

Beteckning:



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Sjuksköterskors omvårdnad av patienter med feber

En empirisk studie

Marie Brunstedt & Marie Nordin
Januari 2009

Examensarbete C 10 poäng
Omvårdnadsvetenskap

Sjuksköterskeprogrammet 120 p
Examinator: Kjerstin Larsson
Handledare: Magnus Lindberg

Sammanfattning

Syftet med den här studien var att beskriva sjuksköterskans omvårdnad av patienter med feber. Designen som användes var en deskriptiv kvalitativ intervjustudie. Data insamlades genom semistrukturerade intervjuer. Elva intervjuer utfördes med sjuksköterskor som arbetar på en medicinavdelning på ett sjukhus i Mellansverige. Kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera materialet. Resultatet visade att sjuksköterskornas identifiering, planering och genomförande av omvårdnad av patient med feber, många gånger utgick från personliga erfarenheter och förvärvad kunskap. Den teoretiska basen från högskoleutbildningen var bristfällig. Slutsatsen blir, för att kunna implementera evidensbaserad omvårdnad i den kliniska verksamheten krävs att de som har kunskapen om evidensen t.ex. lärare och forskare tar mer del i skapandet av vårdprogram, riktlinjer och rutiner i den kliniska verksamheten. Detta skulle kunna leda till att den kliniska verksamheten lättare kan tillämpa evidens i det dagliga arbetet.

Nyckelord: Feber, identifiering, planering, omvårdnad,

Abstract

The purpose of this study was to describe the nursing care of patients with raised body temperature. The design used was descriptive qualitative interview study. Data was collected through semi structured interviews. Eleven interviews were carried out with nurses working on a medical ward in a hospital situated in the middle of Sweden. Qualitative analysis of contents was used to analyse the material. The result shows that the nurses identifying, planning and implementing the nursing care of patients with raised body temperature often stems from personal experience and acquired knowledge. The theoretical base from college education was insufficient. The conclusion is, that to implement evidence based nursing care within the clinical activities requires that those who have the knowledge of the evidence for example, tutors and scientists should be more involved in the creation of care programs, guidelines and routines within the clinic activities. This could lead to that the clinical activities could easier make use of evidence within the daily work.

Keywords: Fever, identifying, planning, nursing care

Förord

Författarna önskar rikta ett tack till alla de sjuksköterskor som deltog och gjorde det möjligt att genomföra denna studie.

Vi vill även tacka vår handledare, Magnus Lindberg som med sina goda råd, snabba svar och noggrannhet hela tiden förde oss framåt och fick oss att börja tänka självständigt.

Sist men inte minst vill vi tacka våra nära och kära som har läst igenom studien otaliga gånger, kommit med frågor och kommenterat, samt stått ut med vår frånvaro på sena kvällar och helger.

Marie Brunstedt & Marie Nordin

Innehållsförteckning:

1. Introduktion	1
1.1 Definition av feber	1
1.2 Förekomst av och orsak till feber	1
1.3 Mätning och värdering av kroppstemperatur.....	2
1.4 Evidensbaserad kunskap.....	2
1.5 Problemområde.....	3
1.6 Syfte.....	3
1.7 Frågeställning.....	4
2. Metod	4
2.1 Design.....	4
2.2 Urval och undersökningsgrupp.....	4
2.3 Datainsamlingsmetod.....	4
2.4 Tillvägagångssätt.....	4
2.5 Dataanalys.....	5
2.6 Forskningsetiskt övervägande.....	6
3. Resultat	7
3.1 Identifiering.....	8
3.1.1 Definition av feber.....	8
3.1.2 Observation.....	9
3.1.3 Kunskap om feber.....	9
3.1.4 Önskan om utbildning.....	10
3.2 Planering.....	10
3.2.1 Strategi vid omvårdnadsplanering	11
3.2.2 Metod vid omvårdnadsplanering.....	11
3.3 Professionsutövning.....	12
3.3.1 Omvårdnadsåtgärd till patient med feber.....	12
3.3.2 Utvärdering av resultat.....	13
4. Diskussion	14
4.1 Huvudresultat.....	14
4.2 Resultatdiskussion.....	14
4.3 Metoddiskussion.....	17
4.4 Allmän diskussion.....	19
5. Referenser	21
Bilaga 1	
Bilaga 2	

1. Introduktion

1.1 Definition av feber

Definitionen av feber varierar inom omvårdnads och medicinsk litteratur (1). Feber är en reglerad ökning av kärntemperaturen eller en förändring i temperatur set-point (2). Set point är den ideala temperaturen, fastställd av hypotalamus. När blodets temperatur ligger inom värdet för set point råder balans (3). Med set point menas mekanismen som försvarar den noggranna skalan av kärntemperaturen. En avvikelse från temperatur över eller under denna skala stimulerar termoeffektorer till värme eller avkylningsreaktioner (4). Plaisance och Mackowiak (5 s 449) framhåller IUPS Thermal Commissions definition av feber. Feber är ”ett tillstånd av upphöjd kärntemperatur, som ofta är, men inte nödvändigtvis en del av flercelliga organismers försvar på en mikroorganismers intrång”. Enligt Hori (6) kan feber till skillnad från hypertermi, definieras som en reglerad ökning i kroppstemperaturen. Vid feber beordrar hjärnan autonoma och beteendeffektorer att förstärka kroppsvärmeökningen och att minska värmeförluster. Feber kan vara ett symptom på ett underliggande allvarligt tillstånd, och är ibland den enda diagnostiska ledtråden (7). Feber är en anpassningsbar och nästan universell reaktion bland ryggradsdjur av systematisk inflammation, det är en samordnad endokrin, autonomisk och beteendereaktion reglerad av hjärnan (8).

1.2 Förekomst av och orsak till feber

Feber är något som förekommer hos 29 till 36 % av alla slutenvårdspatienter (2). Patienter som bedöms ligga i riskgrupper är personer med nedsatt immunförsvar, lungsjuka, hjärtsjuka och personer över 65 år (2,10). En ökad kroppstemperatur är i första hand associerad med infektionssjukdomar och feber samt med den åtföljande sjukdomskänslan (9). Feber kan orsakas av såväl utifrån kommande feberframkallande ämnen, exogena pyrogener och som kroppsegna substanser, endogena pyrogener (3). Endogena pyrogener kan komma från exempelvis nedbrytningsprodukter vid inflammationer. Exogena pyrogener är bland annat bakterier (10). Enligt Ikematsu (11) är feber enligt japanskt vårdlexikon en ökning av kroppstemperaturen där orsaker kan vara patogen ämnen, kemiska substanser eller mekanisk stimuli.

1.3 Mätning och värdering av kroppstemperatur

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (12). När det gäller omvårdnadsåtgärder ingår dessutom bedömning, planering, genomförande och utvärdering av resultat (13). Sund-Levander (14) framhäver Bellack och Edlunds ståndpunkt att omvårdnadsprocessen dvs. bedömning, diagnos, planering och genomförandet av ett ingripande och utvärdering av resultatet är ett grundläggande system vilket garanterar att omvårdnaden är utförd på ett systematiskt och strukturerat sätt. I relation till kroppstemperatur, menas detta att adekvata mätningar och bedömningar är den nödvändiga förutsättningen för omvårdnadsprocessen. Den snabba kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården kräver att sjuksköterskeutbildningen ständigt utvecklas. Detta är nödvändigt för att säkerställa att sjuksköterskan har det yrkeskunnande och den kompetens som behövs för att möta dagens såväl som framtidens behov (15). Forskning inom omvårdnad har en relativt kort historia och antalet forskare inom omvårdnad är i förhållande till det kliniska arbetet och antalet metoder få. Bristen på studier som utvärderar omvårdnadsåtgärder är därför stor (13). Vid observationer av temperaturen i omvårdnadssammanhang behövs en djupare förståelse av förutsättningarna för att kroppen ska kunna hålla en normal temperatur, vad som sker vid för hög och vid för låg temperatur och varför det sker. Sjuksköterskan måste veta vad som ska observera för att kunna avgöra om patienten har behov av omvårdnad och vad som är relevant att bedöma för att komma fram till eventuella behov av omvårdnad som har med kroppstemperatur att göra (16).

