



# Retningslinjer i smittevern

- Organisatoriske faktorerers betydning for bruk i sykehus

Marit Mathisen

Master i helsevitenskap

Universitetet i Stavanger, samfunnsvitenskapelig fakultet

Institutt for helsefag

Stavanger, 30. mai 2013

Veileder:

Siri Wiig

Post Doktor i pasientsikkerhet

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

---

**SPECIALISERING:** Selvvalgt fordypning

**SEMESTER:** Vår 2013

(vår/høst – årstall)

---

**FORFATTER/MASTERKNDIDAT:** Marit Mathisen

**VEILEDER:** Siri Wiig

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel:**

Retningslinjer i smittevern – organisatoriske faktorerens betydning for bruk i sykehus

**Engelsk tittel:**

Guidelines in infection control - organizational factors influence on use in hospitals

---

**EMNEORD/STIKKORD:**

Bruk av retningslinjer, smittevern, pasientsikkerhet, organisatoriske faktorer

---

**ANTALL SIDER:** 91

**STAVANGER** .....30/5 2013.....

**DATO/ÅR**

## Forord

Smittevern og pasientsikkerhet har stått meg nær gjennom hele min yrkeskarriere. Jeg er svært takknemlig for at jeg nå fikk anledning til å fordype meg mer i faget gjennom denne masterstudien. I denne tiden har jeg lært mer om pasientsikkerhet og smittevern især og fått enda mer inngående kunnskap om eget sykehus og fagfolkene som arbeider her.

Jeg vil rette en takk til Universitetet i Stavanger for min fantastisk flinke veileder Siri Wiig, takk for all din støtte og kloke ord som har vist vei i en jungel av muligheter og alternativer. Takk til informantene som velvillig stilte opp i en travel hverdag, uten dere hadde ikke denne studien blitt gjennomført.

Takk til arbeidsgiver som har gjort dette mulig og en takk Berit og Ragnhild, kollegaer i seksjon smittevern for all støtte og oppmuntring i denne prosessen. Takk til Mara og Hilde for god bibliotekhjelp.

Takk til min mann, uten din støtte og tro på meg ville ikke studien vært gjennomført.

Stavanger, 30. mai 2013

Marit Mathisen

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	3
Innholdsfortegnelse .....	4
Sammendrag .....	6
1 Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn for problemstilling.....	8
1.2 Formål og problemstilling.....	10
1.3 Avgrensing og begrepsavklaring.....	11
1.4 Oppgavens oppbygning.....	12
2 Tidligere forskning, modell og rammeverk .....	13
2.1 Tidligere forskning om organisatoriske faktorer og retningslinjer innen smittevern .....	13
2.2 Modell for organisatoriske faktorer .....	17
2.3 Modeller og rammeverk for implementering .....	20
2.4 Forskningsspørsmål .....	23
3 Metodebeskrivelse .....	25
3.1 Litteratursøk .....	25
3.2 Forskningsstrategi og design .....	25
3.3 Valg av case og kontekst .....	27
3.4 Datainnsamling.....	28
3.5 Analyse .....	29
3.6 Dokumentanalyse.....	31
3.7 Metodiske vurderinger.....	31
4 Funn.....	34
4.1 Organisering .....	34
4.2 Organisering av smittevernarbeidet i sykehuset.....	36
4.3 Ytre faktorer i smittevernarbeidet .....	39
4.4 Strukturelle utfordringer .....	42
4.5 Politiske utfordringer.....	46
4.6 Kulturelle utfordringer .....	49
4.7 Utfordringer med kunnskapsoverføring.....	54
4.8 Følelsesmessige utfordringer .....	56
4.9 Fysiske og teknologiske utfordringer .....	58
5 Diskusjon .....	60
5.1 Nasjonale faktorer og smittevern i casedivisjonen .....	60

5.1.1	Nasjonale faktorer som øker kunnskapen og oppmerksomheten på smittevern .....	60
5.1.2	Nasjonale faktorer som fremmer eller hemmer tilslutningen til smitteverntiltak .....	62
5.2	Organisatoriske faktorer og smittevern i casedivisjonen.....	64
5.2.1	Implementering av nasjonale faglige retningslinjer i casesykehuset.....	64
5.2.2	Opplæring og bruk av retningslinjer innen smittevern .....	66
5.3	Organisatoriske faktorer som fremmere eller hemmer smittevernarbeidet i casedivisjonen	69
5.3.1	Ledelse og organisering .....	69
5.3.2	Kulturelle forskjeller og følelsesmessig engasjement .....	71
5.3.3	Nettverksbygging er en suksessfaktor.....	72
5.3.4	Isolat .....	73
5.4	Betydning av individuelle erfaringer .....	74
6	Konklusjon .....	75
6.1	Implikasjon for praksis.....	78
6.2	Forslag til videre forskning .....	78
7	Litteraturliste.....	79
8	Oversikt over tabeller og figurer .....	82
9	Vedlegg.....	83
	Vedlegg 1 Invitasjon til deltakelse i studien og samtykkeskjema .....	83
	Vedlegg 2 Intervjuguide ledere og helsepersonell.....	86
	Vedlegg 3 Oversikt over dokumenter i dokumentanalysen.....	90
	Vedlegg 4 Godkjenninger .....	91

## Sammendrag

Norske myndigheter har hatt fokus på å bedre pasientsikkerheten gjennom den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender», lansert av Helse- og omsorgsdepartementet i 2011. Det har vært publisert flere studier som viste at pasienter ble skadet i møtet med helsevesenet og en stor andel av pasientskadene skyldes sykehusinfeksjoner. Gjennom riktig bruk av infeksjonsforebyggende retningslinjer kan slike infeksjoner forebygges.

