & Campbell, D. (2009). Measurement of Foot Traffic in the Operating Room: Implications for Infection Control *American Journal of Medical Quality*, 24,1, 45-52.
- Myklestul Dävøy, G., Hege Eide, P., & Hansen, I. (2012). *Operationssjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3. uppl.). Stockholm: Liber.
- Panahi, P., Stroh, M., Casper, D., Parvizi, J., & Austin. (2012). Operating Room Traffic is a Major Concern During Total Joint Arthroplasty *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 470, 2690–2694.
- Parikh, S., Grice, S., Schnell, B., Salisbury, S. (2010). Operating Room Traffic: Is There Any Role of Monitoring It? *J Pediatr Orthop*, 30,6, 617–623.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*. (6. uppl.). Philadelphia: Lippincott.
- Rothrock, J.C. (Red.). (2011). *Alexander's care of the patient in surgery* (14 uppl.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- SEORNA. (2011). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialist sjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård*. Stockholm: Riksföreningen för operationssjukvård & svensk sjuksköterskeförening. Hämtad den 15 januari 2013 <http://www.seorna.com/media/31056/kompbeskrivning.pdf>
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad den 15 Januari, 2013 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/
- Skånes universitetssjukhus. (2013). *Personalföreskrifter på operationsavdelning*. Hämtat från SUS intranät den 24 januari 2013.
- Socialstyrelsen. (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2010). *Att hindra smittspridning i vården*. Hämtad den 6 maj 2013 från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet.forbatta/stoppasmitta>
- SOSFS 2007:19 *Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m.* Socialstyrelsen.
- Thomas, L., Collum, N., McColl, E., Rousseau, N., Soutter, J., & Steen, N. (2002). Guidelines in professions allied to medicine (Cochrane review). I: *The Cochrane Library, Issue*, Oxford: Update Software.
- Trost, J. (2007). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapliga Rådet. (2012). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad den 18 januari 2013 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Vårdhandboken (u.å.). *Om vårdhandboken*. Hämtad den 6 maj 2013 från <http://www.varldhandboken.se/Om-varldhandboken/>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3. Uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Worral, A. (2011). The service context for clinical guidelines: Supporting guideline implementation by assuring and improving the quality of service in which clinicians work. *International Review of Psychiatry*, 23, 336–341.



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Bilaga 1 (3)

Bilaga 1

Operationssjuksköterskans erfarenheter och kunskap om hygienriktlinjer på operationsalen

En enkätundersökning

1. Hur länge har du arbetat som operationssjuksköterska? år
2. Inom vilken specialitet arbetar du?.....

Kunskapstest

(Endast ett svarsalternativ ska kryssas i på varje fråga)

Hur många människor bör det maximalt befinna sig på en operationssal för att ventilationen ska fungera optimalt? När konventionell ventilation används.

- 15-20
- 10-15
- 8-10
- 3-5

Får vätskor i öppna kärl förekomma på en operationssal?

- Ja, om den hålls upp i direkt anslutning till att den ska användas
- Nej aldrig
- Ja alltid

Vad är rätt gällande arbetsdräkt?

- Får endast användas på sjukhusområdet
- Får endast användas på operationsavdelningen och ska bytas endast om de är synligt smutsiga
- Får endast användas på operationsavdelningen, med undantag för korta tjänsteärenden som inte innebär patientkontakt och ska bytas om de är synligt smutsiga och dagligen
- Får endast användas på operationsavdelningen, med undantag för korta tjänsteärenden och ska bytas om de är endast synligt smutsiga

Munskydd ska användas av alla som pratar inom armlängds avstånd från vad?

- Patientens huvud och narkosapparaturen
- Diatermi- och sugapparaten
- Det sterila operationsområdet och/eller sterila instrument och vätskor.

Får personal med aktiv hud eller sårinfektion på händerna arbeta på en operationsavdelning?

- Ja
- Nej
- Ja, personal får arbeta sterilklädd men bara om såret är täckt med förband

Vilken funktion har ventilationen på en operationssal?

- Reducera otrevliga dofter som uppkommer vid operation
- Tillföra frisk luft för att förbättra den sövda patientens andning
- Öka den luftburna smittan
- Minska den luftburna smittan

Får örhängen användas på en operationsavdelning?

- Ja om de inte är hängande
- Ja om de är av ädla metaller
- Ja alltid
- Nej aldrig

Vem ska bära huvudbonad på operationssalen?

- De som har långt hår
- De som är innanför sterilt område
- Alla

Vilket påstående är sant?

- Operationslaget ska använda sterila handskar
- Operationslaget ska alltid använda dubbla sterila handskar
- Operationslaget ska använda handskar
- Operationslaget ska använda sterila handskar. Använd dubbla handskar vid ingrepp där man av erfarenhet vet att handskperforation är vanligt.

Hur påverkas antalet CFU på en operationssal av att dörrarna öppnas?

