



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

PERIFER VENKATETER

**SJUKSKÖTERS KUNSKAP OCH
FÖLJSAMHET**

-EN EMPIRISK STUDIE

**ANNA EDSTRÖM
MARINA STEFANOVIC**

PERIFER VENKATETER

SJUKSKÖTERSANS KUNSKAP OCH FÖLJSAMHET -EN EMPIRISK STUDIE

ANNA EDSTRÖM
MARINA STEFANOVIC

Edström, A & Stefanovic, M. Perifer venkateter. Sjuksköterskans kunskap och följsamhet. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad 2011.

Perifer venkateter är en vanlig medicinsk produkt som handhas av läkare eller sjuksköterskor. Rätt kunskap och tillvägagångssätt hos behandlande vårdpersonal kan minska risken för komplikationer, såsom tromboflebit. *Syftet* med denna studie var att undersöka sjuksköterskors kunskap om, och följsamhet gentemot, riktlinjer avseende perifer venkateter. *Metod:* studien genomfördes med en kvantitativ ansats och 26 sjuksköterskor deltog i en enkätundersökning. *Resultatet* visade att sjuksköterskorna hade god kunskap avseende prevention för komplikation vid användning av perifer venkateter, val av placering samt dokumentation på förbandet. De visade däremot bristfällig kunskap avseende den basala handhygien, injektionsporten, blodprovstagning samt inspektion av perifer venkateter. Resultatet tyder på att en tredjedel av sjuksköterskorna har bristfällig kunskap och därmed bristfälligt efterföljande av riktlinjer.

Nyckelord: Följsamhet gentemot riktlinjer, kunskap, perifer venkateter.

PERIPHERAL CATHETERIZATION

NURSES´ KNOWLEDGE AND ADHERENCE -AN EMPIRICAL STUDY

ANNA EDSTRÖM
MARINA STEFANOVIC

Edström, A & Stefanovic, M. Peripheral catheterization. Nurses´ knowledge and adherence. *Degree Project, 15 Credit Points*. Nursing Program, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing 2011.

Peripheral catheterization is a common medical product, used by doctors or nurses. Right knowledge and approach could prevent complications such as thrombophlebitis. The *aim* of this study was to investigate nurses´ knowledge and guideline adherence in reference to peripheral catheterization. *Method*: a quantitative structure was used and 26 nurses participated in the survey. The *results* showed that the nurses had good knowledge on prevention of complication when using peripheral catheterization, the choice of placement and documentation on the dressing. However, the nurses showed inadequate knowledge regarding the basic hand hygiene, injection port, blood sampling and inspection of the peripheral catheterization. The result indicate that one third of the informants have insufficient knowledge and thereby inadequate guidelines adherence.

Keywords: Guideline adherence, knowledge, peripheral catheterization

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Prevention	4
Storlek och placering	4
Skötsel	5
Tidsintervall för byte av PVK	5
Komplikationer	5
Dokumentation	6
Sjuksköterskans kunskap	6
Följsamhet gentemot riktlinjer	6
SYFTE	7
METOD	7
Urval	7
Instrument	7
Genomförande	8
Dataanalys	8
Etiska övervägande	8
Figur 1	9
RESULTAT	10
Diagram 1	10
Diagram 2	10
Prevention för komplikation	11
Diagram 3	11
Storlek och placering	12
Skötsel, tidsintervall och dokumentation	12
Diagram 4	13
Sjuksköterskans kunskap och följsamhet gentemot riktlinjer	13
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	16
Prevention för komplikation	16
Storlek och placering	16
Skötsel, tidsintervall och dokumentation	17
Sjuksköterskans kunskap och följsamhet gentemot riktlinjer	18
KONKLUSION OCH FRAMTIDA VÄRDE	18
REFERENSER	20
BILAGOR	22

INLEDNING

Perifer venkateter (PVK) är en vanlig medicinsk produkt som handhas av läkare eller sjuksköterskor (Holmdahl, 2008) med indikation att tillföra läkemedel, infusion, upprätthålla eller korrigera vätske- och elektrolytbalans, tillgång till fri venväg i ett akut skede och ge transfusion av blod och blodkomponenter (Björkman & Karlsson, 2008). Årligen används det ungefär fem miljoner PVK i Sverige (SBU, 2005), därför är rätt tillvägagångssätt hos behandlande personal viktigt för att minska vårdrelaterade komplikationer (Socialstyrelsen, 2005). Var god se ”bilaga 1” för bild av PVK.

BAKGRUND

Vårdhandboken (2010), som är handbok för hälso- och sjukvårdspersonal och har kvalitetsgranskat innehåll, skriver att risken för infektioner är liten när PVK appliceras och användes. Trots det inträffar allvarliga komplikationer årligen, såsom sepsis (Karolinska Universitetssjukhuset, 2007) och mindre allvarliga komplikationer, såsom tromboflebit eller smärta, vilka kan leda till onödigt lidande för patienten (Björkman & Karlsson, 2008).

Prevention

Varje PVK kan bli en inkörsport för bakterier och mikroorganismer. För att i största mån undvika infektioner ska sjuksköterskan tillämpa basala hygienrutiner, insättnings- och skötselanvisningar avseende PVK enligt Socialstyrelsens riktlinjer (Björkman & Karlsson, 2008).

För att förhindra att PVK rubbas ur sitt läge och därigenom ger upphov till mekanisk retning av kärlväggen och omgivande hud är det viktigt att PVK är säkert fixerad (Holmdahl, 2008). Detta görs lättast då ett transparent förband appliceras tätt och utan veck över insticksstället, eftersom veck är en grogrund för bakterier (Björkman & Karlsson, 2008). Smutsiga, illaluktande och fuktiga förband ska bytas och skyddslocken till infarterna förslutas när de inte används (Karolinska Universitetssjukhuset, 2007).

Även en välinformerad patient kan minska risken för komplikationer, då denne kan uppmärksamma sjuksköterskan på eventuella avvikelser av det normala förloppet (Karolinska Universitetssjukhuset, 2007). Incidensen av tromboflebit, i samband med PVK som inrapporterats, varierar mellan olika studier allt från 5,3 % - 77,5 %. Den vida bredden kan bero på olikheter i bedömningen av tromboflebit symtom (SBU, 2005).

Storlek och placering

För att få ett bra blodflöde runt en venkateter skall en så kort och tunn PVK som möjligt användas. Detta minskar risken för kemisk irritation och mekanisk retning i kärlväggen (Ahlqvist m fl, 2006; Björkman & Karlsson, 2008; Karolinska Universitetssjukhuset, 2007; Holmdahl, 2008; Vårdhandboken, 2010).

PVK finns av olika fabrikat, utförande och material. Vid val av venkateterns storlek ska hänsyn tas till venernas grovlek, kondition och blodflöde samt vilken indikation PVK har (Björkman & Karlsson, 2008), se ”bilaga 2”.

Att PVK placeras rätt är viktigt, i första hand så distalt som möjligt. Detta då eventuellt fler punkteringar av kärlet kan krävas och det är då en fördel att tidigare punktering är distalt om den nya (Björkman & Karlsson, 2008, Vårdhandboken, 2010). Insidan av handleden bör undvikas, då det finns risk att punktera arteria radialis och nervus radialis. Leder, såsom armvecket, är en nackdel då det kan förhindra patientens rörelseförmåga, men kan i det akuta läget vara en stor fördel då där finns grövre och oftast lättstuckna kärl. De nedre extremiteterna bör undvikas då risken här är större för bildning av tromboflebit och embolier (Björkman & Karlsson, 2008). Omprövning av PVK-indikation bör ske kontinuerligt och då ska storlek, placering och antal utvärderas (Vårdhandboken, 2010).

Skötsel

PVK spolras med 10 ml natriumkloridlösning, NaCl 9 mg/ml, direkt in i injektionsporten i samband med inläggning. I övriga fall sker spolningen av PVK i kateteröppningen i samband med infusioner och läkemedel, före och efter tillförsel av blod/blodkomponenter och efter blodprovtagning. Spolningen ger en mekanisk rengöring av lumen och sker försiktigt med en pulserande teknik (1-2 ml åt gången). Vid motstånd får spolningen inte forceras, då detta är en indikator på att komplikation kan ha uppstått (Björkman & Karlsson, 2008).