1.4 Evidensbaserad kunskap

Vilka patienter som vårdas och vilken tradition för mätning och värdering av feber som finns på kliniken påverkar sannolikt också hur man definierar feber (3). Feber uppträder ofta hos svårt sjuka patienter och kräver kunnig bedömning och behandling från sjuksköterskor. Även om temperaturmätning och feberhandhavande inte är högt prioriterat i omvårdnaden av en svårt sjuk patient, kan den fysiologiska konsekvensen av feber påverka patientdödligheten (2). Feber hos medicinska slutenvårdspatienter är vanligt och hör ihop med ökad dödlighet och längden på vårdtiden (17). En studie visar att sjuksköterskorna hade olika uppfattningar om när patienterna hade feber och hur patienterna skulle behandlas. Sjuksköterskornas omvårdnadsåtgärder skilde sig från teoretiskt beskrivna omvårdnadsåtgärder vid feber (18). Ett annat problem som diskuteras i två av artiklarna var avsaknaden av riktlinjer för sjuksköterskornas omhändertagande av dessa patienter (2,10). Det förekommer fortfarande att

sjuusköterskor och studerande uttrycker sin osäkerhet inför begreppet omvårdnad och det sägs till exempel att den teoretiska omvårdnaden är långt ifrån den praktiska verksamheten (19). Graden av kroppstemperaturen är en viktig indikation på hälsan likväl som sjukdom och utgör ofta grunden för beslut huruvida man påbörjar behandling eller inte (20). Sund-Levander och Grodzinsky m.fl. (21) framhåller Mackowiaks åsikt att det fortfarande är ett utbrett missförstånd angående fastställande och bedömning av kroppstemperaturen hos vuxna, likväl som den lägre och den övre gränsen av den normala temperaturskalan, där uppfattningen om detta skiljer sig avsevärt bland läkare. Sambandet mellan ökad kroppstemperatur och sjukdom har varit känd sedan länge. Den negativa uppfattningen av feber fortsatte ända in på 1900-talet. Trots att bevisen visar att feber kan ha en skyddande funktion, så lever gamla seder kvar (22). Den grundläggande ansatsen för bedömning och genomförande av omvårdnadsåtgärder av feber, verkar vara baserad på tradition och rutiner som varje klinik och personal satt sin tilltro till (23).

1.5 Problemområde

Enligt tidigare gjorda studier (2,10) behöver den kliniska verksamheten skapa riktlinjer och öka kunskapen i omvårdnaden kring vuxna patienter med feber. Detta skulle leda till en mer korrekt omvårdnad av denna patientgrupp (10). Willman och Forsberg m.fl. (13) menar att eftersom få studier är gjorda inom omvårdnadsmetoder, behöver det belysas ytterligare. Författarna till den föreliggande studien anser, att det är viktigt att identifiera skillnader och likheter, samt att se mönster i hur patienter med feber bedöms och vilka åtgärder som utförs. Identifiering, planering och genomförande av omvårdnadsåtgärder till patienter med feber, utgår från sjuusköterskans egna erfarenheter och kunskaper (23). Genom att undersöka hur sjuusköterskor identifierar, planerar och genomför omvårdnaden hos patienter med feber, hoppas författarna kunna öka kunskapen och se och förstå de brister som behöver åtgärdas för att sjuusköterskan ska få den kompetens som behövs för att omhänderta denna patientgrupp. Inom den kliniska utbildningen bör man tydligare lyfta betydelsen av det planmässiga tillvägagångssättet inom omvårdnad (13). För att kunna skapa en patientsäker omvårdnadsplan, till en vuxen patient med feber, behövs det riktlinjer och mer kunskap om feber ute i den kliniska verksamheten (10).

1.6 Syfte

Syftet med studien är att beskriva sjuusköterskors omvårdnad till patienter med feber.

1.7 Frågeställning

Hur identifierar, planerar och genomför sjuksköterskan omvårdnaden till patienter med feber på en medicinsk slutenvårdsavdelning.

2. Metod

2.1 Design

Studien har genomförts med en intervjustudie av kvalitativ deskriptiv design (24).

2.2 Urval och undersökningsgrupp

Valet av en medicinavdelning på ett sjukhus i mellansverige gjordes genom bekvämlighetsurval (24), då det är vanligt förekommande att inneliggande patienter har feber på denna avdelning. Inklusionskriterierna var att deltagarna skulle vara legitimerade sjuksköterskor med varierande antal år i yrket. Utgångspunkten var att inkludera 8-10 deltagare för att tillräckligt mycket data skulle erhållas (25). Undersökningsgruppen bestod av elva stycken legitimerade sjuksköterskor. Deras ålder varierade mellan 26-53 år. Samtliga informanter var kvinnor. De hade mellan 14 månader och 27 års erfarenhet av att arbeta som sjuksköterska. Flertalet hade arbetat som undersköterskor inom äldreomsorgen, primärvården eller inom slutenvården innan de utbildade sig till sjuksköterskor. Några hade även arbetat i andra yrken som kontorister och lokalvårdare.

2.3 Datainsamlingsmetod

Datainsamling skedde genom semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor som arbetade på en medicinsk slutenvårdsavdelning. Intervjuerna bandinspelades för att sedan transkriberas och kodas med löpnummer. Frågorna utgick från en intervjuguide (bilaga 1) som författarna skapat utifrån studiens syfte. Intervjuerna inleddes med allmänna frågor om ålder, tidigare yrkeserfarenheter innan utbildning till sjuksköterska, antal år som yrkesarbetande sjuksköterska och om de hade ett patientfall som de kunde relatera till eller berätta om för att lättare kunna svara på frågorna. Författaren ställde följdfrågor till informanterna då förtydliganden behövdes eller då svaren inte var uttömmande.

2.4 Tillvägagångssätt

En ansökan om godkännande att få utföra studien skickades till verksamhetschefen på den berörda medicinkliniken. Denna ansökan inkluderade även en önskan om att intervjuerna

skulle få utföras på betald arbetstid när verksamheten tillät. Efter godkännandet bokades en tid på avdelningen in för att på ett avdelningsmöte informera om den kommande studien. En skriftlig information skickades via personliga e-mail (Bilaga 2) sedan ut till alla sjuksköterskor som arbetade på avdelningen. Intresseanmälan till att delta i studien gjordes skriftligt eller muntligt till de båda författarna. Efter muntlig kontakt med informanterna bestämdes tid och plats för intervjuerna. Dessa tider anpassades efter informanternas och verksamhetens behov. De lokaler som användes under intervjuerna var förlagda en bit bort från avdelningen för att garantera ostördhet. Två av rummen som användes var mindre kontor och ett rum var en konferenslokal. Författaren som utförde intervjun satt snett framför informanten för att skapa intimitet men ändå med ett tillräckligt mellanrum för att inte göra intrång på dennes personliga integritet. Bandspelaren placerades på bordet mellan författaren och informanten. En pilotintervju utfördes för att se om intervjuguiden behövde förändras för att täcka de områden som författarna önskade studera. Efter pilotintervjun valde författarna att inte förändra något i intervjuguiden. Då författarna ansåg att pilotintervjun hade något att tillföra studien användes även det materialet i analysprocessen. Intervjuerna genomfördes under juli och augusti månad, år 2008. Intervjuernas längd varierade mellan 30-45 minuter. Intervjuerna och transkriberingen utfördes av en och samma författare. Då den andre författaren arbetade som vårdenhetschef på den berörda avdelningen gjordes bedömningen att för att inte intressekonflikt och beroendeställningsproblematik gentemot informanterna skulle uppstå, arbetade den författaren med dataanalysen efter det att materialet hade avidentifierats och försetts med löpnummer.