- De ökar
- De påverkas inte
- De minskar

Vad bör alltid användas av sterilklädd personal

- Ansiktsmask
- Endast ögonskydd
- Endast munskydd
- Munskydd och ögonskydd

I vilken grad instämmer du i nedanstående påstående

(Endast ett svarsalternativ ska kryssas i på varje fråga)

1) Jag anser mig ha goda kunskaper om hygienriktlinjer som finns på min arbetsplats.

Instämmer helt Instämmer delvis Tveksam Instämmer inte alls

2) Jag upplever att hygienriktlinjer följs av all personal i det dagliga arbetet på min arbetsplats

Instämmer helt Instämmer delvis Tveksam Instämmer inte alls

3a) Det förekommer på min arbetsplats att hår eller skägg inte är täckta av mössa eller munskydd hos all sterilklädd personal

Instämmer helt Instämmer delvis Tveksam Instämmer inte alls

Svara på fråga 3b om du svarat ”Instämmer helt”, ”Instämmer delvis” eller ”Tveksam” på fråga 3a.

3b) Upplever du detta som en påverkan av hygienens på operationssalen?

- Ja, det är ett problem och jag påpekar det för vederbörande
- Ja, det är ett problem men jag agerar inte
- Nej, det påverkar inte hygienens

4a) Det förekommer på min arbetsplats att personal som vistas i närheten av det sterila området inte använder munskydd.

Instämmer helt Instämmer delvis Tveksam Instämmer inte alls

Svara på fråga 4b om du svarat ”Instämmer helt”, ”Instämmer delvis” eller ”Tveksam” på fråga 4a.

4b) Upplever du detta som en påverkan av hygien på operationssalen?

- Ja, det är ett problem och jag påpekar det för vederbörande
- Ja, det är ett problem men jag agerar inte
- Nej, det påverkar inte hygien

5a) Det förekommer att dörrarna öppnas under uppdukning på den operationssal där jag arbetar

Instämmer helt	Instämmer delvis	Tveksam	Instämmer inte alls
()	()	()	()

Svara på fråga 5b om du svarat ”Instämmer helt”, ”Instämmer delvis” eller ”Tveksam” på fråga 5a.

5b) Upplever du detta som en påverkan av hygien på operationssalen?

- Ja, det är ett problem och jag påpekar det för vederbörande
- Ja, det är ett problem men jag agerar inte
- Nej, det påverkar inte hygien

6a) Det förekommer att dörrarna öppnas under pågående operation på den operationssal där jag arbetar

Instämmer helt	Instämmer delvis	Tveksam	Instämmer inte alls
()	()	()	()

Svara på fråga 6b om du svarat ”Instämmer helt”, ”Instämmer delvis” eller ”Tveksam” på fråga 6a.

6b) Upplever du detta som en påverkan av hygien på operationssalen?

- Ja, det är ett problem och jag påpekar det för vederbörande
- Ja, det är ett problem men jag agerar inte
- Nej, det påverkar inte hygien

7a) Det förekommer att det maximala antalet närvarande personer överskrids på den operationssal där jag arbetar?

Instämmer helt	Instämmer delvis	Tveksam	Instämmer inte alls
()	()	()	()

Svara på fråga 7b om du svarat ”Instämmer helt”, ”Instämmer delvis” eller ”Tveksam” på fråga 7a.

7b) Upplever du detta som en påverkan av hygien på operationssalen?

- Ja, det är ett problem och jag påpekar det för vederbörande
- Ja, det är ett problem men jag agerar inte
- Nej, det påverkar inte hygien

Om DU anser att det förekommer brister i följsamheten av hygienriktlinjer på operationssalen, kryssa i de orsaker som du tycker överensstämmer bäst.

(Flera svarsalternativ kan kryssas i)

- Brist på kunskap hos operationssjuksköterskan
- Brist på kunskap hos kirurger och övrig personal
- Bristande information till besökare och studenter
- Dåligt uppdaterade hygienriktlinjer
- Bristande kommunikation i operationslaget
- Hög arbetsbelastning och tidsbrist på operationsavdelningen
- Felaktiga normer i arbetsrutinerna har fått fäste bland personalen och blir svåra att ändra på
- Minskat tid, utrymme eller tillgång till preoperativa förberedelser
- Bristande fysiska förutsättningar på operationssalen (för trångt, felplacerade utrymmen m.m.)
- Bristande tillgång till rätt arbetsutrustning (arbetsdräkt, operationsklädsel, instrument)

Om DU anser att det finns brister i följsamheten av hygienriktlinjer på operationssalen, vad anser DU kan förbättras:

❖ _____

❖ _____

❖ _____

Stort tack för din medverkan!