Sjuksköterskan ska vid varje påbörjat arbetspass, droppbyte och injektion undersöka utseendet kring insticksstället, kontrollera fixering av förband och förhöra sig om patientens upplevelse av sin PVK. Det är viktigt att sjuksköterskan kontrollerar tidigare insticksställena, då tromboflebit även kan utvecklas dagarna efter uttagen PVK. Detta bör ske minst tre gånger per dygn (Karolinska Universitetssjukhuset, 2007; Vårdhandboken, 2010).

Tidsintervall för byte av PVK

Tidsintervallet varierar i olika länder, för vuxna oftast mellan 48 och 96 timmar (Läkartidningen, 2008). I Sverige är rekommendationen för PVK att den ska vara inneliggande kortast möjliga tid och bör bytas regelbundet var 48-72 timmar (Vårdhandboken, 2010). Svårstuckna patienter och barn är undantagsfall och kan behålla en fungerande, icke irriterande kateter, under en längre tid. I en akut situation, då inte adekvat hudinfektion utförts, bör PVK snarast bytas ut (a a).

För att undvika komplikationer ska en PVK avlägsnas snarast möjligt efter behandling, vid permission eller hemgång. Uppkommer rodnad, ömhet, svullnad eller smärta är detta tecken på tromboflebit och PVK bör avlägsnas snarast (Björkman & Karlsson, 2008).

Komplikationer

Tromboflebit är en inflammation i en ytlig ven, vilken orsakar svullnad, rodnad, och ömhet längs venen och under huden (Björkman & Karlsson, 2008). Tillståndet uppkommer vanligen på grund av kärlirriterande läkemedel och lösningar, fel storlek på katetern eller att PVK legat inlagd under en för lång tid. Tromboflebit uppträder oftast efter 12-24 timmar, utvecklingen kan dock ske i upp till 14 dagar och i vissa fall även senare efter att PVK avlägsnats (a a), se

”bilaga 3”. Till följd av tromboflebit kan sepsis utvecklas, vilket är en allvarlig komplikation vid intravenös behandling. Mindre vanliga komplikationer är hematom, extravasal infusion, tromboemboli och luftemboli (Björkman & Karlsson, 2008; Karolinska Universitetssjukhuset, 2007). Blodprovstagnning ur PVK ökar risken för tromboflebit samt andra komplikationer och får endast ske efter läkarordination. Det föreligger även en ökad risk för hemolys, vilket medför att provet inte kan analyseras (Björkman & Karlsson, 2008).

Enligt Vårdhandboken (2010) kan bristande arbets- och vårdhygieniska rutiner, såsom huddesinfektion, kateterns storlek och inläggningsteknik leda till infektioner.

I en studie av Hasselberg m fl (2010) utvärderades 413 stycken PVK och resultatet visade att risken för tromboflebit *in te* ökade om PVK ligger inne upp till 72 timmar. Däremot fanns det en signifikant ökad risk för tromboflebit om PVK var inliggande i mer än 72 timmar. Det fanns ingen ökad risk för tromboflebit om en blå (0,9 mm/22 Gauge) eller en rosa (1,1 mm/20 Gauge) PVK användes.

Dokumentation

Dokumentationen kring PVK-inläggning och avlägsnande är viktig. Vid inläggning ska det på förbandet skrivas datum, klockslag och sjuksköterskans eller läkarens signatur. I patientjournalen skall det utöver ovan nämnd dokumentation även antecknas kateterns märke och storlek, indikation för insättning, placering, antal stickförsök och patientens upplevelse. Även avlägsnandet av katetern ska dokumenteras med datum, klockslag och indikation (Björkman & Karlsson, 2008).

Finns det indikation att katetern ska ligga kvar efter rekommenderat tidsintervall skall anledningen till detta dokumenteras i patientens journal, då även kateterns kondition (Vårdhandboken, 2010).

Sjuksköterskans kunskap

I sjuksköterskans roll avseende PVK ingår det att ha kunskap om följande: venernas anatomi, hur de kan påverkas av läkemedel och lösningar, teknik vid inläggning och riktlinjer för skötsel samt hur komplikationer kan förebyggas och behandlas (Björkman & Karlsson, 2008). Det är viktigt för sjuksköterskan att hålla sig uppdaterad med senaste forskning och riktlinjer. Studier som kvalitetssäkrar vården är av betydelse då de stärker sjuksköterskan i sin profession och bidrar till ökad patientsäkerhet (Ejlertsson, 1996).

Följsamhet gentemot riktlinjer

Riktlinjer är framtagna efter vetenskapligt beprövad erfarenhet och finns till som stöd i beslutsfattning kring patientvård (Eiman Johansson, 2007). PVK ska inspekteras och behovet ska omprövas kontinuerligt (Vårdhandboken, 2010). Dessa riktlinjer infördes vid årsskiftet 2009/2010. Innan lydte de nationella riktlinjerna att PVK skulle bytas inom en 24 timmars period (Hasselberg m fl, 2010). Riktlinjer kan dock skilja lokalt och då även på avdelningsnivå. Vid kardiologen i Malmö är riktlinjerna att en PVK ska avlägsnas snarast eller ligga inne i högst ett dygn. Vid särskilda behov kan PVK ligga inne upp till 72 timmar, då måste orsak dokumenteras (Otterström, 2009).

Eiman Johansson m fl (2007) undersökte i en studie följsamheten gentemot riktlinjer kring PVK: inneliggande tid, storlek, placering och dokumentation på förband. Resultatet visade att sjuksköterskorna delvis följde de lokala, nationella och avdelningens egna riktlinjer avseende storlek och placering. Efterföljsamheten av riktlinjer kring dokumentationen på förband var låg. Studien visade att oavsett vilka riktlinjer som följts, avlägsnades vanligen PVK innan en allvarlig komplikation uppstått.

För att lättare förstå, varför och i vilka situationer sjuksköterskan väljer att följa eller avvika från kliniska riktlinjer, behövs ytterligare kunskap om sjuksköterskans kliniska beslutsfattande. Fördjupning behövs avseende hur sjuksköterskan resonerar i beslutsprocessen i kliniska situationer och i vilken utsträckning sjuksköterskan följer nationella och lokala riktlinjer. En sådan kunskap skulle vara till stor hjälp vid genomförande gentemot riktlinjer och utbildning av nya sjuksköterskor (Eiman Johansson 2007).

Med detta i åtanke är det viktigt att undersöka sjuksköterskors kunskap om, samt följsamhet gentemot riktlinjer avseende PVK.

SYFTE

Syftet med denna studie var att undersöka sjuksköterskors kunskap om, och följsamhet gentemot, riktlinjer avseende perifer venkateter.

METOD

Studien genomfördes med en kvantitativ ansats och vald design är en tvärsnittsstudie (Polit & Beck, 2006).

Urval

Bekvämlighetsurval användes där 49 legitimerade sjuksköterskor vid fyra avdelningar på ett sjukhus i södra Sverige erbjöds att delta i studien.

Inklusionskriterier för deltagande var att informanten är legitimerad sjuksköterska. *Exklusionskriterier* var läkare.

Instrument

En validerad enkät från Vårdhandboken (2010) användes och till den befintliga enkäten tillades sex frågor, 1-3 samt 14-16, för att bättre passa studiens ändamål ("bilaga 4"). Enkäten bestod av öppna och slutna frågor, samt gavs det en möjlighet till fri kommentar. Tillstånd för att använda och modifiera instrumentet införskaffades innan studiens start.

Vid en enkätundersökning beräknas det att cirka 70-75 % av de slutligen inkomna svaren inkommer vid första insamlingen. Efter en påminnelse kan det räknas med att drygt 90 % av det totala antalet lämnats in (Ejlertsson, 1996).

