

Kristin Molund

Helsepersonells etterlevelse av prosedyre for kirurgiske sår

Healthcare professional's adherence of procedure for surgical wounds

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Susan Saga

Juni 2020



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Fagartikkel

Helsepersonells etterlevelse av prosedyre for kirurgiske sår

Healthcare professionals' adherence of procedure
for surgical wounds

Innleveringsdato: 1.juni 2020

Emnekode: HSYK 3003

Kandidatnummer: 10138

Antall ord: 4182

Sammendrag

Innledning

På verdensbasis utføres det hvert år millioner av kirurgiske inngrep. De kirurgiske sårene bringer med seg stor risiko for postoperative sårinfeksjoner der sykepleiere spiller en viktig rolle i infeksjonsforebygging. Evidensbaserte retningslinjer er lagt til grunn for sårprosedyrer brukt på sykehus og det er viktig at alt helsepersonell følger disse riktig. Hensikten med dette observasjonsstudiet var å undersøke hvordan helsepersonell etterlever sårprosedyre for kirurgiske sår.

Metode

Et observasjonsskjema ble utformet med utgangspunkt i sårprosedyren utarbeidet ved ortopedisk klinikk ved St. Olavs hospital. Syv dager ble brukt til observasjoner av sårskift. Tre ortopediske avdelinger deltok. Totalt 40 observasjoner av helsepersonell som håndterte kirurgiske sår.

Resultat

Sammenlagt viser resultatene en generell god etterlevelse av nødvendig utstyr som ble funnet frem til prosedyren (47,5 – 85 %), og enda bedre etterlevelse på bruken av dette utstyret (92,9 – 100 %). Vi fant at sykepleiere fulgte fremgangsmåten for sårskift med en variasjon på ulike punkter fra 33,3 % til 100 %.

Konklusjon

Helsepersonell ved ortopedisk klinikk hadde en generell god etterlevelse av prosedyren, men de har likevel et forbedringspotensial på mange områder. Med utgangspunkt i forskning kan økt kunnskapsnivå hos helsepersonell øke etterlevelsen av sårprosedyren. I tillegg til forbedret samarbeid mellom helsepersonell vil dette sammen med økt kunnskap kunne redusere antall postoperative sårinfeksjoner.

Abstract

Introduction

Worldwide, millions of surgical procedures are performed each year. The surgical wounds carry a high risk of postoperative wound infections in which nurses play an important role in infection prevention. Evidence-based guidelines are the basis for wound procedures used in hospitals and it is important that all health professionals follow these correctly. The purpose of this observational study was to investigate how healthcare professionals comply with wound procedures for surgical wounds.

Method

An observation schedule was designed based on the wound procedure prepared at the orthopaedic clinic at St. Olav's hospital. Seven days were spent on wound change observations. Three orthopaedic departments participated. A total of 40 observations by health professionals who handled surgical wounds.

Result

Overall, the results show a generally good compliance with the necessary equipment found during the procedure (47.5 - 85%), and even better compliance with the use of this equipment (92.9 - 100%). We found that nurses followed the procedure for changing wounds with a variety of points from 33.3% to 100%.

Conclusion

Health professionals at the orthopaedic clinic had a generally good adherence to the procedure, but they still have potential for improvement in many areas. Based on research, an increased level of knowledge in health professionals can increase compliance with the wound procedure. In addition to improved collaboration between health professionals, this, together with increased knowledge, could reduce the number of post-operative wound infections.

Introduksjon

Postoperative sårinfeksjoner

Hvert år utføres 187-281 millioner kirurgiske inngrep på verdensbasis. Dette tilsvarer en sårprosedyre for hver 25. person. De kirurgiske sårene bringer med seg en fare for postoperative sårinfeksjoner. En postoperativ sårinfeksjon er definert som en infeksjon som oppstår inntil 30 dager etter operasjonen (1). Sykepleiere innehar en svært viktig rolle i forebygging av infeksjoner knyttet til kirurgiske sår, og står i en ideell posisjon til å minimere risikoen for sårinfeksjoner. På verdensbasis er helsetjenesteassosierte sykehusinfeksjoner (HAI) et stort problem og er skyld i lange sykehusinnleggelser (2). Studier gjort på postoperative sårinfeksjoner viser at 5 % av pasientene som gjennomgår kirurgi utvikler sårinfeksjoner. Postoperative sårinfeksjoner har store konsekvenser for det globale helsevesenet knyttet til økte helsetjenestekostnader, dødelighet og smerteproblematikk (3).

Evidensbaserte retningslinjer for håndtering og stell av kirurgiske sår er en tilgjengelig og svært nyttig ressurs i forebyggingen, og helsepersonell må ta i bruk denne kunnskapen (2). Det er ingen hemmelighet at sykehusene i stor grad behandler svært mange geriatriske pasienter. Skjørhetsbrudd og komplikasjoner etter kirurgi hos denne pasientgruppen er en stor utfordring for helsepersonell. Geriatriske pasienter har skjørere hud og har høyere risiko for å utvikle postoperative sårinfeksjoner (4). Det viser seg i en studie gjort i USA at omtrent 55 % av alle sårinfeksjoner kan forebygges ved at evidensbaserte retningslinjer følges (3). Retningslinjer utviklet av National Institute for Health and Care Excellence (NICE) for sårprosedyre beskriver at non-touch eller aseptisk teknikk skal brukes for å fjerne eller bytte bandasjer (5).