Retningslinjer blir utarbeidet og distribuert av Folkehelseinstituttet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og det er forventet av myndighetene at retningslinjene blir implementert i helsetjenesten. Internasjonale studier har vist at organisatoriske faktorer som ledelse og organisasjonsstruktur, kultur og følelsesmessig engasjement og kunnskapsoverføring påvirker bruk av retningslinjene innen smittevern i sykehus.

Problemstillingen i denne studien var **hvordan påvirket organisatoriske faktorer bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern på ulike nivå (meso og mikro) i et norsk sykehus?**

Den teoretiske tilnærmingen var basert på et rammeverk for kvalitetsforbedring utviklet av Bate, P., Mendel, P., & Roberts, G (2008) og modell og et rammeverk for implementering av retningslinjer og kunnskapsbasert praksis av Freed, Pathman, Kinrad, Freeman & Clark (1998) og J. Rycroft-Malone (2004). Studien ble gjennomført som en casestudie ved en triangulering av kvalitative intervju og dokumentanalyse. En divisjon (organisatorisk enhet) i et sykehus ble studert på meso- (divisjon) og mikronivå (3 sengeposter). Datamaterialet bygger på offentlig tilgjengelig informasjon som retningslinjer og regelverk på nasjonalt nivå, dokumenter med informasjon om casesykehuset som smittevernplaner og styrende dokumenter og kvalitative intervju med 8 ledere og 10 helsepersonell i en divisjon i et sykehus.

Resultatet i studien viste at organisatoriske faktorer påvirket bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern på ulike nivå (meso og mikro) i et sykehus på flere måter. Det fremkom at den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen og lokal deltakelse i utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer var faktorer på nasjonalt nivå som fremmet bruk av nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge sykehusinfeksjoner. Casesykehusets strategi for implementering av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern fremmet bruken ved at en seksjon for smittevern hadde ansvaret for å operasjonalisere, implementere og følge opp

bruken av retningslinjene i praksis. Opplæring innen smittevern ble gjennomført via et e-læringsprogram og det fremkom i studien at e-læring kombinert med andre læringsmetoder kan fremme bruk av retningslinjer innen smittevern. En forutsetning er at helsepersonell gis nok tid til å gjennomføre opplæringen. Det ble vist at samarbeidsutfordringer på mesonivå hemmet bruk av retningslinjer gjennom ulik forståelse av innholdet. På mikronivåene var tydelige ledere, et nettverk av hygienekontakter og følelsesmessig engasjert helsepersonell organisatoriske faktorer som fremmet bruk av retningslinjene i det infeksjonsforebyggende arbeidet. Mangel på isolater, mange pasienter, tidspress, distribusjon av informasjon om nye eller endrede retningslinjer innen smittevern, dokumentstyringssystemet EQS var organisatoriske faktorer som hemmet bruk av retningslinjene på mikronivå når disse systemene ikke fungerer etter hensikten. Organisatoriske faktorer som påvirket casesykehusets struktur, politikk, kultur, følelsesmessig engasjement, kunnskapsoverføring, fysiske og teknologiske rammer og den ytre kontekst viste seg å ha betydning for hvordan ledere og helsepersonell brukte faglige nasjonale retningslinjer.

« It may seem a strange principle to enunciate as the very first requirement in hospital that it should do the sick no harm»

(Notes in hospitals, Florence Nightingale, 1863)

## 1 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for problemstilling

Pleie og behandling i sykehus er ment å være til det beste for pasientene. I medisinenes barndom var ofte behandlingen som pasienten fikk like farlig som selve lidelsen. Sykehus kunne være en kilde til skade bare ved at pasienten var i sykehuset. Gjennom utviklingen av bedøvelse ble legene i stand til å behandle nye lidelser. Beklageligvis medførte mye av denne behandlingen infeksjoner som sepsis og koldbrann (Vincent, 2010). En av de første som så sammenhengen mellom infeksjoner og smitte mellom mennesker var legen Ignaz Semmelweiss (1818-1865). Han arbeidet som fødselslege i Wien og han mistenkte at barsel-feber skyldes at «noe ble overført fra syke pasienter til friske» via personalets hender. Derfor påla han personalet å vaske hendene i klorvann og kunne etter hvert bevise at dette tiltaket medførte at antall pasienter med barsel-feber gikk ned. Han forsøkte å spre disse enkle løsningene, men ble stort sett ignorert og avvist. Hans motstandere tvang ham til å si opp og den gamle praksisen fortsatte som før. En kan spørre seg om hvorfor ikke legene ville lytte til Semmelweiss. Forklaring kan være at han brukte nesten 13 år på å publisere funnene sine og han hadde en aggressiv og lite suksessfull tilnærming til uenige kollegaer. Selv om Semmelweiss hadde solide empiriske data manglet han en begrepsmessig modell og en forklaring på hvorfor tiltaket virket. Senere ble Joseph Lister antiseptikkens<sup>1</sup> far. Hans teori var at ved å drepe alle smittestoffer i forbindelse med operasjonssåret og innføre rutiner for infeksjonsforebygging kunne infeksjoner i forbindelse med kirurgi forebygges. Listers arbeid har hatt stor betydning for utviklingen av kirurgien på slutten av 1800 tallet. Florence Nightingale hadde i sin bok «Notes for Nursing» egne kapitler om renhold av sykerom og personlig hygiene. Disse tre kan sies å være de første som brukte kunnskapsbaserte retningslinjer for å forebygge sykehusinfeksjoner (Hovig & Lystad, 2002).

---

<sup>1</sup> Antiseptikk: en metode for å drepe eller fjerne smittestoffer.



