

Sykehusinfeksjoner og pasientsikkerhet

Astrid Berland, Høgskolelektor – Signe Berit Berentsen, Ph.D-student – Doris Gundersen, Ph.D, Forskningsssjef

HOSPITAL-ACQUIRED INFECTIONS AND PATIENT SAFETY

ABSTRACT

Hospital-acquired infections are a serious problem and can be a threat to patient safety. The purpose of this study is to examine the thoughts and experiences of critical care nurses in regard to hospital-acquired infections and patient safety. This study uses a qualitative design based on focus group interviews. Inclusion criteria for the focus group panels were the following: nurses with advanced training in anesthesiology, intensive care or operating room nurses. The findings show that respect for hygiene protocols becomes reduced over time and this affects patient safety. A busy and stressful work environment can also be a problem when having to adhere to these protocols. They also pointed out the consequences of poor role models in that it was everyone's responsibility to adhere to hygiene protocols. Finally, the more experienced nurses had often not up-dated their education. In conclusion, critical care nurses have experienced that hospital-acquired infections and a decrease in patient safety can be result of poor hand hygiene, failure to comply with established protocols, poor role models and a busy and stressful environment. Thoughts and experiences of critical care nurses should be considered in clinical practices in order to reduce hospital-acquired infections and preserve patient safety.

KEY WORDS: Nursing, patient safety, infection control, hospital-acquired infection, focus groups

Introduksjon

Temaet pasientsikkerhet ble satt på agendaen av Verdens helseorganisasjon (WHO) ved at forskning og utviklingsarbeid skulle være med på å fremme pasientsikkerhet (1). Begrepet pasientsikkerhet inkluderer omsorg, rapportering av feil, og innføring av nye system som skal redusere risikoen for å gjøre feil når omsorg gis (2). Begrepet knyttes også til omgivelser omsorgen utføres i, da rammer for omsorgen er med på å bidra til at tiltenkte resultat oppnås(2). Det internasjonale råd for sykepleiere (ICN) understreker at pasientsikkerhet er grunnleggende for kvaliteten på sykepleien som gis pasientene (3). På nasjonalt plan fokuserer Sosial- og Helsedirektoratet (4) på pasientsikkerhet i den nye statlige kvalitetsstrategien «... og bedre skal det bli!».

Sykehusinfeksjoner er infeksjoner som oppstår under eller etter, og som følge av opphold i sykehus eller annen helseinstitusjon (5), og det har vist seg at sykehusinfeksjoner er en viktig trussel for pasientsikkerheten (6,7).

De vanligste sykehusinfeksjonene er luftveisinfeksjoner, sepsis, urinveisinfeksjoner og sårinfeksjoner (5,8). Tidligere undersøkelser viser at årsakene til at sykehusinfeksjoner oppstår kan være manglende kunnskap om forebyggende tiltak hos personalet, nedsatt immunforsvar hos pasientene, behandlingen pasientene får, dårlig håndhygiene og forhold ved organisasjonen (9,7,10,11). Undersøkelser viser også at sykehusinfeksjoner er en av de hyppigste komplikasjonene hos hospitaliserte pasienter (12,7). Det er videre funnet at sykehusinfeksjoner er den hyppigste dødsårsaken hos akutt kritisk syke (7), og at det er i intensivavdelingene det er flest infeksjoner (13). En av grunnene til dette kan være at det er i disse avdelingene de mest alvorlig syke pasientene er (13). Det har også vist seg at ca 10 % av pasienter i akuttavdelinger får en eller flere sykehusinfeksjoner, og at 20–30% av sykehusinfeksjoner kan forebygges (12,14,15). For å imøtekomme problemene sykehusinfeksjoner medfører, lanserte WHO i oktober 2004 the World Alliance for Patient Safety, som har som førsteprioritet å redusere infeksjoner knyttet til helsesektoren. Et av de første prosjektene er «Clean care is safer care» (8,16,17). Flere studier er i de seinere år knyttet opp mot dette (18,19). Gjennomgang av internasjonale studier viser videre at det er hovedsakelig fokusert på å evaluere intervensjoner som er satt i gang for å få kontroll over sykehusinfeksjoner (20,21,22,23,24,7). Det er derimot ikke funnet noen tidligere undersøkelser som har fokusert på spesialsykepleieres (anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleiere) egne tanker og erfaringer når det gjelder å få sykehusinfeksjoner, som igjen kan føre til at pasientsikkerheten trues i en akuttavdeling (operasjon og intensiv avdeling). Hensikten med denne studien er derfor å undersøke spesialsykepleie-

res tanker og erfaringer med at sykehusinfeksjoner oppstår slik at pasientsikkerheten kan trues.