Sårprosedyren

Ved St. Olavs hospital fikk man i 2019 en revidert sårprosedyre som har fulgt anbefalingene fra NICE om aseptisk teknikk under sårskift. Sårprosedyren er for alle helsepersonell som skal håndtere kirurgiske sår. Hensikten med prosedyren er blant annet å kvalitetssikre god sårbehandling og forebygge postoperativ sårinfeksjon (Vedlegg 1). Aseptisk eller non-touch teknikk bør benyttes ved bytting av bandasje for å hindre kontaminering av såret. Aseptisk teknikk betyr å håndtere sår på en steril måte for å unngå forurensing av såret (6). Det tilstrebes å unngå unødvendige sårskift uten konkret og gyldig indikasjon. Dersom bandasjen er helt gjennomtrukket, eller løsnet fra huden uten at den lar seg feste er dette en indikasjon for sårskift. I tillegg vil sårskift være nødvendig i tilfeller der pasienten opplever sterke og uventede smerter i såret eller ved infeksjonstegn. Håndhygiene skal gjennomføres og nødvendig utstyr skal gjøres klart til prosedyren. Nødvendige observasjoner og endringer skal dokumenteres. I tilfeller der sekret eller blod sees rundt såret skal dette vaskes fra sårkant og utover. Steril eller annen aktuell bandasje skal tildekke såret (Vedlegg 1).

Når sykepleiere ikke overholder aseptisk teknikk ved sårprosedyre vil dette først og fremst kunne få konsekvenser for pasienten ved at sårinfeksjoner oppstår. Dessuten viser en datainnsamling fra et sykehus i England at infeksjoner knyttet til kirurgiske sår øker liggetiden med 7-13 dager, som i tillegg øker de økonomiske kostnadene knyttet til lengre sykehusopphold (6).

Ulike faktorer for læring

Samtidig som sykepleiere har lett tilgang på prosedyrer viser det seg at svært mange ikke bruker disse. Sykepleiere bruker ofte sine kollegaer som kunnskapskilde til hvordan de skal håndtere sår. Dette viser seg i en betydelig variasjon i praksis, der etterlevelsen av evidensbasert sårprosedyre er dårlig (7).

En anonym tverrsnittstudie gjort ved 70 ulike intensivavdelinger ved 39 amerikanske sykehus fant at sykepleieres holdninger og oppfatninger av retningslinjer og prosedyrer var hyppigst observert som barrierer mot å følge disse. De fant også at sykepleiere og annet helsepersonell sammenlignet med leger var mer positive til retningslinjer og prosedyrer. Deltakerne i denne studien uttalte blant annet at «Retningslinjer kommer i veien for min autonomi», «Retningslinjer er vanskelige å tilpasse min spesifikke praksis» og «Jeg har ikke tid til å holde meg oppdatert på nye retningslinjer». Likevel forventet helsepersonell at retningslinjene skulle forbedre pasientbehandling (8).

For at sykepleiere skal ta til seg ny kunnskap fra forskning og bruke denne har en tverrsnittstudie fra Danmark sett på ulike motivasjonsfaktorer blant ortopediske sykepleiere. De fant at indre motivasjon, støtte fra seksjonsoverlege og kolleger var viktige faktorer for læring. Til tross for at sykepleierne hadde lite teoretisk kunnskap og praktisk forskningskompetanse var motivasjonen og interessen stor for å forbedre ferdighetene. Imidlertid ble motivasjonen hemmet av manglende aksept fra kolleger, og seksjonsoverlege til å sette av tid til dette (9).

Hensikten med studiet

I forbindelse med vår bacheloroppgave ønsket vi å finne ut hvordan helsepersonell etterlever sårprosedyre for kirurgiske sår ved ortopedisk avdeling ved St. Olavs Hospital etter innføring av ny sårprosedyre for ett år siden. Ortopedisk klinikk ved St. Olavs Hospital i Trondheim har fokus på å forebygge HAI. Infeksjoner i operasjonssår er en av de mest vanlige infeksjonene som oppstår i sykehus (10). I den forbindelse ga de oss i oppdrag å undersøke i hvor stor grad etterlevelsen av sårprosedyre ble fulgt ved fire ortopediske avdelinger.

Problemstilling.

Hvordan etterlever helsepersonell den nye sårprosedyren for kirurgiske sår ved ortopedisk avdeling ved St. Olavs hospital?

Metode

Studien er basert på en kvantitativ observasjonsstudie. En kvantitativ metode ble valgt for å få en forståelse av i hvor stor grad helsepersonell etterlevde den nye sårprosedyren. I samarbeid med ortopedisk klinikk ved St. Olavs Hospital i Trondheim ble det gjort observasjoner av helsepersonell ved stell av kirurgiske sår. Studien var en del av klinikkens kvalitetsforbedringsarbeid i infeksjonsforebygging.

Ortopedisk avdeling består av fire sengeposter, hvor tre deltok i våre observasjoner. Det ble gjort observasjoner av 27 sykepleiere og 13 leger. Det var kun sykepleiere som gjennomførte fullstendig sårskift, mens legen kun var tilstede for å inspisere såret samtidig med sårskiftet. Observasjonsstudien ble bare gjort på ortopedisk avdeling, og representerer derfor ikke St. Olavs Hospital som helseforetak i sin helhet. I våre observasjoner inkluderte vi både rene og infiserte kirurgiske sår, samt drensår ettersom prosedyren gjelder dem alle.