I løpet av de siste tiårene har det vært publisert statistikk og tall som viser at medisinske feil og skader er et problem for pasienter nasjonalt og internasjonalt. Da den norske pasientsikkerhetskampanjen<sup>2</sup> ble lansert i 2011 ble det presentert tall fra gjennomgang av pasientjournaler som indikerte at 16 prosent av norske sykehuspasienter pådro seg en skade som følge av behandlingen (Deilkas & Hofoss, 2010). Verdens helse organisasjon (WHO) skriver at sykehusinfeksjoner er den skade som oftest påføres pasienter i møte med helsevesenet. Det Europeiske senteret for sykdomskontroll rapporterer om en prevalens av sykehusinfeksjoner på 7,1 % i europeiske land. Som for mange andre pasientsikkerhets spørsmål skaper sykehusinfeksjoner ytterlig lidelse og kan medføre en høy kostnad for pasienten, dennes familie og samfunnet. Forbyggende tiltak som riktig håndhygiene og korrekt utførelse av basale smitteverntiltak er enkle tiltak som koster lite, men det krever et kontinuerlig fokus og en ansvarliggjøring av helsepersonell. Studier har vist at organisatoriske faktorer som f.eks. ledelse og kultur kan påvirke denne adferden og fremme eller hemme bruk av retningslinjer innen smittevern (Dixon-Woods, McNicol, & Martin, 2012). WHO peker på at tiltak som bl.a. bedre rapportering og overvåkingssystem på nasjonalt nivå, et minimum av fasiliteter og ressurser, at kjernekomponenter av infeksjonskontroll er på plass på alle nivå, implementering av basale smitteverntiltak og bedre opplæring av ansatte fremmer pasientsikkerhet (WHO, 2004).

Norske myndigheter har valgt ulike strategier for å forbedre pasientsikkerheten gjennom kampanjer som den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» og «nasjonal markering av verdens håndhygienedag 5. mai», utvikling av planverk som «Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012)» og kunnskapsbaserte råd og anbefalinger gjennom retningslinjer og veiledere. Under behandling i sykehus vil det alltid være en viss risiko for å få en komplikasjon og sykehusinfeksjoner er en betydelig andel av disse. Denne type infeksjoner utgjør et stadig økende problem. I Norge antar en at ca. 50 000 pasienter som innlegges i sykehus får en sykehusinfeksjon. Gjennom effektivt smittevernarbeid antas det at en kan forebygge 20 – 30 % av infeksjonene.

Smittevernarbeid har stått sterkt i Norge gjennom det siste århundret og er mye av forklaringen på det gode helsenivået blant befolkningen. Nye utfordringer har oppstått ved at

---

<sup>2</sup> Nasjonal pasientsikkerhetskampanje «I trygge hender» er en treårig kampanje som skal redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerheten i Norge. Kampanjen er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Kampanjen drives av et sekretariat i Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Alle regionale og lokale helseforetak har kampanjeledere som bistår og veileder iverksettingen av kampanjen lokalt

kjente mikrober er blitt resistente mot medikamenter og ved at nye mikrober som mennesker ikke har immunitet mot oppstår. I den nasjonale strategien for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten pekes det på at det er et stort behov for retningslinjer, veiledere og informasjonsmateriell både lokalt, regionalt og nasjonalt for å møte folkehelseutfordringene og forebygge sykehusinfeksjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

Gjennom forskrift om smittevern i helseinstitusjoner er alle helseinstitusjoner pålagt å utarbeide et skriftlig program for det infeksjonsforebyggende arbeidet i institusjonen, infeksjonskontrollprogrammet<sup>3</sup> (Folkehelseinstituttet avdeling for infeksjonsovervåking, 2006). For at helsepersonell skal unngå å ta avgjørelser som kan skade pasienter skulle helsepersonell ideelt sett ta avgjørelser basert på kunnskap fra høyt kvalifiserte forskning. Det har vist seg at det er komplisert og utfordrende å implementere denne forskningen i praksis. Kunnskapsbaserte retningslinjer er en metode for å hjelpe helsepersonell til å ta i bruk forskningsbasert kunnskap (Mickan, Burls, & Glasziou, 2011). Internasjonale studier viser at organisatoriske faktorer i sykehusene kan ha stor betydning for helsepersonells mulighet til å bruke smitteverntiltak. En studie fant at organisatoriske faktorer som organisasjonsstruktur og en kultur med stor oppmerksomhet på pasientbehandling reduserte forekomsten av blodbaneinfeksjoner gjennom riktig bruk av retningslinjer innen smittevern (S. L. Krein et al., 2010). En annen studie fant at organisatoriske faktorer som ledelse hadde stor innvirkning på forekomst av infeksjoner ved at ledere gjennom adferd og holdning motiverte medarbeiderne til bruk av retningslinjer innen smittevern. Disse lederne hadde mer fornøyde pasienter og medarbeidere enn ledere med en «la det skure» holdning og ineffektiv styring som resulterte i mer negative opplevelser pasienter og medarbeidere (Griffiths, Renz, Hughes, & Rafferty, 2009). Dixon – Woods et.al (2012) viste at organisatoriske faktorer som nettverksbygging og metoder for kunnskapsoverføring fremmet bruk av faglige retningslinjer innen smittevern (Dixon-Woods, et al., 2012).

## 1.2 Formål og problemstilling

Det overordnede formålet med denne studien er å fremskaffe kunnskap om hvordan nasjonale faglige retningslinjer brukes innen smittevern. Videre er formålet å studere hvordan

---

<sup>3</sup> Infeksjonskontrollprogram: Et program som omfatter alle nødvendige tiltak for å forebygge og motvirke sykehusinfeksjoner og for håndtering og oppfølging av utbrudd av slike infeksjoner (isoleringsveilederen).

retningslinjene påvirker den kliniske hverdagen og hvilke organisatoriske faktorer som hemmer eller fremmer bruk av de faglige retningslinjer innen smittevern i et sykehus.

Denne masteroppgaven vil studere følgende problemstilling:

### **Hvordan påvirker organisatoriske faktorer bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern på ulike nivå i et norsk sykehus?**

Studien vil ta for seg meso- og mikronivå i sykehus.