2.5 Dataanalys

Intervjuerna som bandinspelats transkriberades och kodades med löpnummer för att författarna skulle vara säkra på att alla intervjuer skulle bli representerade i det slutliga resultatet. Materialet bearbetades genom manifest innehållsanalys (26). Det transkriberade materialet lästes igenom ett flertal gånger av författarna var och en för sig, för att de skulle få en förståelse för innehållet. Materialet indelades i ämnesområden som ansågs vara relevant för att svara på författarnas frågeställningar, det vill säga identifiering, planering och professionsutövning. Ämnesområdena analyserades sedan var för sig. Indelningen i ämnesområden gjordes efter diskussioner av båda författarna tillsammans för att samstämmighet skulle uppnås. Författarna arbetade sedan på var sitt håll med att ta ut de meningsbärande enheterna som upptäcktes i texten, de kondenserades och indelades i kategorier, utifrån sammanhang och innehåll. Därefter träffades författarna för att diskutera de

kategorier som bäst representerade och svarade mot studiens syfte och frågeställningar. Samma procedur upprepades för varje ämnesområde. Det utmynnade i 8 kategorier. Nedan presenteras exempel ur analysprocessen (se tabell 1).

Tabell 1 Exempel ur analysprocessen

Ämnesområde	Meningsbärande enhet	Kondensering	Kategori
Identifiering	Feber för mig är att jag måste titta på hur dom har legat förut... för någonstans går väl ändå feber över 37,5...37,7.. sen kan du ju ha feber och vara påverkad eller opåverkad... Det är skillnad på feber och feber. Men säg så här...vad har dom innan dom har feber...För 37,3 kan vara högt för någon patient, medan 37,8 inte är någonting för en annan....	Viktigt att veta patientens normaltemperatur innan sjukdom. Den normala kroppstemperaturen är individuell.	Definition
	Ja...dom som man ser på ofta, ser ju ofta trött ut...blank på ögonen...sjuk...i ansiktet...lite rödblommiga...eller så kan det vara när man håller på med patienten...då känner man att de är varma otroligt varm på något vis.. sen är det ju ögonen, kinderna...huden och värmen...	Ser hur patienten ser ut, sjuk i ansiktet, rödblommiga, blank på ögonen. Känner att patienten är varm.	Observation
	Mycket kommer från det man var liten faktiskt....man har ju alla erfarenhet av att ha feber....att vara sjuk...och man är ju likadan fortfarande, om man tänker på sig själv.....dels har man sett själv när man har varit sjuk....genom livserfarenhet....sen när man jobbar med dom patienter som man gör.. jag vet inte om skolan har...för det jag har lärt mig från skolan är nog bara att använda sunt förnuft från början.....	Erfarenheter från barndom, egna erfarenheter av att vara sjuk. Klinisk erfarenhet. Vet ej om skolan gett så mycket, mest att använda sunt förnuft.	Kunskap
	Utbildning...det är väl det fysiologiska ... varför...jag kan nog tycka att det är rätt intressant att gå på någon föreläsning om det ...vad är det som händer i kroppen egentligen....varför blir man rödmosig... varför får man ont i huvudet.....man förstår så mycket mer vad man håller på med....	Intressant att lära sig fysiologi, ger mera förståelse för vad som händer vid febertillstånd.	Önskan om utbildning

2.6 Forskningsetiska överväganden.

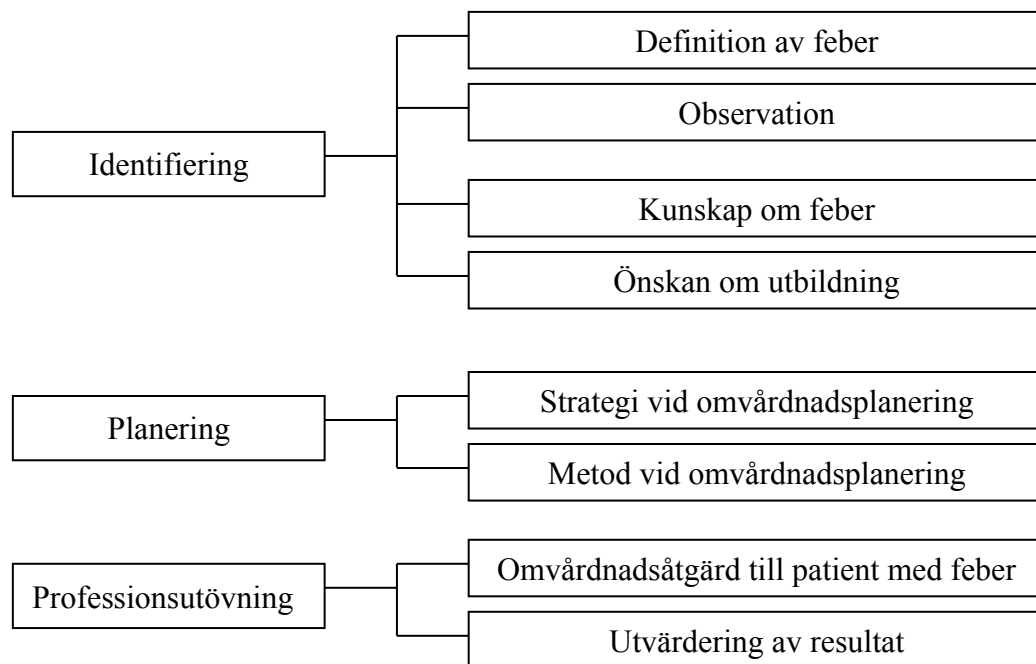
Godkännande att utföra studien erhöles efter ansökan till verksamhetschefen på den berörda avdelningen. De tilltänkta informanterna informerades om studien i ett missivbrev som skickades ut via personliga e-mail till alla anställda sjuksköterskor. Även ett muntligt informationstillfälle gavs då upplysning om studiens innehåll lämnades på ett avdelningsmöte på den berörda avdelningen. I missivbrevet och vid det muntliga mötet informerades om att allt deltagande var frivilligt och att deltagandet i studien kunde avbrytas när som helst och utan någon vidare förklaring. Vidare informerades deltagarna om att då en av författarna arbetade som vårdenhetschef på avdelningen så skulle intervjuerna och transkriberingen

utföras av den andre författaren för att inte intressekonflikt och beroendeställningsproblematik skulle uppstå. Författaren som arbetade som vårdenhetschef fick först efter att materialet var transkriberat och aidentifierat delta i analysprocessen. Deltagarna försäkrades om att materialet skulle behandlas konfidentiellt. Vilket innebär att inga enskilda personer ska ha möjlighet att kopplas samman med resultatet.

3. Resultat

Dataanalysen utmynnade i åtta kategorier fördelat inom tre ämnesområden. Resultatet presenteras under dessa tre huvudrubriker ”Identifiering”, ”Planering”, och ”Professionsutövning”. Under varje huvudrubrik presenteras även de kategorier som hör till ämnesområdena. Citaten som används för att illustrera kategorierna är numrerade för att visa vilken intervju de är tagna ur.

Nedan presenteras varje ämnesområde med tillhörande kategori (se figur 1).



Figur 1 Ämnesområden samt kategorier.

3.1 Identifiering

Resultatet visade att normal kroppstemperatur ansågs vara individuell från patient till patient. Normal kroppstemperatur bedömdes ligga mellan 36-37,8°C. Låg kroppstemperatur ansågs vara 36° eller lägre. Feber definierades som 38°C och högre. Instrument som användes frekvent vid identifieringen var sjuksköterskornas egna sinnen, såsom syn, hörsel och känsel.

Samtliga mätte kroppstemperaturen hos patienten för att bekräfta observationerna som gjorts. Tidigare erfarenheter av att ha mött patienter med feber underlättade identifieringen. Även kunskaper från barndomen påverkade hur de identifierade feber hos patienten. Teoretiska kunskaper visade sig vara bristfälliga. Få av de intervjuade tyckte att de fått bra teoretiska kunskaper i sin utbildning. De flesta hade fått sina kunskaper från barndomen, av egna upplevelser, ifrån att ha egna barn som haft feber samt förvärvat den via praktisk erfarenhet i yrket. I intervjuerna framgick önskemål från sjuksköterskorna om mera utbildning. De områden som de önskade vidareutbildning i var: Allmän omvårdnad, nutrition och fysiologi i samband med feber. Även en önskan om klara riktlinjer eller en vårdplan för omhändertagande av patient med feber.