I samarbeid med avdelingens faglige ledelse ble det utformet et observasjonsskjema basert på klinikkens sårprosedyre for håndtering av kirurgiske sår (vedlegg 1/2). Innholdet i dette skjemaet var følgende: Bruk av nødvendig utstyr, generell fremgangsmåte, indikasjon til sårskift, og observasjon og dokumentasjon av sårets tilstand. Skjemaet inneholdt felt til å krysse «ja» eller «nei» på etterlevelse av de ulike prosedyrepunktene. På observasjonsskjemaet var det også et åpent felt til kommentarer/notater underveis (vedlegg 2). I etterkant av sårskiftet ble det i tillegg stilt spørsmål knyttet til indikasjonen sykepleieren hadde for sårskiftet. Vi var stasjonert på et kontor med kort vei til avdelingene. Dersom sykepleier hadde sårskift vi kunne observere ble vi ringt opp og ble fortalt hvilket pasientrom sårskiftet skulle finne sted. Når vi hadde mulighet var vi tilstede ved samme sårskift samtidig for å sikre mer nøyaktig datainnsamling. Der helsepersonell eller pasient ikke samtykket til å være med på studien ble dette registrert for å vite hvor mange observasjoner vi gikk glipp av.

I forkant av observasjonene ble hele ortopedisk klinikk informert. Informasjon om studien vår og observasjonene vi ønsket å gjennomføre i gitt tidsperiode over åtte dager ble gitt via internt nyhetsbrev. I tillegg lå det informasjonsskriv synlig på alle avdelingens arbeidsstasjoner til enhver tid. Deltakerne ble med frivillig og ble også oppfordret av ledelsen til å delta i klinikkens kvalitetsforbedringsarbeid. Alt av innsamlet data ble behandlet konfidensielt og anonymisert.

Observasjonene knyttet til bacheloroppgaven ble gjort sammen med en medstudent da vi hadde samme datainnsamling men ulik vinkling av hver vår oppgave i etterkant. Etter syv dager med observasjoner ble det gjort en deskriptiv analyse av de kvantitative dataene. Disse ble satt inn i tabeller i Excel for å få oversikt over resultatet.

Dataene som er samlet inn i dette prosjektet er en del av et internt kvalitetsforbedringsprosjekt ved St. Olavs Hospital og prosjektet var derfor ikke meldepliktig til norsk senter for forskningsdata (NSD). I denne studien har vi ikke innhentet eller benyttet sensitive personopplysninger. Respondentene fikk skriftlig informasjon om studiens formål, at det var frivillig å delta, og at all informasjon ville bli behandlet anonymt (vedlegg 3).

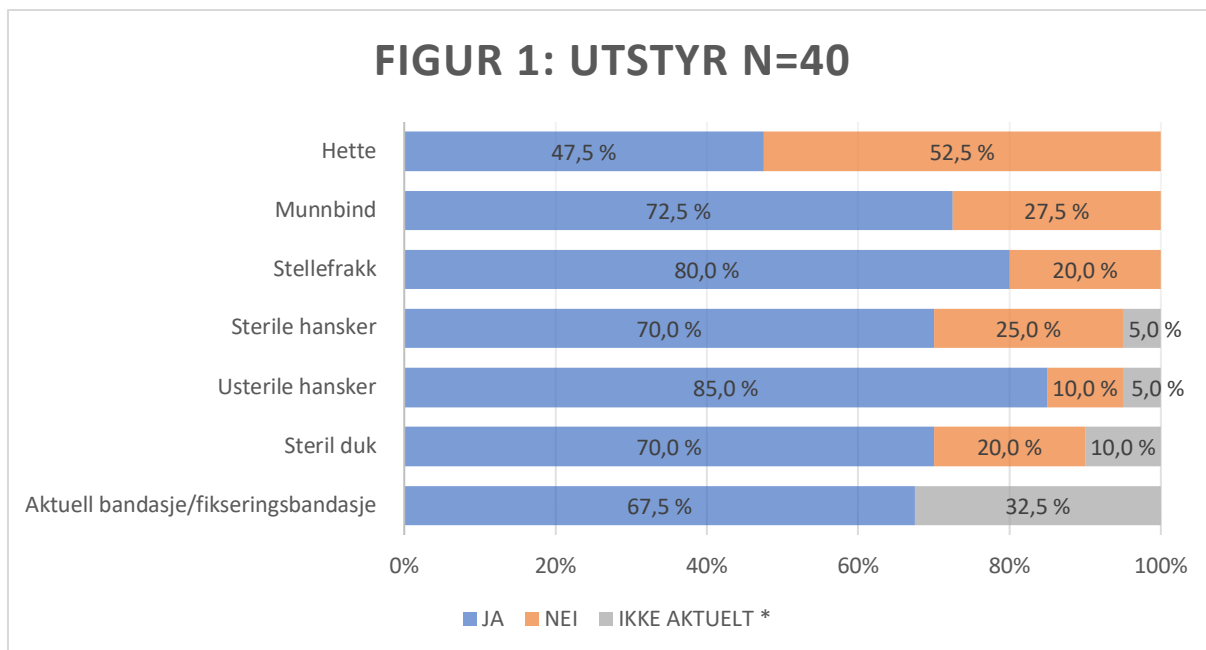
Resultater

I studien ble det gjort observasjoner av til sammen 27 sårskift. Vi observerte 27 sykepleiere og 13 leger, som dermed utgjorde totalt 40 observasjoner av helsepersonell. Det var kun sykepleierne som gjennomførte fullstendig sårskift da de hadde ansvar for dette, men lege var delaktig underveis i prosedyren og ble derfor inkludert som deltaker i sårskiftet når dette var aktuelt. I noen av sårskiftene var det flere helsepersonell tilstede samtidig, noe som forklarer at det totale antallet av deltakere er høyere enn antall sårskift. I tillegg var 11 sårskift innenfor inklusjonskriteriene, men ble av ulike årsaker ikke inkludert.