Genomförande

Hög reliabilitet ökar förutsättningen för hög validitet (Eliasson, 2006), därför informerades sjuksköterskorna skriftligt ("bilaga 5") och i vissa fall även muntligt angående studien, samt att deltagandet var frivilligt. Enkäterna numrerades och lades i varje informants personliga fack av forskarna eller avdelningens "gatekeepers". Efter en vecka hämtades de ifyllda enkäterna och påminnelse delades ut, se "figur 1". Enkäterna hade lagts i individuellt slutna kuvert och samlats in hos "gatekeepern". För att kunna identifiera eventuellt bortfall, sammanställdes en kodlista. På så sätt kunde rätt informant bli påmind. Kodlistan behandlades konfidentiellt och det är enbart forskarna som haft tillgång till denna. Under studiens gång förvarades kodlistan i ett kassaskåp och när rapporten var slutskriven förstördes den.

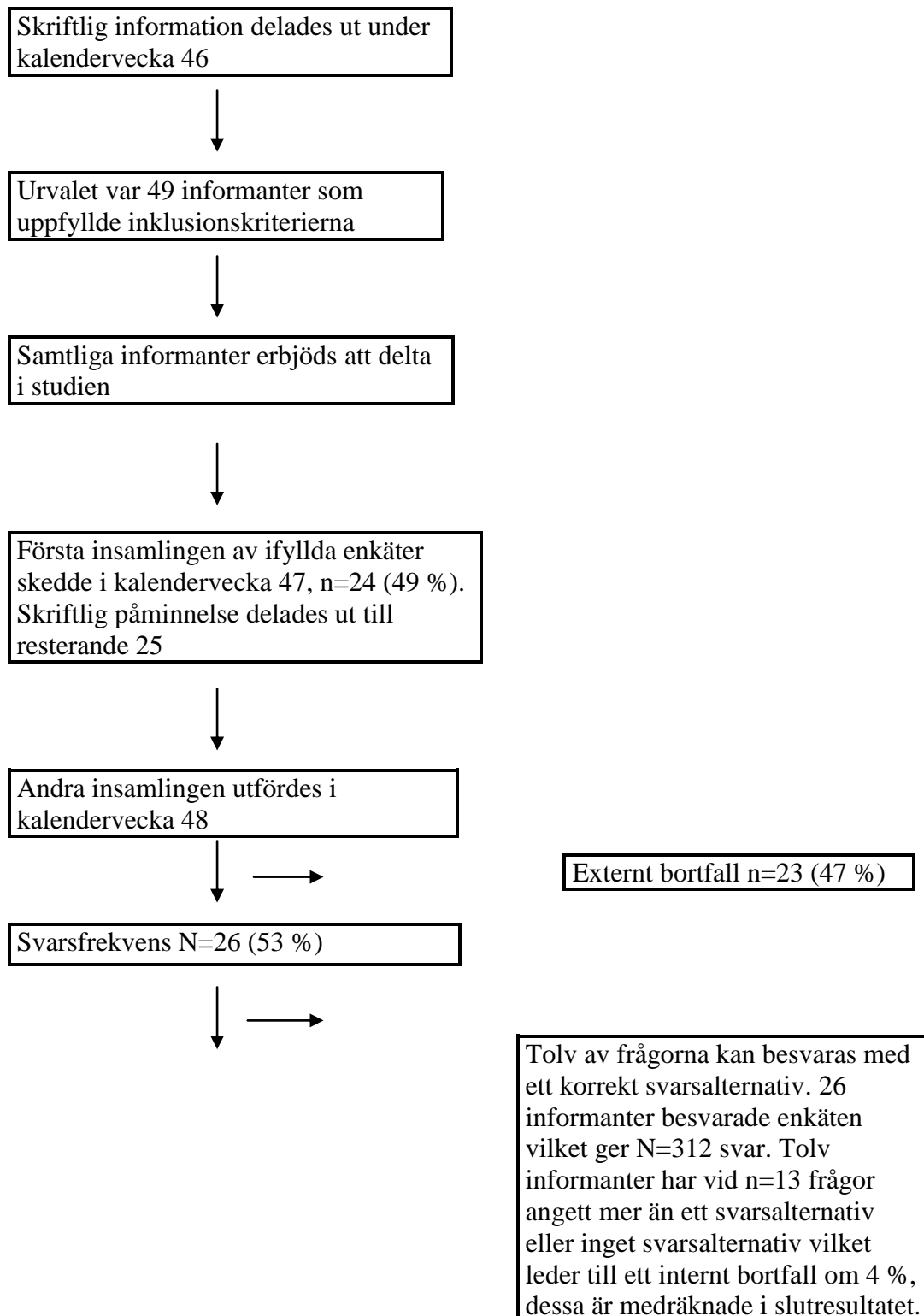
Dataanalys

Enkäterna samlades in, rättades och granskades i två omgångar. En deskriptiv analysmetod användes där resultatet redovisas i n= antal och procent. Även median och medelvärde räknades ut. Därefter jämfördes svarsalternativen och det totala resultatet från varje enkät sammanställdes för att få en helhetsbild av informantens kunskap och förmåga att efterfölja riktlinjer.

Etiska övervägande

Tillstånd för genomförande av studien har erhållits, Dnr HS60-10/804:12, från den lokala etikprövningsnämnden vid Hälsa och samhälle, Malmö högskola, samt från berörd verksamhetschef. I informationen framgick det tydligt att deltagandet var frivilligt och informanterna hade rätt att dra sig ur studien när som helst. Materialet avidentifierades och ingen enskild individ kan utläsas i rapporten.

Figur 1. Flödesschema över rekryteringsprocessen.



RESULTAT

Av totalt 49 enkäter besvarades 26, vilket gav en svarsfrekvens på 53 %. Fyra män och 45 kvinnor erbjöds att delta i studien och samtliga män besvarade enkäten. I resultatet görs ingen uppdelning mellan könen relaterat till det låga antalet män. Externt bortfall är n=23 (47 %). Yngst i populationen var 23 år och äldst var 59 år vilket gav en medelålder på 35,8 år. Antalet verksamma yrkesår varierade mellan fem månader och 31 år med median på 2,5 år (diagram 1). Internt bortfall utgjorde n=13 (4 %).

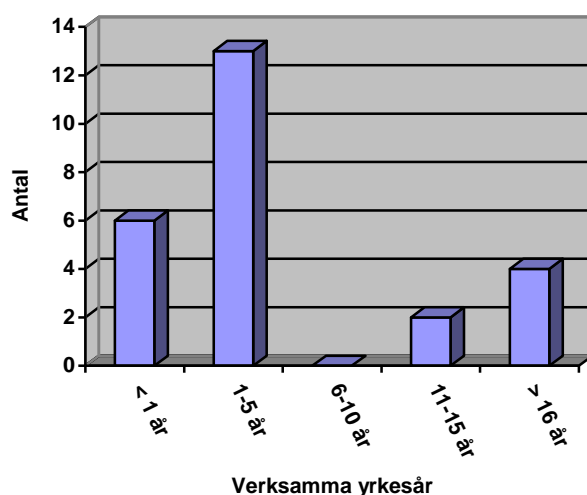


Diagram 1. Antal verksamma år som sjuksköterska.

I enkäten kan tolv av de 15 frågorna besvaras med ett korrekt svar. Det totala antalet svar blev då N=312 (26 informanter gånger tolv frågor). Vid n=13 inkomna svar har tolv informanter angett mer än ett svarsalternativ eller valt att inte besvara frågan, vilket gav ett internt bortfall om fyra procent.

