



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Perioperativa specialist- sjuksköterskors samarbete och kunskap kring värmebevarande omvårdnadsåtgärder

En enkätstudie

Författare: Katarina Bergstrand och Mikaela Jakob

Handledare: Anders Johansson

Magisteruppsats

Våren 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Perioperativa specialistsjuksköterskornas samarbete samt kunskap kring värmebevarande omvårdnadsåtgärder

En enkätstudie

Författare: Katarina Bergstrand och Mikaela Jakob

Handledare: Anders Johansson

Magisteruppsats

Våren 2014

Abstrakt

De perioperativa specialistsjuksköterskorna har ett stort ansvar för att säkerställa patientsäkerhet och förebygga misstag och patientskador. För att kunna ge denna vård krävs det att de har erforderliga kunskaper inom intraoperativ värmebevaring och att de i sitt samarbete för en aktiv dialog. Bristande kommunikation mellan vårdgivare är en av de vanligaste orsakerna till vårdskador. Syftet med föreliggande studie var att beskriva och jämföra operations- och anestesijuksköterskornas upplevelser kring samarbete och kunskap om värmebevarande omvårdnadsåtgärder. En kvantitativ tvärsnittsstudie med enkäter genomfördes på två sjukhus i södra Sverige. 98 sjuksköterskor deltog från fem olika operationsavdelningar. Resultatet visar att merparten av operationssjuksköterskorna tyckte att samarbetet fungerade väl vilket anestesijuksköterskorna inte höll med om i samma utsträckning. Anestesisjuksköterskorna ansåg sig också i högre utsträckning ha huvudansvar för värmebevarande omvårdnadsåtgärder. Det ter sig vara av vikt för de olika specialistsjuksköterskegrupperna att ta del av varandras kunskap samt att föra en aktiv dialog kring värmebevaring för att kunna erbjuda en god och säker perioperativ vård.

Nyckelord

Perioperativ sjuksköterska, kommunikation, samarbete,
patientssäkerhet, hypotermi, värmebevarande åtgärder

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Nämnden för omvårdnadsutbildning

Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Problembeskrivning	3
Bakgrund	4
Perspektiv och utgångspunkter	4
Hypotermi	4
Orsaker och riskfaktorer till perioperativ hypotermi	5
Åtgärder för att förhindra hypotermi	6
Patientsäkerhet, kommunikation och samarbete	8
Syfte	9
Specifika frågeställningar	9
Metod	9
Urval	10
Instrument	10
Datainsamling	11
Databearbetning	12
Etisk avvägning	13
Resultat	13
Bakgrundsfakta	13
Ålder	14
Huvudansvar	14
Samarbete, kommunikation, medicinteknisk kunskap, patientsäkerhet och arbetsmiljö	15
Utbildning	18
Diskussion	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	20
Konklusion och implikationer	22
Referenser	24
Bilaga 1 (2)	29
Bilaga 2 (2)	31

Problembeskrivning

Under verksamhetsföreläsning utbildning på operationsavdelning observerade författarna att de perioperativa sjuksköterskorna många gånger inte förde en dialog kring de värmebevarande åtgärder som utfördes. På en av arbetsplatserna deltog operationssjuksköterskorna överhuvudtaget inte i det värmebevarande arbetet och ofta förekom ingen återkoppling mellan anesthesi- och operationspersonal. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) har alla som ingår i operationsteamet tillsammans ett helhetsansvar för patienterna och ska uppfylla kraven på en god och säker vård. Socialstyrelsen (2009) rapporterar att en av de vanligaste orsakerna till vårdskador i Sverige beror på bristfällig kommunikation. Även i övriga världen har det påpekats att patientsäkerheten äventyras samt att riskerna för att utsätta patienten för en vårdrelaterad skada ökar på grund av misstag i kommunikationen mellan vårdpersonal (Botti et al., 2009; Fernandez, Tran, Johnson & Jones, 2010; Matic, Davidson & Salamonson, 2010).

Mellan 50 % och 90 % av alla patienter som genomgår någon form av kirurgiskt ingrepp drabbas av oavsiktlig nedkyllning under operation vilket kan leda till ytterligare och allvarliga komplikationer (Fossum, Hays & Henson, 2001; Hegarty et al., 2009). Under det perioperativa vårdförloppet, det vill säga under hela vårdtiden före, under och efter en operation, finns det många faktorer som påverkar patientens kroppstemperatur (Larsson & Rubertsson, 2012). Låg kroppstemperatur (hypotermi), kan leda till ett flertal komplikationer såsom koagulationsrubbing, arytmier, förlängd sårhelningstid eller ökad risk för postoperativ sårinfektion (a.a.). De Brito Poveda, Clark, & Galvão (2012) framhåller vikten av värmebevarande åtgärder då det har visat sig effektivt för kroppen att hålla normotermi postoperativt. En studie av Fossum et al (2001) visar att preoperativ uppvärmning i mellan 15-60 minuter avsevärt minskar risken för den anesthesiinducerade nedkyllningen.

Vad författarna vet är vetenskapliga artiklar rörande samarbete mellan anesthesi och operationssjuksköterskor sparsamt förekommande, däremot finns det mycket evidensbaserad forskning kring uppvärmning. Författarna vill därför i denna studie beskriva och jämföra hur operations- och anesthesisjuksköterskorna upplever att kunskap och samarbete kring värmebevarande omvårdnadsåtgärder fungerar på operationsavdelningar i södra Sverige.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Vetenskap innebär att kunskap inom ett specifikt område tas fram systematiskt och metodiskt och utgår i allmänhet från olika hypoteser, teorier och modeller, det för att beskriva och förklara olika händelser eller fenomen (Gunnarsson, 2009; Jakobsson, 2011). Flera vetenskapsfilosofer har genom århundradena kommit att utveckla nya vetenskapsteorier (Gunnarsson, 2009). En av dessa var österrikiske Karl Popper (1902-1994) som kom att utveckla tankarna kring positivismen sedan han ställt sig kritisk till teorins empiriska induktionsmetod som gick ut på att genom observationer dra slutsatser om vad som är sant (a.a.). När en hypotes prövas och överensstämmer med det antagande man gjort kallas det verifiering (Jakobsson, 2011). Popper menade att hur många överensstämmande observationer som än görs kan en hypotes aldrig med säkerhet sägas vara helt sann då den senare kan komma att förkastas (Gunnarsson, 2009). Tills dess det är gjort kan den kallas en ”provisorisk sanning”. Poppers idé var istället att hypotesen skulle söka falsifieras, det vill säga bevisas vara falsk. Att på detta sätt pröva sin arbetshypotes och söka motbevisa den kallade han för den hypotetisk-deduktiva metoden. På samma sätt söker idag signifikansanalysen inom den moderna statistiken falsifiera en hypotes, nollhypotesen (a.a.).

Författarna har valt att följa Virginia Hendersons teori om 14 grundprinciper för patientvårdande verksamhet (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). I en av dessa framhålls vikten av att hjälpa patienten att bevara normal kroppstemperatur vilket beskrivs som en grundläggande faktor för patientsäkerheten (a.a.). Specialistsjuksköterskor bör ha kunskap om hur normotermi ska upprätthållas under operation och vilka negativa resultat som kan uppkomma om detta misslyckas då det kan skapa starka obehagskänslor och onödigt lidande för patienten (Hart, Borders, Hart, Corsino & Harmon, 2011; Paulikas, 2008).