## **1.3 Avgrensing og begrepsavklaring**

Denne studien ser på hvordan nivåene (makro, meso- og mikronivå) i helsetjenesten gjennom organisatoriske faktorer påvirker hvordan helsepersonell bruker faglige retningslinjer innen smittevern. Studien undersøker ikke om nasjonale faglige retningslinjer brukes riktig og den studerer ikke adferd og holdninger på individnivå i helsetjenesten.

I denne studien brukes begrepene makro, meso- og mikronivå om de ulike nivåene i norsk helsetjeneste. Det nasjonale nivået betegnes som makronivå, sykehusnivå betegnes som mesonivå og mikronivå er sengepost. Om mikronivå brukes også begrepet mikrosystem.

Forståelse for begrepet organisatoriske faktorer er nærmere forklart i kapittel 2.1 og 2.2. Flere begrep blir beskrevet og forklart i teksten. Forklaring av en del begrep er gjort i selve teksten og sammenhengen begrepet inngår i. Dette er gjort for å bedre leseflyten og for å unngå gjentakelser. Begrepet nasjonale faktorer er med i studien fordi nasjonale faktorer blir berørt som en del av den organisatoriske konteksten.

Kvalitet er et begrep som kan forstås på flere måter. I stortingsmelding «God kvalitet – tryggetjenester» vektlegges det at kvalitet består av flere elementer som endres over tid og som vektlegges og vurderes ulikt avhengig av ens eget ståsted. I meldingen er det pekt på seks dimensjoner med kvalitet. Tjenestene i helsetjenesten skal være virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukerne, være samordnet, at ressursene utnyttes på en god måte og at tjenestene er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Norsk standard sin definisjon vektlegger at kvalitet handler om at forholdet mellom det som faktisk ytes skal samsvare med det som kreves og forventes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). I denne studien er

kvalitetsbegrepet en integrert del i rammeverket til Bate et.al (2008) som er nærmere forklart i kapittel 2.2 (Bate, Mendel, & Robert, 2008).

Begrepet pasientsikkerhet omfatter å ivareta pasienters sikkerhet og begrepet defineres som å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser og skader som følge av helsetjenesteprosesser (Aase, 2010).

Sykehusinfeksjon er en infeksjon som oppstår under institusjonsoppholdet, der infeksjonen ikke er tilstede eller i inkubasjonsfasen da pasienten ble innlagt i sykehuset. Inkubasjonstiden regnes til 48 timer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Forebygging av sykehusinfeksjoner er en del av pasientsikkerhetsproblematikken (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). I denne studien brukes smittevern og infeksjonsforebygging som begrep.

Nasjonale faglige retningslinjer er systematisk utviklede faglige anbefalinger som etablerer en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper, brukergrupper eller diagnosegrupper (Helsedirektoratet, 2011). Det er flere begrep i følge Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) som har noe av det samme innholdet. Kunnskapssenteret definerer fagprosedyrer som prosedyrer som omhandler medisinske og helsefaglige aktiviteter eller prosesser i helsetjenesten. Videre definerer de retningslinjer som systematisk utviklede råd og anbefalinger utarbeidet for å støtte helsepersonell og pasienter i konkrete helserelaterte situasjoner. Retningslinjer skal lages som beskrevet i «Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer » (Helsedirektoratet, 2012).

## **1.4 Oppgavens oppbygning**

I kapittel 1 beskrives bakgrunn for oppgaven, formål, problemstilling, avgrensning og begrepsavklaringer. Kapittel 2 beskriver tidligere forskning, modell og rammeverk for organisering av kvalitetsarbeid og implementering av retningslinjer. På bakgrunn av dette presenteres forskningsspørsmålene avslutningsvis i kapittel 2. Den metodiske tilnærming presenteres og drøftes i kapittel 3. I kapittel 4 presenteres studiens funn. I kapittel 5 diskuteres funnene. Konklusjon, implikasjon og forslag til videre forskning presenteres i kapittel 6.

## 2 Tidligere forskning, modell og rammeverk

I dette kapitlet beskrives tidligere forskning om organisatoriske faktorer i smittevernarbeidet. Videre beskrives rammeverket «Organisering for kvalitet» Bate et.al (2008), modeller og rammeverk for implementering av kunnskapsbasert praksis. Metode for litteratursøk er beskrevet i metodekapittel 3.1.

### 2.1 Tidligere forskning om organisatoriske faktorer og retningslinjer innen smittevern

Det er gjort mange studier om hvordan organisatoriske faktorer i helsetjenesten kan påvirke forebygging av sykehusinfeksjoner og hvordan kunnskapsbaserte retningslinjer kan implementeres og brukes i en sykehuskontekst. Artiklene det vises til i dette kapitlet har på hver sin måte betydning for denne studien.

Flere studier viser at organisatoriske faktorer kan hemme eller fremme helsepersonells bruk av nasjonale faglige retningslinjer. I en artikkel fra 2008 oppsummerte France et. al (2008) faktorer som påvirker implementering av kliniske retningslinjer i helsevesenet. De fant at effektive strategier for implementering av retningslinjer ofte er sammensatt av flere deler og at strategier som består av ett tiltak alene ofte har mindre effekt. Undervisningsmateriale kombinert med møter, eller audit<sup>4</sup> kombinert med undervisningsmateriale og direkte tilbakemelding synes å ha større effekt. De finner at retningslinjer som er enkle å forstå, enkle å prøve ut og ikke krever spesielle ressurser er kjennetegn på retningslinjer som blir implementert. Fagfolkens bevissthet om retningslinjenes eksistens og fortrolighet med innholdet er viktig for bruken. Forskningen viste at organisatoriske faktorer som manglende støtte fra kollegaer, lav bemanning og dårlig tid synes å være viktige faktorer som hemmer bruk av retningslinjer (Francke, Smit, de Veer, & Mistiaen, 2008).