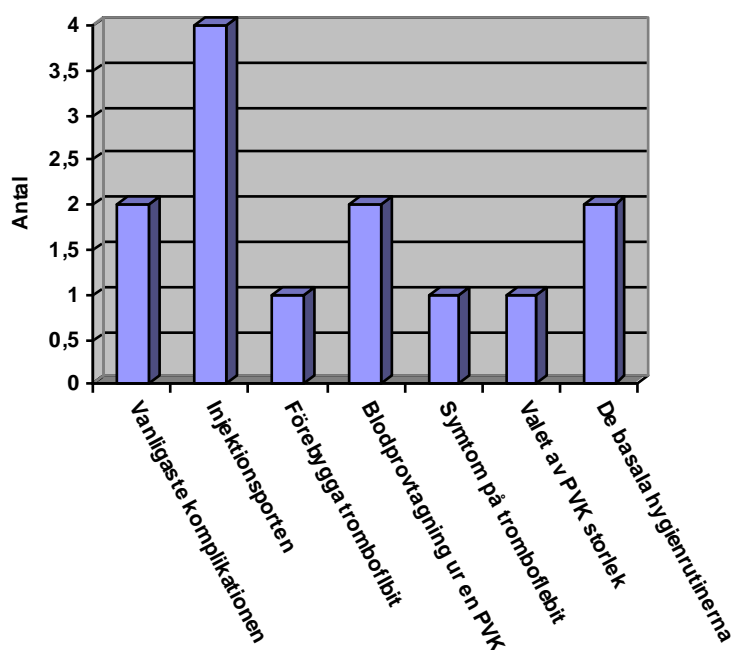


Diagram 2. Förtydligande av svar som utgör internt bortfall.

Prevention för komplikation

I frågan avseende *vanligaste komplikation till PVK* svarade n=23 (88 %) tromboflebit (alternativ två) och n=1 (4 %) infektion (alternativ tre), ingen angav alternativ ett som svar. Internt bortfall utgjorde n=2 (8 %).

Frågan som avser de *tidiga symtomen på tromboflebit* svarade n=23 (88 %) rodnad och ömhet (alternativ ett). Svullnad och värmeökning (alternativ två) svarade n=1 (4 %), rödfärgad palpabel sträng i kärlet (alternativ tre) svarade n=1 (4 %). Internt bortfall utgjorde n=1 (4 %).

För att *förebygga tromboflebit* ansåg n=19 (73 %) att en så liten PVK som möjligt ska användas (alternativ två), n=5 (19 %) svarade ”fixerad med ett tätt förband” (alternativ tre), n=1 (4 %) svarade ”desinfektera insticksstället dagligen” (alternativ ett). Internt bortfall utgjorde n=1 (4 %).

På frågan om hur länge sjuksköterskan ska *vänta innan hon sticker efter utförd huddesinfektion* svarade n=24 (92 %) ”tills desinfektionsmedlet torkat” (alternativ tre). ”30 sekunder” (alternativ två) svarade n=2 (8 %). Ingen angav alternativ ett som svar och inget internt bortfall.

Vid frågan om vad som *ingår i de basala hygienrutinerna* gick svaren isär, n=14 (54 %) svarade ”handtvätt med tvål och vatten vid synlig smuts, huddesinfektion med handsprit före och efter patientkontakt, användning av handskar i kontakt med blod, urin, avföring och sekret, patientbunden skyddsrock/plastförkläde, kortklippta naglar utan färgat nagellack, inga ringar och armbandsur. I vissa situationer används munskydd, visir och skyddsglasögon” (alternativ två). ”Handtvätt med tvål och vatten, huddesinfektion med handsprit före och efter patientkontakt, användning av handskar, skyddsrock/plastförkläde, kortklippta naglar utan nagellack, inga ringar och armbandsur” (alternativ tre) svarade n=10 (38 %). Ingen angav alternativ ett som svar. Internt bortfall utgjorde n=2 (8 %).

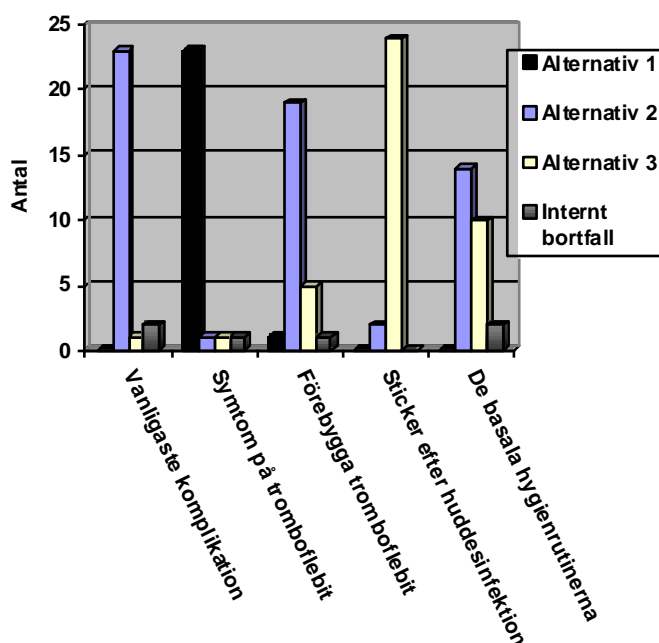


Diagram 3. Översikt över svarsalternativen för prevention för komplikation.

Storlek och placering

Informanternas svar avseende *val av placering* av PVK var följande, n=24 (92 %) svarade "handrygg eller underarm" (alternativ ett), n=2 (8 %) svarade "armvecket" (alternativ två) och ingen angav alternativ tre som svar. Inget internt bortfall.

Vid *valet av PVK storlek* svarade n=10 (38 %) "venernas grovlek, kondition och blodflöde samt PVK indikation" (alternativ ett), n=15 (58 %) svarade "PVK placering, venernas grovlek, kondition och blodflöde samt indikation" (alternativ två) och ingen informant angav "placering och indikation för PVK" (alternativ tre) . Internt bortfall utgjorde n=1 (4 %).

Skötsel, tidsintervall och dokumentation

Resultatet avseende *vad injektionsporten ska används till* är följande: "till injektion" (alternativ tre) svarade n=12 (46 %), "endast till spolning i samband med inläggning" (alternativ ett) svarade n=9 (35 %), "till infusion" (alternativ två) angav n=1 (4 %). Internt bortfall utgjorde n=4 (15 %).

På frågan om *blodprovtagning ur en PVK* gick svaren isär, n=11 (42 %) svarade "ja om det är bråttom" (alternativ ett), n=9 (35 %) svarade "ja, endast vid läkarordination" (alternativ tre). Vidare svarade n=4 (15 %) "nej, aldrig" (alternativ två). Internt bortfall utgjorde n=2 (8 %).

PVK bör vanligen bytas efter 2-3 dygn, eller efter kortast möjliga tid (alternativ två), detta svarade n=16 (62 %), "inom ett dygn" (alternativ ett) svarade n=10 (38 %) och ingen svarade "efter 3-5 dygn" (alternativ tre). Inget internt bortfall.

Inspektion av PVK bör ske minst tre gånger per dygn (alternativ tre) vilket n=14 (54 %) svarade, n=12 (46 %) svarade "1 gång/dygn" (alternativ två) och ingen svarade "minst varannan timme" (alternativ ett). Inget internt bortfall.

Avseende frågan om vad som ska *dokumenteras på förbandet* svarade n=24 (92 %) "datum – klockslag för PVK-inläggning samt signatur" (alternativ två), n=2 (8 %) svarade "avdelning, datum, signatur" (alternativ tre) och ingen svarade "patientens namn, datum för PVK-inläggning" (alternativ ett). Inget internt bortfall.

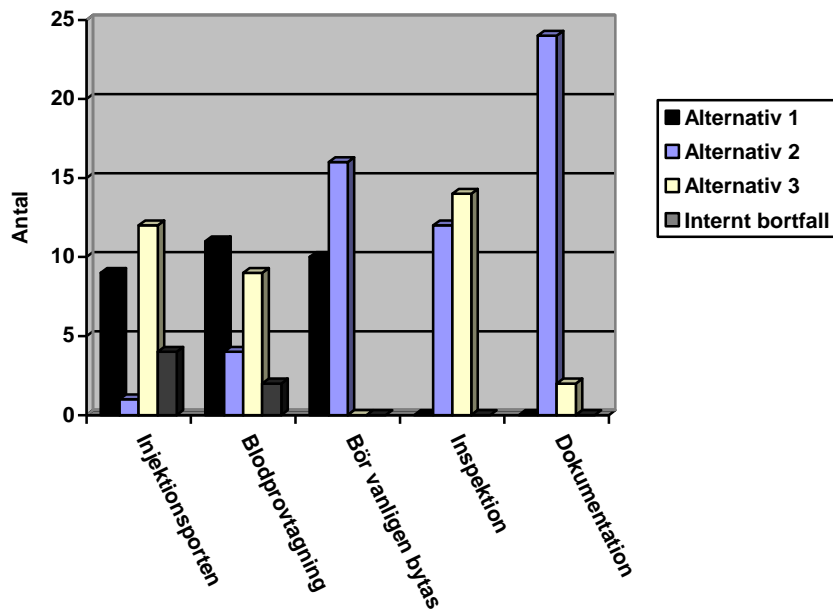


Diagram 4. Översikt över svarsalternativen för skötsel, tidsintervall och dokumentation.