Hypotermi

När man talar om kroppstemperatur kan kroppen delas in i två delar, centralt (i kärnan) och perifert (i extremiteter) (Panagiotis, 2012). Kärnan utgörs av huvud och bål medan extremiteterna avser armar och ben. Kärnan håller normalt en temperatur på mellan 2-4 ° C

högre än extremiteterna (a.a.). Hypotermi definieras som kroppstemperatur understigande 36° C (de Brito Poveda et al., 2012) och kan klassificeras i tre grader - mild, medel och svår grad (Liv-Hovind, 2005; Paulikas, 2008). Vid mild hypotermi ligger kroppens kärntemperatur mellan 34° C och 36° C. Vid medelsvår hypotermi är kärntemperaturen mellan 30° C och 34° C. Svår hypotermi utvecklas när kärntemperaturen understiger 30° C (a.a.).

Kroppstemperaturen regleras i hypothalamus som ofta betecknas som kroppens termostat (Lännergren, Westerblad, Ulfendahl & Lundeberg, 2007). Centrala och perifera receptorer skickar signaler till hypothalamus om kärntemperatur och perifer temperatur (a.a.).

Tidpunkten på dygnet påverkar kärntemperaturen mer än vid fysisk ansträngning och är oftast som lägst när man sover för att sedan stiga något när man vaknar (Insler & Sessler, 2006; Putzu, M., Casati, A., Berti, M., Pagliarini, G. & Fanelli, G. 2007). Det är viktigt var mätinstrumentet är placerat för att kärntemperaturen ska regleras korrekt. De största förändringarna av kärntemperaturen sker under de första 30 minuterna av operationen (a.a.). Det finns olika metoder hur kärntemperaturen ska mätas och enligt AORNs (2007) riktlinjer rekommenderas att mätningarna utförs i esophagus, trumhinnan, nasofarynx eller via en pulmonell artärkateter.

Orsaker och riskfaktorer till perioperativ hypotermi

Kroppen förlorar värme till omgivningen genom fyra olika mekanismer. Den första, värmeledning (konduktion), avser värmeförlust genom kontakt mellan patientens hud och en anliggande yta, t ex operationsbordet (Dunn et al., 2007; Paulikas, 2008; Sand et al., 2004). Den andra, avdunstning (evaporation), är en energikrävande process som kostar värme och uppstår när vätska övergår i gasform. Detta sker t ex vid perspiration från andningsvägarna, munhålan eller operationssåret. Den tredje, värmestrålning (radiation), är materiens sätt att söka utjämna temperaturskillnader mellan exempelvis kroppen och omgivningen (a.a.). Cirka 90 % av värmeförlust under anestesi sker genom radiation (de Brito Poveda et al., 2012). Den sista mekanismen, värmeströmning (konvektion), innebär värmeförlust beroende på luftströmmar runt kroppen (Dunn et al., 2007; Paulikas, 2008; Sand et al., 2004). Detta kan ses vid forcerad ventilation på sal (a.a.).

En studie visade att av 170 patienter hade 74 % mild hypotermi redan när de anlände till den postoperativa enheten (Kiekkas, Pouloupoulou, Papahatzi & Souleles, 2005). I kedjan från

preoperativ till postoperativ vård genomgår patienten många och stora värm tappande steg (Myklestul Dävöj, Eide & Hansen, 2012). Med start vid den preoperativa duschen via sängtransport i tunn patientskjorta på en kall bädd, överflyttning till ett likaledes kallt operationsbord i en kall operationssal med eventuellt forcerad ventilation och låg luftfuktighet ger avkylningsfaktorer i flera led. Sedan ska patienten sövas med de effekter generell anestesi ger och ytterligare nedkylning vid avtäckning för positionering följt av exponering och spritavtvätt av operationsområdet. Under operationen kyler kalla instrument, kalla infusioner, anesthesiologiska läkemedel, blodförlust och avdunstning från såret ytterligare (a.a.). Många patienter har således förlorat en del värme redan i det preoperativa skedet för att sedan tappa ytterligare ca 1 °C under den första halvtimmen av anestesi (Leslie & Sessler, 2003). Den främsta orsaken till perioperativ hypotermi är anestesiläkemedel som slår ut kroppens värmereglering. Nedkylningen kan utan värmebevarande åtgärder resultera i en central temperatur ner mot 34° C (a.a.).

Hypotermi kan medföra flera olika risker som personalen på operationssalen måste vara medvetna om (Kumar, Wong, Melling & Leaper, 2005). Operationen i sig innebär hög risk för att patienten ska utveckla hypotermi p.g.a. att kroppen med dess inre organ blir utsatta för lägre temperatur (Hegarty et al., 2009). Andra orsaker till oavsiktlig hypotermi kan vara kirurgi vid öppen buk eller thorax, infusioner med kall vätska, tillförsel av blodprodukter eller längd på operation (Paulikas, 2008). Åldern kan vara en påverkande faktor som påverkar hypotermi vilket då minskar förmågan till värmebevarande shivering eller huttring. Hypotermi kan också öka risken för surgical site infection (SSI), vilket innebär att en ingreppsrelaterad infektion uppstår efter operation som sedan kan leda till förlängd vårdtid och ökade vårdkostnader (a.a.).

Åtgärder för att förhindra hypotermi

Perioperativt värmebevarande åtgärder är rekommenderat enligt en forskningsstudie för att reducera uppkomst av oavsiktlig hypotermi (Wu, 2013). Sveriges rekommendationer utgivna av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt Socialstyrelsen betonar vikten av att patienterna är normoterma före, under och efter operation. Detta kan ske genom att använda varmluftstäcke i så tidigt skede som möjligt (SKL, 2008; Socialstyrelsen, 2009).

Varmluftstäcket kan även användas till att värma upp operationsbordet innan patienten läggs

upp. Operationssalarna där patienterna ska vistas i ska vara varma och patienterna ska få ordentliga filter. Värmen på operationssalarna ska vara mellan 24-25° C men får aldrig understiga 22° C (a.a.). Enligt AORNs riktlinjer (2007) rekommenderas rumstemperaturen att ligga mellan 22° C och 26° C då för hög rumstemperatur kan innebära en ökad infektionsrisk.

För att kunna förhindra att patienter drabbas av perioperativ hypotermi måste operationsteamet besitta goda kunskaper om hur patienten hålls varm, vilka risker patienten utsätts för vid nedkylning samt vilka omvårdnadsåtgärder som kan lämpa sig vid behov (Myklestul Dävöj et al., 2012). Det är dessutom viktigt att täcka över patienten för att undvika onödig hudexponering (Bernthal, 1999). En studie har visat att värmeförande lakan både förhindrar värmeförlust och kan höja patientens kärntemperatur med upp till 3° C (Wu, 2013). Det finns många olika tillverkare av täcke med luftsystem som tillför värme, men generellt ska det fungera likadant. Det består av en fläkt som blåser varm luft i ett täcke som ligger i direkt kontakt med patienten. Vid användande av värmetäcke är det viktigt att emellanåt kontrollera huden eftersom risk för brännskador föreligger. Patientens status och ingreppets art är avgörande vid den preoperativa riskbedömningen för utveckling av hypotermi. Bedömningsunderlaget ligger sedan till grund för den värmebevarande plan operations- och anestesijuksköterskan tillsammans upprättar (a.a.).

Övertrycksventilation är nödvändig relaterat till dess gynnsamma effekt mot mikrober och partikelspridning som därigenom minskar infektionsrisken (Myklestul Dävöj et al., 2012). Myklestul Dävöj et al (2012) visar även att anestesigaser, – läkemedel och infusionsvätskor bör värmas upp till kroppstemperatur innan de tillförs patienten. Ingen evidens finns för att uppvärmning av dessa medel kan hålla patienten normoterm, däremot bidrar det till att förhindra ytterligare värmeförlust (a.a.).

