

Omvårdnadsåtgärder som prevention mot mediastinit efter sternotomi

En enkätstudie för att ta reda på sjuksköterskors användande av omvårdnadsåtgärder på patienter som genomgått sternotomi.

Nursing interventions for the prevention of mediastinitis after sternotomy

A survey to ascertain Registered Nurses use of nursing interventions on patients who have undergone sternotomy.

Författare: Axelsson, J. & Kugel, N.

Handledare: Ahlin, C. & Gisel, Å.

Examinator: Mattson, J.

SAMMANFATTNING

Bakgrund: I sjuksköterskans ansvarsområde ingår det att använda omvårdnadsåtgärder för att förebygga komplikationer efter operation. På thoraxkirurgiska vårdavdelningar skiljer sig rutinerna vid postoperativ vård och på vissa avdelningar används Posthorax-västen för att förhindra instabilitet i sternum efter sternotomi.

Syfte: Syftet var att undersöka vilka postoperativa omvårdnadsåtgärder sjuksköterskor använder sig av på sternotomerade patienter för att förebygga mediastinit samt hur sjuksköterskor upplever att omvårdnadsåtgärderna påverkar patienterna.

Metod: Data samlades in via en enkätundersökning på tre thoraxkirurgiska vårdavdelningar på tre olika sjukhus i Sverige.

Resultat: Enkätundersökningen lyfte fram vilka omvårdnadsåtgärder som vanligtvis används på olika avdelningar, vilka omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskor ansåg var viktigast samt faktorer som sjuksköterskor uppger främjar och hämmar omvårdnadsåtgärder.

Slutsats: Sjuksköterskor uppgav att den viktigaste postoperativa omvårdnadsåtgärden efter sternotomi var Mobiliseringsrestriktioner. De största hindren var postoperativ förvirring, smärta och illamående samt organisatoriska faktorer som hög arbetsbelastning, stress och bristande rutiner.

Klinisk betydelse: Denna studie har visat på behovet av vidare forskning genom att ha lyft fram vilka postoperativa omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskor uppger att de använder i klinisk praxis på thoraxkirurgiska vårdavdelningar.

Nyckelord: *Mediastinit, Evidensbaserad omvårdnad, Sternotomi*

ABSTRACT

Background: Nurses have a responsibility to use nursing interventions to prevent complications after surgery. There is a difference in which procedures are used in thoracic surgical wards for postoperative prevention and some hospitals use the Posthorax vest to prevent sternal instability.

Aims: The aim of this study was to investigate nursing interventions used to prevent mediastinitis on patients who have undergone sternotomy and how nursing interventions affect patients according to nurses.

Methods: A survey was used to procure data from three different thoracic surgical wards in hospitals in Sweden.

Results: The survey has shown the most commonly used nursing interventions in different thoracic surgical wards and what nursing interventions nurses' state are most important. The survey also found promoting and inhibiting factors for nursing interventions according to nurses.

Conclusion: According to nurses the most important nursing intervention was restricting the use of upper body extremities. The most inhibiting factors for nursing interventions were postoperative confusion, pain, nausea and organizational factors as high workload, stress and inadequate procedures.

Clinical implications: This study has shown the need for further research by determining the postoperative nursing interventions used in clinical practice in thoracic surgical wards.

Keywords: *Mediastinitis, Evidence-Based Nursing, Sternotomy*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Sjuksköterskans ansvarsområde och roll.....	2
Hjärtkirurgi.....	3
Mediastinit - en komplikation efter hjärtkirurgi.....	4
Behandlingsprogrammen ser olika ut vid öppen hjärtkirurgi.....	6
Postthorax-västen - en postoperativ omvårdnadsåtgärd	6
Vård på lika villkor	8
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE.....	8
METOD.....	9
Design.....	9
Urval.....	9
Datainsamlingsmetod	9
Dataanalys	10
Etiska aspekter.....	11
RESULTAT	12
DISKUSSION	20
Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion	23
Slutsats	27
Klinisk betydelse	27
Förslag på vidare forskning.....	28
Författarnas insatser	28
REFERENSER.....	29
BILAGOR	iii

INLEDNING

Under vår verksamhetsförlagda utbildning inom hjärtkirurgi på sjuksköterskeutbildningen uppmärksammades att sjuksköterskor använder sig av olika postoperativa omvårdnadsåtgärder för att förebygga djup bröstbensinfektion efter öppen hjärtkirurgi som innefattar sternotomi.

Djup sternuminfektion, mediastinit, är en allvarlig komplikation till följd av hjärtoperation, därför är det preventiva arbetet för att förebygga infektion mycket viktigt. En riskfaktor för att drabbas av mediastinit är instabilt sternum efter sternotomin. På vissa sjukhus används Posthorax-västen som postoperativ åtgärd mot sternuminstabilitet. Därutav väcktes vårt intresse av att ta reda på vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskor som arbetar med patienter som genomgått öppen hjärtkirurgi använder samt beskriva faktorer som kan påverka omvårdnadsåtgärderna.

BAKGRUND

Sjuksköterskans ansvarsområde och roll

Legitimerade sjuksköterskor ska ha en förmåga att stödja det friska hos patienten och tillämpa sina kunskaper inom omvårdnad, rehabilitering, medicin, samt beteende- och samhällsvetenskap (Socialstyrelsen, 2005). I sjuksköterskans arbete ingår omvårdnadsprocessen som består av fyra faser; bedömning, planering, genomförande och utvärdering (Wiklund & Lindwall, 2012). Sjuksköterskan ska självständigt använda sig av omvårdnadsprocessen i sitt arbete för att tillgodose patientens basala och specifika behov samt arbeta utifrån hygieniska principer samt rutiner (Socialstyrelsen, 2005). Tillika ska sjuksköterskan ha kunskaper inom farmakologi för att läkemedel ska hanteras på ett korrekt sätt (Socialstyrelsen, 2005). Så långt det är möjligt ska sjuksköterskan uppmärksamma patientens sjukdomsberättelse och förbättra situationen för patienten. Vidare ska sjuksköterskan delta i och organisera omvårdnadsarbetet kring patienten samt kommunicera med patient, närstående och personal för att främja delaktighet i omvårdnadsarbetet. Patientcentrerad vård innebär att vårdaren ser till patientens hälsa som en helhet och inte enbart en sjukdom (Hörnsten, 2013). Genom att använda patientcentrerad vård ska sjuksköterskan kunna uppmärksamma de patienter som inte har förmåga eller möjlighet att själva uttrycka sina behov (Socialstyrelsen, 2005).

Som legitimerad sjuksköterska ingår det att medverka och självständigt utföra och ta del i patientundersökningar och behandlingsåtgärder samt kunna ifrågasätta oklara ordinationer eller instruktioner (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskan ska ha förmåga att följa upp patientens omvårdnadsstatus samt härleda detta till behandlingar. Vidare ska sjuksköterskan ha kunskaper i främjandet av hälsa och förebyggandet av ohälsa, kunskap i patientsäkerhets- och kvalitetsarbete samt förmåga att kritiskt reflektera över befintliga och nya metoder (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskan ska leda och utforma omvårdnaden så den gagnar patienten optimalt genom att informera, konsultera, planera och samverka för att uppnå kontinuitet och kvalitet. Sjuksköterskans arbete grundar sig på ett etiskt förhållningssätt, vetenskap och beprövad erfarenhet (Socialstyrelsen, 2005).

Enligt Socialstyrelsen (2005) skall sjuksköterskan självständigt i sin profession bland annat observera, bedöma, ställa omvårdnadsdiagnoser och utföra omvårdnadsåtgärder genom att tillämpa omvårdnadsprocessen. Omvårdnadsdiagnoser kan hjälpa sjuksköterskan att precisera patientens omvårdnadsbehov och därefter kan sjuksköterskan ordinera relevanta omvårdnadsåtgärder (Florin, 2013). Att ställa omvårdnadsdiagnoser och ordinera

omvårdnadsåtgärder är ett led i omvårdnadsprocessens fem delar, bedömning, diagnos, planering, genomförande och utvärdering (Lunney, 2013). Sjuksköterskan gör kontinuerligt kliniska bedömningar över patientens tillstånd för att utreda patientens behov, detta ligger till grund för vilka omvårdnadsåtgärder som ska sättas in. Omvårdnadsåtgärder är interventioner sjuksköterskan kan använda sig av för att patienten ska uppnå en så god hälsa som möjligt (Lunney, 2013).

Hjärtkirurgi

World Health Organisation ([WHO], 2014) rapporterar att under år 2012 dog 17,5 miljoner människor på grund av hjärt-och kärlsjukdomar i världen. Detta beräknas vara 46 procent av dödsfall orsakade av icke överförbara sjukdomar. Av dessa 17,5 miljoner orsakades 7,4 miljoner dödsfall av hjärtinfarkter (WHO, 2014). I Sverige avled 34 949 personer till följd av hjärt-och kärlsjukdomar år 2012, det betyder att hjärt-och kärlsjukdomar stod för 38 procent av samtliga dödsfall i Sverige år 2012 (Hjärt-Lungfonden, 2013).

Enligt Socialstyrelsens gällande nationella riktlinjer kring hjärtsjukvård sker öppen hjärtkirurgi vid sjukdomstillstånd som komplicerade kranskärlssjukdomar samt klaffsjukdom (Socialstyrelsen, 2015). Syftet med riktlinjer kring hjärtsjukvård är att det ska finnas ett systematiskt och öppet prioriteringsbeslut för att höja kvalitén så att åtgärderna blir rätt för olika patientgrupper. Målet är en jämlik och god vård (Socialstyrelsen, 2015). Riktlinjerna grundar sig i tre etiska grundprinciper, människovärdesprincipen, behov- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen (Socialstyrelsen, 2015).

I Sverige utförs öppna hjärtoperationer på åtta olika sjukhus i Sverige: Skånes Universitetssjukhus i Lund, Karolinska Universitetssjukhuset i Solna i Stockholm, Universitetssjukhuset Örebro, Akademiska Sjukhuset i Uppsala, Norrlands Universitetssjukhus i Umeå, Sahlgrenska Sjukhuset i Göteborg, Blekingesjukhuset i Karlskrona och Universitetssjukhuset i Linköping (Hjärt-Lungfonden, 2013).

Under år 2012 opererades totalt 6 009 patienter med öppen hjärtkirurgi i Sverige (Jernberg, 2013), av dessa genomgick bland annat 45,52 procent enbart koronarkirurgi, 16,46 procent enbart aortaklaffkirurgi samt 7,51 procent en kombination av koronar- och aortaklaffkirurgi. Resterande patienter genomgick olika ingrepp så som klaffkirurgi, aortakirurgi, transplantation eller andra former av kombinationsingrepp (Jernberg, 2013).

Operationssår som leder till infektioner har varit ett problem sedan läkarna började operera patienter, idag vet vi att både preoperativ och postoperativ prevention är av betydelse för att förhindra uppkomst av infektioner (Tammelin & Hambraeus, 2006). Infektioner leder till stora kostnader för sjukvården genom ökad vårdtid och att jobba förebyggande har fått stor betydelse för att förhindra infektioner, något som genomsyrar dagens sjukvård. Tammelin och Hambraeus (2006) förklarar även att infektioner leder till ett vårdlidande vilket är svårt att kompensera patienten. Vårdlidande är det lidande som patienten upplever när denne utsatts för vård och behandling som är felaktig, bristfällig eller otillräcklig (Wiklund, 2003). Vårdaren kan förhindra vårdlidande genom gott bemötande, god kommunikation och ett samspel med patienten (Wiklund, 2003).

Mediastinit - en komplikation efter hjärtkirurgi

Mediastinit är en komplikation efter öppen hjärtkirurgi och är ett sjukdomstillstånd där mediastinum blir infekterat (Bryan & Yarbrough, 2013). The US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) definierar mediastinit som en infektion i fascia eller djupare i brösthålan (Fleck et al., 2006). Mediastinum är det område som är mellan lungorna, det innefattar hjärta, aorta och ingångarna till lungorna samt vävnad som bekläder lungorna (Mediastinitis, 2014). Patienter som drabbats av mediastinit kan förutom vanliga infektionstecken som feber och frossa, även få svår smärta från bröstbenet som strålar ut mot hals eller rygg samt andningsbesvär (Mediastinitis, 2014). Minst ett av följande infektionssymtom ska kunna påvisas vid reoperation eller vid spontan sårruptur (Bryan & Yarbrough, 2013): Positiv sårodling från brösthålan, positiv blododling, bröstsmärta med instabilt sternum eller temperatur överstigande 38 grader Celsius (a.a.). Vanligtvis insjuknar patienter i mediastinit sex till åtta dagar efter operation men det ses en spridning av insjuknande från två till 14 dagar efter operation (Gårdlund, Bitkover & Vaage, 2002). Dock rapporteras det om enstaka fall där insjuknande sker i allt ifrån samma dag som operation till över en månad efter (Gårdlund, Bitkover & Vaage, 2002).