Problemstilling

I denne artikkelen har vi satt følgende tema for problemstilling: «Spesialsykepleieres tanker og erfaringer med at sykehusinfeksjoner oppstår slik at pasientsikkerheten kan trues i en akuttavdeling».

Metode

Fokusgruppeintervjuer ble anvendt som datainnsamlingsmetode. Formålet med fokusgruppe er å lytte og samle informasjon. Det er en måte å få bedre forståelse for hvordan mennesker føler eller tenker om en sak. Deltakerne deler sine erfaringer og oppfatninger med hverandre i gruppediskusjonen (25). En fokusgruppestudie er en nøye planlagt serie av diskusjoner der en ønsker å oppnå kunnskap om en definert problemstilling i en sammenheng preget av aksept og støtte (25). Det fokuserte gruppeintervju skiller seg fra andre kvalitative forskningsmetoder ved å trekke inn gruppeinteraksjonen som en faktor for meningsdannelse hos informantene. På den måten kan de ulike tema få en bredere presentasjon (26).

Vi valgte fokusgruppeintervju som metode fordi det er en kvalitativ metode der komplekse temaer kan analyseres og drøftes med flere. Fokusgruppemetode ble videre valgt fordi vi også ville fange opp interaksjonen mellom aktørene. Fokusgruppeintervju er tidligere blitt vurdert som en hensiktsmessig metode til å evaluere holdninger, kunnskaper og erfaringer hos helsepersonell (27).

Utvalg

To sykehus som tilhører samme regionale helseforetak var med i studien. Begge sykehusene har tilbud innen de fleste kliniske spesialiteter. Søknad om tilgang til to grupper med inntil 6 deltakere i hver gruppe ved hvert sykehus, ble sendt til de administrative lederne ved sykehusene. Gruppene skulle bestå av spesialsykepleiere fra tre avdelinger innen anestesi-, operasjon- og intensivsykepleie som arbeidet på samme nivå. Dette var eneste kriteriet for deltakelse i studien. Etter at tillatelse var gitt, ble skriftlig informasjon om studien og forespørsel til aktuelle sykepleiere gjort gjennom avdelingssykepleierne. De som valgte å være med, fylte ut svarslipp for skriftlig samtykke. Undersøkelsen omfatter 23 spesialsykepleiere som oppfylte inklusjonskriteriet, herav var en mannlig sykepleier. Inklusjonskriteriet utelukket ikke de mannlige sykepleierne, men på forespørsel var det bare en av dem som sa ja til studien. Krueger & Casey (25) mener det kan være

uklokt å blande kjønn, da mannlige deltakere har en tendens til å prate mer, noe som kan gjøre at kvinnene i gruppen blir mindre artikulerte. Imidlertid viste det seg at dynamikken i gruppediskusjonen ikke ble negativt påvirket av den mannlige deltakeren. Deltakerne er valgt ut fordi de har visse karakteristika felles som relaterer til tema for fokusgruppen (25). Ingen av informantene hadde lederposisjoner som kunne virke hemmende på utvekslingen av meninger i gruppen. De fleste hadde «lang» erfaring i forhold til de angitte tema for samtalen. Av de 24 informantene som ble forespurt om å være med i undersøkelsen, meldte en frafall umiddelbart før intervjuet. Aldersspredningen var fra 35 til 61 år, og gjennomsnittlig alder var 47 år. Yrkeserfaring som spesialsykepleier var fra 9 måneder til 32 år. Her var gjennomsnittlig yrkeserfaring 14 år. På tross av spredning i alder og yrkeserfaring var det stor grad av sammenfall i syn på tema som ble diskutert i gruppene.

Datasamling

Fire gruppeintervju, to på hvert sykehus, ble gjennomført. Sykehusene stilte lokaler til disposisjon, og samtalen ble foretatt i arbeidstiden. Intervjuene varte rundt to timer, og ble gjennomført med førsteforfatter alene som moderator. Hennes bakgrunn som anestesisykepleier og høyskolelektor ble i denne sammenheng vurdert til å være et godt utgangspunkt for å følge opp diskusjonene. Moderator må ha adekvat bakgrunnskunnskap om tema som blir diskutert for å kunne ha perspektiv på kommentarene og følge opp kritiske områder innen tema (25). Moderator stilte tilleggs- og oppfølgings spørsmål, hun sørget for at alle informantene kom til orde, og at diskusjoner mellom informantene ble holdt innenfor oppgitt tema. Informantene var svært engasjerte, og mye spontan diskusjon mellom informantene forekom i gruppene. Formuleringer framkom noen ganger som halve setninger ved at gruppe medlemmer uttrykte støtte i forhold til hverandre. Utsagn fra en enkelt deltaker ble ofte fulgt opp av kommentarer fra andre i gruppen. Atmosfæren var god, og det var iblant humor og latter. Intervjuene ble avrundet med en oppsummering og invitasjon til å komme med tilleggs utsagn. Noen av informantene benyttet seg av dette for å poengtere det de syntes var viktig for dem å få fram. Etter diskusjonene ble nonverbal kommunikasjon notert. Til å fange opp selv små nyanser i stemmeleie og tonefall og registrere pauser og uttrykte følelser, var båndopptakeren til god hjelp.