Värmelampor och konvektiv värmeterapi med hjälp av varmluftstäcken eller varmvattenfilter är de enda värmeförande åtgärder som visat sig klara av att höja patientens centrala temperatur (Myklestul Dävöj et al., 2012). Enligt AORNs (2007) riktlinjer rekommenderas användning av varmluftstäcken för att förhindra hypotermi.

Patientsäkerhet, kommunikation och samarbete

Att säkerställa patientsäkerheten och förebyggande av misstag och patientskador beskrivs som centrala delar i de perioperativa specialistsjuksköterskornas yrke (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008). Bedömning av risker kommuniceras med övriga i operationsteamet för ökad patientsäkerhet (Rothrock, 2007). I ansvarsområdet ingår även krav på kunskap om anatomi, fysiologiska förändringar, intraoperativa riskfaktorer och dess konsekvenser för patienten (a.a.).

Eide & Eide (2009) belyser kommunikation i olika roller, de tar dessutom upp vikten av professionell kommunikation vilket innebär att kommunikation ska utövas som yrkesutövare och inte som privatperson. Detta ska ske bland vårdpersonal och andra yrkeskategorier där samarbete främjas för att hjälpa och ge stöd. Vårdpersonal kan ha olika arbetsområden och metoder men ändå ha samma mål; att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande (a.a.). I en högspecialiserad vård är den kommunikativa fasen av stor betydelse, faktorer som snabba överrapporteringar, ökat antal patienter, effektiviseringar samt en stressig miljö är ofta orsaker till att fel och misstag uppkommer (Amato-Vealey, Barba, & Vealey, 2008). I en studie förekom en försämrad konfliktlösning mellan specialistsjuksköterskorna vilket tolkades bero på en dålig tvärprofessionell relation (Fernandez Tran, Johnson & Jones, 2010). De hävdade att detta kunde påverka specialistsjuksköterskans profession negativt vilket i sin tur kan påverka patientsäkerheten (a.a.). För att upprätthålla en god arbetsmiljö ansvarar var och en för att bidra till gott samarbete och god kommunikation (Eide & Eide, 2009).

Det är essentiellt att som anesthesi- och operationssjuksköterska ha ett gott teamsamarbete och att föra en aktiv dialog kring perioperativa omvårdnadsåtgärder innan patienten kommer in till operationssalen (ANIVA, 2012; SEORNA, 2011). I de respektive perioperativa specialistsjuksköterskornas s.k. kompetensbeskrivningar står beskrivet hur den perioperativa sjuksköterskan genom sin kompetens har ett ansvar för sin arbetsmiljö och att uppmärksamma samt förebygga arbetsrelaterade risker (a.a.). Arbetsmiljön skulle kunna påverkas negativt exempelvis genom konstant brus från medicinsk teknisk apparatur, skrymmande värmefiltar i arbetsfältet eller att värme som avges från värmefiltren också värmer personalen som står i dess närhet.

Med detta som utgångspunkt ska den perioperativa specialistsjuksköterskan förutom att bli medverka vid operationer, hålla en arbetsledande roll, följa med i forskningsutveckling, hålla en informerande ställning inför patienter och anhöriga samt att ansvara för omvårdnaden kring det perioperativa vårdförloppet (SEORNA, 2011). Här ingår en ansvarsbeskrivning över preoperativ identifiering av risk för utvecklande av hypotermi, aktiva och passiva åtgärder för förhindrande av hypotermi samt monitorering för att perioperativt kunna upptäcka normotermiska avvikelser (Myklestul Dåvöj et al. 2012).

Syfte

Studiens syfte var att beskriva och jämföra operation- och anestesijuksköterskors upplevelse av samarbete och kunskap kring perioperativt värmebevarande åtgärder för att förhindra hypotermi.

Specifika frågeställningar

- Vem anses ha huvudansvar för värmebevarande åtgärder perioperativt?
- Hur upplevs kommunikationen kring värmebevarande åtgärder mellan operations- och anestesijuksköterskorna?
- Hur upplever de olika specialistsjuksköterskegrupperna att arbetet med värmebevarande åtgärder påverkar samarbete, patientsäkerhet och arbetsmiljö?
- Hur upplever sig specialistsjuksköterskegrupperna ha kunskap kring värmebevarande åtgärder samt medicinteknisk apparatur?
- Föreligger någon skillnad i upplevelsen mellan anesthesi- och operationssjuksköterskor i respektive frågeställning?

Metod

Författarna har valt att genomföra studien med kvantitativ ansats som en icke-experimentell tvärsnittsstudie. Med en tvärsnittsstudie ges en bild över hur det som undersöks ser ut just nu,

vid ett enstaka mättillfälle, en tidsaspekt berörs således inte (Ejlertsson, 2012). Denna metod ger även författarna möjlighet att kunna tolka, organisera samt vidarebefordra i numerisk information (Polit & Beck, 2012). För att kunna nå en större grupp genomförde författarna genomförde studien med en enkät som undersökningsinstrument.

Urval

Målgrupp för denna studie var specialistsjuksköterskor inom anestesi och operation på fem operationsavdelningar i södra Sverige. Sjuksköterskorna skulle möta patienten i det perioperativa vårdförloppet. Urval av studiepopulationen skedde konsekutivt d.v.s. obundet slumpmässigt och följandes inklusionskriterierna (Ejlertsson, 2005). Inklusionskriterier för deltagande var sjuksköterskor med specialistutbildning inom tidigare nämnda områden som på sin arbetsplats rutinmässigt möter patienter i det perioperativa vårdförloppet. Inga exklusionskriterier har gjorts då detta inte ansågs nödvändigt eftersom erforderlig grundutbildning och basal kunskap anses även nyutbildad personal besitta. Med hänsyn taget till eventuellt externt bortfall delades totalt 150 enkäter ut av vilka 98 besvarades.

Instrument

Med inspiration från WHO's checklista valdes fyra domäner ut och utformades till enkätfrågor: samarbete, kommunikation, patientsäkerhet och arbetsmiljö. Enkäten (bilaga 1) utformades utifrån exempel av Ejlertsson (2005) då ett befintligt frågeformulär inte kunde finnas och utformades i syfte att kunna besvaras snabbt. Den bestod av tre demografiska frågor samt åtta frågor som berörde operations- och anestesijuksköterskor upplevelser av, förutom ovan nämnda faktorer, även huvudansvar, vidareutbildning, kunskaper om erforderliga åtgärder och aktuell medicinteknik. I den demografiska delen efterfrågades deltagarnas nuvarande ungefärliga ålder (20-29 år, 30-39 år, 40-49 år eller >50 år), yrkestillhörighet (anestesi- eller operationssjuksköterska) och ungefärligt antal år som yrkesverksam (0-4 år, 5-9 år, 10-14 år eller >15 år). En fråga om vem som ansågs ha huvudansvar för värmebevarande åtgärder utformades med ”anestesisjuksköterskan”, ”operationssjuksköterskan” eller ”båda” som svarsalternativ. En fråga sökte svar på om man av sin verksamhet erhållit ytterligare värmebevarande utbildning (ja/nej). Övriga frågor gavs fyra svarsalternativ vardera (instämmer helt, instämmer delvis, tveksam och instämmer inte

alls) förutom en fråga om upplevelsen att kommunikationen på sal upplevdes god (alltid, ofta, sällan eller aldrig).