Martin Hansson
Leg.Ssk/Student
0730231605
pol08mha@student.lu.se

Daniela Lincoln Saavedra
Leg.Ssk/Student
0734164754
sps11dli@student.lu.se

Karin Samuelson
Universitetslektor/ Handledare
0722935713
karin.samuelson@med.lu.se



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

INFORMATIONSBREV

2013-05-29

Bilaga 2
Bilaga 2 (3)

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Till berörd verksamhetschef

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ”Operationssjuksköterskans erfarenheter och kunskap om hygienriktlinjer på operationssalen”

Syftet är att beskriva operationssjuksköterskans kunskap om aktuella hygienriktlinjer och uppfattning av dess följsamhet på operationssalen. Tidigare studier har visat att personal på operationsavdelningar brister i de befintliga hygienriktlinjerna. Författarna tror att föreliggande studies syfte kan uppmärksamma operationssjuksköterskor om de brister i hygienriktlinjer som förekommer på operationsavdelningar. Resultatet av studien kan förhoppningsvis medföra att operationssjuksköterskan blir mer medveten om sina handlingar på operationssalen.

Studien som kommer att genomföras är en kvantitativ enkätstudie. Respondenterna i studien kommer att vara anställda och arbeta på ett universitetssjukhus i södra Skåne. Urvalet omfattar minst 100 specialistsjuksköterskor inom operationssjukvård. Inklusionskriterier är att samtliga deltagare skall vara verksamma som operationssjuksköterskor. Data kommer sammanställas med hjälp av SPSS, ett statistiskt program.

Enkäterna kommer att vara uppbyggd i tre olika delar. Den första delen är en kunskapstest, där operationssjuksköterskans kunskaper om aktuella hygienriktlinjer testas. I den andra delen besvarar operationssjuksköterskan frågor angående förekommande brister på den egna arbetsplatsen. I den tredje och sista delen får operationssjuksköterskan själv beskriva vad de tror orsakar brister i hygienriktlinjer.

Vårt mål är att avtala om ett datum med chef för berörd avdelning när vi kan komma till avdelningen och dela ut enkäterna till deltagarna. Deltagarna i enkätundersökningen kommer att informeras om att all data behandlas konfidentiellt och att inga namn på deltagarna kommer att registreras eller omnämnas i resultatet samt att deltagande är frivilligt

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i operationssjuksköterskeprogrammet.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Martin Hansson

Leg.Ssk/Student

0730231605

pol08mha@student.lu.se

Daniela Lincoln Saavedra

Leg.Ssk/Student

0734164754

sps11dli@student.lu.se

Karin Samuelsson

Universitetslektor/ Handledare

0722935713

karin.samuelson@med.lu.se

Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

”Operationssjuksköterskans erfarenheter och kunskap om hygienriktlinjer på operationssalen”

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde



2013-05-29

Bilaga 3

LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Information till undersökningsperson

Operationssjuksköterskans erfarenheter och kunskap om hygienriktlinjer på operationssalen

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Syftet är att beskriva operationssjuksköterskans kunskap om aktuella hygienriktlinjer och uppfattning av dess följsamhet på operationssalen. Tidigare studier har visat att personal på operationsavdelningar brister i de befintliga hygienriktlinjerna. Författarna tror att föreliggande studies syfte kan uppmärksamma operationssjuksköterskor om de brister i hygienriktlinjerna som förekommer på operationsavdelningar. Resultatet av studien kan förhoppningsvis medföra att operationssjuksköterskan blir mer medveten om sina handlingar på operationssalen.

Studien som kommer att genomföras är en kvantitativ enkätstudie. Respondenterna i studien kommer att vara anställda och arbeta på ett universitetssjukhus i södra Skåne. Urvalet omfattar minst 100 specialistsjuksköterskor inom operationssjukvård. Data kommer sammanställas med hjälp av SPSS, ett statistiskt program.

Enkäterna kommer att vara uppbyggd i tre olika delar. Den första delen är en kunskapstest, där operationssjuksköterskans kunskaper om aktuella hygienriktlinjer testas. I den andra delen besvarar operationssjuksköterskan frågor angående förekommande brister på den egna arbetsplatsen. I den tredje och sista delen får operationssjuksköterskan själv beskriva vad de tror orsakar brister i hygienriktlinjer.

Alla operationssjuksköterskor som arbetar på denna operationsavdelning kommer att tillfrågas att delta i studien. Om Du accepterar att delta i vår studie ber vi att Du besvarar frågorna i bifogade formulär/enkät så fullständigt som möjligt. Ditt deltagande är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak. Dina svar på frågeformuläret/enkäten kommer att förvaras så att inte någon obehörig får tillgång till Dina svar. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras. Konfidentialitet garanteras.

Studien ingår som ett examensarbete i operationssjuksköterskeprogrammet.

Om Du vill veta mer om vår studie så ring eller skriv gärna till oss, eller till vår handledare

Med vänlig hälsning

Martin Hansson
Leg.Ssk/Student
0730231605
pol08mha@student.lu.se

Daniela Lincoln Saavedra
Leg.Ssk/Student
0734164754
sps11dli@student.lu.se

Karin Samuelsson
Universitetslektor/Handledare
0722935713
karin.samuelson@med.lu.se