Studier hvor smittevern og bruk av retningslinjer er tematikken viser mye av de samme resultatene. I en studie fra 2010 finner Krein et. al (2010) at selv om innsatsen for å forebygge sykehusinfeksjoner er stor, er det liten kunnskap om hvordan og hvorfor noen tiltak

---

<sup>4</sup> Audit: en metode for kartlegging av standarden på pasientbehandlingen som setter søkelys på eventuelle forbedringsområder.

virker i noen sykehus og ikke i andre. Studien sammenlikner flere sykehus og ser på hvilke forskjeller det er i implementeringen av retningslinjer for å forebygge blodbaineinfeksjoner forårsaket av intravaskulære kateter. De så på organisatoriske faktorer som organisasjonsstruktur, politikk, kultur, følelsesmessig engasjement og entusiasme. Funnene deres kan tyde på at erfaringer og resultater varierte betydelig avhengig av den organisatoriske konteksten. Sykehus med en positiv emosjonell og kulturell kontekst, som ble dokumentert gjennom følelsesmessig engasjement for pasienter, en kultur som fokuserte på pasientbehandling, og en aktiv og engasjert klinisk ledelse synes spesielt å stimulere og oppmuntre for implementering og bruk av infeksjonsforebyggende tiltak (S. L. Krein, et al., 2010).

En studie så på sammenhengen mellom nivåene i helsetjenesten og pasientsikkerhet ved å kartlegge formelle styringssystem for to pasientsikkerhetsspørsmål, smittevern og medisinbruk, med den hensikt å øke forståelsen for sammenhengen mellom myndighetsnivå. Studiens mål var å avdekke hva som virket og hvorfor. De beskriver hvordan forebygging av sykehusinfeksjoner og medisineringsfeil lokalt ble påvirket av styringssystem på makronivå gjennom nasjonale mål og kontrollorganer. De beskriver likheter og forskjeller mellom eksterne forventninger og krav og de interne styringssystemene. Det ble avdekket at sykehusinfeksjoner ble prioritert foran medisineringsfeil lokalt og at dette ble reflektert gjennom myndighetenes reguleringer. Studien viser at sterk nasjonal styring bidrar til større lokal styring gjennom et større ledelsesengasjement (Ramsay, Magnusson, & Fulop, 2010).

Gagliardo et.al (2011) studerte hva som er kunnskapsgrunlaget for flere av de smitteverntiltakene som brukes i dag. Studien stiller spørsmål med om det er bevis for smittevernanbefalingene eller om anbefalingene kun er basert på anekdotiske erfaringer og ekspert meninger. De så på tre tiltak, håndhygiene, forebygging av smitteoverføring og forebygging av blodbaineinfeksjoner i forbindelse med intravenøs kateterbruk. De fant at et effektivt infeksjonskontrollprogram kan oppnås gjennom et program hvor et tverrfaglig team fastsetter kunnskapsbaserte retningslinjer. De mener at dette teamet bør være ansvarlig for å overvåke gjennomføringen av retningslinjene og for utdanning av utøvere som er involvert i pasientbehandlingen. Studien konkluderer med at anbefalinger innen infeksjonsforebygging er basert på kunnskap fra studier, klinisk erfaring og eksperter. De viste også at effektiv infeksjonskontroll er en integrert del av pasientsikkerheten (Gagliardo & Saiman, 2011).

Gjennom en kunnskapsoppsummering oppsummerte Griffiths et.al (2009) studier som undersøkte hvordan organisatoriske- og ledelsesfaktorer påvirker smittevernarbeidet i sykehus. Oppsummeringen finner at en positiv ledelse på sengepostnivå og nivået over er en forutsetning for effektiv handling innen smittevern. Denne effekten reduseres om ledere har ansvar for mye personal. Erfarne ledere med en synlig tilstedeværelse og tydelige ansvarsområder, organisatoriske mekanismer for opplæring, hensiktsmessig klinisk ledelse som støtter og evaluerer praksis synes å ha en positiv infeksjonsforebyggende effekt. De kliniske teamenes stabilitet og moral synes også å ha en sammenheng med forbedret pasientsikkerhet. Forekomsten av sykehusinfeksjoner settes i sammenheng med organisatoriske faktorer som arbeidsbelastning, antall pasienter og liggetid. De hevder at disse organisatoriske faktorene identifiserer risiko for sykehusinfeksjoner. Videre peker de på at disse faktorene ikke alltid kan unngås, men ved å iverksette riktige tiltak kan pasientene beskyttes (Griffiths, et al., 2009).

En studie av Dixon – Wood et. al (2011) presenterer en evaluering et forbedringsprogram som hadde til hensikt å redusere forekomsten av sykehusinfeksjoner. De fant at programmet oppnådde resultater fordi det ble utøvd et nasjonalt press på at alle intensivavdelingene i delstaten Michigan, USA skulle delta og gjennomføre programmet i samsvar med alle kravene, tiltak og målinger. Evalueringen konkluderte med at ved å skape et nettverk med sterke horisontale bånd mellom deltakerne kunne utøve retningsgivende press på deltakende helsepersonell. Sykehusinfeksjoner ble etablert som et sosialt problem adressert til helsepersonell og det ble brukt flere forskjellige metoder for å skape en kultur for forpliktelse til forbedret praksis for unngå slike infeksjoner. Studien påpeker blant annet at tiltak som virker i en helseorganisasjon ikke nødvendigvis virker i en annen (Dixon-Woods, Bosk, Aveling, Goeschel, & Pronovost, 2011).