En pilotstudie genomfördes på två anesthesi- och två operationssjuksköterskor för utvärdering av frågorna med förhoppningen att kunna öka enkätens interna validitet (Ejlertsson, 2005). Under pilotstudien satt författarna ned med respondenterna för att gå igenom samtliga enkätfrågor och kunna besvara eventuella frågor. Efter denna dialog med respondenterna behövde fyra frågor ändras genom tillägg av svarsalternativ eller på annat sätt förtydligas. Ändringarna genomfördes innan enkäterna skickades ut. Pilotstudiens testenkäter användes inte i resultatet pga att det gjordes ändringar i frågorna därefter.

Datainsamling

Enkäter delades ut under vecka 10-11, 2014 på fem operationsavdelningar på två sjukhus i södra Sverige. Innan dess hade respektive verksamhetschef, skriftligen och med skriftligt svar åter, tillfrågats om godkännande att genomföra studien på berörda avdelningar. Efter erhållet godkännande kontaktades berörd avdelningschef eller annan utsedd kontaktperson genom telefonsamtal/mail för att ge information om att enkäterna skulle delas ut på operationsavdelningarna. Författarna gick därefter personligen ut och för att muntligt informera studiedeltagarna om studien, dela ut enkäten samt svara på eventuella frågor. Enkäterna häftades ihop med ett informationsbrev till respondenterna (bilaga 2). Informationsbrevet behandlade förutom en presentation om studien och dess syfte även information om att deltagandet var frivilligt, att konfidentialitet garanterades och att när man lämnade in en ifylld enkät betraktades det som samtycke till medverkan. Enkäter delades ut i respondenternas postfack alternativt till kontaktpersonen på avdelningen och en särskild ”postlåda” eller annan insamlingsplats sattes upp och tydliggjordes där studiedeltagarna kunde lägga ifyllda enkäter. Insamling skedde efter ca två veckor då författarna åkte ut och hämtade enkäterna på respektive avdelning. Vid låg svarsfrekvens planerade författarna att man skulle gå ut till respektive avdelning en ny omgång för att påminna studiedeltagarna om att fylla i enkäten. Detta behövdes emellertid aldrig då telefonkontakt med kontaktpersonerna vid något tillfälle under dessa två veckor räckte för tillräcklig svarsfrekvens.

Databearbetning

De insamlade enkäterna kodades med löpnummer för att säkerställa korrekt inmatning och för att möjliggöra efterkontroll. Inga personuppgifter kunde kopplas till löpnumret. Samtliga enkätfrågor var av den typ att endast ett svarsalternativ var möjligt att välja vilket gjorde att varje fråga blev en variabel. Av totalt elva frågor i enkäten var tre demografiska frågor och åtta huvudfrågor som överfördes och bearbetades först i Excel för att sedan analyseras med hjälp av Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 21.0.

Resultatet presenteras med absoluta och relativa frekvenser samt median och interkvartilavstånd. Jämförelseanalyser av proportioner mellan de perioperativa personalgrupperna (fråga 2), yrkesverksamma år (fråga 3) samt om de genomgått utbildning (fråga 7) redovisas med hjälp av en chi-två analys (X^2). Deltagarna ungefärliga ålder (fråga 1) analyserades med Fishers exakta test eftersom förutsättningarna för X^2 inte kunde uppfyllas då mer än 20 % av cellerna innehöll ett mätvärde under 5.

Ovan nämnda variabler betraktades som skaltyp nominalskala vilket innebär en klassificering av data utan inbördes rangordning (Ejlertsson, 2003). Svarsalternativen på de övriga frågorna betraktades som ordinalskalor vilket innebär att de kan rangordnas och då visa om ett mätvärde är större eller mindre än ett annat utan att säga något om värdenas storleksförhållande till varandra. Till dessa användes Mann-Whitneys U-test som jämförelseanalys. Alfavärdet bestämdes till $p = < 0.05$.

Svarsskalan för fråga 5, 6 och 8-11 utformades som en 1-4-gradig Likertskala där

1= instämmer inte alls

2= tveksam

3= instämmer delvis

4= instämmer helt

Med denna skala som grund omvandlades svarsalternativen till ett siffervärde (1-4) för att kunna jämföras med varandra. Samtliga svarsalternativ fick på liknande sätt ett siffervärde för att eftersträva att ge det mest "negativa" svarsalternativet den lägsta poänggraden.

Etisk avvägning

Under januari 2014 skickades en etikansökan in till vårdvetenskapliga etiknämnden. Detta gjordes i enlighet med etikprövningslagen (2003:460), för att i enlighet med uppställda informations- och samtyckeskrav delge studiedeltagarna information om studiens syfte, metod, risker samt klargöra att deltagandet är frivilligt och när som helst kan avbrytas utan vidare förklaring (Birkler, 2007). Författarna har i föreliggande studie tagit hänsyn till de etiska grundprinciperna godhets- och autonomiprincipen samt principen att inte åsamka skada. Detta innebär att handla etiskt korrekt, respektera individens självständighet varje gång ett beslut rörande personen i fråga fattas och att i enlighet med den humanistiska människosynen inte utsätta någon deltagare för skada (a.a.).

Samtliga deltagares integritet har respekterats med sekretess och enligt konfidentialitetskravet (Birkler, 2007). Enkäten är utformad så att deltagare inte går att identifiera (Codex, 2012). All insamlad data har förvarats och sparats enligt de riktlinjer som gäller för studentarbeten vid Lunds universitet. Allt insamlat studiematerial kommer endast att användas till föreliggande studie och vid avslut förstöras i enlighet med nyttjandekravet (Birkler, 2007).

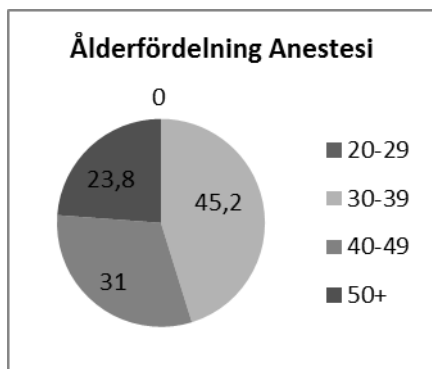
Resultat

Bakgrundsfakta

Av 150 utskickade enkäter besvarades 98 stycken varav 57 % (n=56) var operationssjuksköterskor och 43 % (n=42) anestesijuksköterskor. Alla utom 2 % (n=2) svarade på samtliga enkätfrågor. De två som inte besvarat enkäten fullständigt hade båda utelämnat vardera en fråga. Enkäten inleddes med frågor om ålder, vilken yrkeskategori man tillhörde (Figur 1 och 2) samt antal yrkesverksamma år, detta för att få ett demografiskt underlag.

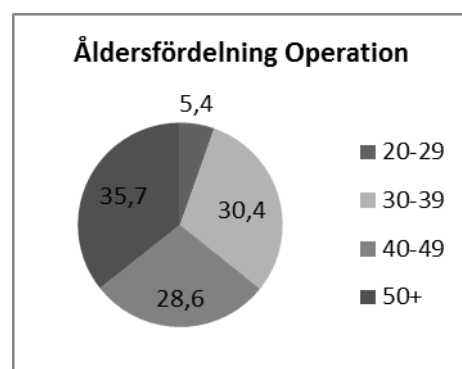
Ålder

Åldersmässigt följdes undersökningsgrupperna till stora delar åt med inga eller få yrkesutövare under 30 år och med nästan lika stort antal i gruppen 40-49 år medan övriga två grupper (20-29 år samt >50 år) skiljde sig åt mer yrkesgrupperna emellan. I anestesigruppen såg man att medan inga anestesistjuksköterskor var under 30 år var nästan hälften mellan 30-39 år. Bland operationssjuksköterskorna var representationen störst i åldersgruppen 50+ med 36 % (n=20). Tillsammans utgjorde yrkesgrupperna mellan 30 % - 37 % (n=29-36) per åldersgrupp i åldrarna 30-50+.