Risken för att drabbas av mediastinit efter hjärtoperation är 0,5 - 3,2 procent och dödligheten rapporteras vara 7,2 - 36 procent (Mokhtari, 2008). År 2012 drabbades 0,7 procent av sternotomerade patienter av mediastinit i Sverige (Jernberg, 2013). Vårdkostnaderna stiger för patienter som drabbas av mediastinit jämfört med hjärtopererade patienter som inte drabbas av mediastinit (Mokhtari, 2008).

Sår i sternum kan delas in i tre kategorier:

1. Sterilt sternalt sår - Ett öppet sterilt snitt som inte kan slutas på grund av att patienten är instabil eller att hjärtat komprimeras när sternum sluts.
2. Ytligt sternalt sår: snitt med yttlig infektion.
3. Djupt sternalt sår: Ett sår som uppkommit efter sternotomi där både ytlig och djup vävnad från sternum och delar av mediastinum är involverade i en akut process som även kallas mediastinit (Mokhtari, 2008).

Patienter som drabbas av mediastinit kan associeras till olika individuella riskfaktorer som hög ålder, kön, diabetes, patienter med immunsuppressiva behandlingar, hjärtsvikt, KOL, rökning samt övervikt (Bujan et. al, 2012). Män med behåring på bröstet har en högre risk att drabbas av mediastinit då det kan bildas en mikrobiell kolonisering av huden, även patienter som preoperativt rakar bort hår från bröstet har en högre risk då rakning kan leda till hudirritation. Diabetiker har en ökad risk för mediastinit som i huvudsak beror på två faktorer, fördröjd läkningstid av operationssåret samt att dessa patienter har ett sänkt immunförsvar (Bujan et. al, 2012). Förutom preventiva åtgärder som medicinering krävs det att patienten är mycket noga med sternumregim. Sternumregim innebär att patienten undviker att använda armarna vid mobilisering eller att lyfta tungt (Morton & Fontaine, 2013). Hostande till följd av retningar i luftvägarna kan leda till sternuminstabilitet. När patienten hostar stiger det intrathorakala trycket uppemot 300 mmHg vilket sätter stor påfrestning på de slutningsanordningar som använts i bröstbenet vid operationen (Rupprecht & Schmid, 2013). Patienterna skall i den mån det går hålla sternum stabilt, detta kan ske med hjälp av en kudde som patienterna placerar på bröstbenet och håller om när de ska hosta (Morton & Fontaine, 2013). Förutom individuella riskfaktorer hos patienten finns riskfaktorer med själva sternotomin som kan leda till mediastinit. Detta beror bland annat på att ingreppet delar bröstbenet på mitten vilket är en risk i sig (Bosen & Mackavich, 2006). Rörelse i sternum orsakar nedbrytning av ben som kan leda till att operationsnittet öppnar sig som kan leda till hudskador och bakteriell kontaminering av djupa vävnader (Bosen & Mackavich, 2006). Om sternum inte är tillräckligt dränerat efter operation kan vätska ansamlas som kan skapa en grogrund för bakterietillväxt vilket kan leda till en djup infektion (Bosen & Mackavich, 2006.). Diagnostiseringen av mediastinit tar ofta tid eftersom symtomen generellt inte yttrar sig förrän efter utskrivning vilken kan leda till ytterliga komplikationer då behandlingstiden förskjuts (Rupprecht & Schmid, 2013).

Behandlingsprogrammen ser olika ut vid öppen hjärtkirurgi

Det saknas evidens för vilken metod vid rehabilitering efter sternotomi som har bäst verkan på patienten för att förebygga mediastinit (Cahalin, LaPier & Shaw, 2011; Atkins och Wolfe, 2012). Metoderna utgår ofta från klinikens riktlinjer och vårdpersonalens erfarenhet (Cahalin et.al, 2011). Eftersom det finns flera omvårdnadsåtgärder för att behandla och förebygga djupa sternuminfektion efter sternotomi men det saknas en generellt accepterad metod så ser omvårdnadsåtgärderna olika ut beroende på var operationen utförs (Atkins och Wolfe, 2012; Rupperecht & Schmid, 2013). Behandlingsprogram tar inte alltid hänsyn till patienternas individuella skillnader (Cahalin et.al, 2011). Detta kan leda till att vården inte blir patientcentrerad eller individanpassad (Cahalin et.al, 2011)

Det har kommit många olika preventiva åtgärder för att förhindra mediastinit och forskningen går hela tiden framåt (Rupperecht & Schmid, 2013). Det tas fram allt ifrån nya sätt att sluta sternum med olika sorters vajrar och lim till olika sorters västar eller korsetter. Dessa har till funktion att stabilisera sternum och minimera rörelse i sårområdet samtidigt som de tillåter normal andningsfunktion. Även om mediastinit är en ovanligt komplikationen blir den kostsam både för sjukvården och för patienten (Rupperecht & Schmid, 2013).

Posthorax-västen - en postoperativ omvårdnadsåtgärd

Posthorax-västen (Bild 1) är en omvårdnadsåtgärd som används efter sternotomi för att förebygga mediastinit, västen är utformad så att den ger ett tryck över bröstbenet vilket leder till att det opererade området hålls stabilt samtidigt som normal andningsfunktion bibehålls (Gorlitzer et al., 2010). Västen har två kuddar (Bild 2) som placeras på var sin sida om operationssnittet vilket skapar ett tryck över operationsområdet. Bröstbenet blir stabilt och de två bröstbenshalvorna hålls ihop. Kuddarna är stötdämpande och underlättar på så vis för patienten både vid mobilisering och till att hålla bröstbenen stabilt vid hosta eller djupandning (Gorlitzer et al., 2010).



Bild 1. Postthoraxvästen som används som omvårdnadsåtgärd för att stabilisera sternum (Gorlitzer et al., 2013).

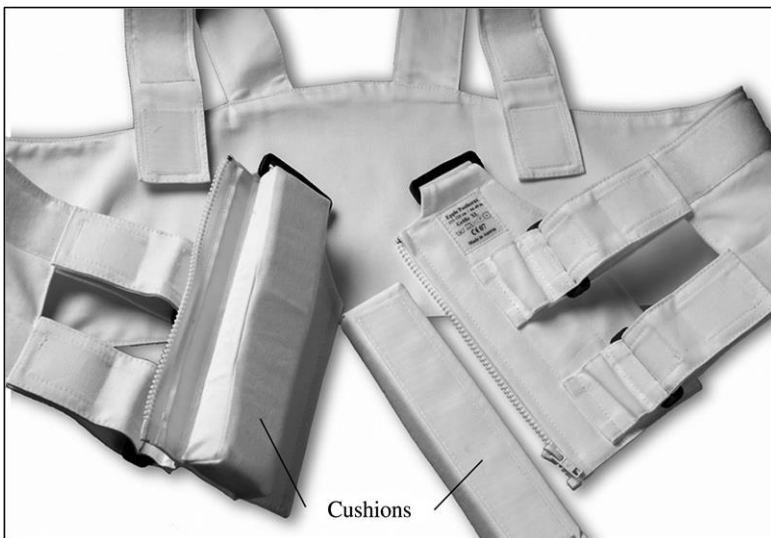


Bild 2. Kuddarna som placeras på bröstbenet och hjälper till att stabilisera sternum (Gorlitzer et al., 2010).

Användandet av thoraxvästen kan minska risken för djupa infektioner tack vare västens förmåga att stabilisera sternum (Bild 1) (Gorlitzer et al, 2013). Utan västen är sternum instabilt och vid påfrestning orsakas rörelser i läkningsområdet vilket redogjorts för ovan. Västen ger patienten möjlighet att andas djupare då smärtan som uppkommer vid rörelse i sternum minskar. Forskning (Gorlitzer et al., 2013) har visat att användande av västen minskar den relativa risken att drabbas av mediastinit med 54 procent. Västtillverkaren rekommenderar patienterna att använda Postthorax-västen dygnet runt i sex till åtta veckor efter operation för att förebygga sternuminstabilitet under rehabiliteringen (Postthorax, 2010). Möjlighet att använda

västen skiljer sig mellan sjukhus vilket gör att vården ser olika ut beroende på var patienterna vårdas.

Vård på lika villkor

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) § 2 bestämmer att hälso- och sjukvården i Sverige ska vara jämlik och på samma villkor för hela befolkningen. Diskrimineringsombudsmannen, DO, (2012) menar att hälsa inte är jämlikt fördelat i samhället och därför bör sjukvården sträva efter god hälsa för alla och en vård på lika villkor. Om insatserna i vården ser olika ut på olika sjukhus kan vården bli ojämlik. Jämlik hälso- och sjukvård som innebär att vård, behandling och bemötande skall ske på lika villkor oberoende av ålder, kön, personliga egenskaper, bostadsort, utbildningsnivå, social status, funktionsnedsättning, etnisk eller religiös tillhörighet, könsidentitet, sexuell läggning och könsuttryck. Lika villkor och lika vård är däremot inte samma sak menar DO (2012), insatserna skall vara anpassade efter den enskilda individen utifrån förutsättningar och behov med prioritet på dem med störst behov.

PROBLEMFORMULERING

Efter genomgången sternotomi används olika postoperativa omvårdnadsåtgärder för att förebygga mediastinit. Det saknas övergripande evidens för vilka omvårdnadsåtgärder som har bäst verkan på patienten. I Sjuksköterskans ansvarsområde ingår användande av omvårdnadsåtgärder som postoperativa åtgärder för att förebygga mediastinit. Posthoraxvästen är en nytillkommen åtgärd som endast används på ett fåtal sjukhus. I dagens läge skiljer sig rutinerna kring hur sternotomerade patienter ska behandlas. Denna splittring kan orsaka inkonsekvens i vården vilket kan leda till att patienterna får olika vård. Det är därför viktigt att få en översikt för vilka postoperativa omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskor använder samt hur sjuksköterskorna erfar att omvårdnadsåtgärderna påverkar patienterna.

SYFTE

Undersöka vilka postoperativa omvårdnadsåtgärder sjuksköterskor använder sig av på sternotomerade patienter för att förebygga mediastinit samt hur sjuksköterskor upplever att omvårdnadsåtgärderna påverkar patienterna.

METOD

Design

Kvantitativ enkätstudie. En kvantitativ studie ämnar sig bra när forskarna vill studera hur stor procent av urvalsgruppen tycker på det ena eller andra sättet (Trost, 2012). Studiedesignen passar när information skall samlas in under kort tid från en stor mängd människor (Billhult & Gunnarsson, 2012).

Urval

Urvalsgruppen i studien är sjuksköterskor som arbetar på thoraxkirurgiska vårdavdelningar oberoende av hur länge sjuksköterskan arbetat på avdelningen eller anställningsform. Tre avdelningar valdes ut, en i en storstad och två i mindre städer. Två av avdelningarna finns i Mellansverige och en finns i norra delen av landet. Urvalet består av deltagare som representerar en större grupp för att svaren ska kunna ge en bild av fler än den enskilde individen (Billhult & Gunnarsson, 2012).

Vidareutbildade sjuksköterskor, chefer och sjuksköterskor från bemanningsföretag samt sjuksköterskor som medverkat i pilotstudierna exkluderades.

Datainsamlingsmetod

Inledningsvis gjordes sökningar på färdiga enkäter inom valt område. Det fanns inga tidigare frågeformulär utformade som kunde besvara syftet i studien. En enkät utformades med elva frågor som forskarna själva satte samman (bilaga 1).

Kontakt etablerades med tre thoraxkirurgiska vårdavdelningar i Sverige. Avdelningarnas chefssjuksköterskor kontaktades via telefon och mail för att förankra intresse att delta i studien. Projektplanen skickades till verksamhetscheferna på respektive avdelning för att få godkännande att genomföra enkätstudien på avdelningarna (Bilaga 2).