3.1.1 Definition av feber

Samtliga sjuksköterskor ansåg att normal kroppstemperatur är individuell. Hur patienten mätte påverkade identifieringen. Även vad patienten eller anhöriga till patienten uppgav vara deras normala kroppstemperatur innan sjukdom hade betydelse för identifieringen, då vissa patienter påpekade att de vanligtvis hade en låg normal kroppstemperatur. Sjuksköterskorna uppgav att patientens egen upplevelse av att vara påverkad eller inte var av vikt. Tidigare kunskaper styrde hur sjuksköterskorna bedömde vad som ansågs vara en låg, normal eller hög kroppstemperatur. Kunskaperna hade sjuksköterskorna fått genom att tidigare ha mött patienter med feber och via erfarenheter ifrån den egna barndomen.

(Nr 1)

”Feber för mig är att jag måste titta på hur dom har legat förut...sen tycker jag att feber börjar ganska tidigt eftersom man själv är så låg...för någonstans går väl ändå feber över 37,5...37,7 sen kan du ju ha feber och vara påverkad eller opåverkad... Det är skillnad på feber och feber. Men säg så här...vad har dom innan dom har feber...För 37,3 kan vara högt för någon patient, medan 37,8 inte är någonting för en annan....”

(Nr 4)

”Börjar man komma ner till...under 36, då tycker jag att det är lågt...37 då är det normalt... men det är ju individuellt och vid 38,5-39 då börjar jag tycka att det bör göras någonting åt. Det är väl personens upplevelse av vad som är feber”

3.1.2 Observation

Sjuksköterskorna använde sina sinnen när de observerade och identifierade patienter med feber. De såg att patienterna var rödblommiga, blanka på ögonen, var oroliga, omtöcknade, att det skett en förändring i patientens tillstånd, att de svettades eller frös. Sjuksköterskorna använde även hörseln som ett verktyg då de hörde att patienterna hade ansträngd andning eller

uttryckte att de kände ett obehag, en törst, allmän sjukdomskänsla, matthetskänsla eller ömhet i kroppen. När de tog i patienterna kände sjuksköterskorna att patienterna var varma, kallsvettiga och kladdiga. Samtliga sjuksköterskor uppgav att efter att ha gjort observationer som tydde på en ökad kroppstemperatur hos patienten, mättes temperaturen med en febertermometer.

(Nr 9)

”Ja...dom som man ser på ofta, ser ju ofta trött ut.....blank på ögonen...ja...sjuk...i ansiktet... lite rödblommiga, eller så kan det vara när man håller på med patienten...då känner man att de är varma...ja..otroligt varm på något vis...sen är det ju ögonen , kinderna...huden och ögonen och värmen”

(Nr 7)

”Dom här som man kommer till som är rosiga om kinderna och som man känner när man tar på dom...när de är svettiga...vissa flåsar och tycker att det är jättejobbigt...sen har jag haft patienter som har haft typ 38.9 men som inte ens har känt av det.. men när de har riktigt hög feber så är det liksom hela kroppen som...kokar”

3.1.3 Kunskap om feber

Teoretiska kunskaper var bristfälliga. Få av de intervjuade tyckte att de fått bra teoretiska kunskaper om orsak, uppkomst, behandling och omvårdnadsåtgärder vid feber i sin högskoleutbildning. Det som sjuksköterskorna sade sig ha fått utbildning i, var ämnet mikrobiologi, då febers uppkomst relaterat till inflammation, infektion och kroppens försvarsmekanismer berördes. Ingen kunde erinra sig om att ha lärt sig hur man identifierar feber eller utför omvårdnadsåtgärder till patienter med feber. Det som sjuksköterskorna uppgav hade gett kunskap om dessa saker var genom praktisk erfarenhet, egna upplevelser och lärdomar från barndomen.

(Nr 10)

”Det kommer nog från mamma från det att man var liten och sen är det väl skolan också... man fick väl inte läsa så mycket om det...inte just om feber.....just det här att om man får en infektion så krigar de i kroppen...just det kanske man inte visste innan...men just att man blir svettig och varm och så där ...det är ju på praktiken som man har lärt sig att se....”

(Nr 6)

”Det var ju inte sådär jättemycket på vårdlinjen...nä...högskolan..det var väl när man läste mikrobiologi... någonstans i bakhuvudet så ...frossa...blododla... det har man säkert gått igenom, men det har inte varit nå mycket...ingen tyngdpunkt på det...sen har man nog det med sig sen tidigare erfarenheter...sen man var liten till vuxenåldern.....ja.....”

3.1.4 Önskan om utbildning

Önskemål från sjuksköterskorna om mera utbildning framkom. De områden som de önskade vidareutbildning i var: Allmän omvårdnad, nutrition och fysiologi i samband med feber. Även en önskan om klara riktlinjer eller en vårdplan för omhändertagande av patient med feber framkom, då fasta rutiner kan användas för att stötta ny personal och se till att en likvärdig vård ges till alla patienter.

(Nr 11)

”Utbildning...det är väl det fysiologiska ...varför...jag kan nog tycka att det är rätt intressant att gå på någon föreläsning om det ...vad är det som händer i kroppen egentligen...varför blir man rödmosig...varför får man ont i huvudet.....man förstår så mycket mer vad man håller på med....”

(Nr 9)

”...någon form av vårdplan så att man ser vad man ska tänka på för man tycker ju att det är självklara saker. Men det tror jag inte att alla fungerar lika... med en vårdplan kan man alltid stötta sig emot ...men tycker man själv att det är svårt att tänka alla steg i vad en patient behöver så...finns det en vårdplan så...som säger vad man bör göra...vad man ska tänka på...och hur rutinerna är så...det skulle nog behövas...riktlinje eller vårdplan...”

3.2 Planering

Resultatet visar att endast ett fåtal av de intervjuade sjuksköterskorna använde sig av strategier för planering till patienter med feber. De sjuksköterskor som saknade strategier använde sig dock av flera metoder. De sjuksköterskor som redogjorde för användandet av strategier, använde sig av flera metoder till samma strategi. Metoderna som användes för att planera för patienter med feber var: Temperatur kontroller, kontroll av läkemedelslista, läkemedelsordinationer, ordination på provtagning, dokumentation, anpassning av miljön runt patienten, temperaturkurva, blodtryckskurva, trycksårspfyfylax, ordination på vätska, perifer infart, läkarkontakt, avsätta tid för patienten, vändschema, vätske- och matlista, hudinspektion, smärtstatus, viktkurva, uppdatera status kontinuerligt.

3.2.1 Strategier vid omvårdnadsplanering

Ett fåtal av de intervjuade sjuksköterskorna använde sig av strategier för planering till patienter med feber. De som inte använde sig av strategier planerade och utförde åtgärder allteftersom behoven uppkom. Om patienten hade hög feber och svettades, byttes lakan i sängen och patienten tvättades av men ingen planering för återkommande kontroller gjordes.

(Nr 2)

”Det är ju just vätskan...så att dom inte blir torra...dom kanske kissar mindre och att man har en vätskelista och att man lägger in det så att all personal ser... och att man är uppmärksam.. all personal...att man kollar vikten så att inte den rasar...utifall de behöver lite dropp.... Det har väl med vätskelistan att göra...det är viktigt att de här patienterna har det...så med automatik så hamnar den på sängbordet...ja...Jag tänker nog så..när jag säger att andra i vårdgruppen ...om inte jag lägger fram den där vätskelistan eller vändschemat så då blir det inte heller gjort...för när man vänder patienten så blir det ofta så att då ser man...man bäddar rent kanske..men har man inte det där vändschemat som ligger där på bordet...så...kanske det inte blir gjort...likaså...brukar jag tänka på det här med matlista...för om man inte kryssar i där från början så är det inte heller någon som fyller i sen... då kan man vara där och skriva lite själv också...då blir det lite uppmärksammat för alla dom andra som jobbar där också... ja...här kan man skriva det här...bra hjälpmedel...”