Sjuksköterskans kunskap och följsamhet gentemot riktlinjer

Av enkätens 16 frågor kan informanten svara rätt eller fel på 12. Medelvärdet av enkätresultaten var 8 av 12 (67 %).

DISKUSSION

Inom sjukvården finns det ett medvetet behov av kvalitetssäkring, avseende så väl verksamhetsrutiner som medicinska produkter. Ett bra sätt att undersöka ovanstående är enkätundersökningar (Ejlertsson, 1996). Kvalitetssäkring av följsamhet gentemot riktlinjer ger kunskap om var det eventuellt skulle kunna finnas brister och därigenom kunna vidareutbilda personal inom rätt område.

Metoddiskussion

För att kunna genomföra studien inom utsatt tidsram var valet av design enkelt, då det vid en tvärsnittsstudie går snabbt att samla in data och kostnaden är låg. Ska en studie göras över en längre tidsperiod och mätas vid olika tillfällen är en observationsstudie att föredra då en tvärsnittsdesign inte tar hänsyn till förändringar över tid (Polit & Beck, 2006).

För att undvika misstolkning av resultatet valdes en homogen undersökningsgrupp med legitimerade sjuksköterskor, och andra verksamma professioner exkluderades från urvalet. Inga begränsningar av till exempel antal yrkesår eller kön valdes, då en så verklighetsbaserad grupp som möjligt söktes, för ett mer generaliserbart resultat (Ejlertsson, 1996).

I det totala antalet tillfrågade sjuksköterskor var fördelningen mellan könen fyra män och 45 kvinnor. Samtliga män besvarade enkäten och 45 % av kvinnorna. Fördelningen bland de tillfrågade ger en rättvis bild av vården, då sjuksköterskeyrket fortfarande domineras av kvinnor.

Tillgren (2010) meddelade via e-post att Vårdförbundets medlemsstatistik i Skåne år 2010 visar fördelningen inom vården till 8 % män och 92 % kvinnor. Socialstyrelsens statistik över legitimerade sjuksköterskor i Sverige år 2008 är 9 % män och 91 % kvinnor (Socialstyrelsen, 2008).

Den totala svarsfrekvensen var 53 %. Ingen litteratur är funnen som berör hur många procent svarsfrekvensen bör vara för att ge ett generaliserbart resultat, dock anses forskarna att svaren på enkäten tydligt följer ett mönster och är därigenom generaliserbart.

Svarsfrekvens mellan avdelningarna skiljde sig åt, mellan 24 – 82 %. En förklaring till detta kan vara bristfällig information till ”gatekeepern” och hur denne utsågs. Ett tydligt informationsbrev borde ha utgått både via e-post och lämnats personligt till ”gatekeepern” och denne borde frivilligt fått anmäla sitt intresse för rollen, vilket hade underlättat studiens genomförande. I detta fall var det avdelningschefen som utsåg vem på avdelningen som skulle agera ”gatekeeper”. En frivilligt anmäld ”gatekeeper” kanske hade haft större intresse för studien och därmed lättare kunnat påverka informanterna till att besvara enkäten. På en avdelning där ”gatekeepern” från början visade stort intresse och behjälplighet var svarsfrekvensen 82 % utan påminnelser. På en annan avdelning där ”gatekeepern” inte fanns på plats vid något av besökstillfällena, och därigenom inte fick möjlighet till samma information, blev svarsfrekvensen efter två påminnelser 24 %.

De tillfrågade till en studie som väljer att inte svara, eller av någon annan anledning inte kan delta i den avsedda undersökningen benämns som externt bortfall (Ejlertsson, 1996). Då det vid vissa frågor saknas svar eller flera svarsalternativ fyllts i, benämns detta som internt bortfall. Information om hur enkäten skulle fyllas i var bristfällig. Det framgick inte att endast ett svarsalternativ var korrekt. Ju större bortfall en studie har, desto större är risken för felaktiga generaliseringar till populationen (a a). Det interna bortfallet anses dock vara tillräckligt lågt för att inte påverka det slutliga resultatet och är därmed försumbart.

Då en kvalitetssäkring görs bland annat för att kontrollera om riktlinjer efterföljs, kan det för informanterna i föreliggande studie uppfattas som en granskning av deras personliga förmåga att utföra sitt yrke och en misstrohet mot deras kunskapsnivå, vilket kan ha påverkat svarsfrekvensen. I efterhand har det insetts att en tydligare muntlig information troligen hade ökat svarsfrekvensen, och andelen informanter som eventuellt upplevde misstrohet kunnat minskas. Ytterligare en faktor som kunnat öka svarsfrekvensen vore om forskarna fått en möjlighet att besvara eventuella frågor kring enkäten på plats vid det påtänkta muntliga informationstillfället. Istället behövde informanten kontakta forskarna via mejl eller telefon, vilket kräver mer av informantens tid.

Vid en enkätundersökning, i jämförelse med att ställa frågor vid en semistrukturerad intervju, är risken för bortfall större. Det är troligt att en enkät lättare läggs åt sidan, för att besvaras senare, och på så sätt glöms bort. Detta kan kompenseras genom att forskaren vid en enkätundersökning lättare når ut till ett större antal informanter och ett vidare geografiskt område (Ejlertsson, 1996). Forskaren eliminerar även ”intervjuareffekten”, det vill säga att informanten skulle påverkas av intervjuarens sätt att ställa frågor på.

Forskaren förlorar dock möjligheten till kompletterande frågor och en fördjupning i ämnet tillsammans med informanten och därigenom begränsas studien till frågorna i enkäten. Det går inte att garantera vem som har fyllt i enkäten eller om hjälpmedel, såsom internet, använts, vilket det bör tas hänsyn till i resultatet (a a).

För att öka trovärdigheten i studien var det först och främst viktigt att säkerställa en hög nivå av reliabilitet. Det vill säga svara om det går att lita på att studien ger samma resultat om den skulle upprepas med samma metod (Eliasson, 2006). Vid dataanalysen sågs ett mönster som tyder på att informanterna tolkat frågorna likartat, som därmed ökar reliabiliteten. Vid de frågor där svaren skiljer sig åt kunde forskarna fortfarande tydligt se ett mönster och informanterna delade sig oftast inte i mer än två grupper.

För att ytterligare säkerställa studiens giltighet och garantera att den mäter vad den är avsedd att mäta modifierades den befintliga enkäten så att frågorna som ställdes var relevanta för studiens syfte (Eliasson, 2006). En befintlig enkät som tidigare visat hög validitet garanterar inte hög validitet i nästa undersökning. Dock kan forskarna öka validiteten genom att försäkra sig att enkäten används korrekt (a a). Då ökar forskaren reliabiliteten och på så sätt höjs validiteten. För en hög reliabilitet krävs en välformulerad fråga som vid varje tillfälle mäter samma sak och därigenom ökar studiens validitet. Brister i enkätens konstruktion upptäcktes då enkätresultaten granskades vilket kan ha påverkat reliabiliteten.