Enkäten utformades utifrån syftet och arbetades fram till ett första utkast. Utkastet till enkäten granskades av handledare och reviderades, därefter gjordes en pilotstudie där en sjuksköterska på en thoraxkirurgisk vårdavdelning fick svara på enkäten. Svaren i pilotstudien granskades tillsammans med handledare med syftet som utgångspunkt genom att svaren jämfördes med vad syftet ämnade att besvara. Tre av tio frågor i enkätinnehållet ändrades. En ny pilotstudie utfördes efter revidering på en annan sjuksköterska på en thoraxkirurgisk vårdavdelning. Efter pilotstudien gjordes tre ändringar. Den slutliga enkäten med elva frågor genomgick en granskning av högskolans representant för att bli godkänd innan den kunde användas i studien

(bilaga 1). Enkäten innehåller totalt elva frågor med fem öppna- och sex slutna frågor. Vid enkätstudier är det brukligt att även fråga efter generaliserbar data så som ålder, kön, arbetsplats, utbildningsort eller antal yrkesverksamma år eftersom det kan bidra med intressant statistik (Billhult & Gunnarsson, 2012).

Enkäten (bilaga 1) samt information och samtyckesformulär (bilaga 3) överlämnades personligen av forskarna i ett kuvert tillsammans med ett svarskuvert till chefsjuksköterskorna på två avdelningar. Den tredje avdelningen fick enkäten (bilaga 1) skickade via mail som chefsjuksköterskan skrev ut samma dag och delade ut till sjuksköterskorna på avdelningen. En påminnelse skickades ut efter sju dagar via mail till samtliga avdelningar. Tio svar från vardera avdelningar sattes som gräns för att genomföra studien. De två av avdelningarna som fick enkäterna personligen fick 13 dagar på sig att svara på enkäterna, de hämtades sedan av forskarna. Avdelningen 3 som fick enkäten skickad via mail kontaktades via telefon dag 14 och ombads att skicka svarsenkäterna via post till forskarna.

Dataanalys

Enkäterna samlades in och sammanfattades med hjälp av Microsoft Excel, ett program som lämpar sig väl för analys och redovisning av kvantitativ data (Billhult & Gunnarsson, 2012). Svaren analyserades först individuellt och sammanställdes sedan gemensamt. De öppna enkätfrågorna analyserades genom att läsa och tolka svaren, liknande svar slogs ihop till kluster. Trots att frågorna var öppna svarade deltagarna i regel med konkreta begrepp vilket förenklade analysen. I Fråga 2 (Bilaga 1) sammanställdes svaren som kluster av omvårdnadsåtgärder (Tabell 2). De slutna enkätfrågorna matades in i Microsoft Excel. Datan analyserades enligt en nominalskala där svarsfrekvensen för olika kluster mättes, dels genom antal svar och dels med en procentuell andel. Resultatet redovisas med deskriptiv statistik genom tabeller och figurer med huvudpunkterna i löpande text.

Etiska aspekter

Kjellström (2012) beskriver forskningsetiken kring informationens innehåll och utformning som skall ges till deltagarna i studien. Deltagarna i enkätstudien blev först informerade om vilken uppgift det hade som deltagare, och vilka förutsättningar som fanns för att delta (Kjellström, 2012). Informationen var kortfattat och begripligt så att deltagarna kunde fatta beslut och förstå vad de deltog i. Kjellström förklarar att det ska finnas en beskrivning av planen och syftet med studien. Detta framgick för att ge deltagarna en förståelse om vad studien handlade om, deltagarna fick ta ställning till om de ville delta i studien eller inte (Kjellström, 2012). Informationen innehöll en beskrivning om vad deltagarna skulle få göra samt hur lång tid deltagande skulle ta (Kjellström, 2012). I informationen till deltagarna fanns uppgifter om vilka de ansvariga studenterna var, högskolan de studerade vid samt studenternas och handledares kontaktuppgifter. Det var av vikt att det skulle framgå för deltagarna att det var frivilligt att medverka samt att det när som helst gick att avbryta deltagandet utan att frågor om orsak efterfrågades (Kjellström, 2012). I informationen var det beskrivet att medverkan var konfidentiell vilket innebär att det inte gick att spåra svar till enskilda individer. Kjellström rekommenderar att ovanstående informationen står skriftligt beskrivet på ett missiv eller liknande som deltagaren ska ta del av innan studien påbörjas.

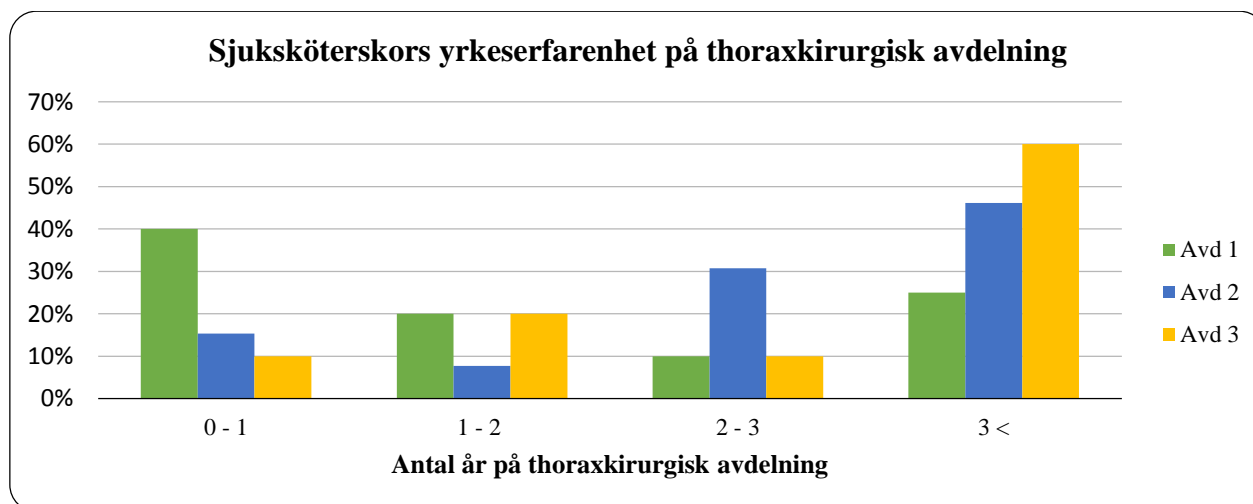
RESULTAT

Totalt ingick 43 sjuksköterskor (Tabell 1) från tre olika avdelningar, på Avdelning 1 används Posthorax-västen på riskpatienter, på Avdelning 2 används Posthorax-västen på samtliga patienter såvida inte annat angetts och på Avdelning 3 används inte Posthorax-västen.

Tabell 1. Totala andelen sjuksköterskor på avdelningarna, svarsfrekvens, användning av Posthorax-väst, könsfördelning och infektionsstatistik.

	Avdelning 1	Avdelning 2	Avdelning 3	Totalt
Besvarade enkäter	20	13	10	43
Antal sjuksköterskor på avdelningen	30	25	19	74
Posthorax-väst	På riskpatienter	Ja	Nej	
Bortfall	33,3 %	48 %	47,4 %	41,9 %
Män/Kvinnor	2 (10 %) / 18 (90 %)	1 (8 %) / 12 (92 %)	0 (0 %) / 9 (90 %)	3 (7 %) / 39 (90 %)
Infektionsstatistik: Antal Mediastinitfall år 2012 (Jernberg, 2013)	4 (0,7 %)	9 (1 %)	4 (0,6 %)	

Yrkeserfarenheten skiljde sig mellan de olika avdelningarna, på Avdelning 1 hade 40 procent av tillfrågade sjuksköterskor mindre än ett års vårderfarenhet på thoraxkirurgiska avdelningar (Figur 1). På avdelning 2 hade 46 procent av sjuksköterskorna mer än tre års erfarenhet (Figur 1). 60 procent av tillfrågade sjuksköterskor på avdelning 3 hade mer än tre års vårderfarenhet på thoraxkirurgiska avdelningar (Figur 1).

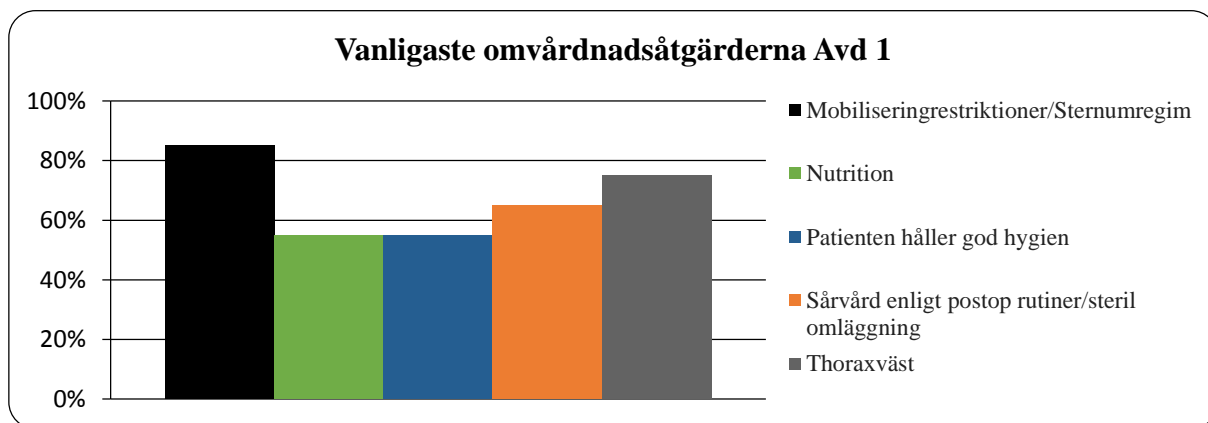


Figur 1. Sjuksköterskors antal yrkesverksamma år på thoraxkirurgisk vårdavdelning.

Tabell 2. Omvårdnadsåtgärder som angetts samt hur många sjuksköterskor som uppger att de använder dessa omvårdnadsåtgärder på avdelningarna.

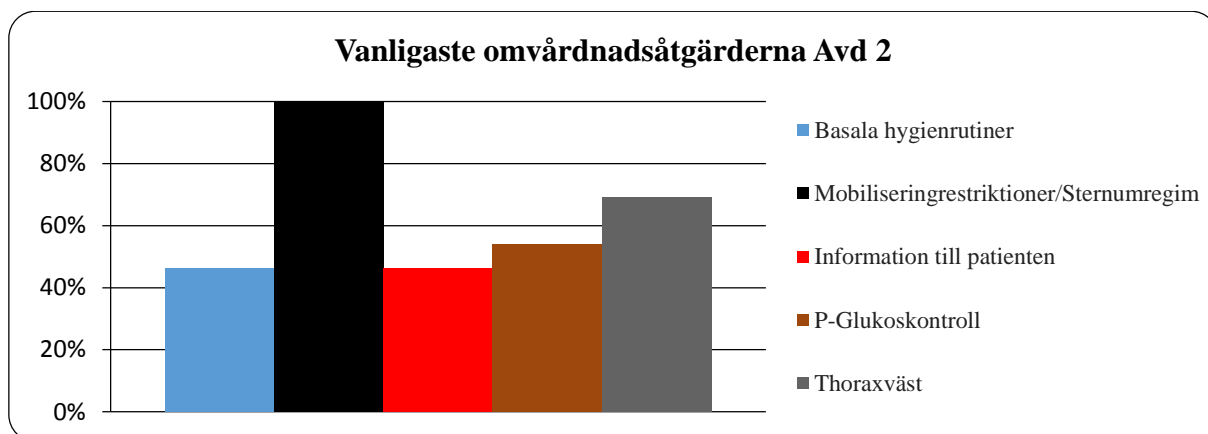
Omvårdnadsåtgärder	Avd 1	Avd 1	Avd 2	Avd 2	Avd 3	Avd 3
Andningsträning	1	5 %	4	31 %	1	10 %
Basala hygienrutiner	7	35 %	6	46 %	7	70 %
Daglig städning i patientnära miljö	1	5 %	2	15 %	1	10 %
Följa förbandsrutiner	0	0 %	1	8 %	2	20 %
Patienten använder rätt hostteknik	5	25 %	1	8 %	6	60 %
Information till patienten	3	15 %	6	46 %	9	90 %
Inspektera sår för infektion	7	35 %	2	15 %	0	0 %
Kontrollera operationsförband dagligen	8	40 %	5	38 %	1	10 %
Läkemedel mot luftvägsirritation	2	10 %	1	8 %	2	20 %
Mobiliseringsrestriktioner/ Sternumregim	17	85 %	13	100 %	8	80 %
Nutrition	11	55 %	3	23 %	3	30 %
P-Glukoskontroll	4	20 %	7	54 %	0	0 %
Patienten håller god hygien	11	55 %	2	15 %	2	20 %
Smärtlindring	2	10 %	4	31 %	3	30 %
Sårvård enligt postoperativa rutiner/steril omläggning	13	65 %	0	0 %	7	70 %
Sömn	0	0 %	1	8 %	0	0 %
Thoraxväst	15	75 %	9	69 %	0	0 %
Tidig mobilisering/motivera till mobilisering	1	5 %	1	8 %	2	20 %
Tidigt upptäckande av postoperativ förvirring/fallrisk/ Behandla förvirrade patienter	1	5 %	0	0 %	3	30 %
Viktkontroll	0	0 %	1	8 %	0	0 %

Användandet av olika omvårdnadsåtgärder skiljde sig mellan de olika avdelningarna. På Avdelning 1 angav 85 procent av tillfrågade sjuksköterskor att de använder *Mobiliseringsrestriktioner* och *Sternumregim* som omvårdnadsåtgärd för att förebygga mediastinit (Figur 2). Därefter angav 75 procent av sjuksköterskorna på Avdelning 1 att de använder *Postthorax-västen* och 65 procent angav att de använder *sterila omläggningar* och *sårvård enligt postoperativa rutiner* som postoperativ omvårdnadsåtgärd för att förebygga mediastinit.