(Nr 3)

”Om patienten får hög feber och blir sådär...då ringer jag juren..näe...jag odlar nog först och ringer juren sen...men om jag tror att det kan vara någonting allvarligt då ringer jag...fast riktigt var man sätter gränsen är jättesvårt att veta..det beror ju på hur patienten har mått innan också..om han har fått feber såhär (knäpper med fingrarna)..eller om man vet...för vissa ligger ju med feber..”

3.2.2 Metod vid omvårdnadsplanering

Samtliga sjuksköterskor använde sig av flera metoder vid planering för patient med feber. Flera metoder nyttjades till samma strategi av de sjuksköterskor som redogjorde för användandet av strategier. De använde sig exempelvis av mat och vätskelista, viktkurva och vätskeordinationer vid planering för kontroll av nutritionsstatus. Kontakt med läkare för att informera och få ordinationer togs av alla sjuksköterskor vid hastig uppkomst av feber hos patienterna samt om patienterna fick mycket hög feber och blev påverkade.

(5)

”Nja...det är väl själva...täta kontroller det vet jag inte om jag...men det är väl att patienten...status och välbefinnande...att den har det så bra som möjligt...jag menar fryser den så lägger man på ett par filter...och om dom svettas att man kollar att det inte blir blött och kallt i sängen.....”

(Nr 4)

”Jag tänker ju på att kontrollera febern då...ofta såklart...och är det en riktigt dålig patient så tar jag blodtrycket så att inte så att dom inte får hjärtklappning alltså det kan ju vara mycket i kroppen som reagerar på en tempstegring...När jag känner...det är när dom börjar bli väldigt slö... nästan så att dom är okontaktbar ...eller...eller om den drar iväg...eller om det är en väldigt snabb tempstegring...då tänker jag sepsis...alltså nu är det någonting stort på gång här...om det går snabbt...vad ska jag göra nu...och..eller om dom har väldigt hög

temp ...jag ringer om jag vill sätta ett dropp...om dom inte kan dricka och behöver vätska ... det är väl i stort sett dom sakerna”

3.3 Professionsutövning

Resultatet visade att många omvårdnadsåtgärder gjordes, vissa omvårdnadsåtgärder baserades på egna tidigare erfarenheter. Med omvårdnadsåtgärder menas vilka handlingar som utförs till patient med feber. Omvårdnadsåtgärder utfördes av alla sjuksköterskorna i varierande utsträckning. Omvårdnadsåtgärder som utfördes var: bedöma patientens allmäntillstånd, finnas till för patienten, kommunicera med patienten, bädda rent, kontrollera att patienten ligger bra, mäta temperaturen, blodsocker, saturation, puls och blodtryck, ge vätska per os eller intravenöst, uppmana patienten att dricka, ge energirik mat, ge näringsdryck, vädra, vända på kudden, tvätta, lägga ljumma handdukar i armhålorna, byta tröja, uppmana patienten att komma upp för att duscha, väga patienten, kontakta medicinjouren, fylla på vatten, efter ordination odla och administrera antibiotika och febernedsättande, kontrollera om fuktig och varm säng, kontrollera hudstatus, sepsisutvärdering någon gång i timmen tills ordinationen ändras. Resultatet visade även att de sjuksköterskor som hade fler år i yrket beskrev mer utförligt hur de utförde och utvärderade sina omvårdnadsåtgärder än de sjuksköterskor som hade arbetat ett mindre antal år.

3.3.1 Omvårdnadsåtgärd till patient med feber

Omvårdnadsåtgärder gjordes av alla sjuksköterskorna i skiftande omfattning. Vissa omvårdnadsåtgärder grundades på egna tidigare kunskaper och upplevelser. Sjuksköterskorna beskrev att erfarenhet från att ha haft feber själv gjorde att de kunde relatera till patientens upplevelser. Att känna törst, någon som ger en dryck, ömhet i kroppen, att få febernedsättande och smärtstillande medicin, vilja ha någon i närheten, bli ompysslad, få en filt extra vid frossa eller att erhålla svalka och få byta kläder efter svettning ansågs betyda mycket. Även kunskaper att ha träffat patienter med feber tidigare påverkade vilka omvårdnadsåtgärder som utfördes. Tidigare möten med patienter som akut drabbats av exempelvis sepsis nämndes, då patienten har snabbt blivit allvarligt sjuk och akuta åtgärder har behövt satts in. Det ledde till att en del av sjuksköterskorna noga kontrollerade temperaturen, puls, blodtryck och saturation hos patienter som de bedömde vara i riskzonen. Möten med patienter som haft hög feber, varit sängliggande och fått snabb uppkomst av sår påverkade också vissa av sjuksköterskornas omvårdnadsåtgärder då vändning i sängen och byte av sängkläder prioriterades.

(Nr 1)

”Nä men faktiskt...i första hand är det att få ner febern så att dom orkar att äta och dricka..eller få hjälp med att äta och dricka....
Näringsdrycker...det är jättebra..men det är ju väldigt få som tycker om dom..jag förstår dom..de är jätteäckliga..särskilt eftersom vi är så pigga på dom här mjölkaktiga...jag menar..fy..man kan kanske tänka att man ger dom saft istället hellre än vanligt kranvatten..lite bättre..nu vill man ju också ha vatten också när man svettas”

(Nr 8)

” jag ser ju direkt om en patient är påverkad...törstig...jag frågar patienten om hur han upplever sin hälsa...sen tempur jag...för jag tycker att varje patient som kommer in egentligen ska tempas och tas en vikt på , även blodsocker redan från första början när patienten kommer in så att man har ett utgångsläge, för det tycker jag är jätteviktigt... givetvis så pratar jag med patienten..och är det så att man upptäcker något avvikande, då kollar man tempen två gånger...i vardera örat, omvårdnadsmissigt så är det ju viktigt att se till att han ligger bra...vänder på kudden... ser givetvis till att dom har vätska...hur dom äter...man följer ju upp och tittar ...kontaktar läkaren....”

(Nr 11)

”...att ge något att dricka till dom...vända kudden.....är dom jättesvettiga så byter man väl skjorta...det är sällan dom är så jättepåverkade...tycker jag av feber. Man tar en temp för att man ska...för att det står så på listan...”

3.3.2 Utvärdering av resultat

De sjuksköterskor som hade fler år i yrket beskrev mer utförligt hur de utförde och utvärderade sina omvårdnadsåtgärder än de sjuksköterskor som hade mindre antal år i yrket. De med fler yrkesår använde sig också av flera sätt att utvärdera sina omvårdnadsåtgärder till exempel genom att ha en snabb genomgång med övrig personal som omhändertar patienten, användning och kontroll av mat och vätskelistor, viktkontroller, täta temperaturkontroller, noga dokumentering och överrapportering för att fortsatt utvärdering ska göras även efter det att sjuksköterskan har avslutat sitt skift. Om annat resultat än det förväntade, startades planering och genomförandet av omvårdnadsåtgärder om igen.

(Nr 9)

”alltså hematologpatienter...som har låga värden så gör jag alltid en sepsis utvärdering...jag själv i alla fall...någon gång i timmen...till en början i alla fall...på dom patienterna tills doktorn säger annat och vara observant på blodtrycket och puls och saturation...se även tempen...för ger man antipyretika så måste man ju hålla koll så att det går ner...för ibland det vi ger...det hjälper ju inte en del tempur ju ändå...”

(Nr 7)

”att man håller täta kontroller...gå tillbaka...eller om man inte själv varit så mycket med patienten...kollar av med uskan hur han varit idag...bara så att inte...just uppföljning...har det kanske gått en viss tid så har han stått på en viss sorts antibiotika...inget händer...då blir det en ny planering , åtgärd. Uppföljning, varje dag på rondan så blir det en uppföljning.”