Frågan som berör *injektionsporten* (bilaga 4, fråga 7) är ett exempel på en mindre bra formulering och svarsalternativ som kan vilseleda informanten. På marknaden finns det PVK med och utan injektionsport. Forskarna har inte undersökt vilken typ av PVK som används på de tillfrågade avdelningarna. Om PVK utan injektionsport används, är en möjlighet att informanten tolkat ”port” som den enda port som finns på PVK och därför svarat till injektion. Ytterligare en fråga där svarsalternativen kunde omformuleras är frågan som avser *vilken åtgärd som kan bidra till att förebygga tromboflebit* (bilaga 4, fråga 10). Svarsalternativ tre ”*fixera med ett tätt förband*” kan tolkas på olika sätt. *Fixera* PVK med ett tätt förband för att den inte ska rubbas ur sitt läge och därigenom reta kärlväggen, eller *fixera* PVK med ett *tätt* förband utan veck för att minska risken för bakterietillväxt. Detta alternativ har 19 % svarat och en möjlighet är frågan tolkats att en PVK måste *fixeras* bra för att inte reta kärlväggen, ett alternativ som egentligen är helt korrekt.

Dataanalysen har brister då forskarna saknar kunskap och erfarenhet av att sammanställa statistik. Studiens begränsade tid gjorde även att det inte gavs möjlighet för forskarna att sätta sig in i något statistiskt program, såsom till exempel IBM SPSS Statistics. Materialet ansågs så pass litet att analysen och uträkningarna kunde utföras ”för hand”. Alla analyser och uträkningar har granskats två gånger, vid olika tillfällen och kontrollerats av bägge forskarna. Bägge forskarna satte sig i olika miljöer och analyserade resultaten. Sen möttes de upp och diskuterade fynden, allt för att få en så vid syn på materialet som möjligt och stärka tillförlitligheten av analysen.

Resultatdiskussion

Antalet män och kvinnor som deltar i studien motsvarar verkligheten om könsfördelningen inom sjuksköterskeyrket väl (Socialstyrelsen, 2008), vilket stödjer studiens generaliserbarhet. Samtliga tillfrågade manliga informanter svarade på enkäten. Det kan ha varit en tillfällighet, men rent hypotetiskt är att män kanske inte har samma rädsla, som eventuellt vissa kvinnor skulle kunna ha, för att bli bedömda och kontrollerade och därigenom inte vill delta i studier som undersöker deras kunskap. Rädslan för att göra fel kan vara mer påtaglig hos kvinnor och därav väljer fler kvinnor att avstå från en enkät som kvalitetssäkrar och därigenom granskar deras beteende. Detta kan ha varit en förklaring till att enbart 45 % av de tillfrågade kvinnorna besvarade enkäten. Det skulle även kunna varit så att tillfrågade informanter känt sig osäkra på enkätsvaren och därför valt att inte lämna in sin enkät. Inga jämförelser av resultaten mellan män och kvinnor har gjorts, då det totala antalet manliga informanter, $n=4$ (15 %), var för lågt för att vara av intresse.

Medianen på antalet verksamma yrkesår var 2,5 år. Anmärkningsvärt är att antalet korrekta svar inte är högre då 19 sjuksköterskor i studien tog sin examen för mindre än fem år sedan. Det hade varit av intresse med en studie som undersöker hur lång tid det tar för en nyexaminerad sjuksköterska att utarbeta egna rutiner och hur väl dessa efterföljer de nationella riktlinjerna avseende PVK.

Prevention för att förbygga komplikation. I likhet med vad som står i riktlinjerna av Björkman & Karlsson (2008) visade informanterna sig ha bra kunskap avseende prevention för komplikation vid PVK användning med rätta svarsalternativ mellan 73-92 %. Dock hade endast drygt hälften (54 %) rätt kunskap avseende den basala handhygien.

Frågan om de basala hygienrutinerna är dåligt formulerad. Det borde tydligare framgått att det är den allmänna basala hygienrutinerna som efterfrågas och inte enbart vid en vanligt PVK insättning. Svaren tyder på att många informanter kan ha misstolkat detta och därigenom valt ett alternativ där de inte behöver använda munskydd, visir och skyddsglasögon vid normal insättning av PVK. Denna fråga är tillagd i efterhand och inte validerad. Missförstånd hade med största sannolikhet kunnat undvikas om en pilotstudie hade genomförts på den aktuella frågan.

På frågan hur lång tid sjuksköterskan ska vänta innan hon sticker efter utförd huddesinfektion, var de flesta informanter eniga att vänta tills desinfektionsmedlet torkat. Då det är en enkät som besvarats gavs ingen möjlighet till någon följdfråga. En relevant och intressant följdfråga hade varit hur sjuksköterskan avgör när desinfektionsmedlet torkat. Kanske känner sjuksköterskan efter på det desinfekterade hudområdet och på så sätt tillför bakterier igen.

Storlek och placering. I likhet med vad Björkman & Karlsson (2008) och Vårdhandboken (2010) rekommenderar visade 92 % av informanterna god kunskap avseende PVK placering. En intressant följdfråga kunde varit om sjuksköterskan vet varför detta är ett förstahandsval.

På frågan som avser *valet av PVK-storlek* svarade 58 % i enlighet med Björkman & Karlssons (2008) rekommendationer. Anmärkningsvärt är att 38 % har svarat ett annat alternativ. Om detta beror på att frågan är tillagd av forskarna och därför inte validerad eller okunskap hos informanterna är svårt att säga någonting om.

Skötsel, tidsintervall och dokumentation. Frågan som berör *vad injektionsporten ska används till* skiljdes svaren åt. En förklaring till detta kan vara att informanten inte fått se en bild av en PVK och namnen till dess delar. Troligt är det då att informanten inte haft tid att ta reda på exakt vilken som är injektionsporten och på så sätt lurats av svarsalternativen. En annan trolig förklaring kan vara att inte alla märken av PVK har en injektionsport och vilket/vilka märken som används på de olika avdelningarna har inte undersökts. I motsats till vad Björkman & Karlsson (2008) förespråkar svarade 46 % ”till injektion” vilket strider mot de nationella riktlinjerna. Föreliggande studie visar att nästan hälften av sjuksköterskorna med sitt agerande ökar risken för patienten att få in bakterier i blodbanan. I likhet med riktlinjerna i Björkman & Karlsson (2008) svarade 34 % ”endast till spolning i samband med inläggning”.

Vid frågan om *blodprovstagning från en PVK* visade informanterna bristande kunskap. I motsats till Björkman & Karlsson (2008) rekommendationer svarade 42 % ”ja, om det är bråttom”. I frågan framgår det inte om det är alla blodprover eller enbart de där resultatet inte påverkas av provtagnings sättet. En eventuell förklaring skulle kunna vara att det i avdelningens generella ordinationer står att det är godtagbart med blodprovstagning från PVK om situationen inte tillåter annat och att informanterna har detta mer som rutin än undantag. Anmärkningsvärt var att enbart 35 % svarade i likhet med Björkman & Karlsson (2008) rekommendationer och visade därmed på kunskap avseende när blodprov får tas ur en PVK.

På frågan som berör när en *PVK vanligen bör bytas* svarade 62 % i överensstämmelse med Läkartidningen (2008) och Vårdhandboken (2010) efter två till tre dygn eller kortast möjligast tid. Detta i motsats till Hasselberg m fl (2010) studie som visar att ingen ökad risk fanns för tromboflebitutveckling inom de första 72 timmarna. Resterande informanter svarade i likhet med Otterström (2009) samt de tidigare nationella riktlinjerna. Detta kan bero på att de lokala riktlinjerna på de tillfrågade avdelningarna skiljer sig något mot de nationella eller att sjuksköterskan inte uppdaterat sig sedan årsskiftet 2009/2010. Dock borde sjuksköterskan så som Socialstyrelsen (2005) förespråkar vara insatt i de senaste riktlinjerna, framförallt vid en så vanligt förekommande medicinskteknisk produkt som PVK. Information om de tillfrågade avdelningarnas lokala riktlinjer, om sådana finns, saknas i studiens bakgrund.

Vid frågan om *inspektion av PVK* visade drygt hälften (54 %) av informanterna kunskap om att PVK ska inspekteras minst tre gånger per dygn. Det överensstämmer med Karolinska Universitetssjukhuset (2007) och Vårdhandboken (2010). Anmärkningsvärt var det att 46 % endast inspekterar PVK en gång per dygn, vilket i jämförelse med föregående riktlinjer är för lite (a a). Eventuellt kan frågan ha misstolkats av informanten och uppfattats som att han/hon ska inspektera PVK en gång under sitt arbetspass, utan att reflektera över att kvällssköterskan och nattsköterskan även gör detta och då blir det totalt tre gånger per dygn. Det skulle även kunna vara så att 46 % av informanterna inte efterföljer riktlinjerna och på så sätt brister i vården av patienternas PVK.