Figur 2. Vanligaste omvårdnadsåtgärderna enligt tillfrågade sjuksköterskor på Avdelning 1.

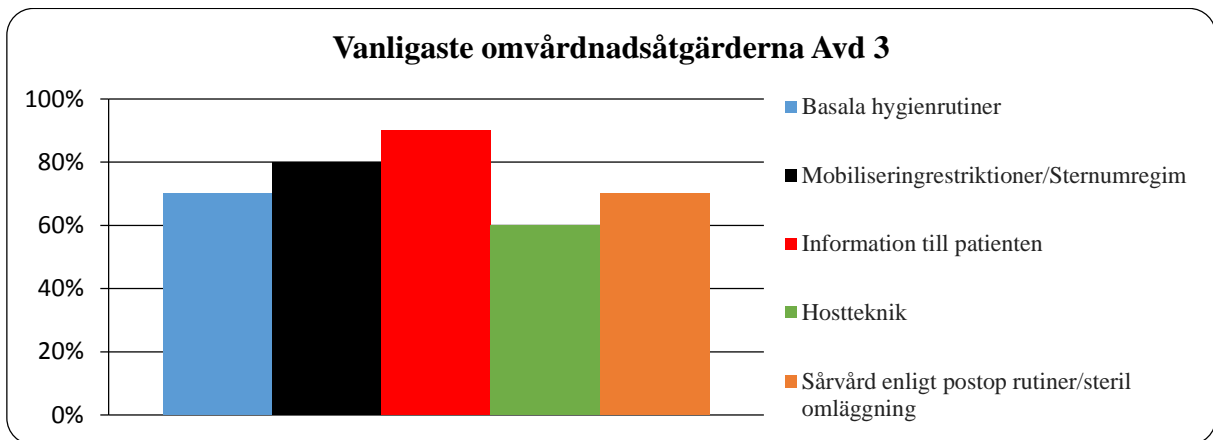
På Avdelning 2 svarade 100 procent av tillfrågade sjuksköterskor att de använder *Mobiliseringsrestriktioner* och *Sternumregim* som omvårdnadsåtgärd för att förebygga mediastinit (Figur 3). 69 procent angav att de använder *Postthorax-västen* och 54 procent angav att de använder *P-Glukoskontroll* som postoperativ omvårdnadsåtgärd för att förebygga mediastinit.



Figur 3. Vanligaste omvårdnadsåtgärderna enligt tillfrågade sjuksköterskor på Avdelning 2.

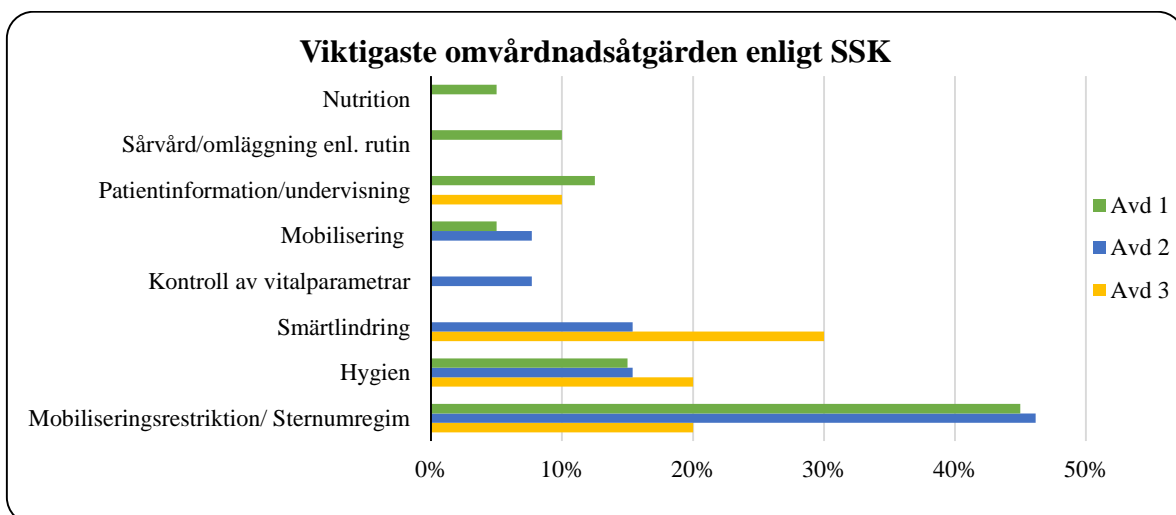
På Avdelning 3 svarade 90 procent av tillfrågade sjuksköterskor att de använder *Mobiliseringsrestriktioner* och *Sternumregim* som omvårdnadsåtgärd för att förebygga mediastinit (Figur 4). 80 procent svarade att de använder information till patienten som omvårdnadsåtgärd. Både *Basala hygienrutiner* samt *sterila omläggningar* och *sårvård enligt*

postoperativa rutiner användes av 70 procent som postoperativ omvårdnadsåtgärd för att förebygga mediastinit.



Figur 4. Vanligaste omvårdnadsåtgärderna enligt tillfrågade sjuksköterskor på Avdelning 3.

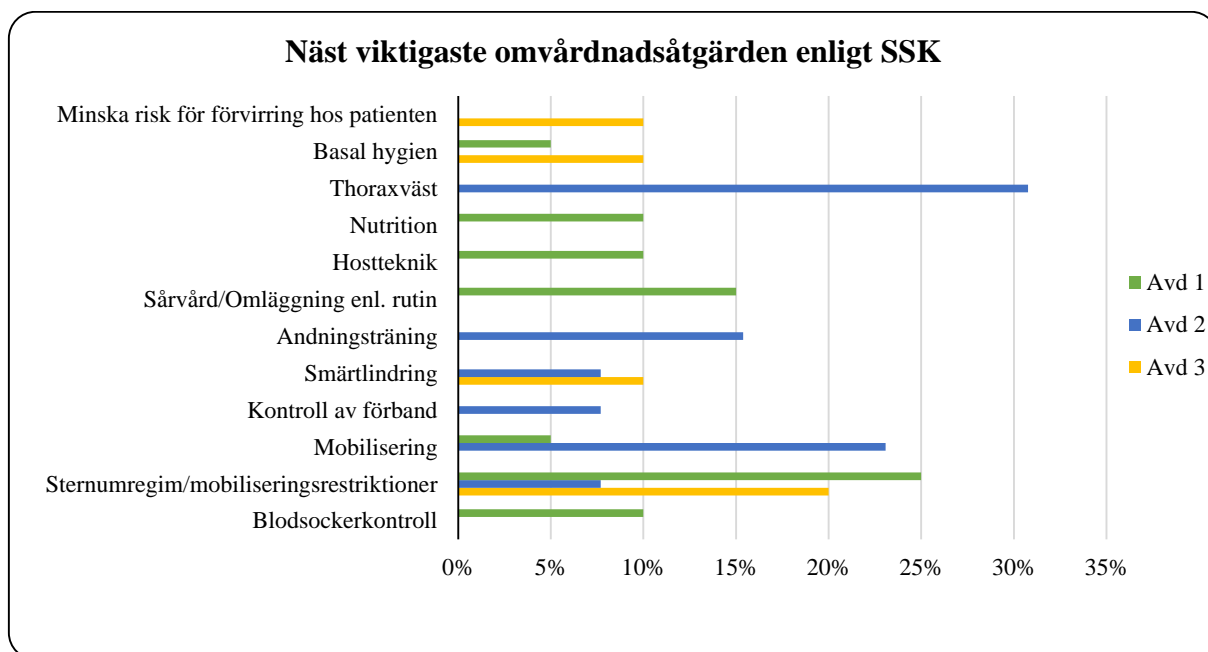
Sjuksköterskorna fick ranka vilken omvårdnadsåtgärd de tycker är viktigast för att förhindra mediastinit. På både Avdelning 1 och Avdelning 2 ansåg 45 - 46 procent av sjuksköterskorna att *Sternumregim* och *Mobiliseringsrestriktioner* var viktigast. På Avdelning 3 var denna andel 20 procent. 30 procent på Avdelning 3 tyckte att *Smärtlindring* var den viktigaste omvårdnadsåtgärden för att förebygga mediastinit.



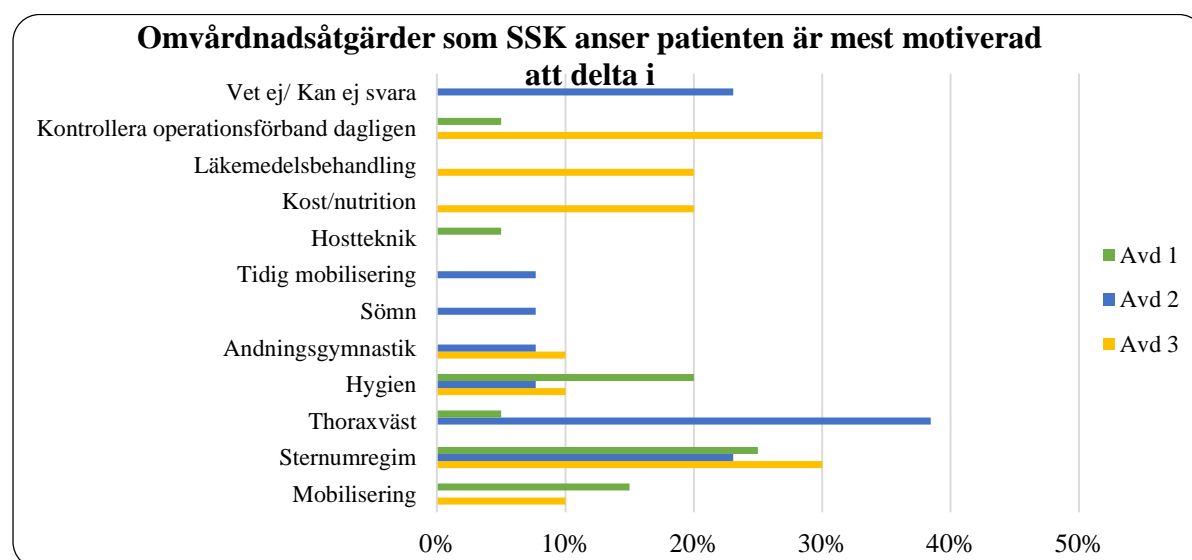
Figur 5. Viktigaste omvårdnadsåtgärden för att förebygga mediastinit enligt tillfrågade sjuksköterskor.

Deltagarna fick ranka den näst viktigaste omvårdnadsåtgärden, här sågs en större spridning av svar än på föregående fråga (Figur 5). På Avdelning 1 tyckte 25 procent att *Mobiliseringsrestriktioner* och *Sternumregim* var näst viktigast (Figur 6). På Avdelning 2 ansåg 31 procent att *Postthorax-västen* var den näst viktigaste omvårdnadsåtgärden (Figur 6). På

Avdelning 3 ansåg 20 procent av sjuksköterskorna att *Mobiliseringsrestriktioner* och *Sternumregim* var den näst viktigaste omvårdnadsåtgärden för att förebygga mediastinit (Figur 6).