I intervjuguiden ble temaene sykehusinfeksjoner og pasientsikkerhet i en akuttavdeling tatt opp. Det ble vektlagt å stille enkle og åpne spørsmål som var klare, korte og en – dimensjonale (Krueger & Casey, 2000). I forkant av gruppediskusjonene ble spørsmålene diskutert med medforfatterne, og omformet flere ganger før de ble opplevd som tilfredsstillende.

Forskningsetiske betraktninger

Tillatelse til innsamling og registrering av data i undersøkelsen ble innvilget av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Søknad ble også sendt ledelsen ved sykehusene, og tillatelse ble gitt herfra. Skriftlig informasjon og forespørsel om medvirkning til undersøkelsen, ble formidlet via de administrative ledere. Det ble understreket at deltakelse var frivillig og at deltakerne hadde rett til når som helst å trekke seg uten å grunngi dette. Informasjonen omfattet studiens problemområde, fokusgruppeintervju, formålet med studien, samt at anonymitet ble sikret ved at studien ikke ville inneholde personidentifiserbare data. Før diskusjonen begynte ble det informert om forskers taushetsplikt og om sikring av deltakernes anonymitet ved å ikke la noen opplysninger gjenkjennes, og dessuten om hvordan funn fra studien ville bli anvendt videre og senere presentert.

Analysemetode

Samtalene ble tatt opp på lydbånd og ble senere skrevet ut ord for ord (25). Det ble gjort en kvalitativ hermeneutisk innholdsanalyse for å identifisere hovedtema og mønstre mellom tema (28). Vi fulgte Kvalnes (29) tre nivåer for tolking: Selvfølgelig, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse. Det første nivået, selvfølgelig,

er informantenes utsagn. Det andre nivået, kritisk forståelse, er forskers kommentarer til utsagnene. Tolkningen har her en bredere forståelsesramme enn intervju personens egen. Teoretisk forståelse, er det tredje nivået, der den teoretiske rammen og forskningsresultater fra andre studier trekkes inn for å utvide perspektivet.

Førstegangsgjennomlesning resulterte i forløpige temaer som også hadde sitt utspring i intervjuguiden og studiens hensikt (25). Deretter ble manus lest for å systematisere teksten og for å avdekke hovedkategorier og underkategorier. Videre ble det gjort en teoretisk tolkning ved at kategoriene ble satt sammen i meningsfulle enheter.

I analysen leste alle forfatterne nøye gjennom utskriftene og gjorde notater for å få et helhetsinntrykk. Videre sammenlignet og diskuterte vi oss sammen fram til tematiseringen av teksten. I fellesskap kom vi fram til hvilke utsagn som skulle velges for å belyse tema som kom fram i analysen.

Funn

Funnene viser at respekten for hygieniske retningslinjer var betydelig redusert over tid og kunne true sikkerheten til pasientene. Travel arbeidssituasjon kan være problematisk for sykepleierne når hygienen skal ivaretas på en sikker måte. Sykepleierne vurderte infeksjonsrisiko i tillegg til oppfølging av hygieniske retningslinjer i arbeidssituasjoner hvor pasientene hadde en infeksjon. Sykepleierne pekte på betydningen av å være gode rollemodeller for hverandre. De var opptatt av den enkelte kollega sitt ansvar for selv å ivareta hygieniske retningslinjer. Enkelte sykepleiere med lang yrkeserfaring som spesialsykepleier hadde ikke oppdatert sine fagkunnskaper. Et godt arbeidsmiljø kunne ha konsekvenser for pasientsikkerheten.

Analysen av de fire fokusgruppediskusjonene beskriver følgende 5 hovedtema:

- Hygieniske retningslinjer
- Tidspres
- Ansvarsforhold
- Samarbeid
- Vurdering av risiko

Hygieniske retningslinjer

I diskusjonene fortalte informantene om manglende bruk og oppfølging av hygieniske retningslinjer. De gav uttrykk for at respekten for retningslinjene var betydelig redusert over tid og kunne true sikkerheten til pasientene. Informantene fortalte blant annet om kollegaer som overså uniformsreglementet. De nevnte særlig bruk av smykker, ringer, armbånd og sko. I tillegg var informantene opptatt av at retningslinjer for bekledning på operasjonsstuen og andre avdelinger ikke alltid ble fulgt opp:

«De går på steril gang, og de går i hvitt, det sklir ut».