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Det som framkommit i resultatet är att sjuksköterskornas identifiering, planering och genomförande av omvårdnad av patient med feber, många gånger utgår från personliga erfarenheter och förvärvad kunskap från yrkespraktik. Sjuksköterskorna använde sina sinnen vid identifieringen. De menade att normal kroppstemperatur är individuell. De ansåg även att den teoretiska basen från högskoleutbildningen var bristfällig. Vid omvårdnadsplanering användes få strategier. De sjuksköterskor med fler år i yrket utvärderade sina omvårdnadsåtgärder i större utsträckning än de sjuksköterskor som hade arbetat ett mindre antal år i yrket.

4.2 Resultatsdiskussion

Resultatet i föreliggande studie visade att normal kroppstemperatur ansågs vara individuell. Det fyndet kan också ses i McKenzies (27) studie som redovisar att den normala temperaturen bland friska vuxna är individuell. I resultatet framkom även att normal kroppstemperatur ansågs ligga mellan 36-37,8°C. Detta styrks i Sund-Levander, Forsberg m.fl. (20) studie då de menar att normal kroppstemperatur ligger mellan 36,2-37,5. Feber definierades som 38°C och högre. Vilket överensstämmer med flera tidigare gjorda studier (18,23). Detta skiljer sig dock från Emilsson och Sandens (10) studie som redovisar att en lägre temperatur anses vara feber. Vid identifiering av feber använde sjuksköterskorna sina egna sinnen, såsom syn, hörsel och känsel. I litteraturen finner författarna av föreliggande studie ingen redogörelse av hur sjuksköterskor har gått tillväga vid identifieringen av feber hos patienter. Detta kan kanske förklaras med att de studier som författarna läst redovisar åtgärder och behandling vid feber snarare än identifiering och planering.

Tidigare kunskaper från barndomen påverkade hur de intervjuade identifierade feber hos patienten. Murphy och Liebman (28) studie visar att föräldrar många gånger har fel information och för lite kompetens att förstå feber och dess gång, denna uppfattning har gått från generation till generation. Få av de intervjuade tyckte att de fått bra teoretiska kunskaper i sin högskoleutbildning vilket ansågs som en brist. De som tyckte sig ha teoretisk kunskap hade erhållit den när de utbildade sig till undersköterska. Gällande feber framkommer olika åsikter, eftersom det saknas kunskaper vad det anbelangar varför och hur feber uppstår, samt effekterna av feber (18). Sjuksköterskornas åtgärder beträffande febernedsättande, avkylning,

värme, vätske och energitillförsel skiljer sig delvis från rekommendationer i litteraturen (18). Enligt Holtzclaw (4) är förståelse för de underliggande faktorer som påverkar omvårdnaden hos patienter med feber bristfällig. Emmoth och Edvinsson-Månsson (18) påvisar i en studie att det saknas ett gemensamt språk som gör att alla kan förstå exakt vad som avses, risk för missförstånd kan lätt uppstå eftersom sköterskorna använder ord och begrepp som inte tydligt är definierade. Thompson (1) åsyftar i en studie att konsekvent användande av terminologi avseende feber skulle leda till bättre evidensbaserad omvårdnad för patienten. Informanterna framhöll i intervjuerna en önskan om mera utbildning. Målet för en verksamhet är att erhålla ett bättre beslutsunderlag. Detta brukar kallas evidensbaserad vård (13). Enligt Segersten (29) använder sjuksköterskorna en begränsad mängd av vetenskapliga bevis för att säkra en god omvårdnad. Att utföra enstaka åtgärder för att främja evidensbaserad praktik som föreläsningar och skrifter har lite påverkan på det dagliga arbetet. Det mest effektiva verkar vara en arbetsmodell som baseras på de problem som finns på avdelningen, och som följer en planlagd förändringsstrategi som inkluderar återkoppling till målgruppen. Ur intervjuerna framkom även en önskan om tillgång till riktlinjer gällande patient med feber. Enligt tidigare gjorda studier (2,10) behöver den kliniska verksamheten skapa riktlinjer och öka kunskapen i omvårdnaden kring vuxna patienter med feber. Författarna till föreliggande studie anser att vården skulle bli likvärdig för alla då användning av standardiserade riktlinjer skulle öka säkerheten, kvalitén och kunskapen i vården runt patient med feber. Detta skulle leda till en mer korrekt omvårdnad av denna patientgrupp (10).

Resultatet visade att endast ett fåtal av de intervjuade sjuksköterskorna använde sig av strategier för planering till patienter med feber. Resultatet visade också på att de sjuksköterskor som saknade strategier dock använde sig av flera metoder när de planerade för patienter med feber. Då få studier är gjorda med hänseende till planering för patient med feber, har författarna till föreliggande studie inget evidensbaserat material att jämföra fynden som gjorts med. Dock föreslår Henker och Carlsons (2) studie att en evidensbaserad plan bör upprättas för att upprätthålla den bästa möjliga omvårdnaden genom bedömning, planering, genomförandet och utvärdering av vården till patienter med feber. Användning av dessa rekommendationer skulle förhöja omvårdnaden av kritiskt sjuka människor. Författarna till föreliggande studie anser att om omvårdnaden för patienter med feber ska kunna individanpassas behöver sjukvården identifiera och tydliggöra omvårdnadsstrategierna bättre. Ett sätt skulle kunna vara att koppla ihop kunskapen som finns hos de erfarna sjuksköterskorna med evidensbaserad teoretisk kunskap för att nå det allra bästa resultatet.

Ehrenberg (30) anser att en systematisk omvårdnadsplan, baserad på omvårdnadsprocessen, är kärnpunkten i omvårdnaden av den individuella patienten. Då sjuksköterskorna använde sig av metoder som viktkurva, temperaturkurva, vätske- och matlista, uppdatering av status kontinuerligt, trycksårsprofylax och kontroll av läkemedelslista, kan användningen av en del av dessa metoder delvis jämföras med Sund-Levanders (14) fynd, att för att kunna bedöma äldre människors normala kroppstemperatur måste faktorer som psykiskt tillstånd, nutritionsstatus och ADL-status beaktas när kroppstemperaturen utvärderas. Även användning av läkemedel inverkar på kroppstemperaturen.

Resultatet visade att många omvårdnadsåtgärder utfördes. Åtgärderna utfördes av alla sjuksköterskorna i skiftande utsträckning. Vissa omvårdnadsåtgärder grundades på egna tidigare erfarenheter. Sund-Levander, Wahren m.fl. (23) påvisar i en studie att personliga åsikter verkar vara mera viktig än teoretisk kunskap. Sjuksköterskorna uppgav flera sätt att svalka patienten och att sänka kroppstemperaturen. Detta stämmer överrens med fynden som gjorts i Emmoth och Edvinsson-Månssons (18) studie där de flesta omvårdnadsåtgärder som utförs går ut på att svalka patienten och att febern skulle sänkas. Något som även påpekas i deras studie är att extra behov av energi vid ökad kroppstemperatur, verkar oklart för sjuksköterskorna. Detta kan även ses i föreliggande studie då många av de intervjuade påpekade att nutrition är vitalt men att ge vätska, oftast vatten är viktigare. Emmoth, Edvinsson-Månssons (18) menar, att ge en fullgod nutrition har stor betydelse för patientens ork att övervinna sjukdomen. Omvårdnadsåtgärder som frekvent nämndes i intervjuerna var att kommunicera med patienten, att pyssla om, finnas till för patienten, se till patientens välbefinnande, stanna hos patienten, fråga patienten hur han mår, ge omsorg, och att ”stoppa om” patienten. Vikten av detta kan ses i Kvåles (31) studie, där det framgår att patienterna lägger stor betydelse i hur bemötandet sker, att sjuksköterskorna tar sig tid, att de lyssnar och att de visar med både handling och ord att de bryr sig om patienten.