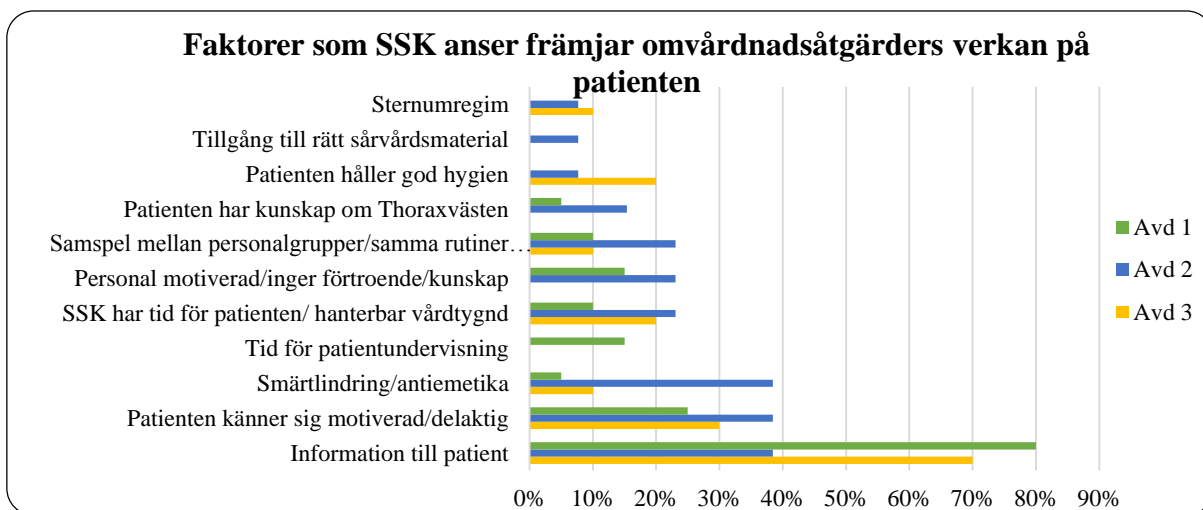
Figur 6. Näst viktigaste omvårdnadsåtgärden för att förebygga mediastinit enligt tillfrågade sjuksköterskor.



Figur 7. Omvårdnadsåtgärder som tillfrågade sjuksköterskor ansåg att patienten var mest motiverad att delta i.

I Figur 7 visas vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskorna ansåg att patienterna var mest motiverade att delta i. På Avdelning 1 angav 25 procent att *Sternumregim* var den omvårdnadsåtgärd patienterna var mest motiverade att delta i (Figur 7). På Avdelning 2 angav 38 procent att de ansåg att *Postthorax-västen* var den omvårdnadsåtgärd patienterna var mest motiverade att delta i (Figur 7). På avdelning 3 angav 30 procent *Sternumregim* och 30 procent

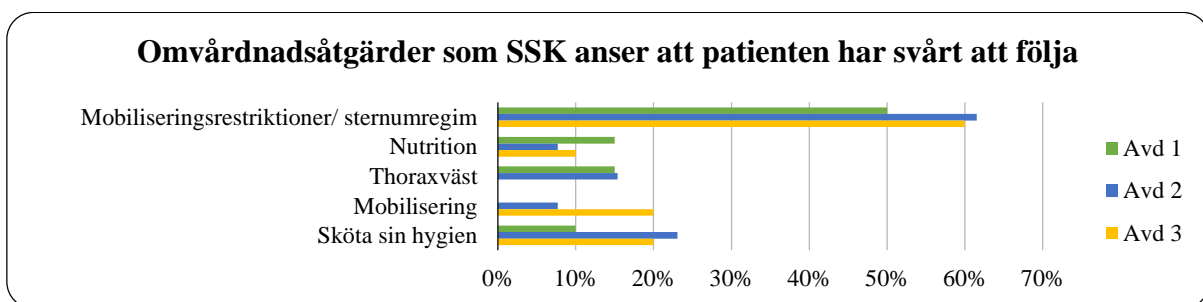
Daglig kontroll av operationsförband som de omvårdnadsåtgärder patienterna var mest motiverade att delta i (Figur 7).



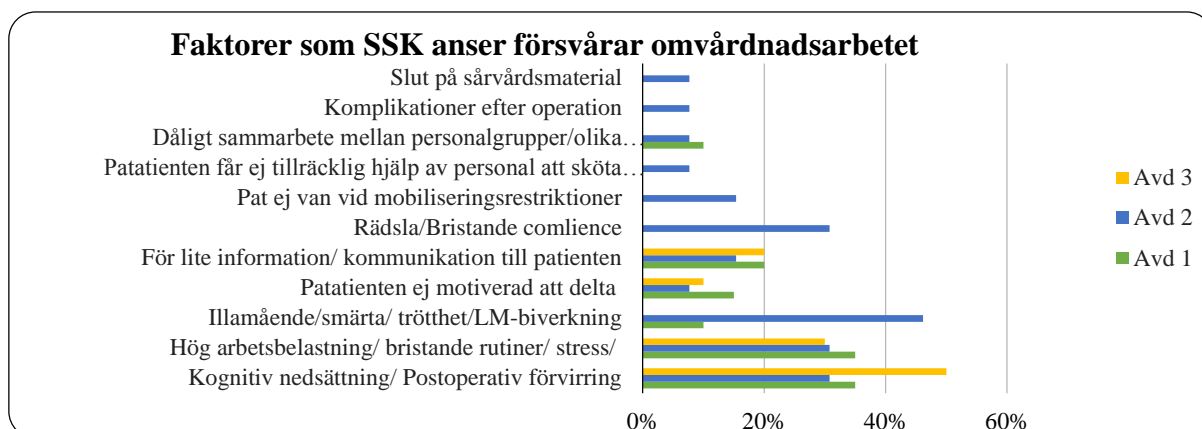
Figur 8. Faktorer som tillfrågade sjuksköterskor ansåg främjar omvårdnadsåtgärders verkan på patienterna.

Generellt nämndes *Information till patienten* som den viktigaste faktorn för att omvårdnadsåtgärderna ska fungera på patienten (Figur 8), svaren mellan de olika avdelningarna skiljer sig mycket i denna fråga.

Efter sternumoperation ansåg 50-60 procent av samtliga sjuksköterskor att *Mobiliseringsrestriktionerna* och *Sternumregim* är de postoperativa omvårdnadsåtgärder som patienterna har svårast att följa för att förebygga mediastinit (Figur 9).



Figur 9. Vilka omvårdnadsåtgärder patienterna hade svårt att följa enligt de tillfrågade sjuksköterskorna.



Figur 10. Faktorer som hindrar omvårdnadsåtgärdernas verkan enligt de tillfrågade sjuksköterskorna.

Faktorer som sjuksköterskorna ansåg påverkade omvårdnadsåtgärderna var främst *kognitiv nedsättning* och *postoperativ förvirring* hos patienten samt *hög arbetsbelastning*, *bristande rutiner* och *stress hos personalen* (Figur 10), en skillnad sågs på Avdelning 2 där *smärta*, *illamående*, *trötthet* och *läkemedelsbiverkningar* angavs som främsta orsak.

Tabell 3. Frågan om sjuksköterskorna ansåg att det saknades postoperativa omvårdnadsåtgärder för att förebygga mediastinit?

Anser du att det saknas postoperativa omvårdnadsåtgärder för att förebygga mediastinit?	Avd 1	Avd 1	Avd 2	Avd 2	Avd 3	Avd 3
JA	1	5 %	3	23 %	2	20 %
NEJ	14	70 %	8	62 %	5	50 %
Ej svarat	5	25 %	2	15 %	3	30 %

Generellt ansåg sjuksköterskorna att det inte saknades postoperativa omvårdnadsåtgärder för att förebygga mediastinit på patienter som genomgått sternotomi (Tabell 3). Det framkom att sjuksköterskorna ansåg att vissa omvårdnadsåtgärder saknades eller var bristfälliga.

Data som kom fram var bland annat: (Bättre) skriftlig information om thoraxväst, inga eller bristfälliga rutiner kring sårodling, patienten får för lite sömn nattetid på grund av störningsmoment, läkemedel för att lindra förvirring, patienten får mer tid med fysioterapeuterna.

Tabell 4. Fråga om var sjuksköterskor hämtar kunskap om omvårdnadsåtgärder.

Var hämtar sjuksköterskor kunskap om omvårdnadsåtgärder	Avd 1	Avd 1	Avd 2	Avd 2	Avd 3	Avd 3
PM/riktlinjer	19	95 %	12	92 %	8	80 %
Kollegor	19	95 %	11	85 %	8	80 %
Utbildning	12	60 %	8	62 %	6	60 %

På samtliga avdelningar anges *PM/Riktlinjer* samt *Kollegor* som den primära kunskapskällan när det gäller inhämtande av ny kunskap kring postoperativa omvårdnadsåtgärder för att förebygga mediastinit (Tabell 4).

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att få in många svar under kort tid valdes enkätundersökning som lämplig metod för att ta reda på vilka omvårdnadsåtgärder som används av sjuksköterskor på olika sjukhus som utför öppen hjärtkirurgi (Billhult & Gunnarsson, 2012). I en enkätstudie sker det alltid ett bortfall av deltagare, för att öka validiteten kan forskarna dela ut en hög andel enkäter för att öka antal svar. Minimikravet per avdelning var 10 besvarade enkäter vilket ansågs vara en realistisk svarsfrekvens beräknat på antal tillfrågade sjuksköterskor för att kunna utvinna generaliserbar data. Ett problem som uppkom var att det var svårt att i förväg beräkna det totala antalet sjuksköterskor som skulle kunna delta i undersökningen på grund av organisatoriska faktorer som sjukskrivningar, deltidsanställningar samt användande av inhyrningspersonal.

På två avdelningar (avdelning 1 och 2) delades 30 enkäter ut för att försäkra att det skulle finnas tillräckligt med enkäter på plats. På en avdelning (avdelning 3) delade chefssjuksköterskan ut enkäter till sjuksköterskorna. På avdelning 1 blev det totalt 20 besvarade enkäter av 30 sjuksköterskor, på avdelning 2 blev det 13 svar av 25 sjuksköterskor och på avdelning 3 blev det 10 svar av 19 sjuksköterskor. I Sverige anses 70 - 75 procents svarsfrekvens vara acceptabel, dock är det oftast bara hälften som svarar på enkäter, för att få en högre svarsfrekvens brukar forskare få skicka ut påminnelser (Billhult & Gunnarsson, 2012). Internationellt anses att svarsfrekvensen i en enkätundersökning bör ligga över 50 procent (Baruch & Brooks, 2008). I en jämförelse av 490 enkätundersökningar var den genomsnittliga svarsfrekvensen 52,7 procent med en standardavvikelse på 20,4 procents (Baruch och Brooks, 2008). Andelen personer som besvarar enkäten har en betydelse för hur representativ den är för populationen (Troost, 2012).

Studien hade en total svarsfrekvens på 58,9 procent med en standardavvikelse på 14,6 procent. Svarsfrekvensen ansågs därför vara acceptabel, dock finns en risk för lägre tillförlitlighet än väntat, även om studiens resultat är omfattande kan det anses ha brister i sin generaliserbarhet till hela avdelningar. Svarsfrekvensen kan påverkas av sättet som deltagarna erhåller enkäten, hur de svarar på den samt hur de lämnar tillbaka den (Billhult & Gunnarsson, 2012). Fördelar med att lämna enkäten personligen kan vara att deltagarna kan ställa eventuella frågor om enkäten som kan redas ut på plats. En annan fördel är att vid överlämningen kunna motivera personalen till att besvara enkäten vilket ofta leder till högre svarsfrekvens (Troost, 2012).

På de avdelningar där forskarna har varit i direkt kontakt med chefssjuksköterskorna har studien och enkäten kunnat förklaras samt kunna svara på eventuella frågor vilket kan ha lett till en något högre svarsfrekvens. På avdelningen som mottog materialet via mail hade chefssjuksköterskan inte fått någon personlig presentation av studien annat än ett kort telefonsamtal och den information som står i projektplanen (bilaga 2). Även om informationen varit tillräcklig och chefssjuksköterskan hade möjlighet att höra av sig vid frågor kunde det finnas strukturella hinder så som tidsbrist, detta kan ha lett till högre risk för missförstånd för vad studien hade för syfte samt lägre svarsfrekvens.