«... alle veier gikk de i grønne klær, og folk påpekte det, dette skal være begrenset til operasjons- og anesthesiavdeling. Men det blir jo stadig brutt det, og blir påpekt, men de bryr seg ikke».

«Så står de over og kikker ned i såret til og med i private klær».

Det ble videre påpekt at regler stadig må repeteres og håndheves for i størst mulig grad bli fulgt opp:

«Akkurat inne hos oss har det sklidd voldsomt ut de siste årene... Jeg synes vi må skjerpe oss der. Skjerpe inn regler og skrive regler, ta det opp på avdelingsmøter, bli enige at slik og slik skal det være. Så skal alle følge dem. Det viser seg at det må være litt strikse regler, ellers glir det ut».

Flere av informantene nevnte håndhygien og bruk av hansker hos legene. Følgende utsagn er eksempel på dette:

«... og vi har legene, når de har lyttet på en pasient, så... Det varierer lite grann, men det er ikke alle som er så flinke til å gå bort og vaske seg på hendene eller sprite seg før de går til neste pasient».

«Jeg legger fram hansker, de tar dem ikke på».

Tidspress

Gjennom diskusjonene kom det fram at travelhet kan være problematisk for sykepleierne. Høyt tempo i arbeidssituasjonen var ikke alltid forenlig med å kunne ivareta hygienepå en sikker måte. De framhevet viktigheten av å få nok tid til å få følge opp kontroll av sterilt utstyr i avdelingen. Ett utsagn belyser dette:

«Det er jo viktig at vi ikke har det så travelt i hverdagen at vi ikke får tid til å oppgradere avdelingen etter en vakt, kjempesynd, presse på program, program, program, og om ettermiddagen og kveld når det er et team og vi bruker tiden til å sjekke utstyr... at alt det som skal være sterilt, er sterilt... er kjempeviktig».

Ansvarsforhold

I gruppediskusjonene pekte informantene på betydningen av å være gode rollemodeller for hverandre for å kunne ivareta sikkerheten til pasientene best mulig. Å utvise nøyaktighet i arbeidssituasjonen hadde påvirkning på alle. En av informantene uttrykte det på denne måten:

Vi er jo forbilder for hverandre. Hvis det er en kultur for at alle er veldig nøye, så påvirker det oss alle.

Motsatt av dette oppgav informantene hvordan manglende oppfølging av hygieniske retningslinjer hos overordnede ble overført til kollegaer:

«Det viser nok at når noen er høyere sjefer eller leger, så kan de gjøre det, så kan vi gjøre det. Det forplanter seg».

Åpenhet om prosedyrer som ikke ble gjennomført riktig av den enkelte, og at de mer erfarne sykepleierne gikk foran med et godt eksempel og tok konsekvensene om de gjorde feil, ble nevnt som viktig for pasientsikkerheten fra flere av informantene:

«Av og til kan det være det og våge å ta konsekvensen av ting, si sånn som i vår rolle hvor vi arbeider med sterile felt, så kan du eller en eller annen gjøre en handling som at du forurenser og det kan få konsekvenser... Det er viktig».

Informantene var opptatt av den enkelte kollega sitt ansvar for selv å ivareta hygieniske retningslinjer, og påpekte at ikke alle kollegaer var like flinke til å følge opp. En av informantene sa det på følgende måte:

«... det er klart noen er flinkere enn andre å følge opp standarder. ... Det går en balanse for hvor mye du føler folk må ta ansvar selv. ... Det er litt med hvor mye du skal si... Du vet at folk har kunnskaper».

Enkelte av de yngre informantene hadde erfart at kollegaer med lang yrkeserfaring som spesialsykepleier anvendte «gamle» fagkunnskaper, og ikke hadde oppdatert seg. En av informantene belyser det på denne måten:

«... de hadde vært lenge de som var, så hadde vi lært at du aldri skal åpne ting over sterile bord... Og ved hofteoperasjoner er det jo ekstra nøye at du ikke gjør sånne ting. Det opplevde vi jo da, at enkelte de heiv sånt åpnet rett over sterile bord. ... Når du tok opp diskusjonen, så fikk du gjerne til svar, at dette her går like fint. Det hadde de lært for 20 år siden, kanskje, at sånn kunne du gjøre».