I föreliggande studie framgick att de sjuksköterskor med fler antal år i yrket beskrev mer utförligt hur de utförde och utvärderade sina omvårdnadsåtgärder än de sjuksköterskor som hade ett mindre antal år i yrket. Sund-Levander, Wahren m.fl. (23) menar i en studie att utvärdering och genomförande i omvårdnad inte alltid är klart åtskiljbart, detta kan förklaras med att omvårdnad i samband med feber är mera relaterat till handling än att utforma mål, utföra och att utvärdera. Benner (32) påpekar att den process genom vilka tidigare föreställningar och teorier förfinas, sker genom mötet med många olika praktiska situationer.

4.3 Metoddiskussion

Valet av en deskriptiv design gjordes av författarna, då en intervjustudie ansågs vara den lämpligaste metoden att besvara författarnas frågeställning. Enligt Kvale (33) avser den kvalitativa forskningsintervjun att beskriva specifika situationer och handlingsförlopp ur den intervjuades värld. Bearbetning av materialet gjordes med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (26).

Trovärdigheten av studien bör analyseras med hänsyn till följande begrepp; ”dependability” med det menas pålitligheten och stabiliteten hos materialet och instrumenten, ”credibility” som avser bedömningen av studiens tillförlitlighet och trovärdighet, ”confirmability” som står för objektivitet och bekräftelse och ”transferability” som avser materialets överförbarhet och tillämpning (24,26).

För att stärka ”confirmability” har citat använts i resultatredovisningen, citaten har även varit kodade med löpnummer för att författarna skulle vara säkra på att alla intervjuer har blivit representerade. Informanterna i studien hade som författarna önskat en varierande erfarenhet, från 14 månader till 27 års yrkeserfarenhet som sjuksköterska, detta stärker även ”credibility” då forskningsfrågan ytterligare kan belysas från olika sidor (34). Genom bekvämlighetsurval valdes en medicinavdelning ut, där feber hos de inläggande patienterna är vanligt förekommande. En begränsning i studien kan vara överförbarheten till andra kategorier av vårdavdelningar då studien är gjord på en medicinavdelning där immunosupprimerade och svårt multisjuka patienter är vanligt förekommande. Då feber kan uppträda postoperativ hos opererade patienter på kirurgiska avdelningar och vid inflammatoriska sjukdomar såsom vid cancer eller reumatism kan behovet av planering och åtgärd skilja sig åt beroende på orsak till uppkomsten av feber.

För att försäkra sig om ”dependability” i analysförfarandet och för att undvika att processen förändrades, har författarna haft upprepad kontakt med sin handledare som följt arbetet under hela analysprocessen. En öppen dialog med handledaren bör föras för att minska risken att förändring sker av analysprocessen (26).

En intervjuguide användes för att täcka de områden som önskade belysas. Enligt Kylén (35) bör en intervjuguide innehålla mellan fyra och sex punkter. Sju blir för mycket och de bör då delas upp i undergrupper. En pilotintervju utfördes. Enligt Hansagi och Allebeck (36) bör en

provundersökning göras innan huvudstudien startas. I provundersökningen testas intervjuguidens användbarhet (36). Efter pilotintervjun bestämde sig författarna för att inte förändra något i intervjuguiden. Författarna valde också att använda pilotintervjun i analysprocessen då de ansåg att den hade något att tillföra studien. Författarna hade en önskan om att få 8-10 deltagare då de ansåg att det borde eliminera risken för att materialet inte skulle vara tillräckligt stort. Ett urval på 10 kan vara bedömt som adekvat för vissa typer av homogena viktiga samlingar (25). Under analysarbetet visade det sig att en mättnad av resultatet kunde märkas efter 8 intervjuer.

Då en av författarna (MN) arbetar som vårdenhetschef på den berörda avdelningen gjordes bedömningen att för att inte intressekonflikt och beroendeställningsproblematik gentemot informanterna skulle uppstå, så arbetade den författaren med dataanalysen efter det att materialet hade avidentifierats och försetts med löpnummer. Eftersom intervjuerna genomfördes av endast en av författarna (MB) kan detta vara en nackdel, då två intervjuare kan stötta och eventuellt komplettera varandra. Samtidigt kan det ses som en fördel då informanterna kunde känna sig mer bekväma och inte i minoritet. Intervjuerna bandinspelades i avskildhet för att senare transkriberas. En förutsättning är att samtalet på bandet är hörbart och att det inte förekommer bakgrundsljud (33). Då intervjuerna var förlagda utanför avdelningen i ostördhet och en modern mp3 spelare användes var ljudet oklanderligt och detta får ses som en stor fördel när inspelningarna skulle transkriberas. Ytterligare en fördel som bör beröras är att intressenterna fick vara delaktiga i besluten om när intervjuerna skulle äga rum, och att detta fick ske på betald arbetstid. Detta medförde att de kunde disponera sin tid och hade ingen tidspress då intervjuerna ägde rum vilket ledde till mer avslappnade intervjuer. Nackdelen med att intervjuerna inspelades var att vissa av intressenterna kände sig besvärade i början av intervjun, men detta släppte efter en stund och intressenterna kunde slappna av mer (37). En nackdel som bör nämnas är att författaren (MB) har måttlig erfarenhet av att utföra intervjuer, vilket kan ha satt begränsningar i datainsamlingen.

Då båda författarna har lång erfarenhet av att ha arbetat inom vården kan fördelen vara att de hade en förståelse för hur vårdpersonal arbetar, men samtidigt kan det vara en nackdel då författarna måste överväga noga att inte deras egen förförståelse och egna värderingar lades in under analysarbetet. För att undvika den risken har författarna arbetat på var sitt håll med att läsa igenom materialet, att ta ut meningsbärande enheter, kondensera och indela i kategorier

innan de träffades för att diskutera vilka kategorier som bäst representerade och svarade mot studiens syfte och frågeställningar utifrån skillnader och likheter.

Gällande ”transferability” överlåter författarna till läsaren att avgöra om studien är överförbar. För att kunna bedöma detta är det av största vikt att urvalsmetod, datainsamlingsmetod, analysprocessen och resultatet har presenterats tydligt i studien (26).

4.4 Allmän diskussion

Författarna har identifierat att det som styr hur sjuksköterskan hanterar patienter med feber är grundat på egna värderingar och därmed inte evidensbaserad. Detta kan leda till att patienten inte får likvärdig vård beroende på vilken sjuksköterska som behandlar patienten. Det visade sig vara en större brist på teoretiska kunskaper än vad författarna hade förväntat sig. De intervjuade hade arbetat som sjuksköterskor mellan 14 månader till 27 år. Alla beskrev att de fått dåliga kunskaper under sin högskoleutbildning, det är anmärkningsvärd eftersom det skiljer många år mellan deras examen. Detta bör beaktas både i sjuksköterskeutbildningen och i den kliniska verksamheten, eftersom evidens och praktik idag inte är samspelt anser författarna. Om dessa faktorer inte förenas så skulle det kunna leda till längre vårdtider, försämrad patientsäkerhet, förhöjda kostnader och oklara strategier vid omvårdnad. Det borde vara av vikt för den kliniska verksamheten då vinning i form av minskade kostnader samt att kvalitén på omvårdnaden och kompetensen hos sjuksköterskor ökar då det råder en snabb kunskapsutveckling inom hälso- och sjukvården. Det framkommer även i den granskade litteraturen (1,2, 4,10,13,15,18,29,30). För att kunna implementera evidensbaserad omvårdnad i den kliniska verksamheten krävs att de som har kunskapen om evidensen till exempel lärare och forskare borde ta mera del i skapandet av exempelvis vårdprogram, riktlinjer och rutiner. Detta skulle också kunna leda till att den kliniska verksamheten lättare kan tillämpa evidens i det dagliga arbetet och att lärare och forskare kan tillvarata verksamhetens specifika behov. Det skulle vara av stor vikt om den kliniska verksamheten och högskolan samarbetar så att blivande sjuksköterskor kan använda sina kunskaper de fått i utbildningen på ett effektivt sätt när de kommer ut i verksamheten. För att kunna kvalitetssäkra omvårdnadsåtgärderna för patienter med feber, behövs vidare forskning av strategierna runt identifiering och planering för patient med feber. Förslagsvis skulle en experimentell design kunna användas för att se orsak och verkan av olika strategier, vilket skulle kunna leda till riktlinjer som kan ge likvärdig, patientsäker och kostnadseffektiv vård.