För att ta reda på sjuksköterskors erfarenheter av omvårdnadsåtgärder samt hur de upplever att omvårdnadsåtgärderna påverkar arbetet med patienten skulle intervjuer kunna ha använts istället för enkäter. Intervjuer är lämpligt att använda då forskaren vill förstå fenomen och situationer, det är då deltagaren och dennes upplevelser som är i fokus (Danielson, 2012). Intervjuer ger oftast en hög svarsfrekvens och risken för att deltagarna ska missuppfatta frågorna är låg då forskaren kommunicerar direkt med deltagaren (Danielson, 2012). Intervjuer är både tids- och kostnadskrävande, de har ett lågt antal deltagare och svaren är individuella (Danielson, 2012). En sådan studiedesign hade inte svarat på denna studies syfte eftersom forskarna ville ha generaliserbar data som skulle kunna komma att användas i vidare forskning.

Valet till att använda öppna frågor i enkäten gjordes för att deltagarna skulle få svara med egna ord, detta lämnade utrymme för oförutsedda svar och frågorna ledde inte deltagarens tankar i en särskild riktning (Bryman, 2011). Forskarna kan på det sättet få reda på deltagarens befintliga kunskapsnivå samt hur viktig en fråga är för deltagaren. Öppna frågor passar bra för nya forskningsområden eller teman som forskaren inte är insatt i. De är även bra när forskaren vill komma fram till ett antal fasta svarsalternativ (Bryman, 2011). Nackdelar med öppna frågor i enkäten är att de kan besvara sådant som ej är relevant eller efterfrågas för studien och svaren måste kodas vilket tar tid. Det är tidskrävande och det kräver mycket av deltagaren att svara utförligt på frågorna vilket kan öka bortfallet, detta gäller framförallt postenkäter (Bryman, 2011). Problem vid mycket öppna frågor är att det blir svårt att jämföra svaren med varandra, därför är det inte alltid möjligt att kategorisera dem (Bryman, 2011).

Fördelar med slutna frågor i enkäten är att svaren blir lätta att bearbeta, de ökar jämförbarheten mellan svaren och slutna frågor klargör innebörden av en viss fråga för deltagaren (Bryman, 2011). Det är lätt att ställa dessa frågor och lätt att besvara dem, risken för variation mellan svaren minskar (Bryman, 2011). Nackdelar med slutna frågor i enkäten är att intressanta svar

som ligger mellan svarsalternativen uteblir (Bryman, 2011). Svarsalternativen kan ligga för nära varandra eller likna varandra för mycket och det kan bli svårt för deltagaren att veta vilket alternativ som stämmer in. Det kan bli svårt att få ett uttömmande svarsalternativ och svaren kan bli opersonliga. Deltagarnas tolkning av svarsalternativen kan ge olika svar och deltagaren kan känna irritation om det inte finns något svarsalternativen som passar in på dem (Bryman, 2011).

Det finns färdiga enkäter och dessa har ibland även mallar för att sammanställa resultaten, dessa är testade i tidigare studier och är konstruerade på så sätt att risken för att deltagarna missuppfattar frågorna är mycket liten (Billhult & Gunnarsson, 2012). Hade en redan färdig enkät använts hade data gått att jämföra med andra studier som använt samma enkät. Det finns för- och nackdelar med att konstruera egna frågor till en enkätstudie (Billhult & Gunnarsson, 2012). Fördelar kan vara att forskaren får möjlighet att ställa frågor för att få reda på specifika svar, längden på enkäten kan styras samt att det blir möjligt att välja vilken skala som ska användas för enkäten. Nackdelarna kan vara att det finns en risk att frågorna misstolkas, det är även lätt hänt att frågorna ställs på sådant sätt att de antingen blir svåra att sammanställa eller att de speglar forskarens betraktningssvinkel (Billhult & Gunnarsson, 2012). Precisionen i en enkät handlar om hur lätt det är att besvara och fylla i enkäten utifrån bland annat den typografiska designen (Trost 2012). I studien var det vissa som missade att besvara baksidan av enkäten, detta hade kunna förtydligats på förstasidan i form utav en text så som ”vänd blad” eller liknande. Objektiviteten i arbetet handlar om att de som kodar och läser in svaren matar in data utan att tolka in svaren eller använder sig av sin egen förförståelse (Trost 2012). Objektivitet erhöles i analysen genom att forskarna läste enkätsvaren individuellt. Svaren jämfördes och kunde sedan sammanställas.

I slutet av enkäten (bilaga 1) fanns det en punkt som hette ”övrigt” där deltagarna fick skriva vad de ville. Det är en öppen fråga som ofta förekommer i slutet av en enkät men som kan ha betydelse i arbetet (Trost, 2012). I en kvantitativ studie kan det vara av betydelse att ha en sådan sista fråga för att ge den som besvarar utrymme att avreagera sig och uttrycka åsikter om enkäten som kan vara av betydelse (Trost, 2012). En sjuksköterska kommenterade på ”övrigt” att den inte förstod vad som menades med omvårdnadsåtgärder. Oavsett hade personen skrivit att den använde sig av omvårdnadsåtgärder och besvarat frågorna. Detta ifrågasätter trovärdigheterna i svaren om personen i fråga inte förstod frågan i enkäten.

Endast i fråga 2 (Bilaga 1) hade alla sjuksköterskor (100 procent) på en avdelning (avdelning 2) svarat att de använder en viss omvårdnadsåtgärd (Tabell 2). I övriga frågor skiljde sig svarsfrekvensen. Detta kan tolkas som att sjuksköterskorna inte följer samma rutiner och att vården är inkonsekvent. Med en annan studiedesign till exempel en enkät med färdiga svarsalternativ kan det tänkas att resultatet hade sett annorlunda ut då det finns en möjlighet att sjuksköterskorna glömt nämna vissa omvårdnadsåtgärder när de svarade på enkäten.

Slutsatsen för metoddiskussionen är att studiens design i vissa avseenden var bristfällig eftersom svarsfrekvensen var låg, denna tros bero främst på den korta tiden som enkäten var ute hos deltagarna. Dessutom finns det en risk för missuppfattning dels då vissa interventioner inte alltid betraktas som omvårdnadsåtgärder och dels då vissa deltagare kan ha förklarat mer generellt om omvårdnadsåtgärder som används vid förebyggande av sårinfektioner. En faktor till detta kan vara att deltagarna av någon anledning inte läste igenom den information som följde med enkäten. Dock anses ändå svaren vara relevanta för syftet och resultaten kan komma att användas i fortsatta studier för att komplettera kunskapen i området.

Resultatdiskussion

Resultaten har visat att sjuksköterskan använder olika postoperativa omvårdnadsåtgärder för att förebygga mediastinit hos sternotomerade patienter. Ytterligare resultat har visat att det finns faktorer som påverkar användandet av de postoperativa omvårdnadsåtgärderna.

För att kunna minska antalet patienter som får mediastinit måste vårdpersonalen vara medveten om vilka risker som finns för insjuknandet (Mathias, 2008). Det är bland annat viktigt att informera patienten och anhöriga om infektionstecken och symtom, samt att patienten kontaktar sjukvården direkt vid dessa symtom om patienten är hemskrivna (Mathias, 2008). Av tillfrågade sjuksköterskor tyckte 15 - 20 procent att patienterna får *för lite information* om sitt sjukdomstillstånd och riskfaktorer vilket kan påverka omvårdnadsåtgärdernas verkan. Hög arbetsbelastning och hög vårdtyngd leder till att patientsäkerheten försämras, något som leder till att risken för vårdskador eller utebliven vård ökar (Nishizaki, 2010). Runt 30 procent av tillfrågade sjuksköterskor ansåg att *hög arbetsbelastning, stress* och *bristande rutiner* var faktorer som hämmade omvårdnadsåtgärdernas verkan.

För att kunna förebygga mediastinit är det också viktigt att identifiera riskpatienterna i tid (Al-Zaru, Ammouri, Al-Hassan och Amr, 2010). På samtliga tre avdelningar så var det ingen som skrev att det är en viktig del i de postoperativa omvårdnadsåtgärderna att upptäcka riskpatienter.

Det kan bero på att den preoperativa utredningen innan en patient i Sverige genomgår thoraxkirurgi är omfattande och riskpatienter redan är identifierade.

Operationsområdet där det sterila förbandet ligger över och skyddar ska inte öppnas för än 24 till 48 timmar efter operation (Mathias, 2008). När förbandet ska läggas om skall steril teknik användas och handtvätt före och efter kontakt med operationsområdet är av stor vikt för att undvika kontaminering (Mathias, 2008). På två av tre avdelningar (avdelning 1 och 3) uppgav sjuksköterskor *sterila omläggningar* som preventiva omvårdnadsåtgärder för att förebygga mediastinit. Steril omläggning och användande av antiseptiska medel på bidrar till att sänka andelen mikroorganismer i sårområdet vilket minskar risken för att patienten drabbas av mediastinit (Kohut, 2008). På en av tre avdelningar (avdelning 3) svarade 70 procent av de tillfrågade sjuksköterskorna att de ansåg att *basala hygienrutiner* är en preventiv omvårdnadsåtgärd. Genom noggrann handtvätt och användande av samt tillgång till antiseptiska produkter kan uppkomst av mediastinit förhindras (Kohut, 2008). Täta blodsockerkontroller är också en viktig del i det preventiva arbetet för att förhindra uppkomst av mediastinit (Mathias, 2008). På en av tre avdelningar (Avdelning 2) svarade 54 procent av de tillfrågade sjuksköterskorna att *blodsockerkontroller* är en omvårdnadsåtgärd för att förebygga mediastinit. Höga blodsockervärden höjer risken för alla infektioner, både bland diabetiker men även bland patienter utan diabetes (Kohut, 2008). Därför har det blivit vanligt med blodsockerkontroller på hjärtopererade patienter upp till två dagar efter operation (Kohut, 2008).

Patienter som genomgått sternotomi skall efter operation följa vissa Mobiliseringsrestriktioner (Irons, Hoffman, Elliott & Linnaus, 2012). Patienterna får inte lyfta objekt tyngre än 4,5 kilo med armarna, armarna får röras fritt så länge detta sker smärtfritt, mobilisering i säng till sittande och från sittande till stående skall göras utan att belasta armarna. Vid mobilisering i trappor eller liknande får patienten använda räcken till stöd, patienterna får även använda rollator vid behov men då endast som stöd, utan att belasta armarna (Irons, Hoffman, Elliott & Linnaus, 2012). På två avdelningar (avdelning 1 och 2) ansåg runt 45 procent av sjuksköterskorna att *Mobiliseringsrestriktioner* är den viktigaste postoperativa omvårdnadsåtgärder för att förebygga mediastinit.

På en avdelning (avdelning 1) angav 85 procent att de använder *Information till patienten* som en omvårdnadsåtgärd. På två av tre avdelningar (avdelning 1 och 3) anser 70 - 80 procent att *Information till patienterna* är en viktig faktor som främjar patienternas tillfrisknande.

Fysioterapeuterna är en del i avdelningarnas vårdteam och i deras arbetsområde ingår patientundervisning om till exempel mobiliseringsrestriktioner och andningsträning (Irons, Hoffman, Elliott & Linnaus, 2012). På avdelningen får patienten hjälp av fysioterapeuterna att komma igång med rehabiliteringen, dock varierar antalet tillfällen som patienter får ta del av. En deltagare ansåg att patienterna behöver mer tid med fysioterapeuterna. Postoperativt krävs det mycket resurser och tid att mobilisera patienterna, särskilt när de ska hålla sig till de restriktioner som fysioterapeuterna utbildat patienterna i. Detta kan vara en anledning till varför 50 - 60 procent av sjuksköterskorna anser att *Mobiliseringsrestriktioner* är den omvårdnadsåtgärd som patienterna har svårast att följa. Fysioterapeuter använder sig av interventioner som sedan används på avdelningarna, utformningen och användning av dessa interventioner skiljer sig inte särskilt mellan kliniker i Sverige (Westerdahl & Möller, 2010).