Samarbeid

I denne studien kom det fram i diskusjonene at et godt arbeidsmiljø ville påvirke sykepleierne positivt i deres arbeid. Trygghet i forhold til kollegaer ved å være åpen om egne feil, så også andre kan lære av det, ble nevnt som viktig for pasientsikkerheten. En av informantene sa det slik:

«... så tror jeg og at det har betydning at en har et så bra arbeidsmiljø at en føler seg trygg på sine kollegaer, og at en på en måte føler det som en oppgave at en når har gjort en tabbe eller feil at en kringkaster det til alle andre... Og det kan gå veldig på sikkerheten, så der spiller arbeidsmiljøet inn. Lære av hverandres feil».

Vurdering av risiko

Informantene forteller de vurderer infeksjonsrisiko i tillegg til oppfølging av hygieniske retningslinjer i arbeidssituasjoner hvor pasientene har en infeksjon. Følgende utsagn illustrerer dette:

«Men er vi en plass der de opererer puss og sånne ting, så bytter vi jo så klart, vi gjør jo det, vi er ikke helt «gale», men du bruker kanskje mer skjønn...».

Diskusjon

Til tross for at informantene generelt er enige om at pasientsikkerhet er av stor betydning (30, 31, 32) viser nasjonal og internasjonal litteratur at uheldige hendelser i somatiske sykehus forekommer (33,34,35,36,37), noe som igjen kan føre til at pasientsikkerheten trues. Det er mange årsaker til at pasientene skades i forbindelse med pleie og behandling. På den ene siden kan det være relatert til normal risiko ved medisinsk behandling, på den annen side kan årsaken være menneskelig svikt, svikt i teknisk utstyr og organisasjonsmessige årsaker (38,9). Våre informanter peker på flere faktorer som kan utgjøre en infeksjonsrisiko og dermed true pasientsikkerheten i forbindelse med opphold i en akuttavdeling. I diskusjonene kom det fram at manglende bruk og oppfølging av hygieniske retningslinjer kunne true pasientsikkerheten. Det dreiet seg særlig om kollegaer som overså uniformsreglementet. Dette samsvarer med funn i en tidligere studie som fant at sykepleiere i stor grad velger å bryte et reglement som regulerer bekledning og bruk av smykker. Sykepleiere avgjør selv sine egne etterlevelseregler, og har ikke hygieniske motforestillinger, dette til tross for kunnskap om smitterisiko (39).

Denne studien bekrefter tidligere undersøkelser når det gjelder dårlig etterlevelse av håndhygiene hos leger, og som også viser at sykepleiere vasker hendene oftere enn leger (40,41,20,42,21). Dette kan være med på å true pasientsikkerheten, da tidligere undersøkelser har funnet at mange av sykehusinfeksjonene kunne vært unngått ved blant annet bedre håndhygiene hos helsepersonell (43,44,45).

I intervjuene kommer det fram at høyt tempo i arbeidssituasjonen ikke alltid er forenlig med å kunne ivareta hygienepå en sikker måte. Å få tid nok til å følge opp kontroll av sterilt utstyr er problematisk for sykepleierne. Tidligere sikkerhetsforskning bekrefter dette, da det i forhold til sikkerhet har skjedd en forskyving fra individ- til systemnivå i forhold til sikkerhet (46,47,9). På systemnivå spiller markedskreftene en viktig rolle da helseforetakene får begrensede økonomiske ressurser til disposisjon (46,47,9). Dette kan føre til effektivitetspress (9), og problemer som tidspress og mangel på personale vil derfor kunne bli en infeksjonsrisiko for pasientene.

Informantene i denne studien påpeker videre betydningen av å være gode rollemodeller for hverandre. Dette samsvarer med funn fra flere studier (48,21). Åpenhet om feilutførte prosedyrer, og at de mer erfarne sykepleierne går foran med et godt eksempel og tar konsekvensene om de gjør feil blir nevnt som viktig av informantene.

Informantene er også opptatt av å utvise nøyaktighet i arbeidssituasjonen påvirker andre kollegaer. I tillegg viste informantene til at det finnes negative rollemodeller hvor manglende oppfølging av hygieniske retningslinjer hos overordnede ble overført til kollegaer. Dette samsvarer med Lankford m.fl. (48) som i sin studie fant at ledere er viktige rollemodeller, og at oppfølging av hygieniske retningslinjer påvirkes av annet helsepersonells atferd.