To norske forsker team har beskrevet organisatoriske faktorer som påvirker implementering og bruk av retningslinjer i sykehus. Sandvik et.al (2011) ser på hvordan kunnskapsbasertpraksis tas i bruk i sykehus. De finner at intervensjoner rettet mot ledelse og organisatorisk infrastruktur, samt tiltak som kartlegger barrierer syntes å ha betydning for å lykkes med implementering av kunnskapsbasert praksis. Funnene poengterer betydningen av at sykehusene innehar tilstrekkelig kompetanse til å lese og forstå forskning. For at helsepersonell skal kunne se nytten av forskning i praksis er det en fordel at forskningen er klinisk orientert og har betydning for pasientpleien (Sandvik, Stokke, & Nortvedt, 2011). Berland et.al (2008) beskriver i sin studie hvordan sykepleiere opplever organisatoriske

faktorer for å bruke smittevernretningslinjer i pasientbehandling. De finner at respekten for hygieniske retningslinjer synes å reduseres over tid og dette oppfattes som en trussel mot pasientsikkerheten. Organisatoriske faktorer som tidspress medvirker til at hygieniske retningslinjer ikke blir overholdt og faktorer som ansvarsforhold og utvikling av gode rollemodeller beskrives som betydningsfulle (Berland, Berentsen, & Gundersen, 2009).

I min studie bygger forståelsen av hvordan organisatoriske faktorer påvirker helsepersonells bruk av faglige retningslinjer på denne tidligere forskningen. Det er flere dimensjoner med organisatoriske faktorer som synes å ha betydning for problemstillingen i studien min. Funn i andre studier tyder på at et sterkt nasjonalt engasjement og oppmerksomhet fra makronivå kan påvirker ledere og helsepersonell på meso- og mikronivå til å ha oppmerksomhet på betydningen av å implementere og bruke retningslinjer innen smittevern (Dixon-Woods, et al., 2011; Ramsay, et al., 2010). Det er derfor valgt i min studie å studere hvordan nivåene påvirker ledere og helsepersonell. Andre studier viser at organisatoriske faktorer som ledelse og måten ledere utøver lederrollen har betydning for hvordan helsepersonell bruker retningslinjer innen smittevern (Francke, et al., 2008; Ramsay, et al., 2010; Sandvik, et al., 2011). I studien min undersøkes dette samspillet mellom ledere og helsepersonell gjennom intervju med helsepersonell på mikronivå og med ledere på mesonivå, for å belyser betydningen av organisatoriske faktorer. Organisatoriske faktorer som samarbeid, kunnskap, følelsesmessig engasjement og organisering i sykehuset er også studert av andre (Berland, et al., 2009; Dixon-Woods, et al., 2011).

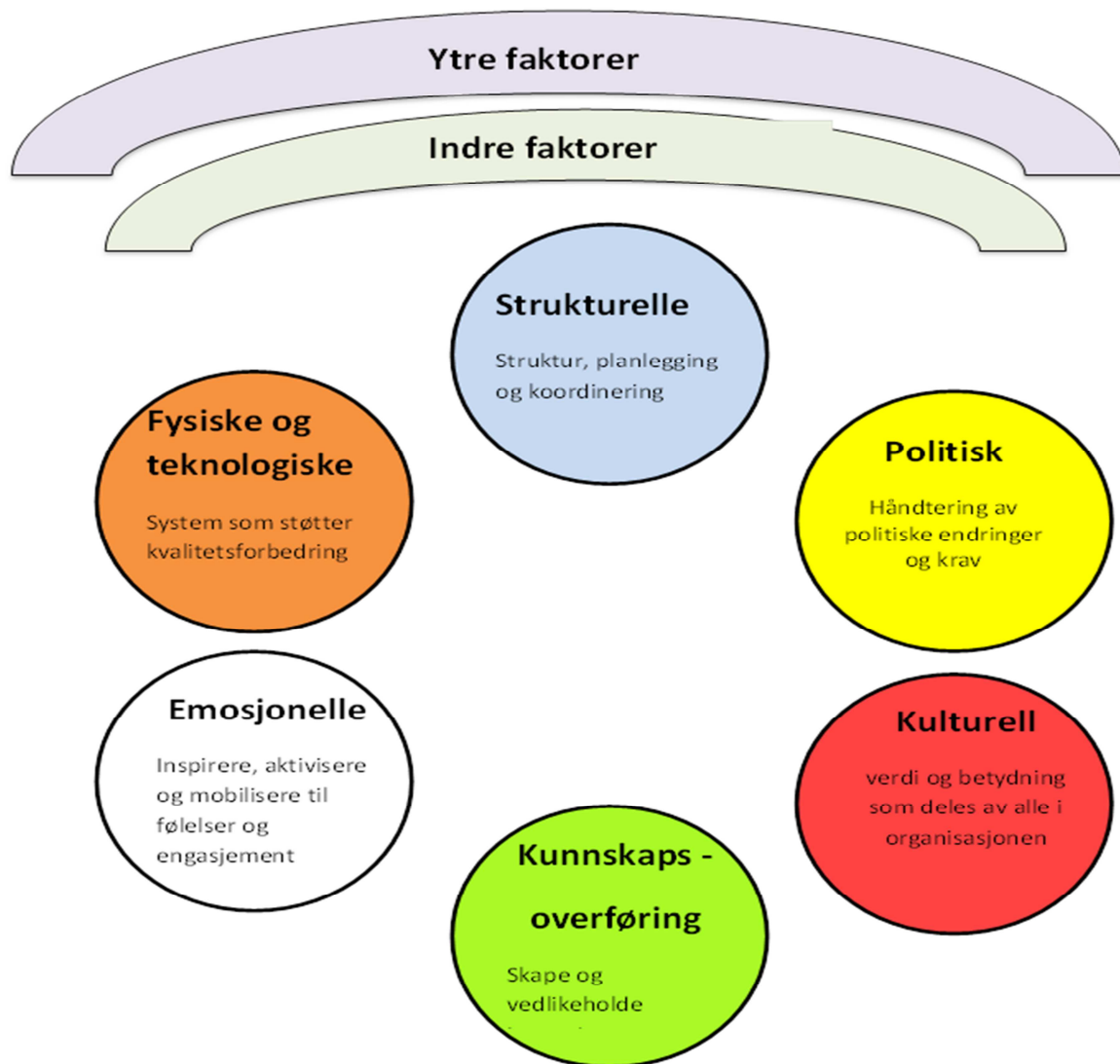
I februar 2010 skriver Kunnskapssenteret at det er lite kunnskap om hvordan prosedyrearbeidet foregår, hvordan det kvalitetssikres og hvordan det brukes av helsepersonell i klinisk virksomhet i norske helseforetak. En studie evaluerer helseforetakenes arbeid med fagprosedyrer ved alle landets helseforetak. Studien beskriver at organisatoriske faktorer som organisering og teknologi påvirker helsepersonells mulighet for å bruke fagprosedyrer. Funnene tyder på at det foregår mye dobbeltarbeid og lite samarbeid om fagprosedyrer. Få fagprosedyrer blir gjort tilgjengelig via Internett. På bakgrunn av studien er det opprettet et felles nettverk for fagprosedyrer som skal legge til rette for deling av fagprosedyrer på Internett. Målet for nettverket er bl.a. samarbeid for å øke kvaliteten og skolere helsepersonell i håndtering av kunnskap. Fagprosedyrer.no er et annet resultat av denne studien. Dette er en teknisk plattform for deling av fagprosedyrer som gir et minimumskrav for kvalitet og utforming og et praktisk verktøy til bruk i arbeidet (Eiring, Pedersen, Borgen, & Jamtvedt, 2010).