Utstyr

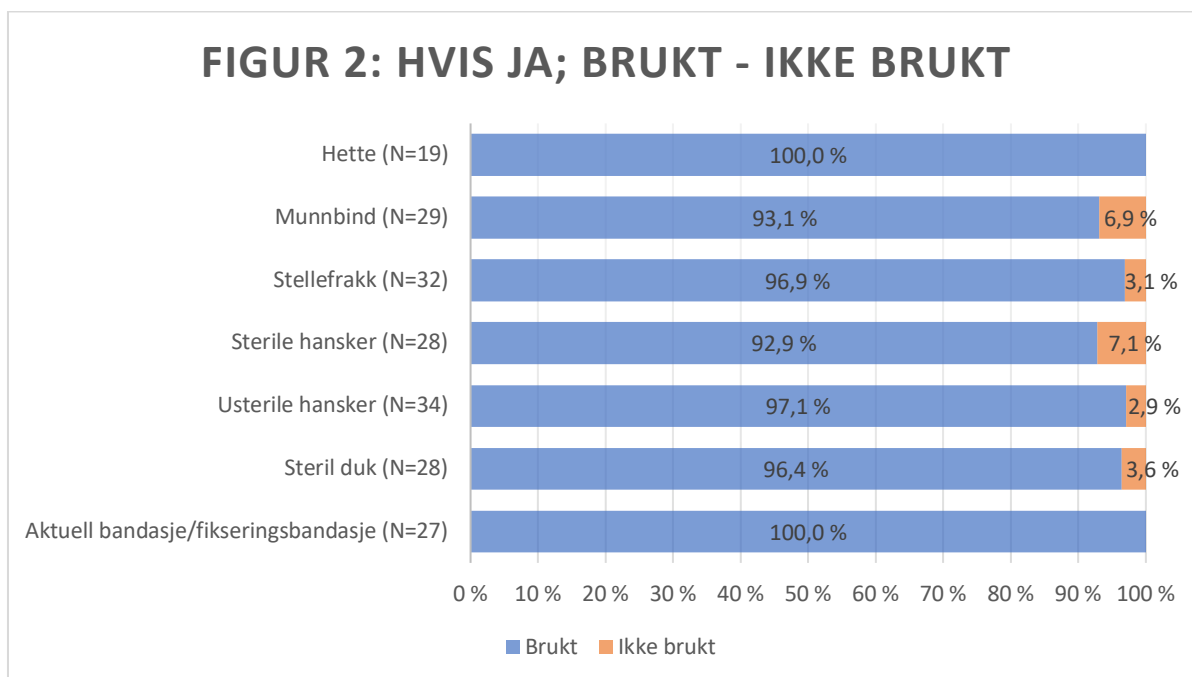
Med utgangspunkt i prosedyren utarbeidet på St. Olavs Hospital, skal helsepersonell som håndterer kirurgiske sår ha med nødvendig utstyr når de går inn på pasientrommet for å gjennomføre sårprosedyre (Vedlegg 1). Utstyr til prøvetaking og kamera er inkludert i prosedyren, men blir ikke rapportert i min del av studien.

Figur 1 viser i prosent hvor stor grad helsepersonellet tok (ja) eller ikke tok (nei) med utstyr som prosedyren krever inn på pasientrommet. Under 50% tok med seg hette inn til sårprosedyren. Flesteparten (85%) tok med seg usterile hansker. For leger som kun skulle inspisere såret og ikke gjøre et fullstendig sårskift, var det for eksempel ikke relevant å ta med seg sterile hansker, usterile hansker, steril duk og fikseringsbandasje, da sykepleier sto for dette. Mellom 10 – 52,5 % av helsepersonellet som tok del i sårskift tok ikke med seg relevant utstyr inn på pasientrommet.