Informantene i vår studie var opptatt av den enkelte kollega sitt ansvar for selv å ivareta hygieniske retningslinjer, og påpekte at ikke alle kollegaer er like flinke til å følge opp retningslinjene. I følge Konvensjon for sykepleiere må sykepleierne forholde seg til det ansvarsnivået som er krevd for sykepleierfunksjonen på den enkelte arbeidsplass (49). I tillegg skal sykepleierne følge ICNs etiske regler, som tillegger sykepleierne et personlig ansvar for den praksis de utøver som sykepleiere (50). Imidlertid har lovverket også tillagt ledelsen et ansvar og en plikt til å opprette trygge og formålstjenlige retningslinjer og prosedyrer for sikkerhet (51). Ledelsen er helt avgjørende for den sikkerhetskulturen som bygges opp i avdelingene (9). I vår undersøkelse kom det fram at enkelte med lang yrkeserfaring som spesialsykepleier ikke hadde oppdatert sine fagkunnskaper, og anvendte «gamle» fagkunnskaper. I følge tidligere undersøkelser, blir for liten kunnskap eller forældet kunnskap hos helsepersonell nevnt som en av flere årsaker til at det blir begått feil (9,7).

I diskusjonene ble det også lagt vekt på at et godt arbeidsmiljø ville

påvirke sykepleierne positivt i deres arbeid. Trygghet i forhold til kollegaer ved å kunne være åpen om egne feil, slik at andre kunne lære av det, ble nevnt som viktig for pasientsikkerheten. Dette er i overensstemmelse med Hjort som hevder at arbeidsmiljøet er viktig, og at uheldige hendelser må sees på som muligheter til å lære å forbedre praksis (9).

Som det framgår av studien vurderer informantene grad av infeksjonsrisiko i tillegg til å følge angitte retningslinjer i situasjoner hvor pasienten har en infeksjon. Dette er i tråd med Raboud m.fl. (22) som fant at sykepleierens håndhygiene reguleres i forhold til egen vurdering av risiko. Utøvelse av faglig skjønn er viktig i en akuttavdeling for å kunne ivareta pasientenes sikkerhet. En skjønnsom vurdering er påkrevet for å kunne tilpasse arbeidet til den enkelte pasient og den enkelte praksissituasjon. I følge Benner vil det å kunne betrakte situasjonen som en helhet kjennetegne ekspertsykepleierens utøvelse av sykepleie (52).

Metodediskusjon

Datamaterialet fra de fire gruppediskusjonene var omfangsrikt og utgjorde et godt grunnlag for tekstanalysen. De tema som blir framstilt i funndelen i studien, er i hovedsak de samme som framkom i alle intervjuene. Dette kan være et tegn på at temaene ble tilstrekkelig gjennomdiskutert i gruppene. Utvalget hadde informanter fra to forskjellige sykehus. De hørte begge til det samme regionale helseforetaket og kan beskrives som representanter for sykehus i norske småbyer. Når det gjelder grad av aktivitet og innspill i diskusjonene, avvok ikke disse to institusjonene i særlig grad fra hverandre. Dette gjaldt også for den gruppen som hadde en mannlig deltaker. Videre ble gruppeprosessen beskrevet som positiv av deltakerne. Ved avslutningen av samtalen gav flere av informantene uttrykk for at gruppeintervjuene hadde vært en god opplevelse. I en slik situasjon vil det også være mulig for deltakerne å komme med motstridende synspunkter. På bakgrunn av disse forhold er studiens validitet forsøkt ivarett.

Det kan være noen begrensninger i studien. Førsteforfatter sin for forståelse som anestesisykepleier kan ha påvirket tolking av funnene. En fare med godt kjennskap til forskningsfeltet er at en kan overse viktige nyanser, i det at en ikke klarer å ha tilstrekkelig analytisk distanse til materialet, og en kan få problem med å skille mellom informanten sin, og egen erfaring og for forståelse (53). På den annen side har analysearbeidet og funnene kontinuerlig blitt diskutert sammen med medforfattere til oppnådd enighet.

En annen begrensning kan være at intervjuemetoden kan føre til likegyldende svar, da gruppedynamikken som oppstår i en fokusgruppe kan stenge for avvikende synspunkter (27).

Implikasjoner for klinisk praksis

Sykehusinfeksjoner er et økende problem i sykehusavdelinger, og er også en fare for pasientsikkerheten. Helsepersonell bør engasjere seg i å legge til rette for at faren for sykehusinfeksjoner reduseres og pasientsikkerheten ivaretas. Denne studien framhever viktige tanker og erfaringer spesialsykepleiere i en akuttavdeling har gjort seg med hensyn til hvorfor sykehusinfeksjoner oppstår i en akuttavdeling. En måte å redusere faren for sykehusinfeksjoner og sikre pasientsikkerheten i akuttavdelinger er å ta erfaringer fra spesialsykepleiere til etterretning i utførelse av klinisk praksis.