Figur 1. Kategoriserade Åldersgrupper.

Presenterade som relativa frekvenser (%).



Figur 2. Kategoriserade Åldersgrupper.

Presenterade som relativa frekvenser (%).

Antal år som aktiv yrkesutövare togs också med i undersökningens demografiska del. Erfarenhetsfördelningen grupperna emellan var snarlik i de givna årsindelningarna. Flest yrkesverksamma operations- och anestesistjuksköterskor hade arbetat <4 år (35 % n=34) eller >15 år (36% n=35).

Huvudansvar

I tabell 2 demonstreras vem som ansågs ha huvudansvar för de värmebevarande omvårdnadsåtgärderna. Av de tillfrågade svarade ingen ”operationssjuksköterskan”, däremot förekom statistisk signifikant skillnad i grupperna gällande uppfattning kring vem som hade

huvudansvaret av anestesijuksköterskan eller de båda gemensamt ($p=0.006$). Medan 84 % ($n=47$) av operationssjuksköterskorna ansåg att ansvaret var gemensamt upplevde endast 57 % ($n=24$) av anestesijuksköterskorna detsamma. Av anestesijuksköterskorna ansåg 43 % ($n=18$) att huvudansvaret låg hos dem själva.

Tabell 1. "Vem anses ha huvudansvar för värmebevarande omvårdnadsåtgärder"(%/n)

Huvudansvar	Operationssjuksköterska	Anestesijuksköterska	Totalt
Operations sjuksköterska	0/0	0/0	0/0
Anestesijuksköterska	16.1/9	42.9/18	27.6/27
Båda	83.9/47	57.1/24	72.4/71

(Chi-tvåtest, $p=0.006$)

Samarbete, kommunikation, medicinteknisk kunskap, patientsäkerhet och arbetsmiljö

I tabell 2 redovisas hur de olika yrkesgrupperna upplevde samarbete, kunskap i medicinteknisk apparatur, patientsäkerhet samt arbetsmiljö. Samarbetet mellan yrkeskategorierna uppfattades vara signifikant olika ($p=0.003$). Av operationssjuksköterskorna angav 59 % ($n=33$) att de "instämde helt" i att samarbetet var gott medan 31 % ($n=13$) av anestesijuksköterskorna tyckte detsamma. Totalt ansåg dock 96 % ($n=54$) av operationssjuksköterskorna och 86 % ($n=36$) av anestesijuksköterskorna att samarbetet "delvis" eller "helt" var gott. Ingen av grupperna tyckte att de saknade goda kunskaper i medicinteknik vad gäller värmebevarande åtgärder. Av anestesijuksköterskorna skattade sig 98 % ($n=41$) "delvis" eller "helt" goda kunskaper om värmebevarande åtgärder och användande av medicinteknik inom området. Samma siffra för operationssjuksköterskorna var 96 % ($n=54$).

Specialistsjuksköterskegrupperna upplever att kommunikationen fungerar sinsemellan. Resultatet visar en statistiskt signifikant skillnad då operationssjuksköterskorna svarade till 93 % versus 76 % för anestesijuksköterskorna att kommunikationen med kollegan ofta eller alltid fungerar väl. I anestesigruppen tyckte dessutom 5 % att kommunikationen inte fungerar alls ($p=0.005$).

Statistisk signifikant skillnad sågs vid överrapportering i samband med personalbyte ($p=0.001$). Av operationssjuksköterskorna svarade 68 % ($n=38$) att de ”instämmer inte alls” eller var ”tveksamma” till att överrapportering om värmebevarande åtgärder skedde vid personalbyte. Motsvarande siffra för anestesigruppen var 29 % ($n=12$).

Båda yrkesgrupperna var överens om att värmebevarande omvårdnadsåtgärder gav ökad patientsäkerhet. Både operations- och anesthesisjuksköterskorna ansåg att patientsäkerheten ökade ”delvis” eller ”helt” med 96 % ($n=53$) respektive 95 % ($n=40$). En av operationssjuksköterskorna svarade inte på denna fråga vilket därmed ger ett internt bortfall.

Merparten av operations- och anesthesisjuksköterskorna tyckte inte att arbetsmiljön påverkas negativt av värmebevarande åtgärder. Av operationssjuksköterskorna uppgav 53 % ($n=29$) att arbetsmiljön ”tveksamt” eller ”inte alls” påverkas negativt av arbetet med värmebevaring. Av anesthesisjuksköterskorna tyckte 59 % ($n=25$) likadant. Samtidigt tyckte 47 % ($n=26$) av operationssjuksköterskorna och 40 % ($n=17$) av anesthesisjuksköterskorna att arbetsmiljön ”delvis” eller ”helt” påverkas negativt av de värmebevarande omvårdnadsåtgärder som används. Under denna fråga låg det andra uteblivna svaret som också det var av en operationssjuksköterska och gav studiens andra och sista interna bortfall.

Tabell 2. ”Påverkas samarbete, kunskap i medicinteknisk apparatur, överrapportering, patientsäkerhet samt arbetsmiljö av värmebevarande omvårdnadsåtgärde” [%/n, Median (Md) samt interquartilavstånd (IQR)].

Fråga	Yrkes kategori	Inte alls	Tveksam	Delvis	Helt	Md IQR₁₋₃	P-värde
Gott samarbete (Fråga 4)	Op ssk	0/0	3.6/2	37.5/21	58.9/33	4 3-4	0.003*
	An ssk	2.4/1	11.9/5	54.8/23	31/13	3 3-4	
Kommunikation (Fråga 6)	Op ssk	0/0	7.1/4	46.4/26	46.4/26	3 3-4	0.005*
	An ssk	4.8/2	19/8	52.4/22	23.8/10	3 2-3	
Goda kunskaper (Fråga 8)	Op ssk	0/0	3.6/2	57.1/32	39.3/22	3 3-4	0.019*
	An ssk	0/0	2.4/1	33.3/14	64.3/27	4 3-4	
Överrapportering (Fråga 9)	Op ssk	16.1/9	51.8/29	26.8/15	5.4/3	2 2-3	0.001*
	An ssk	4.8/2	23.8/10	50/21	21.4/9	3 2-3	
Ökad patientsäkerhet (Fråga 10)	Op ssk	1.8/1	1.8/1	21.8/12	74.5/41	4 3-4	0.927
	An ssk	2.4/1	2.4/1	21.4/9	73.8/31	4 3-4	
Påverkar arbetsmiljö (Fråga 11)	Op ssk	38.2/21	14.5/8	36.4/20	10.9/6	2 1-3	0.933
	An ssk	26.2/11	33.3/14	33.3/14	7.1/3	2 1-3	

(Mann-Whitney U-test, p=0.05)

Utbildning

Av verksamheten anordnad utbildning inom intraoperativ värmebevaring uppgav 7 % (n=4) av operationssjuksköterskorna och 17 % (n=7) av anestesijuksköterskorna att man genomgått en sådan. Totalt 89 % (n=87) hade således inte gått någon vidareutbildning för värmebevarande omvårdnadsåtgärder (Chi-tvåtest, p=0.197) .

Diskussion

Metoddiskussion

Studiens syfte var att beskriva och jämföra de perioperativa specialistsjuksköterskornas upplevelse kring samarbete och kunskap vid värmebevarande åtgärder. Till detta valdes fem operationsavdelningar ut på två sjukhus i södra Sverige. Som studiemetod valdes en kvantitativ enkätundersökning eftersom författarna eftersträvade ett större studiedeltagande. Innan studien påbörjades beräknades sammanlagt cirka 100 enkätsvar ge ett tillräckligt studieunderlag. Ejlerstson (2005) menar att en enkät får ta högst en halvtimme i anspråk av respondenterna. Föreliggande enkät beräknades ta högst tio minuter att fylla i.