I motsats till Eiman Johansson m fl (2007) visar resultatet i föreliggande studie att sjuksköterskor besitter kunskap avseende vad som ska dokumenteras på förbandet av PVK. Svaren på frågan understryker varför en kvalitetssäkring är viktig att genomföra, då resultaten i de båda studierna skiljer sig. Det är viktigt i handhavande av PVK att ha kunskap kring dokumentationen för att garantera en så patientsäker vård som möjligt. Framförallt inom de vanligaste omvårdnadsområdena, där sjukvårdspersonalen ofta utför momenten på rutin och kanske har svårt att bryta mönster och på så sätt följa en ny riktlinje.

Sjuksköterskans kunskap och följsamhet. Malmö högskolas gräns för godkänt vid tentamen på sjuksköterskeprogrammet är 68 %. Skulle samma nivå för godkänt överföras till enkätundersökningen innebär det att cirka en tredjedel av informanterna inte har tillräcklig kunskap för att efterfölja gällande riktlinjer. På högskolan handlar det om ett tentamenstillfälle där studenterna i förväg fått information och tid till egna studier och i lugn och ro får svara på frågor. Denna studie gav ytterst lite information, avseende PVK och PVK hantering, till informanterna i förväg, då det förutsattes att kunskapen redan fanns. Informanterna har antagligen besvarat enkäten på arbetstid i en stressig miljö och därmed under tidspress. Det är möjligt att denna situation har påverkat enkätresultatet och på så sätt inte är jämförbar med Malmö högskolas gräns för godkänt. Möjligtvis hade resultatet kunnat se annorlunda ut om frågorna omarbetats och en pilotstudie utförts. I likhet med Eiman Johansson m fl (2007) visar föreliggande studie att informanterna delvis efterföljer riktlinjer avseende PVK.

Konklusion och framtida värde

Handhavandet av PVK har varit sjuksköterskans ansvar sedan 1950-talet. Vid studiens start var forskarnas hypotes att största delen av sjuksköterskorna skulle ha goda kunskaper kring handhavandet av PVK och den basala hygienien. Resultatet har varit förvånande och väckt många tankar kring rutinbildningar vid vanligt förekommande situationer inom sjukvården. Fler studier som undersöker vårdpersonals följsamhet mot riktlinjer vore av intresse. Många sjuksköterskor i verksamheten är väl medvetna att efterföljsamheten mot riktlinjer är bristfällig. Vanligt är att sjuksköterskor själv utvecklar metoder och egna rutiner kring skötsel och insättning av PVK. Under den första terminen på sjuksköterskeprogrammet vid Malmö högskola, examineras studenten i handhavande av PVK. Det är viktigt med tydliga riktlinjer som sjuksköterskan enkelt kan efterfölja och på så sätt kvalitetssäkra vården och undvika egna tillvägagångssätt. Då sjuksköterskestudenten, under den verksamhetsförlagda utbildningen, handleds av sjuksköterskor som eventuellt utvecklat egna rutiner, uppmantras omedvetet studenten att inte efterfölja de riktlinjer universitetet/högskolan lärt ut.

Resultatet i denna studie har betydelse för sjuksköterskor i verksamheten samt lärare och studenter vid högskolor och universitet. Riktlinjer som inte efterföljs borde omarbetas för att på bästa sätt anpassas till verksamheten. Sjuksköterskans arbete ska alltid, oavsett verksamhetsområde och vårdform, präglas av ett etiskt förhållningssätt och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt utföras i enlighet med gällande författningar, lagar, förordningar, föreskrifter och andra riktlinjer.

Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska understryker vikten av kvalitetssäkring i verksamheten, för att garantera sjuksköterskans följsamhet gentemot riktlinjer och rekommendationer som finns till förfogande.

Att sjukvårdspersonal efterföljer riktlinjer är viktigt för att säkerställa en likvärdig vård för alla människor, oavsett vilket sjukhus du tillhör eller i vilken del av landet du bor. Det är en demokratisk fråga som handlar om patientens rättigheter.

REFERENSER

- Ahlqvist, M, m fl (2006) Handling of peripheral intravenous cannulae: effects of evidence-based clinical guidelines. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1354-1361.
- Björkman, E & Karlsson, K (2008) *Medicinsk teknik för sjuksköterskor. Material, metod, ansvar* (3:e upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Eiman Johansson, M (2007) *Sjuksköterskors kliniska beslutsfattande med fokus på perifera venkatetrar (PVK)*. Malmö: Holmbergs.
- Eiman Johansson, M m fl (2007) Registered nurses' adherence to clinical guidelines regarding peripheral venous catheters: A structures observational study. *World views on evidence-based nursing*, 2008;5(3), 148-159.
- Ejlertsson, G (1996) Enkäten i praktiken. *En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson, A (2006) *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.
- Hasselberg, D m fl (2010) The handling of peripheral venous catheters – from non-compliance to evidence-based needs. *Journal of Clinical Nursing*, 2010, 1-6.
- Holmdahl, L (2008) Geriatriska sjukdomar. I: Medin, L-O (Red) *PM Praktisk Medicin* (16de upplagan). Uddevalla: Three Doctors Förlag AB, s 174.
- Karolinska Universitetssjukhuset (2007) *Handboken för kliniska riktlinjer, handhavande av PVK hos vuxna individer*.
<<http://www.karolinska.se/upload/Omv%20rdnadsenheten/Handbok%20f%20F6r%20kliniska%20riktlinjer/PVKriktlinje%20070502%20version%20Xwebb.pdf>> 2010-09-13
- Läkartidningen: <<http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=10644>> 2010-09-13
- Otterström, M (2009) *Riktlinjer för omhändertagandet av patienter på Kardiologiska klinikens vårdavdelning*. Universitetssjukhuset i Malmö
- Polit, D & Beck, C (2006) *Essentials of nursing research. Methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lipincott
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2005) *Regelbundet byte av perifer venkateter (PVK) för att förebygga tromboflebit*. SBU-Alert rapport nr 2005-05.

Socialstyrelsen (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, artikelnr 2005-105-1. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2008) Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal, artikelnr 2009-125-21. Stockholm: Socialstyrelsen

Tillgren, M (2010) Skriftligt meddelande via mejl, 2010-12-02. Kristianstad: Vårdförbundet

Vårdhandboken (2010), *Översikt [Perifer venkateter]*
<<http://www.vrdhandboken-tcb.se/Texter/Perifer-venkateter/Oversikt/>> 2010-09-15