Som tidigare beskrivet är Postthorax-västen en omvårdnadsåtgärd som används för att förhindra sternuminstabilitet och mediastinit (Gorlitzer et al., 2010). På de avdelningar som använder Postthorax-västen ansåg 69-75 procent av de tillfrågade sjuksköterskorna att de använder västen som en omvårdnadsåtgärd för att förebygga mediastinit hos sternotomerade patienter. På en avdelning (avdelning 2) var det 31 procent som ansåg att västen är den näst viktigaste omvårdnadsåtgärden och 38 procent som ansåg att Postthorax-västen är den omvårdnadsåtgärd som patienterna är mest motiverade att delta i. Dock uppgav runt 15 procent av sjuksköterskorna på avdelning 1 och 2 att patienterna har svårt att följa användningsrutinerna kring västen. Riskpatienter, till exempel patienter som lider av kronisk obstruktiv lungsjukdom, löper högre risk att drabbas av sternal instabilitet och sårruptur efter sternotomi vilket kan leda till mediastinit (Celik, Kirbas, Gurer, Yildiz & Isik, 2011). Patienter i riskgruppen som använder Postthorax-västen uppvisar en lägre incidens av sårrupturer och instabilitet, bland de patienter som ändå drabbas sjunker mortaliteten markant. Användandet av västen i kombination med andra preventiva insatser ökar den förebyggande effekten, detta leder till kortare vårdtid och lägre kostnader för vården (Celik et al., 2011). Dock är inte Postthorax-västen konstruerad för alla människor, främst överviktiga kvinnor har svårt att använda västen korrekt, detta leder ofta till att denna patientgrupp blir utan väst. Därför är det viktigt att fler behandlingsalternativ tas fram för att kunna tillgodose alla patientgrupper (Celik et al., 2011). Till exempel skulle västar kunna konstrueras för att bättre tillmötesgå patienters individuella skillnader vad gäller kroppsform.

Postoperativ smärta är problematiskt för patienten, det påverkar sår läkningen negativt, orsakar patienten ett lidande och fördröjer återhämtningen (Ene, Nordberg, Bergh, Johansson, & Sjöström, 2008). Patienter som har en god smärtlindring har bättre förutsättningar till att upprätthålla och aktivera sig i form utav mobilisering (Ene et al., 2008). På samtliga tre avdelningar så uppgav 10-31 procent av sjuksköterskorna att smärtlindring är en del av omvårdnadsåtgärderna som används. På Avdelning 2 uppger 38 procent av tillfrågade sjuksköterskor att smärtlindring är en förutsättning för att omvårdnadsåtgärderna ska fungera bra på patienten. På Avdelning 1 uppger 10 procent och på Avdelning 2 uppger 46 procent av sjuksköterskorna att smärta är ett hinder för att omvårdnadsåtgärderna ska fungera. Sjuksköterskan kan ibland uppleva att patienten har en god smärtlindring fast patientens upplevelse kan vara en annan (Ene et al., 2008). Postoperativ smärta ses ibland som en del utav den postoperativa upplevelsen både från patientens och sjuksköterskans sida (Ene et al., 2008).

Postoperativ förvirring och kognitiv nedsättning uppges enligt 30 - 50 procent av sjuksköterskorna vara faktorer som hindrar omvårdnadsåtgärders verkan och påverkar patientens tillfrisknande negativt. Patienter som drabbas av postoperativ förvirring löper en högre risk för att drabbas av vårdrelaterade komplikationer så som fall (Mangusan, Hooper, Denslow & Travis, 2015). Patienter som drabbas av postoperativ förvirring kräver även längre sjukhusvård, både på postoperativa vårdavdelningar men även på rehabiliterings avdelningar samt hemsjukvård. Den viktigaste preoperativa åtgärden är att i tid upptäcka patienter som är i risk att drabbas av postoperativ förvirring, därefter bör individuella vårdplaner göras (Mangusan et al. 2015). Användning av läkemedel som ökar risken för postoperativ förvirring bör begränsas. Sjuksköterskan har en central roll i upptäckande och behandling av postoperativ förvirring, därför har fortsatt utbildning kring prevention och behandling hög prioritet (Mangusan et al. 2015).

Hinder som ligger till grund för omvårdnadsåtgärdernas verkan på patienten (Figur 10) kan tolkas som organisatoriska faktorer så som, slut på sårvårdsmaterial, dåligt samarbete mellan personalgrupper, olika information till patienten, patienten får ej tillräckligt med hjälp att sköta hygien, för lite information och dålig kommunikation till patienten, hög arbetsbelastning, bristande rutiner och stress. Det finns sambandsfaktorer mellan personalhälsa och kvalitén på vården till patienterna (Hussein, 2014). En god organisatorisk hälsa inom alla personalkategorier på arbetsplatsen för med sig en vård med bra utfall för patienterna (Hussein, 2014). Genom att förstå sig på vilka hälsofaktorer som påverkar personalens välmående kan

chefer på arbetsplatsen påverka arbetsmiljön till att främja detta. Faktorer som påverkar personalhälsan negativt är bland annat hög arbetsbelastning, stress och mental utmattning, vilket bidrar till att patientsäkerheten sänks. Om arbetsplatsen däremot har ett bra lagarbete mellan personalkategorierna, personal som känner sig motiverad och som får möjlighet till kompetensutveckling samt upplever ett trivsamt arbetsklimat blir utfallet ett annat (Hussein, 2014).

Slutsats

Resultaten har visat vilka postoperativa omvårdnadsåtgärder för att förebygga mediastinit som sjuksköterskor uppger sig använda på sternomerade patienter. Överlag skiljer det sig mellan olika avdelningar men generellt anges *Mobiliseringsrestriktioner* som bland de viktigaste omvårdnadsåtgärderna. Den största skillnaden på avdelningen som inte använder Postthorax-västen jämfört med avdelningar som använder västen är att *Information* anges som en specifik omvårdnadsåtgärd. Vårdpersonalen på avdelningen som inte använder väst kan behöva påminna patienten om *Mobiliseringsrestriktioner* och tekniker som ska användas vid förflyttning och hosta i högre grad än på avdelningar som använder väst. Då patienten har en väst på sig kan det bli lättare att komma ihåg att följa mobiliseringsrestriktionerna samt att patienten inte i lika hög grad är i behov av hosttekniker. Detta kan leda till att personalen antar att patienten följer anvisningarna och därmed inte påminner i lika hög grad. På avdelningen som inte använder väst är patienter som lider av kognitiv nedsättning eller postoperativ förvirring en stor riskgrupp. Det kan vara att de i högre grad är oförmögna att följa anvisningar. Postthorax-västen kan användas på denna patientgrupp vilket gör att vissa riskfaktorer minskar. Det kan vara anledningen till att färre sjuksköterskor på avdelningar som använder väst anger kognitiv nedsättning eller postoperativ förvirring som en faktor som hämmar omvårdnadsåtgärders effekt.

Klinisk betydelse

Studien har visat att sjuksköterskor uppger att de använder olika postoperativa omvårdnadsåtgärder för att förebygga mediastinit på thoraxkirurgiska vårdavdelningar vilket kan visa på en inkonsekvent vård. Studien har kommit fram till att sjuksköterskor upplever att det finns faktorer som främjar och faktorer som hämmar omvårdnadsåtgärdernas verkan. Data från denna studie kan användas för att öka medvetenheten kring användandet av omvårdnadsåtgärder inom thoraxkirurgi. Denna studie kan bidra till att nya frågeställningar

lyfts fram, något som kan leda till förbättrande av postoperativa rutiner på thoraxkirurgiska vårdavdelningar.

Förslag på vidare forskning

Eftersom Postthorax-västen är en ny omvårdnadsåtgärd som inte är implementerad på alla thoraxkirurgiska vårdavdelningar vore det intressant att vidare undersöka hur västen har förändrat både sjuksköterskan arbetssätt och patientens vårdupplevelse.

Författarnas insatser

Författarna har ett gemensamt intresse för postoperativ vård vilket startade samarbetet. N.K. har bidragit med att kontakta vårdavdelningarna. Gemensamt har författarna skött den fortsatta kommunikationen med vårdavdelningarna. Datainsamling och framställning av enkätfrågor gjordes gemensamt. N.K. bidrog med revidering av enkätfrågorna och J.A. granskade kurslitteratur. Datainsamling skedde gemensamt, N.K. bidrog med dataanalys och framställning av resultat. J.A. bidrog med en djup granskning och analys av litteratur inom forskningsämnet. Forskarparet har gemensamt diskuterat metod och resultat. Forskarparet känner sig nöjda med samarbetet och sina insatser.

REFERENSER

- Al-Zaru, I., Ammouri, A., Al-Hassan, M. & Amr, A. (2010). Risk factors for deep sternal wound infections after cardiac surgery in Jordan. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(13/14), 1873-1881.
- Atkins, Z. & Wolfe, W. (2012). Sternal Wound Complications Following Cardiac Surgery, *Special Topics in Cardiac Surgery*, 283-308.
- Baruch, Y. & Brooks, H. (2008). Survey response rate levels and trends in organizational research. *Human Relations*. 61; 1139. DOI: 10.1177/0018726708094863
- Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Enkäter. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Bosen, D. & Mackavich, S. (2006). Managing mediastinitis after cardiac surgery. *Nursing*, 36(8), 64cc1-4.
- Bryan, C. S., & Yarbrough, W. M. (2013). Preventing deep wound infection after coronary artery bypass grafting: a review. *Texas Heart Institute Journal / From The Texas Heart Institute Of St. Luke's Episcopal Hospital, Texas Children's Hospital*, 40(2), 125-139.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber.
- Bujan, A., Zampieron, A., Cavalet, S., Chiffi, D., Sandonà, P., Vinelli, A., & ... Baldo, V. (2012). An update review on risk factors and scales for prediction of deep sternal wound infections. *International Wound Journal*, 9(4), 372-386. doi:10.1111/j.1742-481X.2011.00896.x
- Cahalin, L. P., LaPier, T. K. & Shaw, D. K. (2011). Sternal precautions: is it time for change? Precautions versus restrictions -- a review of literature and recommendations for revision. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal (American Physical Therapy Association, Cardiopulmonary Section)*, 22(1), 5-15.
- Celik, S., Kirbas, A., Gurer, O., Yildiz, Y., & Isik, O. (2011). General thoracic surgery: Sternal dehiscence in patients with moderate and severe chronic obstructive pulmonary disease undergoing cardiac surgery: The value of supportive thorax vests. *The Journal Of Thoracic And Cardiovascular Surgery*, 1411398-1402. doi:10.1016/j.jtcvs.2011.01.042

Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Diskrimineringsombudsmannen (2012). *Rätten till sjukvård på lika villkor: rapport*. Stockholm: Diskrimineringsombudsmannen (DO).

El Oakley, M., Wright, J.E (1996). Postoperative Mediastinitis: Classification and Management. *Annals of Thoracic Surgery*, 61, 1030-6.

Ene, K., Nordberg, G., Bergh, I., Johansson, F., & Sjöström, B. (2008). Postoperative pain management - the influence of surgical ward nurses. *Journal Of Clinical Nursing*, 17(15), 2042-2050. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02278.x

Fleck, T.M., Fleck, M., Moidl, R., Czerny, M., Koller, R., Giovanoli, P., & Grabenwoger, M. (2002). The vacuum assisted closure system for the treatment of deep sternal wound infections after cardiac surgery. *The Annals of Thoracic Surgery*, 74, 1596-1600.

Florin, J. (2013). Förord till en svenska utgåvan. I T. Heather Herdman (Red.), *Omvårdnadsdiagnoser: Definitioner och klassifikationer* (s. 25-26). Lund: Studentlitteratur.

Gorlitzer, M., Wagner, F., Pfeiffer, S., Folkmann, S., Meinhart, J., Fischlein, T., Reichenspurner, H. & Grabenwoeger, M. (2010). A prospective randomized multicenter trial shows improvement of sternum related complications in cardiac surgery with the Posthorax support vest. *Interactive Cardiovascular And Thoracic Surgery*, 10(5), 714-718. doi:10.1510/icvts.2009.223305

Gorlitzer, M., Wagner, F., Pfeiffer, S., Folkmann, S., Meinhart, J., Fischlein, T., Reichenspurner, H. & Grabenwoeger, M. (2013) Prevention of sternal wound complications after sternotomy: results of a large prospective randomized multicentre trial. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*, 17(3), 515-522.

Gårdlund, B., Bitkover, C.Y. & Vaage, J. (2002) Postoperative mediastinitis in cardiac surgery — microbiology and pathogenesis. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, 21(5), 825-830.