Enkäterna delades ut på aktuella operationsavdelningar och samlades in efter två veckor. Efter halva tiden genomfördes en kontroll av antalet besvarade enkäter för att säkerställa att tillräcklig data skulle finnas tillgänglig när enkäterna slutligen skulle samlas in. Det kvantitativa metodvalet i enkätform bedömdes vara ett rimligt tillvägagångssätt för att jämföra de båda personalgruppernas syn på samarbete, kunskap, patientsäkerhet och arbetsmiljö inom det perioperativa värmebevarande omvårdnadsarbetet.

Ingen tidigare enkätstudie med samma syfte har kunnat identifieras vilket innebar att ingen befintlig enkät kunnat användas som studieunderlag. Författarna valde att utforma enkäten med inspiration från WHO's checklista och valde att lyfta fram fyra domäner: samarbete, kommunikation, patientsäkerhet och arbetsmiljö. Att enkäten sammanställts på egen hand innebär att den inte är validitetstestad vilket medför att det inte är kontrollerat om den verkligen mäter vad som avses mätas. Fördelen med att använda sig av en tidigare enkät är

frågor redan utarbetats och att det finns material att jämföra och analysera sina svar emot (Ejlertsson, 2005).

Dock, i ett försök att testa innehållsvaliditeten genomfördes en inledande pilotstudie på två olika operationsavdelningar där fyra slumpvis utvalda anesthesi- och operationssjuksköterskor deltog. Författarna var närvarande med specialistsjuksköterskorna medan de svarade på enkätfrågorna för att kunna svara på eventuella frågor och tankar under tiden. På så vis hoppades författarna få en uppfattning om enkätens innehållsvaliditet. Som resultat av detta justerades fyra frågor som därigenom förtydligades och/ eller fick fler svarsalternativ. Ejlertsson (2005) menar att en svårighet med en enkätstudie är att respondenterna inte ges möjlighet att ställa följdfrågor vid upplevda tolkningssvårigheter. Detta innebär att det kan uppstå missuppfattningar som inte kan rättas till i efterhand och då riskerar att påverka studieresultatet (a.a.). Möjligheten att i samband med att enkäterna fylldes i att kunna ställa frågor fanns således varken för respondenter eller författare.

Studieenkäten innehöll ett flertal frågor med svarsalternativ ”instämmer inte alls”, ”tveksam”, ”instämmer delvis” och ”instämmer helt”. Detta kan möjligen ge en ”instämmande” övervikt som omedvetet skulle kunna påverka respondenten i sitt svar och därmed påverka resultatet.

Den samtidiga validiteten har inte kunnat mätas då som tidigare nämnts inga liknande studier har identifierats. Angående den kommunikativa validiteten hoppas författarna att denna är god då samtliga steg i processen förhoppningsvis är beskrivna i syfte att tydliggöra processen. Anledningen till studiens interna bortfall är okänd för författarna och har därför inte kunnat analyseras. Bortfallet som berörde enstaka frågor var dock lågt och är presenterat fortlöpande i resultatredovisningen.

Pragmatisk validitet anger om de resultat man kommit fram till är användbara. Författarna anser och hoppas att föreliggande studie kan hjälpa till att ”lyfta blicken” från det egna arbetsfältet och främja samarbetet yrkeskategorierna emellan samt öka förförståelsen för varandras arbetsuppgifter angående den värmebevarande omvårdnaden på operationssal.

Förhoppningen är att studiens reliabilitet är god. Reliabiliteten skulle dock kunna äventyras om respondenterna tolkat enkätfrågorna på annat sätt än vad som avsetts eller om frågorna

inte varit tillräckligt tydliga. Exempelvis skulle det resultat som erhållits angående graden av vidareutbildning kunna ifrågasättas då det i frågan inte är tydligt vilken inriktning utbildningen haft.

Resultatdiskussion

De perioperativa specialistsjuksköterskorna i föreliggande studie skattade sig båda uppleva god kommunikation och gott samarbete sinsemellan beträffande värmebevaring. Operationssjuksköterskorna upplevde att både kommunikation och samarbete fungerade väl i högre utsträckning än anestesijuksköterskorna. Att sjuksköterskegrupperna inte håller med varandra fullt ut kan tolkas bero på yrkeskategoriernas olika arbetsuppgifter som skulle kunna göra det svårt att sätta sig in i varandras roller. Rydenfält et al. (2011) belyser i sin studie hur operations- respektive anestesijuksköterskans olika arbetsuppgifter samt arbetssätt kring patienten medför att det arbete de utför ofta utförs på olika sätt och utifrån sitt eget perspektiv snarare än utifrån gemensamt perspektiv. En annan studie från St Mary's Hospital i London visar att det kan vara svårt för operationsteamet att ha en förförståelse kring kollegornas arbetsuppgifter i operationssalen (Undre, Sevdalis, Healey, Darzi & Vincent, 2005). Samma studie påvisade dessutom att yrkesgrupperna kände störst tillhörighet till sin egen yrkeskategori snarare än till själva operationsteamet (a.a.). Gillespie et al. (2013) visade att en mer öppen kommunikation leder till att operationsteamet arbetar utifrån en patientsäker kultur men att det kan råda hierarki i gruppen vilket kan medföra en instabilitet som i värsta fall kan leda till komplikationer för patienten.

Anestesijuksköterskorna skattade sig i större utsträckning ha ensamt huvudansvar för värmebevarande omvårdnadsåtgärder medan operationssjuksköterskorna upplevde ansvaret som gemensamt. Att svarsfördelningen hamnar så ojämnt skulle kunna bero på att operationssjuksköterskan inte uppfattas kunna ta det ansvaret eftersom hon är sterilklädd och upptagen med sina övriga arbetsuppgifter. Operationssjuksköterskorna kan å andra sidan uppleva ansvaret som gemensamt genom att de medverkar vid förarbetet på sal samt ansvarar för eventuella uppvärmda sterila vätskor som används intraoperativt.

Enligt enkätfrågorna uppger anestesijuksköterskorna att de överrapporterar värmebevarande insatser till avlösande kollega, denna rapport uppges mer sällan förekommande

operationssjuksköterskor emellan. Detta skulle kunna tolkas som att operationssjuksköterskan ofta inte utför någon aktiv värmebevaring efter operationsstart och därför inte anser sig ha något att rapportera medan anestesisjuksköterskan håller i den peroperativt aktiva värmebevaringen och kontrollerar kroppstemperaturen kontinuerligt.

Kompetensbeskrivningen beskriver vikten av kommunikation och information mellan medarbetare för att säkerställa delaktighet i ett patientsäkert arbetssätt (SEORNA, 2011).

Även i samarbete, medicinteknisk kunskap, patientsäkerhet och arbetsmiljö mellan yrkesgrupperna upplevs olika. Medan operationssjuksköterskorna för det mesta tycker att dessa områden fungerar ”Helt” håller anestesisjuksköterskorna endast ”Delvis” med. Detta skulle kunna ses som ett uttryck för att man inte har en kontinuerlig dialog med varandra i arbetet. Samtidigt kan det kännas svårt för yrkeskategorierna att inkludera varandra i respektive arbetsuppgifter relaterat till exempelvis tidspress. Sexton et al (2006) menar att ett väl fungerande teamwork, effektivitet och omvårdnads kvaliteter på operationssalen är betydande för patientsäkerheten. Misstag på operationssalen kan leda till förödande konsekvenser för både patient och vårdgivare. Brister i kommunikation kan exempelvis leda till att operationsdukar lämnas kvar i operationsområdet, läkemedel ges felaktigt, operation sker på fel sida vid pariga organ eller att behandling sätts in för sent (a.a.).