*Leger som ikke gjennomførte sårskift

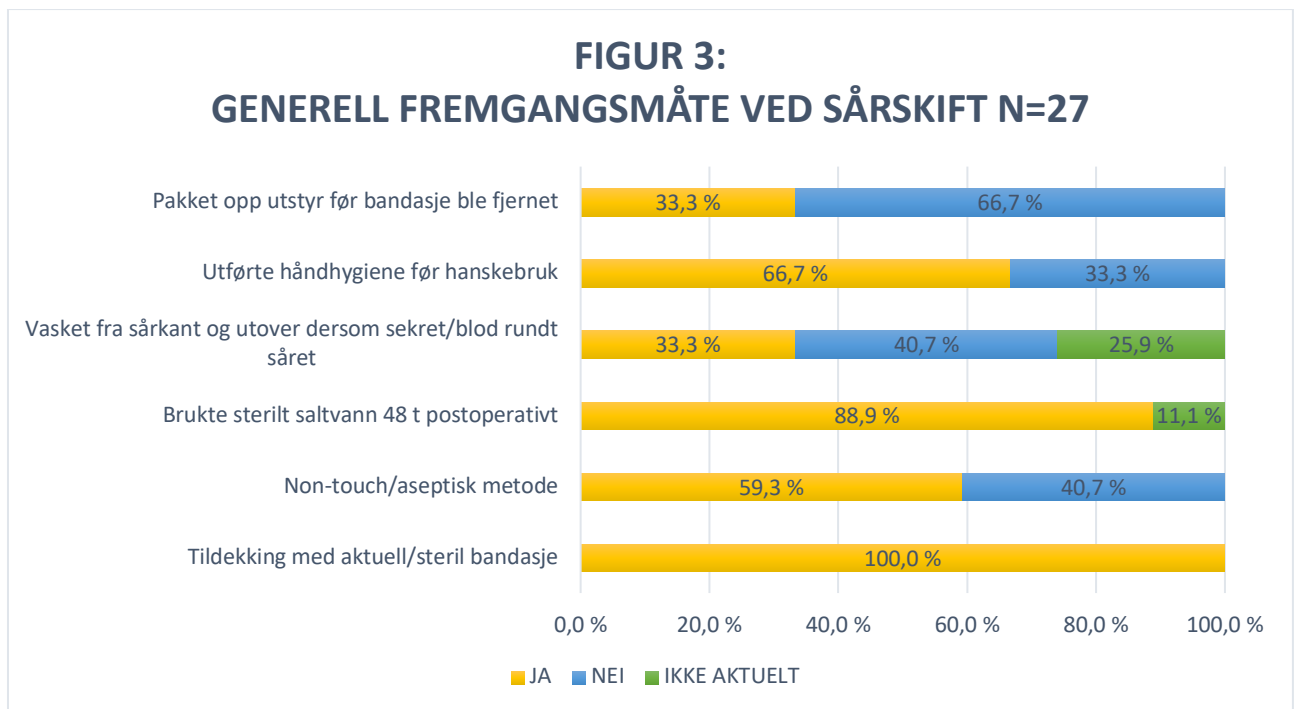
Figur 2 viser i prosent hvor stor grad utstyret som ble tatt med inn på pasientrommet ble brukt. Figuren viser at helsepersonellet i stor grad tok i bruk utstyr som var tatt med inn på pasientrommet. Alle som hadde tatt med hette og fikseringsbandasje tok dette i bruk 100%. Utstyret som i minst grad ble tatt i bruk var sterile hansker (92,9%) og munnbind (93,1%). Vi observerte ikke at helsepersonell gikk ut av pasientrommet for å hente avglemt utstyr.



Generell fremgangsmåte ved sårskift

Figur 3 viser i prosent hvor stor grad punktene i sårprosedyren ble fulgt. Resultatet er fra sykepleiers fremgangsmåte ved de 27 sårskiftene som ble observert. Figuren

viser i hvilken rekkefølge sårprosedyren skal gjennomføres. Tildekning med aktuell/steril bandasje ble gjennomført i alle de 27 sårskiftene (100%). Etterlevelsen av håndhygiene før hanskebruk ble gjort riktig i 66,7 % av sårskiftene og non-touch/aseptisk metode hadde 59,3% riktig etterlevelse. Etterlevelsen ved vask fra sårkant og utover var på 33,3 %, og der det i 25,9 % av tilfellene ikke har vært aktuelt å følge dette punktet var dette fordi blod/sekret ikke var observert rundt sårkanten. Såret har vært tørt i 11,1 % av tilfellene og det har derfor ikke vært aktuelt å bruke saltvann.



Diskusjon

Mitt ønske med denne studien var å se på hvordan helsepersonell etterlever sårprosedyre, men også hvilke faktorer som påvirker sykepleiepraksisen ved sårskift. Oppsummering av hovedfunn viser en generell god etterlevelse, men også forbedringspotensial hos helsepersonell som håndterer kirurgiske sår. Bruken av utstyret som ble tatt med inn på pasientrommet var jevnt over god. Etterlevelsen av fremgangsmåten ved sårskift varierte fra 33,3 % til 100 % etterlevelse.

Utstyr

I våre observasjoner fant vi at blant sykepleiere og leger var etterlevelsen av bruk av nødvendig utstyr nokså god. En kan ikke si sikkert hvorfor resultatene er slik, men jeg vet fra egen praksis at helsepersonell står ovenfor en hektisk og travel arbeidsdag. Det kan være vanskelig å huske detaljert hva en trenger til hver enkelt prosedyre, og det er ikke alltid en har like god tid til å planlegge sårskift. I tillegg vil andre faktorer som motivasjon og opplevd relevans av prosedyrer spille inn på grad av etterlevelse (8). Akutte situasjoner oppstår stadig på sykehus der en må handle raskt og ta i bruk det en har for hånden. Selv om jeg har forståelse for at

sykepleiere må handle raskt er det likevel viktig at gjennomføringen av sårskiftet ikke blir dårligere av den grunn. Boga (2019) fremhever at ledelsen på sykehus burde legge mer vekt på utdanning til helsepersonell som et tiltak for å forebygge sårinfeksjoner (3).

Etterlevelse av generell fremgangsmåte ved sårskift

Observasjonene gjort i denne studien viser at 59,3% av sykepleierne som gjennomførte fullstendig sårskift overholdt non-touch eller aseptisk teknikk, men at ca. 40% ikke gjorde det. Vi antok underveis i observasjonene at sykepleiere hadde en intensjon om å overholde steril prosedyre, men mange ble usterile i løpet av sårskiftet uten å være klar over dette selv. Både sykepleierne og legene berørte usterile områder som sin egen stellefrakk, sengeområdet eller hudområder som ikke var sterile, for deretter å ta på såret og sterilt utstyr igjen.