5. Referenser

1. Thompson HJ. Fever: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2005;51(5):484-92.
2. Henker R, Carlson KK. Fever Applying Research to Bedside Practice. *AACN Adv Crit Care*. 2007;18(1):76-87.

3. Sund-Levander M. Feber. Lund: Studentlitteratur; 1999.
4. Holtzclaw BJ. Use of Thermoregulatory Principles in Patient Care: Fever Management. The online Journal of Clinical Innovations. 2002;5(5):1-64.
5. Plaisance KI, Mackowiak PA. Antipyretic Therapy: Physiologic Rationale, Diagnostic Implications, and Clinical Consequences. Arch Intern Med. 2000;160:449-456.
6. Hori T. Cytokines and Fever. Jpn J Med. 1991;30(6):609-611.
7. Goto M, Koyama H, Takahashi O, Fukui T. A Retrospective Review of 226 Hospitalized Patients with Fever. Intern Med. 2007;46(1):17-22.
8. Saper CB. Neurobiological Basis of Fever. Ann N Y Acad Sci. 1998;856:90-94.
9. Van Laar PJ, Cohen J. A Prospective study of fever in the accident and emergency department. Clin Microbiol Infec. 2003;9:878-880.
10. Emilsson M, Sandén I. Sjuksköterskors omvårdnad av vuxna patienter med feber. Vard Nord. 2007; 27(1):37-42.
11. Ikematsu Y. Characteristics of and interventions for fever in Japan. Int Nurs Rev. 2004;51(4):229-39.
12. Raadu G. Författningshandbok 2006 För personal inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Liber AB; 2006.
13. Willman A, Forsberg A, Carlsson S. Identifiera omvårdnadens metoder- en nödvändighet för implementering av evidensbaserad omvårdnad. Vard Nord. 2005;25(4):51-55.
14. Sund-Levander M. 2004 Measurement and evaluation of body temperature: Implications for clinical practice. Department of Medicine and Care (Diss) Linköping: Linköpings universitet.
15. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Socialstyrelsen (publicerad på internet) februari 2005 (citerad 2008-11-19);(17 sidor). Tillgänglig via URL: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>
16. Jähren-Kristoffersen N, Nordvedt F, Skaug E-A. Grundläggande omvårdnad Del 2. Stockholm: Liber AB; 2006.
17. Bor DH, Makadon HJ, Friedland G, Dasse P, Komaroff AL, Aronson MD. Fever in Hospitalized Medical Patients: Characteristics and Significance. J Gen Intern Med 1988;3(2):119-125.

18. Emmoth U, Edvinsson Månsson M. Omvårdnad vid feber- en litteraturstudie och IVA sjuksköterskors syn på omvårdnad och behandling vid feber. *Vard Nord*. 1997;17(4):4-8.
19. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. VIPS-boken. Vårdförbundet. Stockholm: Bromma-tryck AB; 1998.
20. Sund-Levander M, Forsberg C, Wahren LK. Normal oral, rectal, tympanic and axillary body temperature in adult men and women: a systematic literature review. *Scand J Caring Sci*. 2002;16(2):122-8.
21. Sund-Levander M, Grodzinsky E, Loyd D, Wahren LK. Errors in body temperature assessment related to individual variation, measuring technique and equipment. *Int J Nurs Pract*. 2004;10(5):216-23.
22. Blumenthal I. Fever- concepts old and new. *J R Soc Med*. 1997;90:391-394.
23. Sund-Levander M, Wahren LK, Hamrin E. Nursing care in fever: Assessment and implementation. *Vard Nord*. 1998;18(2):22-25.
24. Polit D, Beck C T. *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.
25. Sandelowski M. Fokus on Qualitative Methods: Sample Size in Qualitative Research. *Res Nurs Health*. 1995;18:179-183.
26. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004;24:105-112.
27. McKenzie NE. Fever: Upping the body's thermostat- Learn how to maneuver the peaks & valleys of body temperature. *Nursing*. 1998;28(10):41-45.
28. Murphy KA, Liebman M. Fever care: Does nursing instructions make a difference? *J Emerg Nurse*. 1995;21(5):461-3.
29. Segesten K. Evidence-based educational strategies for evidence-based nursing- a literature overview. *Vard Nord*. 2004;24(3):44-47.
30. Ehrenberg A. Nurses' Perceptions Concerning Patient Records in Swedish Nursing Homes. *Vard Nord*. 2001;21(1):9-14.
31. Kvåle K. Den omsorgsfulle sykepleier- slik pasienter ser det. *Vard Nord*. 2006;26(1):15-19.
32. Benner P. *Från novis till expert- mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur; 1993.
33. Kvale S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur; 1997.

34. Patton MQ. How to Use Qualitative Methods in Evaluation. Newbury park, London, New Delphi: Sage publications; 1987.
35. Kylén J-A. Att få svar. Stockholm: Bonniers utbildning AB; 2004.
36. Hansagi H, Allebeck P. Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 1994.
37. Trost J. Kvalitativa intervjuer. Lund: Studentlitteratur; 2005.

Intervjuguide

Allmänna frågor

Ålder

Antal år i sjuksköterskeyrket

Tidigare arbetserfarenhet inom vården

Tidigare arbetserfarenhet inom andra områden

Kan du berätta om ett patientfall som du minns, och som är relaterat till feber?

Något som gick bra, dåligt, eller som du har funderingar omkring.

Ämne

Huvudfråga

Följdfrågor

Definition av normal
kroppstemperatur

Vad är normalt?

Definition av feber

Vad är feber för dig?

Feber intervaller
Låg/normal/hög?

Identifiering av patient
med feber

Hur bedömer du att
patienten har feber?

Observation
Vården
Subjektivt (patient)
Symtom
Egen kompetens

Planering för patient
med feber

Hur planerar du för
omvårdnadsåtgärder
till patient med feber?

Läkarkontakt
Vätska
Nutrition
Omvårdnadsdiagnos

Genomförandet av
omvårdnadsåtgärder

Vilka åtgärder vidtar
du vid omvårdnaden av
patient med feber?

Täta kontroller
Vändschema
Byte sängkläder
Medicinering
Norton bedömning
Nutritionsstatus
Åtgärd/utvärdering

Information till Sjuksköterskorna på avdelning 110, Gävle sjukhus

Hej!

Du och alla andra sjuksköterskor på njur- hematologavdelningen 110 får detta brev med förfrågan om att delta i en studie som kommer att fokusera på sjuksköterskans omvårdnad av patienter med feber. Den kommer att utnyttas i en C-uppsats som beräknas vara klar våren 2009. Vi önskar att intervjua 8-10 sjuksköterskor som arbetar på avd 110. Intervjun kommer att ske på arbetstid och på en annan plats än avdelningen för att garantera ostördhet. Intervjun beräknas ta ca 1 timme (fika ingår). Intervjun kommer att bandinspelas.

Eftersom Marie Nordin arbetar som avdelningschef kommer alla intervjuer att göras av Mia Brunstedt för att inte beroendeställnings problematik ska uppstå. Intervjuerna kommer att skrivas ner, för att sedan koda med löpnummer och avidentifieras innan Marie tar del av materialet. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt. Vilket innebär att inga enskilda personer ska ha möjlighet att kopplas samman med resultatet. Naturligtvis är deltagandet frivilligt och som deltagare kan du när som helst och utan förklaring hoppa av studien. Vårt mål är att den här studien ska leda till riktlinjer för omvårdnad av patienter med feber. Om ni vill anmäla ert intresse för att vara med i studien så kan ni ringa eller maila till oss.

Marie & Mia

Marie Nordin
marie.nordin@lg.se

026/157607 arbetet

Mia Brunstedt
marie.brunstedt@hotmail.com

0297/20172 hem telefon
070/3752082 mobil

Handledare

Magnus Lindberg
magnus.lindberg@lg.se

maslig@hig.se
026/155465 tele: FoU forum