Konklusjon

Sykehusinfeksjoner er et økende problem hos hospitaliserte pasienter, noe som kan true pasientsikkerheten. Denne studien viser at spesialsykepleierne i en spesialavdeling for akutt og kritisk syke har erfart at brudd på retningslinjer, manglende håndhygiene, travel arbeidssituasjon og dårlige rollemodeller kan gi sykehusinfeksjoner slik at pasientsikkerheten kan trues. Tanker og erfaringer som spesialsykepleiere i studien avdekker viser at det sikkerhetsforebyggende arbeidet må vektlegges i forhold til helsepersonell som utfører handlinger for pasienter i en akuttavdeling. Det er videre viktig å fokusere på det ansvar organisasjonen har. Spesialsykepleierens tanker og erfaringer må tas til

etterretning i klinisk praksis for å forebygge at sykehusinfeksjoner oppstår og pasientsikkerheten ivaretas.

Godkjent for publisering 23.05.2008

Astrid Berland¹, Signe Berit Berentsen² & Doris Gundersen³

¹ Høgskolelektor, Avdeling for helsefag, Høgskolen Stord/Haugesund,

² Ph.D-student, Avdeling for helsefag, Høgskolen Stord/Haugesund

³ Ph.D, Forskningsjef, Helse Fonna

Korrespondanse:

Astrid Berland, Høgskolelektor, Høgskolen Stord/Haugesund, Avdeling for helsefag, Bjørnsonsgt. 45, NO – 5528 Haugesund, e-mail: astrid.berland@hsh.no

Referanser

1. World Health Organization. Quality of care: patient safety. Report by the secretariat; 2002.
2. Vande Voorde KM, France A.-C. Proactive error prevention in the intensive care unit. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2002; 14: 347–358.
3. International Council of Nurses. ICN Position Statement on Patient Safety. <http://www.icn.ch/pspatientsafe.htm>; 2002. Lest 23.01.2007.
4. Sosial- og Helsedirektoratet.... og bedre skal det bli! Nasjonal Strategi for Kvalitetsforbedring i Sosial- og Helsetjenesten (2005–2015). Oslo; 2005.
5. Helsedepartementet. Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004–2006. Helsedepartementet; 2004.
6. Helsedepartementet. Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner 2003–2005. Helsedepartementet; 2003.
7. Peterson AM, Walker Hinton P. Hospital-Acquired Infections as Patient safety Indicators. *Annual Review of Nursing Research*. 2006; 24: 75–99.
8. World Alliance for Patient Safety. Global patient safety challenge 2005–2006. Clean Care is Safer Care. Geneva: World Health Organization; 2005.
9. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten – en lære-, tenke- og fakta-bok. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2007.
10. Aavitsland P. Ren rutine. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2005; 125:145.
11. Reason, J. Safety in the operating theatre – Part 2: Human error and organisational failure. *Qual Saf Health Care*. 2005; 14: 56–60.
12. Burke J. Infection Control. A Problem for Patient Safety N. *Eng J Med*. 2003; 348 (7): 651–656.
13. Eriksen H-M, Iversen BG. Årsrapport 2003 om sykehusinfeksjoner i kommunale helseinstitusjoner og sykehus. Rapport 2004:1 Nasjonalt folkehelseinstitutt.
14. Harbarth H, Sax H, Gastmeier P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. *Journal of hospital infection*. 2003; 54: 258–266.
15. Gastmeier P. Nosocomial infection surveillance and control policies. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 2004; 17, 295–301.
16. Pittet D, Allegranzi B, Storr J, Donaldson L. «Clean Care is Safer Care»: the Global Patient Safety Challenge 2005–2006. *International Journal of Infectious Diseases*. 2006; 10: 419–424.
17. Allegranzi B, Storr J, Dziekan G, Leotsakos A, Donaldson L, Pittet D. The First Global Patient Safety Challenge «Clean Care is Safer Care»: from launch to current progress and achievements. *Journal of Hospital Infection*. 2007; 65 (52): 115–123.
18. Gould D J, Hewitt-Taylor J, Drey NS, Gammon J, Chudleigh J, Weinberg JR. The Clean Your Hands Campaign: Critiquing policy and evidence base. *Journal of Hospital Infection*. 2007; 65: 95–101.
19. Whitby M, Pessoa-Silva CL, McLaws M-L, Allegranzi B, Sax H, Larson E, Seto WH, Donaldson L, Pittet D. Behavioural considerations for hand hygiene practices: the basic building blocks. *Journal of Hospital Infection*. 2007; 65: 1–8.
20. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mouroga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide program to improve compliance with hand hygiene. *Lancet*. 2000; 356:1307–1312.
21. Pittet D, Simon A, Hugonnet S, Pessoa-Silva CL, Sauvan V, Perneger TV. Hand hygiene among physicians: Performance, beliefs, and perceptions. *Ann Intern Med*. 2004; 141: 1–8.