## 2.2 Modell for organisatoriske faktorer

Organisatoriske faktorer beskrives i litteraturen på ulike måter. Boleman & Deal (2003) beskriver fire kategorier av organisatoriske faktorer som er strukturelle, menneskelige, politiske og symbolske faktorer. Videre knytter Boleman & Deal (2003) ulike perspektiv og antakelser til hver av faktorene for å forstå organisasjonene og de har utviklet et rammeverk på bakgrunn av dette. Eksempler på slike perspektiv er organisering, mål og oppgaver og medarbeidernes mulighet for utvikling (Bolman & Deal, 2003). I min studie brukes rammeverket «Organizing for Quality» som er utarbeidet av Bate et.al (2008) for å identifisere organisatoriske utfordringer som har betydning for kvalitet og pasientsikkerhet i helseorganisasjoner. Rammeverket til Bate et.al (2008) har satt de organisatoriske faktorene som er beskrevet av Boleman & Deal inn i sitt rammeverk. Rammeverket til Bate et.al (2008) er brukt i studien til Krein et.al. som studerte utfordringer ved organisatoriske faktorer knyttet til organisering, politikk og kultur og i mastergradstudiet til Bergerød (2012) som studerte ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet (Bergerød, 2012).

Bate et.al (2008) presenterer en modell og et rammeverk for analyse og forståelse av faktorer og prosesser som påvirker god kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen. Gjennom flernivå casestudier ved syv sykehus som var kjennetegnet av å være svært gode på kvalitet og pasientsikkerhet utleder Bate et. al (2008) en modell som beskriver universelle organisasjonsmessige utfordringer som påvirker helseorganisasjoner ved gjennomføring av kvalitetsforbedringstiltak. De beskriver hvordan sykehusene som inngår i deres studie har implementert strategier for forbedring i sin organisasjon. I rammeverket «Organizing for Quality» beskrives et rammeverk som kan forbedre effekten av kvalitetsforbedringsarbeid. De har også utviklet et analyseverktøy for å avdekke forbedringsområder i egen organisasjon og for å identifisere gode strategier i kvalitetsforbedringsarbeidet. Til hver av de seks utfordringene er det beskrevet organisatoriske faktorer som kan brukes i kvalitetsutviklingen i helseorganisasjoner (figur 1).



Figur 1 Organisatoriske utfordringer etter Bate et. al (2008)

### Universelle utfordringer

Strukturelle utfordringer omfatter flere organisatoriske faktorer som organisering, planlegging og koordinering av kvalitetsforbedringstiltak. Rammeverket beskriver organisatoriske faktorer som kvalitetsstrategi og planer, strategisk lederskap, helhet i kvalitetssystemet, kvalitet i lederstillinger, tilretteleggingsteam og grupper. Andre viktige elementer i rammeverket er flere nivå i ledelsesstruktur, nøkkelroller, praksisfellesskap, troverdig ledelse, likemannsforhold og deltakelse fra pasienter og ansatte. Politiske utfordringer er måten helseorganisasjonen håndterer politiske endringer og krav rundt enhver kvalitetsforbedring. Denne utfordringen beskriver organisatoriske faktorer som omfatter evne til å omsette nasjonale krav og påvirkning til handling. Stikkord her er troverdig ledelse, likemannsforhold,

klinisk samhandling, deltakelse og samhandling eksternt. Kulturelle utfordringer omfatter den delte, kollektive oppfatningen av verdier og betydningen de har for helseorganisasjonen. Utfordringen med kunnskapsoverføring gjennom vekst og læring og med oppmerksomhet på å bygge en lærende organisasjon gjennom å utvikle organisatoriske faktorer og prosess som støtter kvalitetsforbedring. Hvordan helseorganisasjonene overfører kunnskap fra generasjon til generasjon er viktige prosesser her. Følelsesmessig utfordring er å skape et følelsesmessig engasjement og mobilisere medarbeidere til kvalitetsforbedring gjennom følelser, sterke forpliktelser og overbevisning. Helseorganisasjonens evne til å skape forbedringstiltak om til et ønske om forbedring. Utfordringer knyttet til fysisk og teknisk infrastruktur som er nødvendig for å regulere og levere kvalitet i det daglige liv i organisasjoner. Helseorganisasjonene bør ha en utforming og design som støtter og opprettholder kvalitetsforbedringstiltak (Bate, et al., 2008).