Bilaga 1

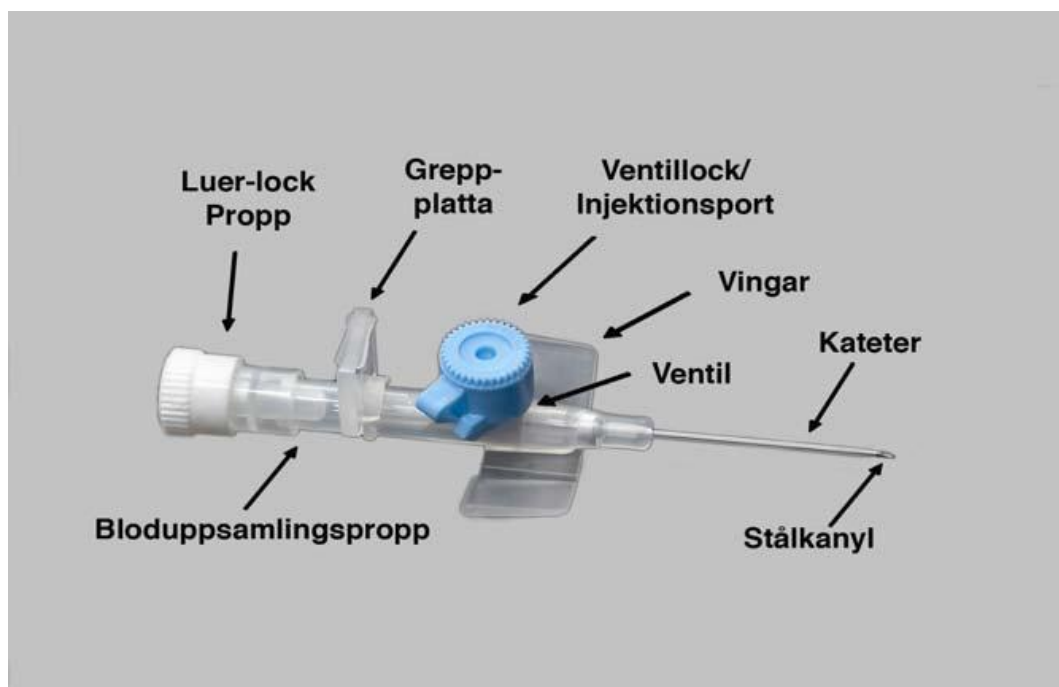


Bild 1. Perifer venkateter. Ur Karolinska Universitetssjukhuset (2007, s 1).

Bilaga 2

Tabell 1. Rekommendationer för val av PVK storlek. Efter Karolinska Universitetssjukhuset (2007).

Storlek mm/Gauge	Färg	Flöde ml/min	Användningsområden
0,7/24	Gul	24	Läkemedelsbehandling, korta infusioner, sköra vener, äldre
0,9/22	Blå	42	Behandling med upp till 3 liter vätska/dygn, läkemedelsbehandling, TPN, transfusion av blod/blodkomponenter
1,1/20	Rosa	67	Behandling med upp till 3 liter vätska/dygn, läkemedelsbehandling, TPN, transfusion av blod/blodkomponenter
1,3/18	Grön	103	Kirurgiska ingrepp, stora volymer vätska, transfusion av blod/blodkomponenter, skörd av stamceller och cellseparation
1,5/17	Vit	133	Snabb infusion av stora volymer vätska, viskös vätska, blod/blodkomponenter
1,7/16	Grå	236	Snabb infusion av viskös vätska, transfusion av blod/blodkomponenter
2.2/14	Orange	270	Snabb infusion av viskös vätska, transfusion av blod/blodkomponenter

Bilaga 3

Tabell 2. Definition av tromboflebit. Efter Lundgren & Wahren (1999), förtydligad av Eiman Johansson (2007).

Grad 0	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Symtom
Inga symtom	<15 mm	15–25 mm	26–50 mm	>50 mm	Rodnad, ömhet
		X	X	X	Svullnad
		X	X	X	Smärta vid insticksområdet
			X	X	Ökad temperatur vid insticksområdet
			X	X	Palpabel sträng i kärlet
				X	Smärta sprids ut från insticksområdet
				X	Röd sträng och/eller varigt område och feber

Bilaga 4

ENKÄT PERIFER VENKATETER (PVK)

1. Kön

- Kvinna
- Man

2. Födelseår _____

3. Antal hela år som legitimerad sjuksköterska _____

4. Hur ofta bör PVK vanligen bytas?

- Inom 1 dygn
- Efter 2-3 dygn, eller kortast möjliga tid
- Efter 3-5 dygn

5. Vilken är den vanligaste komplikationen till PVK?

- Blödning
- Tromboflebit
- Infektion

6. Var bör PVK placeras i första hand?

- Handrygg eller underarm
- Armvecket
- Fotrygg

7. PVK finns med och utan injektionsport. Vad används injektionsporten till?

- Endast till spolning i samband med inläggning
- Till infusion
- Till injektion

8. Att desinfektera huden innan PVK-inläggning är den viktigaste infektionsförebyggande åtgärden. Hur länge ska du vänta innan du sticker efter utförd huddesinfektion?

- 2 minuter
- 30 sekunder
- Tills desinfektionsmedlet torkat

9. PVK ska fixeras noga och förbandet märkas. Vad ska dokumenteras på förbandet?

- Patientens namn, datum för PVK-inläggning
- Datum - klockslag för PVK-inläggning samt signatur
- Avdelning, datum, signatur

10. Orsaken till att tromboflebit utvecklas beror på olika faktorer. Vilken åtgärd kan bidra till att förebygga tromboflebit?

- Desinfektera insticksställe dagligen
- Välja så liten PVK som möjligt
- Fixera med ett tätt förband

11. Kan blodprov tas ur PVK?

- Ja, om det är bråttom
- Nej, aldrig
- Ja, endast efter läkarordination

12. PVK ska fixeras med förband som medger inspektion. Hur ofta bör inspektion göras?

- Minst varannan timme
- 1 gång/dygn
- Minst 3 gånger/dygn

13. Vilka är de tidigaste symtomen på tromboflebit?

- Rodnad och ömhet
- Svullnad och värmeökning
- Rödfärgad palpabel sträng i kärlet

14. Vid valet av PVK storlek ska hänsyn tas till

- Venernas grovlek, kondition och blodflöde samt PVK indikation
- PVK placering, venernas grovlek, kondition och blodflöde samt indikation
- Placering och indikation för PVK

15. I sjuksköterskans basala hygienrutiner ingår det

- Handtvätt med tvål och vatten, huddesinfektion med handsprit, kortklippta naglar, inget färgat nagellack, inga ringar, patientbunden skyddsrock/plastförkläde.
- Handtvätt med tvål och vatten vid synlig smuts, huddesinfektion med handsprit före och efter patientkontakt, användning av handskar i kontakt med blod, urin, avföring och sekret, patientbunden skyddsrock/plastförkläde, kortklippta naglar utan färgat nagellack, inga ringar och armbandsur. I vissa situationer används munskydd, visir och skyddsglasögon.
- Handtvätt med tvål och vatten, huddesinfektion med handsprit före och efter patientkontakt, användning av handskar, skyddsrock/plastförkläde, kortklippta naglar utan nagellack, inga ringar och armbandsur.

16. Övriga synpunkter.

Skriv gärna en kommentar avseende enkäten.

Bilaga 5

Informationsbrev

Vi är två sjuksköterskestuderande vid Malmö högskola som nu skriver vårt examensarbete. Årligen i Sverige används ca 5 miljoner perifera venkateter, PVK, av läkare och sjuksköterskor. En PVK är en infartsport för bakterier, mikroorganismer och utgör även en risk för kärlretning vilket kan leda till tromboflebit. Risken blir mindre då en PVK appliceras och användes enligt riktlinjerna. Trots detta inträffar en del allvarliga komplikationer, så som sepsis, årligen. Därför är rätt tillvägagångssätt hos behandlande sjuksköterska viktigt för att minska antalet komplikationer.

Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskors kunskap om och följsamhet gentemot, riktlinjer avseende perifer venkateter.

Insamling av material kommer att genomföras i kalendervecka 45-46. Genom en enkätstudie blir sjuksköterskor vid ett sjukhus i södra Sverige tillfrågade att fylla i en enkät med 15 frågor vid ett tillfälle, beräknas ta ca 3–5 min. Materialet behandlas konfidentiellt och den enskildes enkätsvar kommer ej att kunna utläsas i den beskrivande statistik som redovisas i rapporten. Rapporten kommer att återrapporteras till deltagande avdelningar dels i form av kandidatuppsats och även muntligt vid ett avdelningsmöte.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst ångra ditt deltagande och dra dig ur studien.

Genom att besvara enkäten så lämnar Du ditt godkännande till att deltaga i studien.

Härmed tillfrågas Du om deltagande i studien.

Med vänliga hälsningar,

Anna Edström, SSK-student
Tel. 0704-86 14 86
Email: LL060684@student.mah.se

Marina Stefanovic, SSK-student
Tel. 0761-85 84 07
Email: HSS08146@student.mah.se

Handledare : Hafrún Finnbogadóttir, Universitetsadjunkt, leg. Barnmorska
Tel: 040-665 74 65
Email: Hafrun.Finnbogadottir@mah.se