22. Raboud J, Saskin R, Wong K, Moore C, Parucha G, Benett J et al. Patterns of hand washing behavior and visits to patients on a general medical ward of healthcare workers. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2004; 25: 198–202.
23. Creedon SA. Healthcare worker's hand decontamination practices: compliance with recommended guidelines. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 51(3): 208–216.
24. Gordin FM, Schultz ME, Huber RA, Gill JA. Reduction in nosocomial transmission of drug-resistant bacteria after introduction of an alcohol-based handrub. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2005; 26: 650–653.
25. Krueger A, & Casey M. Focus groups-3rd Edition- A practical guide for applied research 2000; Thousand Oaks-London-New Delhi: Sage Publications; Inc..
26. Maunsbach M, & Dehlholm-Lambertsen, B. Det fokuserede gruppeinterview og deltagerobservasjon. *Nordisk Medisin*. 1997; 112 (4): 126–128.
27. Kitzinger J. Introducing focus groups. *BMJ*. 1995; 311: 299–302.
28. Polit FD, Beck TC. *Essentials of Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization*. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
29. Kvale S. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS; 1997.
30. Rosenstein AH, O'Daniel M. Disruptive: Behavior & Clinical outcomes: Perceptions of nurses & physicians. *American Journal of Nursing*. 2005; 105: 54–64.
31. Kalisch BT, Aabersold M. Overcoming barriers to patient safety. *Nursing Economics*. 2006; 24: 143–155.
32. Flin R, Yule S, Mckenzie L, Paterson-Brown S, Maran N. Attitudes to teamwork and safety in operating theatre. *The Surgeon*. 2006; 4: 145–151.
33. Flaatten H, Hevrøy O. Errors in the intensive care unit (ICU) Experiences with an anonymous registration. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1999; 43: 614–617.
34. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*. 2001; 322: 517–519.
35. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Schug S, Scott A, Johnson S, Bingley W. (2001). Adverse events in New Zealand public hospitals: principal findings from a national survey. Occasional Paper NO 3. Wellington: Ministry of Health.
36. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Schug S, Scott A. Preventable in-hospital medical injury under the «no fault» system in New Zealand. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12: 251–256.
37. Slonim A.D, LaFleur BJ, Ahmed W, Joseph JG. Hospital-reported medical errors in children. *Pediatrics*. 2003; 111: 617–621.
38. Ödegård S. Säkerheten i vården bör fokusera på prevention. *Läkartidningen*. 1999; 96 (25): 3068–3073.
39. Brænd JA. Uniform, regelverk og ledelse. Det medisinske fakultet. Institutt for Sykepleievitenskap. Universitetet i Oslo; 2000.
40. Slaughter S, Hayden MK, Nathan C, Hu TC, Rice T, Van Voorhis J et al. A comparison of the effect of universal use of gloves and gowns with that of glove use alone on acquisition of vancomycin-resistant enterococci in a medical intensive care unit. *Ann Intern Med*. 1996; 125: 448–456.
41. Pittet D, Mourouga P, Perneger T. Members of the Infection Control program. Compliance with handwashing in a teaching hospital. *Ann Intern Med*. 1999; 130: 126–130.
42. Stone A. Audit of soap usage by a primary care team. *BMJ*. 2003; 327: 1453–1454.
43. Boyce JM. It is time for action: improving hand hygiene in hospitals (Editorial). *Ann Intern Med*. 1999; 130: 153–155.
44. Lystad A. Håndhygiene. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1999; 119: 2454.
45. Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2002; 23: 3–40.
46. Reason J. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot, UK: Ashgate, 1997.
47. Ödegård S. Säker Vård – patientskador, rapportering och prevention. Doktorsavhandling i folkhälsovetenskap. NHV – Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Göteborg; 2006.
48. Lankford MG, Zembower TR, Trick WE, Hacek DM, Noskin GA, Peterson LR. Influence of role models and hospital design on hand hygiene of health care workers. *Emerging Infectious Diseases*. 2003; 9: 217–223.
49. International Labour Office. Geneva: Report Form For The Nursing Personnel Convention, 1977 (No.149); 1986.
50. The ICN Code of Ethics for Nurses. Geneva: International Council of Nurses; 2006.
51. Moen A, Hellesø R, Quivey M, Berge A. Dokumentasjon og informasjons-håndtering. Faglige og juridiske utfordringer og krav til journalføring for sykepleiere. Oslo: Akribe Forlag; 2002.
52. Benner, P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, California: Addison-Wesley; 1984.
53. Thorkildsen KM. Lårhalsbrottpasientar sine opplevingar og erfaringar i den preoperative fasen. Institutt for samfunnsmedisinske fag, seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen; 2000.