Ett fåtal specialistsjuksköterskor tyckte inte att värmebevaring ökar patientsäkerheten medan majoriteten är överens om att det faktiskt gör det. Flera studier påvisar nyttan av aktiv värmebevaring både för välbefinnande, överlevnad och vad patientens lämnas med för upplevelse av sitt perioperativa förlopp (de Brito Poveda et al., 2012; Hegarty et al., 2009; Fossum et al., 2001). Målet kring patientsäkerheten ska vara detsamma för alla teammedlemmar. Det arbete som utförs runt patienten ska dock ske utifrån var och ens specifika arbetsuppgifter (Hegarty et al, 2009).

Enkäten visar att ingen av yrkeskategorierna i någon större utsträckning har deltagit i en av verksamheten anordnad utbildning inom värmebevaring. Av de som ändå deltagit i en sådan utbildning var något fler anestesisjuksköterskor representerade jämfört med operationssjuksköterskorna. Detta kan vara ett uttryck för att även verksamheterna upplever anestesisjuksköterskan som huvudansvarig för värmebevaringen. Alternativt kan det tolkas som att omvårdnadsområdet inte är prioriterat av ledningen. En studie av Ayres (2004) visade

att anestesijuksköterskan till sina arbetsuppgifter fått ett allt större fokus på den perioperativa temperaturregleringen och därför kan behöva mer kunskap kring hypotermi. I en annan studie tillfrågades de perioperativa specialistsjuksköterskorna vad de anser är viktigt för att förebygga hypotermi (Hegarty et al, 2009). Ett av de mest framträdande svaren som lyftes var att kunskap och utbildning spelar stor roll för kunna bedriva en patientsäker vård (a.a.).

Sammantaget har författarna haft svårt att finna artiklar som jämför operations- och anestesijuksköterskor på det sätt som gjorts i föreliggande studie. Det har även varit svårt att hitta vetenskapligt underlag till hur specialistsjuksköterskegrupperna uppfattar hur huvudansvaret är fördelat, specifik kunskap om medicinteknisk utrustning samt om arbetsmiljön påverkas av värmebevarande arbete. Detta uppfattas vara en begränsning för studien som därmed inte vetenskapligt kan styrkas i det resultat som framkommit.

Konklusion och implikationer

Respondenterna i denna studie är överens om att perioperativa värmebevarande omvårdnadsåtgärder ökar patientsäkerheten. Resultatet visar dock att det finns utrymme för intern- eller på annat sätt vidareutbildning för att öka kunskapen inom området. Viss oklarhet tycks råda kring vem som har huvudansvar för värmebevarande omvårdnadsåtgärder något som arbetsledningen för varje operationsavdelning skulle kunna förtydliga för sina medarbetare.

Studien tydliggör vikten av ett ständigt pågående tvärprofessionellt samarbete för att få en inblick i och förståelse för varandras yrkesområden. På så sätt kan patientsäkerheten ytterligare stärkas och ge medarbetarna en känsla av delaktighet i det pågående förbättringsarbetet. Det område som tydligast framkommit under studiens gång har varit vikten av kommunikation som är nyckeln till såväl ökad patientsäkerhet som kunskap, samarbete och till viss del den arbetsmiljö som råder. En öppen dialog skapar dessutom ett kollegialt förtroende och ger förutsättningar för säkrare vård. Förslag till vidare studier är att upprätta ett testat validerat instrument och att utveckla eller ytterligare förfina frågeställningarna för att erhålla en djupare förståelse inom området. En sådan undersökning

skulle även kunna utföras inom andra omvårdnadsområden för att bidra till att öka patientsäkerheten på ett mer riktat sätt.

Referenser

- Alfredsdottir, H, & Bjornsdottir, K. (2008). Nursing and patient safety in the room. *JAN original Research*. Vol 61, p 29-37.
- Amato-Vealey, E., J., Barba, M. P. & Vealey, R., J. (2008). Hand-off communication: A requisite for perioperative patient safety. *Aorn Journal*, 88 (5), p 763-774.
- ANIVA. (2012). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot anestesi*. Hämtad 17 december, 2013, från: <http://www.aniva.se/assets/komp-beskrivning-anestesi.pdf>.
- Association of PeriOperative Registered Nurses, AORN (2007). Recommended practices for the prevention of unplanned perioperative hypothermia. *Association of perioperative registered nurses journal*. Vol 85, no 5, p 972-988.
- Ayres, U. (2004). Older people and hypothermia: the role of the anaesthetic nurse. *British Journal of Nursing*. Vol 13, no 7, p 396-403.
- Bernthal, E. (1999). Inadvertent hypothermia prevention: the anaesthetic nurses' role. *British Journal of Nursing*, Vol 1, p 17-25.
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad – etik och människosyn*. Stockholm. Liber.
- Botti, M., Bucknall, T., Cameron, P., Johnstone, M-J., Redley, B., Evans, S. & Jeffcott, S. (2009). Examining communication and team performance during clinical handover in a complex environment: the private sector post-anaesthetic care unit. *MJA*, Vol, 190, p 157-160.
- Codex. (2012). *Regler och riktlinjer för forskning*. Hämtad 17 december, 2013, från: <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>.

de Brito Poveda, V., Clark, A.M., & Galvão, C.M. (2012). A systematic review on the effectiveness of prewarming to prevent perioperative hypothermia. *Journal of Clinical Nursing*. Vol 22, p. 906-918.

Dunn, P., Alston, T., Baker, K., Davidson, J., Kwo, J. & Rosow, C. (2007). *Clinical Anesthesia Procedures of the Massachusetts General Hospital. (7th edition)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation – relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Studentlitteratur. Lund.

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken- En handbok i enkätmetodik*. Studentlitteratur. Lund.

Fernandez, R., Tran, D.T., Johnson, M. & Jones, S. (2010). Interdisciplinary communication in general medical and surgical wards using two different models of nursing care delivery. *Journal of Nursing Management*, Vol 18, p 265-274.

Hegarty, J., Walsh, E., Burton, A., O’Gorman, F., & McPolin, G. (2009). Nurse’s Knowledge of Inadvertent Hypothermia. *AORN Journal*. Vol 89, no 4.

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB. Lund.

Gillespie, B.M. Gwinner, K., Chaboyer, W. & Fairweather, N. (2013). Team communications in surgery – creating a culture of safety. *Journal of Interprofessional Care*. Vol 27, no 5, p 387-393.

Gunnarsson, R (2009). Vetenskapsteori. Hämtad den 3 april, 2014 från:
<http://www.infovoice.se/fou/>.

Insler, S. & Sessler, D. (2006). Perioperative thermoregulation and temperature monitoring. *Anesthesiology Clinics*. Vol 24, p 823-837.

Jakobsson, U. (2005). *Forskningens termer och begrepp: en ordbok*. Studentlitteratur. Lund.

Kumar, S., Wong, P.F., Melling, A. C., Leaper, D. J. (2005). Effects of perioperative hypothermia and warming in surgical practice. *International Wound Journal*. Vol 2, no 3.

Larsson, A., & Rubertsson, S. (2012). *Intensivvård*. Liber AB. Stockholm.

Lenquist, S. (2009). *Katastrofmedicin*. Liber AB. Stockholm.

Leslie, K., & Sessler, D.I. (2003). Perioperative hypothermia in the high-risk surgical patient. *Best practices & research clinical anesthesiologi*. Vol 17, p. 485-498.