Hjärt-Lungfonden. (2013). *Hjärtrapporten 2013: En sammanfattning av hjärthälsoläget i Sverige*. Stockholm: Hjärt-Lungfonden Från https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Rapporter/Hjartrapport_2013.pdf

- Hussein, A. (2014). Relationship between nurses' and physicians' perceptions of organizational health and quality of patient care. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 20(10), 634-642.
- Hörnsten, Å. (2013). *Översikt: Patientcentrerad vård*. Hämtad 5 juni, 2015, från Vårdhandboken, <http://www.vardhandboken.se/Texter/Personcentrerad-varld/Oversikt/>
- Irons, S. L., Hoffman, J. E., Elliott, S., & Linnaus, M. (2012). Functional outcomes of patients with sternectomy after cardiothoracic surgery: a case series. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal (American Physical Therapy Association, Cardiopulmonary Section)*, 23(4), 5-11.
- Jernberg, T. (2013). *Årsrapport SWEDEHEART 2012: Utgiven 2013*. Hämtad 16 april 2015 från http://www.ucr.uu.se/swedeheart/index.php/dokument-sh/arsrapporter/doc_download/226-swedeheart-arsrapport-2012-svenska
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Kohut, K. (2008). *APIC Elimination guide: A guide to the elimination of mediastinitis surgical site infections following cardiac surgery*. Washington: APIC
- Leandro-Merhi, V. A., & Braga de Aquino, J. L. (2014). Determinants of Malnutrition and Post-operative Complications in Hospitalized Surgical Patients. *Journal Of Health, Population & Nutrition*, 32(3), 400-410.
- Lunney, M. (2013). Bedömning, klinisk värdering och omvårdnadsdiagnoser: Att ställa korrekta diagnoser. T. Heather Herdman (Red.), *Omvårdnadsdiagnoser: Definition och klassifikation* (s. 107-122). Lund: Studentlitteratur.
- Mathias, J. (2008). Mediastinitis: targeting zero infections. *OR Manager*, 24(6), 20-21.
- Mangusan, R. F., Hooper, V., Denslow, S. A., & Travis, L. (2015). Outcomes associated with postoperative delirium after cardiac surgery. *American Journal Of Critical Care*, 24(2), 156-163. doi:10.4037/ajcc2015137
- Mediastinitis. (2014). *Encyclopædia Britannica: Research Starters* [serial online]. Hämtad 16 april 2015, Från: Ebsco Host.

Mokhtari, A. (2008). *Vacuum-assisted closure therapy after cardiac surgery: sternal stability, cost of care, learning curve and hemodynamic outcome*. Diss. (sammanfattning) Lund : Lunds universitet, 2008. Lund.

Morton, P.G. & Fontaine, D.K. (2013). *Critical Care Nursing: a holistic approach*. (10:th International ed.). Philadelphia: Williams & Wilkins.

Nishizaki, Y., Tokuda, Y., Sato, E., Kato, K., Matsumoto, A., Takekata, M. & Ishikawa, R. (2010). Relationship between nursing workloads and patient safety incidents. *Journal Of Multidisciplinary Healthcare*, 349-54.

Posthorax. (2010). *Patient information*. Slovakia: Posthorax Från http://www.posthorax.com/download.php?p=/pages/patient_information/media/Patient_Information_2010-10_EN.pdf

Priebe, G. & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar: Grundläggande vetenskapsteori. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Ridderstolpe, L., Gill, H., Borga, M., Rutberg, H., & Åhlfeldt, H. (2005). Canonical Correlation Analysis of Risk Factors and Clinical Outcomes in Cardiac Surgery. *Journal Of Medical Systems*, 29(4), 357. doi:10.1007/s10916-005-5895-9

Rupprecht, L. & Schmid, C. (2013). Deep Sternal Wound Complications: An Overview of Old and New Therapeutic Options. *Open Journal Of Cardiovascular Surgery*, (6), 9-19.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad 4 april, 2015, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

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

Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård: Stöd för styrning och ledning remissversion*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Tammelin, A. & Hambræus, A. (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner*. Socialstyrelsen.

Trost, J. (2012). *Enkätboken*. (4., uppdaterade och utök. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Westerdahl, E., & Möller, M. (2010). Physiotherapy-supervised mobilization and exercise following cardiac surgery: a national questionnaire survey in Sweden. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 5, 67. doi:10.1186/1749-8090-5-67

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

World Health Organisation. (2014). *Global Status Report: on noncommunicable diseases*. Switzerland: World Health Organisation. Från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1

BILAGOR

Bilaga 1

Frågeformulär om omvårdnadsåtgärder

Antal år som verksam sjuksköterska på thoraxkirurgisk avdelning

0-1 år 1-2 år 2-3 år Mer är 3 år Vill ej uppge

MAN KVINNA

1. Använder du som sjuksköterska några omvårdnadsåtgärder postoperativt på sternotomerade patienter för att förebygga mediastinit?

JA NEJ Om NEJ, gå vidare till fråga 8.

2. Om JA, vilka omvårdnadsåtgärder?

3. Vilken omvårdnadsåtgärd anser du att patienten är mest motiverad att delta i?

4. Vilka faktorer anser du är viktigast för att omvårdnadsåtgärderna ska fungera på patienterna?

5. Vilka omvårdnadsåtgärder anser du att patienterna har svårt att följa?

6. Vilka hinder anser du att det finns för att omvårdnadsåtgärderna ska fungera på patienterna?

7. Ange de omvårdnadsåtgärder du tycker är viktigast i rangordning

1. _____
2. _____

8. Anser du att det saknas någon omvårdnadsåtgärd?

JA NEJ

9. Om JA, Vad och Varför?

10. Hur skaffar du dig kunskap om rutiner och åtgärder för preventiva metoder på sternotomerade patienter för att förebygga mediastinit?

PM/Riktlinjer Kollegor Utbildning Annat _____

11. Övrigt

Tack för Din medverkan!

Bilaga 2



Projektplan examensarbete 15 högskolepoäng inom omvårdnad vid Röda Korsets Högskola

Titel: Omvårdnadsåtgärder som prevention mot mediastinit efter sternotomi

Bakgrund

Vid postoperativ kirurgisk vård behövs åtgärder som förebygger eller minskar risken, prevention, för att drabbas av komplikationer, traditionellt sett har medicinsk prevention varit det primära. I takt med sjuksköterskeprofessionens framfart har även preventioner inom sjuksköterskans yrkesområde omvårdnad vuxit fram. Sjuksköterskan kan använda särskilda omvårdnadsåtgärder för att förebygga eller hindra risken för komplikationer tillsammans med läkarnas medicinska preventioner. Syftet med denna studie är att på thoraxkirurgiska vårdavdelningar undersöka sjuksköterskors befintliga kunskaper och om de använder sig av omvårdnadsåtgärder för att förebygga mediastinit på patienter som genomgått sternotomi.

Projektet

Under vårterminen 2015 avser vi att undersöka Omvårdnadsåtgärder som prevention mot mediastinit efter sternotomi. Undersökningen och datainsamlingen skall ligga till grund för vårt examensarbete på 15 högskolepoäng inom huvudområdet omvårdnad vid sjuksköterskeprogrammet vid Röda Korsets Högskola.

Genomförande

Datainsamlingen kommer ske på vårdavdelningen, deltagarna skall i den mån det går sitta enskilt. Deltagarna skall fylla i en enkät som delas ut på vårdavdelningen, enkäten tar ca 15 minuter att göra.

Enkäten kommer finnas tillgänglig under ca en veckas tid för att så många sjuksköterskor som möjligt skall få möjlighet att delta.

Deltagandet i enkätstudien är konfidentiellt. Deltagarna kommer få ta del av skriftlig information och måste skriva under ett samtyckesformulär för att kunna medverka i studien. Enkätsvaren kommer hållas anonyma genom att enkäterna och samtyckesformulären förvaras separat, det kommer inte kunna gå att koppla ihop deltagare med deras svar. Svarsstatistik kommer redovisas efter studiens gång.

Datainsamlingen genomförs i samförstånd med respektive vårdavdelnings sjuksköterskor och chefssjuksköterska.

Författarna till examensarbetet under ledning av handledare vid högskolan bearbetar, redovisar materialet. Högskolan förvaltar materialet. Författarna har full publiceringsrätt till studien om inte annat avtalas. Vi kommer att återskoppla resultaten av undersökningen till berörda verksamheter.

Uppsatsprojektet är granskat och godkänt av Högskolans granskningsnämnd för empiriska studentarbeten. D-nr 8/4-2015

Stockholm den 08-04-2015

Nick Kugel
Sjuksköterskestuderande

Jolinn Axelsson
Sjuksköterskestuderande

Catharina Ahlin
catharina.ahlin@rkh.se

Röda Korsets Högskola
Box 55 676
102 15 Stockholm

Bilaga 3

Information och samtyckesformulär rörande studie

Omvårdnadsåtgärder som prevention mot mediastinit efter sternotomi

Du har blivit tillfrågad om att delta i en enkätundersökning. Det är frivilligt att delta och du kan avsluta ditt deltagande när som helst om du ångrar dig, men innan Du fattar ett beslut ber jag/vi Dig läsa igenom denna information noggrant.

Bakgrund

Vid postoperativ kirurgisk vård behövs åtgärder som förebygger eller minskar risken, prevention, för att drabbas av komplikationer, traditionellt sett har medicinsk prevention varit det primära. I takt med sjuksköterskeprofessionens framfart har även preventioner inom sjuksköterskans yrkesområde omvårdnad vuxit fram. Sjuksköterskan kan använda särskilda omvårdnadsåtgärder för att förebygga eller hindra risken för komplikationer tillsammans med läkarnas medicinska preventioner.

Syfte

Syftet med denna enkät är att på thoraxkirurgiska vårdavdelningar undersöka sjuksköterskors kunskaper om patienternas omvårdnadsbehov och omvårdnadsåtgärder för att förebygga mediastinit på patienter som genomgått sternotomi.

Antal deltagare

Denna enkät riktar sig till legitimerade sjuksköterskor som arbetar på thoraxkirurgisk vårdavdelning. Det totala antalet deltagande bestäms av andelen anställda sjuksköterskor på avdelningen då en så hög svarsfrekvens som möjligt önskas uppnås.

Projektets upplägg

Ett deltagande i denna enkätstudie innebär att du först får fylla i bakgrundsfaktorer, därefter får Du kort besvara ett antal frågor om din erfarenhet av omvårdnadsåtgärder som prevention av mediastinit. Enkäten tar ca 20 minuter att genomföra.

Svaren kommer att presenteras statistiskt. Enkäten skall i den mån det går fyllas i enskilt.

Sekretess

Deltagandet i enkäten är konfidentiellt och svaren kommer behandlas anonymt. Den färdigifyllda enkäten och samtyckesformuläret läggs i separata kuvert för att omöjliggöra identifiering. Representanter från skolans etikprövningsnämnd kan eventuellt komma att genomföra en granskning av studien och dess innehåll, dock utan tillgång till deltagarnas personuppgifter.

Frivilligt deltagande

Din medverkan i denna studie är helt frivillig. Du kan när som helst och utan närmare förklaring avbryta Ditt deltagande.

Ytterligare information

Vill du ha ytterligare information angående denna undersökning kan Du vända Dig till:

Jolinn Axelsson
Sjuksköterskestuderande
Röda Korsets Högskola
jolinn.axelsson@gmail.com

Nick Kugel
Sjuksköterskestuderande
Röda Korsets Högskola
nick.s.kugel@gmail.com

Handledare

Catarina Ahlin
Röda Korsets Högskola
catharina.ahlin@rkh.se

Samtyckesformulär rörande studie

Omvårdnadsåtgärder som prevention mot mediastinit efter sternotomi

Jag har informerats om forskningsprojektet och tagit del av den skriftliga informationen. Jag har fått tillfredsställande svar på mina frågor och haft tid att fatta mitt beslut. Jag samtycker till att delta i projektet och känner till att mitt deltagande är helt frivilligt samt att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Jag har informerats om och samtycker även till att studieansvariga för projektet, oberoende granskare och eventuella granskare från etikprövningsnämnden får behandla uppgifter om mig för de ändamål som framgår av den skriftliga informationen. Om jag väljer att avbryta mitt deltagande i studien kommer inga fler uppgifter om samlas in men forskaren får rätten att använda data fram till tidpunkten när jag väljer att avbryta.

Samtyckesformulär bifogas svarsenkäten i ett separat kuvert.

.....
Namnteckning

.....
Datum

.....
Namnförtydligande