Kirurgiske sår og variasjonen i stell av disse er stor. En kvalitativ studie fra et sykehus i Australia studerte ulike fasilitatorer og barrierer for at helsepersonell etterlevde evidensbaserte retningslinjer for sårprosedyre. De fant at sykepleiere var klar over viktigheten av aseptisk teknikk, men at det var ulike barrierer som forhindret god etterlevelse. Barrierene for etterlevelsen gikk ut på at sykepleierne ikke visste når de skulle bruke rene/sterile hansker og at prinsippene for aseptisk prosedyre ikke var forstått (6). Løsningen på et slikt problem i sykehus kan være en enhetlig bestemmelse der alle typer helsepersonell er klar over hvilken type praksis som skal følges, og hvordan og når den skal følges. Effekten av fulgt prosedyre vil kunne gi utslag på antall oppståtte postoperative sårinfeksjoner på sykehus. En prevalensundersøkelse gjort fra 2013 til 2019 ved St. Olavs Hospital registrerte den totale forekomsten for alle typer postoperative sårinfeksjoner. Per september 2019 var denne på 2 % (12). Med helseministerens krav på forekomst av HAI på under 3,5 % er dette et godt resultat for sykehuset. På samme tidspunkt var imidlertid sykehusets totale forekomst av HAI på 3,7 % (12).

Selv om studien gjort ved ortopedisk klinikk ikke er representativt for alt helsepersonell, viser den samme kvalitative studien utført i Australia som undersøkte etterlevelse av sårprosedyre noe av det samme. De fant at 20% av sykepleiere ikke vasket hender etter endt prosedyre, i tillegg til at de brukte feil type hansker eller unnlot å bruke hansker i det hele tatt. Dessuten viste det seg at 50% av sykepleierne ikke tok i bruk prosedyren, men heller håndterte sår ut ifra praksisbasert kunnskap fra sine kollegaer (7). Resultatet fra observasjonene ved ortopedisk klinikk i vår studie viser noe av den samme praksisen ved håndhygiene der 66,7% av sykepleierne utførte riktig håndhygiene før hanskebruk eller mellom bytte av hansker. Våre observasjoner av håndhygiene samsvarer med lignende studier der mer enn en tredjedel av sykepleiere ikke brukte rene hansker ordentlig. Samt at mer enn en femtedel ikke brukte sterile hansker riktig (3). Travle dager og liten tid til å lese prosedyrer kan være grunnen til at etterlevelsen av non-touch eller aseptisk teknikk er mangelfull.

Dette observasjonsstudiet viser at 100% av de 27 sykepleierne dekket til såret med steril/aktuell bandasje. Selv om dette er svært gode resultater vil det likevel kunne være noe misvisende. For å holde såret sterilt hjelper det ikke at det kun dekkes med steril bandasje uten at foregående teknikk har vært aseptisk. Såret vil være kontaminert i de tilfellene aseptisk/non-touch teknikk ikke har blitt etterlevd på riktig måte. I den samme kvalitative studien gjort i Australia fant de at sykepleiere ikke var sikre på hva aseptisk teknikk var. Noen deltakere i studien uttalte at aseptisk betydde «ikke sterilt, men rent». I tillegg var mange deltakere usikre på når de skulle anvende steril teknikk, og når de skulle bruke sterile kontra usterile hansker (7). I min praksis som sykepleierstudent har jeg erfart noe av det samme. Jeg kan spørre sykepleierne om hvorfor de gjennomfører sårprosedyren på den måten de gjør uten at de klarer å gi meg en klar faglig begrunnelse.

Indre og ytre motivasjon til stell av kirurgiske sår

Bruk av evidensbasert kunnskap i sårbehandling viser seg å ha potensial til å redusere antall liggedøgn og redusere kostnader (3), men likevel viser forskning at mange sykepleiere ser på eldre kollegaers praksis som bakgrunn for egen praksis (6). I egen studentpraksis har jeg opplevd at man ofte fortsetter å gjøre ting på samme måte som man har gjort før fordi det er det enkleste. Som sykepleierstudent har jeg sett at tid, type motivasjon og arbeidsbelastning har innvirkning på sykepleiepraksisen.

Den ytre motivasjonen kan handle om at sykepleiere får beskjed om at prosedyren skal gjennomføres. En gjør det en har fått beskjed om selv om forståelsen for hvorfor det er viktig ikke er tilstede. Du gjør det, men det er ikke så viktig for deg, og du gjør verken mer eller mindre utover det som er sagt. Den ytre motivasjonen kan lett påvirkes av ulike ytre faktorer. Hva er vitsen med at sykepleier har riktig og fullstendig påkledning av stellefrakk, hansker og hette når legen ikke har det? Og hvor mange nyutdannede sykepleiere tør å si til overlegen at han må ta på seg det samme? Ut i fra min observasjon kunne det se ut til at legene ikke så nytten av å følge prosedyren, og at stellefrakk, hansker og munnbind var sykepleiers oppgave å ha på seg. Likevel var det interessant å se utviklingen av etterlevelsen etterhvert som vi observerte. Legene ble svært observante på vår tilstedeværelse og ble gradvis flinkere til å ha på seg stellefrakk og annet nødvendig utstyr. Den ytre motivasjonen til å gjøre en positiv innsats for statistikken for avdelingen så ut til å øke. En studie fra New York fant at holdningen til retningslinjer generelt var mer positive hos sykepleiere enn hos leger, og motivasjonen for å følge retningslinjer var viktig (8).

Den indre motivasjonen handler mer om at sykepleieren har en forståelse for hvorfor prosedyren er laget, og at den kan ha betydning for pasienten og infeksjonsraten på avdelingen. Sykepleieren vil anstrenge seg for å gjøre en god jobb, og utøvelsen er sterkt knyttet til kunnskap. En utfordring i en del av infeksjonsforebyggingen er at sykepleiere og annet helsepersonell ikke har tilstrekkelig kunnskap om å forhindre sårinfeksjoner. Evidensbasert kunnskap og

implementering av retningslinjer i praksis kan dermed bidra direkte inn mot å redusere antall postoperative sårinfeksjoner (2).