Lindwall, L., & Von Post, I. (2009). *Perioperativ vård*. Studentlitteratur AB. Lund.

Liv-Hovind, I. (2005). *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Lännergren, J., Westerblad, H., Ulfendahl, M., & Lundeborg, T. (2007). *Fysiologi*. Studentlitteratur: Lund.

Matic, J., Davidson, P., M. & Salamonson, Y. (2010). Review: bringing patient safety to the forefront through structured computerisation during clinical handover. *Journal of Clinical Nursing*, Vol 20, p 184-189.

Myklestul Dävöy, G., Hansen, I., & Eide, P. H. (2012). *Operationssjukvård- Operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad*. Studentlitteratur. Lund

Notter, L., & Hott, J. (1996). *Forskningsmetodik inom omvårdnad*. Studentlitteratur. Lund.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiva*. Stockholm. Lund.

- Panagiotis, K. (2012). Prewarming Critically ill Patients. *AORN Journal*. Vol 96, no 4.
- Paulikas, C.A. (2008). Prevention of Unplanned Preoperative Hypothermia. *AORN Journal*. Vol 88, no 3.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research- Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia.
- Putzu, M., Casati, A., Berti, M., Pagliarini, G. & Fanelli, G. (2007). Clinical complications, monitoring and management of perioperative mild hypothermia: anesthesiological features. *Acta Biomedica*, 78, p 163-169.
- Rothrock, J. C. (2007). *Alexander`s care of the patient in surgery*. USA. Mosby Elsevier.
- Rydenfält, C., Johansson, G., Larsson, P.A., Åkerman, K. & Odenrick, P. (2013). Social structures in the operating theatre: how contradicting rationalities and trust affect work. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 68, no 4, p 783-795.
- Sand, O., Sjaastad, Ø., Haug, E. & Toverud, K. (2004). *Människans fysiologi*. Stockholm: Liber AB.
- SEORNA. (2011). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operation*. Hämtad 17 december, 2013, från: <http://www.seorna.com/media/31056/kompbeskrivning.pdf>.
- Sexton, J. B., Makary, M. A., Tersigni, A. R., Pryor, D., Hendrich, A., Thomas, E. J., Holzmueller, C. G., Knight, A. P., Wu, Y. & Pronovost, P. J. (2006a). Teamwork in the Operating Room. *Anesthesiology*, 105 (5), p 877-884.
- Socialstyrelsen (2009). *Verktyg för säker kommunikation i vården*. Hämtad 7 januari, 2014, från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/kommunicera>.

Svensk författningssamling. *Hälso- och sjukvårdslag* (1982:763). Hämtad 22 november, 2013, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/.

Svensk författningssamling. *Lag (1977:1 160) om arbetsmiljölagen*. Hämtad 18 december, 2013: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Arbetsmiljolag-19771160_sfs-1977-1160/.

Svensk författningssamling. *Lag (1994:953) om åliggande för personal inom hälso- och sjukvården*. Hämtad den 22 november, 2013, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1994953-om-aligganden-f_sfs-1994-953/.

Undre, S., Sevdalis, N., Healey, A., Darzi, A. & Vincent, C.A. (2005). Teamwork in the operating theatre: cohesion or confusion?. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. Vol 12, no 2, p 182-189.

Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm. Natur & kultur.

Wu, X. (2013). The safe and Efficient Use of Forced-Air Warming System. *AORN Journal*. Vol 97, no 3.

“De perioperativa specialistsjuksköterskornas samarbete och kunskap kring värmebevarande omvårdnadsåtgärder för att förhindra hypotermi”

Enkät (*endast ett alternativ per fråga*)

1. Din ålder?
 - a) 20-29 år
 - b) 30-39 år
 - c) 40-49 år
 - d) 50+ år

2. Jag arbetar som:
 - a) Operationssjuksköterska
 - b) Anestesisjuksköterska

3. Yrkesverksamma år som operationssjuksköterska/anestesisjuksköterska:
 - a) 0-4 år
 - b) 5-9 år
 - c) 10-14 år
 - d) Mer än 15 år

4. Vem anser du ha huvudansvar för de värmebevarande åtgärderna på operationssalen?
 - a) Anestesisjuksköterska
 - b) Operationssjuksköterska
 - c) Båda

5. Jag upplever att samarbetet med värmebevarande åtgärder mellan anestesi och operationssjuksköterskor är god?
 - a) Instämmer helt
 - b) Instämmer delvis
 - c) Tveksam
 - d) Instämmer inte alls

6. Jag upplever att kommunikationen mellan anestesi och operationssjuksköterskor kring värmebevarande åtgärder är god?
 - a) Alltid
 - b) Ofta (varannan operation)
 - c) Sällan (var fjärde operation)
 - d) Aldrig

7. Jag har genomgått en av verksamheten anordnad utbildning i användandet av värmebevarande åtgärder, efter specialistutbildning?
- a) Ja
b) Nej
-
8. Jag anser mig ha goda kunskaper om värmebevarande åtgärder och användandet av medicinteknik inom området.
- a) Instämmer helt
b) Instämmer delvis
c) Tveksam
d) Instämmer inte alls
-
9. Jag anser att vidtagna värmebevarande åtgärder överrapporteras i hög utsträckning vid personalbyte på operationssalen.
- a) Instämmer helt
b) Instämmer delvis
c) Tveksam
d) Instämmer inte alls
-
10. Jag upplever att värmebevarande åtgärder leder till en ökad patientsäkerhet under operation.
- a) Instämmer helt
b) Instämmer delvis
c) Tveksam
d) Instämmer inte alls
-
11. Jag anser att arbetet med värmebevarande åtgärder påverkar arbetsmiljön negativt på operationssalen (t ex pga ljud från luftvärmepump, skrymmande filter i arbetsområdet, temperatur på sal etc).
- a) Instämmer helt
b) Instämmer delvis
c) Tveksam
d) Instämmer inte alls
-

Tack för Din medverkan!



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och
samhälle

INFORMATIONSBREV

2014-03-01

Bilaga 2 (2)

Information till undersöksperson

”Beskriva de perioperativa specialistsjuksköterskornas samarbete och kunskap kring värmefrämjande omvårdnadsåtgärder- en enkätstudie”

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Syftet är att undersöka anesthesi- och operationssjuksköterskors samarbete, kunskap och kommunikation kring värmebevarande åtgärder för att förhindra hypotermi och hur arbetet med detta påverkar arbetsmiljö och patientsäkerhet.

Studien är en enkätstudie som involverar anesthesi och operationssjuksköterskor på operationsavdelningar inom SUS. Enkäten beräknas ta cirka 5 minuter att fylla i. En svarsfrekvens på cirka hundra enkätsvar kommer att eftersträvas. Deltagandet är helt frivilligt och du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser.

Undersökningspersonerna kommer att informeras av studenterna själva. Samtycke av studiedeltagarna medges genom inlämnande av ifylld blankett. Konfidentialitet utlovas och ifyllnad av enkäten är på frivillig basis. Allt insamlat material kommer att förvaras och sparas enligt de riktlinjer och regler som gäller för forskning och förstörs efter att studien avslutats.

Ansökan har skickats till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för godkännande innan studiens genomförande. Studien ingår som ett examensarbete i operationssjuksköterskeprogrammet.

Om Du vill delta ber vi Dig att lämna in en ifylld enkät inom två veckor.

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

Med vänlig hälsning

Mikaela Jakob
Student
072-3255590
sop13mj1@student.lu.se

Katarina Bergstrand
Student
0708-749991
Sop13kbe@student.lu.se

Anders Johansson
Handledare
046-2221930
Anders.johansson@med.lu.se