For å øke kvaliteten på sårbehandling mener jeg at det er en forutsetning at helsepersonell har nok kunnskap om riktig behandling. Som sykepleierstudenter blir vi undervist i kunnskapsbasert praksis. Vi lærer hvordan vi kan bruke forskningsbasert, erfaringsbasert og bruker-/pasientbasert kunnskap, og vi har blitt fortalt viktigheten av å fortsette å oppdatere oss på kunnskap når vi er ferdige med utdannelsen. Jeg tror helsepersonell er klar over at de må oppdatere seg på kunnskap og at mange kunne tenkt seg å delta i forskning, men at det ikke er tilrettelagt nok for at dette skal la seg gjennomføre. I forlengelsen av dette mener jeg at en viktig oppgave for ledelsen i avdelingen vil kunne være tilrettelegging av kursdager og avsatt betalt tid til å oppdatere seg på forsknings – og faglitteratur.

Infeksjonsforebygging ved sårprosedyre – sykepleiers rolle

Ulike stressfaktorer kan påvirke sykepleieutøvelsen i sårbehandling. Det være seg mangel på utstyr, ukjent avdeling eller tidspress. Med svært mange oppgaver og stadig økt arbeidsmengde er det naturlig at stressfaktoren øker (6), som igjen påvirker etterlevelse av sårprosedyren. I dette observasjonsstudiet har vi sett på grad av etterlevelse av non-touch eller aseptisk teknikk for håndtering av sårskift. Observasjonene har også vist tendenser til ulik praksis mellom sykepleier og lege.

Sårbehandling er sett på som sykepleiers ansvar. For tidligere å kunne identifisere sårinfeksjoner er det likevel viktig at teamarbeid mellom sykepleiere, leger, ortopeder, mikrobiologer og andre fungerer. Dokumentasjonen av sårets tilstand kommuniseres til alle teammedlemmer for å øke pasientsikkerheten (2). Det kan tenkes at samarbeid mellom sykepleier og annet helsepersonell utfordres av et høyt arbeidspress, dårlig tid og ulike forventninger til hverandres kompetanse. Da sårbehandling er sett på som sykepleieres ansvar kan det være slik at leger og annet helsepersonell ikke tar denne oppgaven like seriøst, og heller ikke ser på sårbehandling som deres ansvarsområde. Dette kan resultere i ukorrekt praksis. I tillegg vil interessen for å tilegne seg gode praktiske ferdigheter for sårskift ikke være tilstede. Dersom teamarbeid i sårbehandling blir innført vil alle parter ha mulighet til å vite hva som er viktig, og hvordan fremgangsmåten for sårskift skal foregå. En standardisert sjekklister som kan brukes av tverrfaglige team for sårbehandling er antatt å ha en god effekt på forebygging og reduserte antall sårinfeksjoner (2).

Bevisstheten om at prosedyren er revidert og at den finnes ble ikke observert i denne studien. Likevel kan det antas at ikke alt helsepersonell vet om at det finnes en prosedyre for håndtering av kirurgiske sår. Om helsepersonell ikke vet om at prosedyren finnes er dette en klar barriere for bruk (11). Etter min oppfatning er sykepleiere generelt flinke til å vite om de vanligste prosedyrene, og at de vet hvor de finnes. For å kunne øke samarbeidet mellom sykepleier og lege må også legene vite om at prosedyren finnes, og viktigheten av å følge den. Ved at sykepleierne

gir legene tilstrekkelig med informasjon om riktig utstyr, bekledning og gjennomføring vil muligheten til en mer korrekt praksis kunne oppnås. Dermed vil også holdningen til å ha på seg stellefrakk, munnbind og riktig type hansker bli mer positiv fordi en har forståelse for det man må gjøre. På den måten kan sykepleiere bidra til økt bevissthet hos alt helsepersonell i avdelingen for å redusere antall postoperative sårinfeksjoner.

Styrker og svakheter ved studien

Under observasjonene hadde vi mulighet til å få et svært nøyaktig bilde av hvordan sårskiftet ble utført. De fleste sårskiftene ble observert av begge observatørene og vi hadde derfor mulighet til umiddelbart etter endt sårskift å diskutere uklarheter i tolkningen av observasjoner og komme til enighet. Flere observasjoner kunne gitt et bedre og mer fullstendig bilde av etterlevelsen av prosedyren. Antallet observasjoner var lavt og dermed vil hver enkelt observasjon gi store prosentvise utslag på resultatet.

Resultatene i denne studien representerer ikke St. Olavs som helseforetak i sin helhet, men er en indikasjon på hvordan praksisen ved håndtering av kirurgiske sår foregår.

Blant de observasjonene som vi gikk glipp av hadde antakelig avdelingen glemt å si i fra til oss som observatører. Det kan også tenkes at sykepleierne hadde så dårlig tid at de ikke rakk å si i fra. En annen grunn kan være at sykepleierne ikke ønsket å ha oss tilstede under sårskiftet da dette kan føles som å bli overvåket. Det er ikke utenkelig at sykepleierne som ikke ønsket å bli observert, var usikre på gjennomføringen av sårprosedyren og at observasjon av disse hadde gitt negativt utslag på resultatet. På den annen side kan det hende at observasjonene vi gikk glipp av var fordi pasienten ikke ønsket at vi som observatører var tilstede under sårskiftet. Det er vanskelig å si hvordan resultatet ville blitt om vi hadde vært tilstede på absolutt alle sårskift avdelingen hadde i løpet observasjonsperioden.

Resultatet kan ha blitt påvirket i negativ retning ved at sykepleierne ble nervøse og ukonsentrerte når vi observert sårskiftene. Likevel kunne vi se i løpet av de syv observasjonsdagene at sykepleierne ble svært observante på oss og etterlevelsen av selve bruken av utstyret ble bedre i løpet av de siste dagene. Det er interessant å se på betydningen av observasjon, og den ytre motivasjonen som kan skapes ved å bli observert. Det er ikke nødvendigvis negativt å bli påvirket av ytre faktorer. Det er positivt om man ønsker å bidra til å skape god statistikk for avdelingen når det gjelder postoperative sårinfeksjoner. Fra min egen praksis på sykehuset har jeg opplevd å bli observert i etterlevelse av riktig håndhygiene av hygiesykepleier. Jeg ble klar over min egen praksis og mer bevisst på når og hvordan jeg skulle gjennomføre god håndhygiene. På lik linje kan observasjoner av sårskift ha positiv innvirkning på bedre etterlevelse.

Studien foregikk over en begrenset tidsperiode og fokuserte kun på etterlevelse av prosedyre. Det hadde vært interessant og fulgt opp pasientene i ettertid for å registrere antall kirurgiske sårinfeksjoner for å si noe om betydningen av non-touch eller aseptisk metode under sårskift, og om sårbehandling kan ha innvirkning på postoperative sårinfeksjoner.

Konklusjon

Etterlevelsen av å ta med rett utstyr på pasientrommet var relativt god (47,5 – 85%), men både sykepleiere og leger har forbedringspotensial i bruken av riktig utstyr. Når det gjelder bruken av utstyr som ble tatt med inn på pasientrommet var etterlevelsen svært god (92,9 – 100%). Dette er likevel noe misvisende fordi utgangspunktet for bruken av utstyret er etterlevelsen av å bringe rett utstyr inn på pasientrommet, og denne er noe dårligere.

Resultatene for etterlevelse av generell fremgangsmåte ved sårskift var variabel (33,3 – 100%) og bedre innsikt og økt forståelse i hvorfor prosedyren skal følges kan tenkes å forbedre etterlevelsen. Jeg tror det er en korrelasjon mellom god kunnskap om sårbehandling og økt grad av etterlevelse. Da hensikten med sårprosedyren er infeksjonsforebygging og best mulig behandling for pasienten er dette noe jeg tror både sykepleiere og leger må ha som mål når de gjennomfører sårskift.

For å øke etterlevelsen av sårprosedyren tror jeg det er viktig at avdelingens ledere tilrettelegger for undervisning om sår og viktigheten av å følge prosedyren. Det er positivt og viktig at St. Olav som helseforetak fortsetter med prevalensundersøkelser av oppståtte postoperative sårinfeksjoner. Likevel tror jeg at ortopedisk klinikk burde hatt ett eget register for postoperative sårinfeksjoner for å vite om sårprosedyren faktisk har effekt. Jeg mener at både sykepleiere og leger sammen kan bidra til færre postoperative sårinfeksjoner om en samarbeider og respekterer hverandres ansvarsområder.

Referanser

1. Gillespie B.M, Chaboyer W, Allen P, Morely N, Nieuwenhoven P. Wound care practices: a survey of acute care nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;23(17-18):2618-2627.
2. Labeau S.O, Witdouck S.S, Vandijck D.M, Claes B, Rello J, Vandewoude K.H, et al. Nurses' knowledge of evidence-based guidelines for the prevention of surgical site infection. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2010; 7(1): 16-24.
3. Boga S.M. Nursing Practices in the Prevention of Post-Operative Wound Infection in Accordance with Evidence-Based Approach. *International Journal of Caring Sciences*. 2019; 12(2): 1229.
4. Le J, Dong Z, Liang J, Zhang K, Li Y, Cheng M, et al. Surgical site infection following traumatic orthopaedic surgeries in geriatric patients: Incidence and prognostic risk factors. *International Wound Journal*. 2020; 17(1): 206-213.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Surgical site infections: prevention and treatment [Internett]. National Institute for Health and Care Excellence; 11. april 2019 [Hentet 11.mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng125>
6. Sonoiki T, Young J, Alexis O. Challenges faced by nurses in complying with aseptic non-touch technique principles during wound care: a review. *British Journal of Nursing*. 2020; 29(5): 28-35.
7. Lin F, Gillespie B.M, Chaboyer W, Li Y, Whitelock K, Morely N, et al. Preventing surgical site infections: Facilitators and barriers to nurses' adherence to clinical practice guidelines—A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 2019; 28(9-10): 1643-1652.
8. Quiros D, Lin S, Larson E.L. Attitudes toward practice guidelines among intensive care unit personnel: A cross-sectional anonymous survey. *Heart & Lung*. 2007; 36(4): 287-297.
9. Berthelsen C.B, Hølge-Hazelton B. Orthopaedic nurses' attitudes towards clinical nursing research – A cross-sectional survey. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. 2015; 19(2): 74-84.
10. St. Olavs hospital. Hva er en HAI? [Internett]. Trondheim: St.Olavs hospital; 16.mai 2019 [Hentet 11. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://stolav.no/avdelinger/sentral-stab/fagavdelingen/hai-fritt-sykehus/hva-er-en-hai>
11. Abrahamson K.A, Fox R.L, Doebbeling B.N. Original Research: Facilitators and Barriers to Clinical Practice Guideline Use Among Nurses. *American Journal of Nursing*. 2012; 122(7): 26-35.
12. Mc.Donagh K. Rekordlavt antall infeksjoner på St. Olav [Internett]. Trondheim: St. Olavs hospital; 2019. [Hentet 27. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://stolav.no/nyheter/2019/rekordlavt-antall-infeksjoner-pa-st-olav>