### **Ytre kontekst og indre kontekst**

Den ytre kontekst (figur1) består av utfordringer som er knyttet til nasjonale føringer og krav, lovverket, sosial og politiske forventninger, teknologi og ressurstilgang. Den indre kontekst (figur1) består av utfordringer som er knyttet til organisasjonens størrelse, struktur og evne til å tilpasse seg krav fra den ytre kontekst. Den ytre kontekst setter den indre kontekst inn i en sammenheng som har en strek påvirkning på hvilke løsninger helseorganisasjonene velger for å løse sine utfordringer i kvalitetsarbeidet. Den ytre kontekst har innflytelse på, er en drivkraft for og forsterker eller avleder utviklingen av kvalitetsarbeidet i en helseorganisasjon. Sammen påvirker dette de universelle utfordringene som er struktur, politikk, kultur, følelsesmessig engasjement, kunnskapsoverføring og fysiske og teknologiske rammer (figur 1). På bakgrunn av dette vil tiltak som virker i en helseorganisasjon ikke nødvendigvis være like virksomme i en annen. Selv om helseorganisasjonene har de samme utfordringene vil løsningene bli forskjellige og uuttømmelige. Ved å undersøke hvordan helseorganisasjonen håndterer de seks universelle utfordringene kan organisasjonen finne løsninger som er målrettet tilpasset de lokale forholdene for hver utfordring og kunne bygge dem inn i pågående kvalitetsforbedringsprosess (Bate, et al., 2008). Dette rammeverket er nyttig i min studie av hvordan organisatoriske faktorer hemmer eller fremmer bruk av nasjonale faglige retningslinjer for å belyse organisasjonens prosesser fordi det bygger på interaksjoner mellom organisatoriske faktorer på ulike nivå i organisasjonene og rammeverket beskriver hvordan organisatoriske faktorer har betydning for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Ulempen med dette rammeverket er at det er generelt og skal passe for alle typer

kvalitetsforbedringsarbeid og ikke er knyttet mot smittevern eller direkte mot bruk av retningslinjer. Jeg velger allikevel å bruke denne modellen fordi jeg tror at fordelene oppveier de ulempene dette medfører. Videre er det også en metodisk styrke i rammeverket ved at det beskriver studier hvor kobling mellom flere nivå i helsevesenet er brukt for å forstå kvalitetsarbeid i praksis.

### 2.3 Modeller og rammeverk for implementering

I litteraturen beskrives ulike modeller for implementering av nasjonale faglige retningslinjer og i dette delkapitlet beskrives noen av dem. I en oppsummering vises det til at det er flere ulike modeller og rammeverk for implementering og bruk av kunnskapsbasert praksis. Svakheten med flere av modellene er at de ikke forholder seg til alle nivåene i helsevesenet (makro, meso- og mikronivå), og få av modellene har med alle faktorene som en kan anta har betydning for implementering og bruk av retningslinjer. The Consolidate Framework for implementation research (CFIR) er et rammeverk som beskriver hvordan egenskaper med prosessene påvirker implementeringen av kunnskapsbasert praksis. Dette er egenskaper som kjennetegner selve intervensjonen og inneholder begrepsmessige kjernekomponenter og beskriver tilpassing av omgivelser. Rammeverket CFIR beskriver egenskaper med indrefaktorer som organisasjonsstruktur og kultur og yrefaktorer som økonomisk, sosial og politisk rammer. Videre beskriver rammeverket hvordan prosessen påvirkes av egenskaper med individene som er involvert. Måten implementeringsprosessen er designet og planlagt på påvirker også prosessen (Damschroder et al., 2009).

Stetler et.al beskriver i sin studie av implementering av kunnskapsbasert praksis bruk av et rammeverk utviklet av Pettigrew et. al. Rammeverket til Pettigrew et. al har fokus på innhold i kunnskapsbasert praksis, kontekst og prosess (Stetler, Ritchie, Rycroft-Malone, Schultz, & Charns, 2009) og det er videreutviklet i «Promoting action on research implementation in health services» (PARIHS). PARIHS er et rammeverk og en guide for implementering av kunnskapsbasert praksis hvor implementeringen beskrives som relasjoner mellom kunnskapen (evidence), konteksten og tilretteleggingen (facilitation). Kunnskapen består av robuste vitenskapelige bevis som samsvarer med profesjonell konsensus og klinisk erfaring. Med en endringsmottakelig kontekst menes en organisasjon som har en påvirkelig og imøtekommende kultur, et sterkt lederskap og en hensiktsmessig overvåking og

tilbakemelding av endring. Hensiktsmessig endringstilpassing påvirkes av innspill fra dyktige eksterne og interne tilretteleggere. I PARIHS rammeverket har disse tre elementene et dynamisk forhold til hverandre. Rammeverket er utviklet på bakgrunn av studier som viser at en vellykket gjennomføring av en endringsprosess synes å være avhengig av flere organisatoriske faktorer. Organisatoriske faktorer som støtter kunnskapsoverføring og utvikling av kunnskap og har en kontekst som fremmer implementering av retningslinjer gjennom ledelsesprosesser (J. Rycroft-Malone, 2004; Jo Rycroft-Malone et al., 2013). Flere av de nevnte studiene viser at strategier for implementering og bruk av retningslinjer kan være nøkkelen til suksess i smittevernarbeidet (Dixon-Woods, et al., 2011; Francke, et al., 2008; S. L. Krein, et al., 2010) I studien min brukes PARIHS rammeverk fordi det setter bruk av retningslinjer inn i en sammenheng som beskriver hvordan kontekst påvirker organisatoriske faktorer gjennom ledelsesdimensjon og egenskaper med retningslinjene.

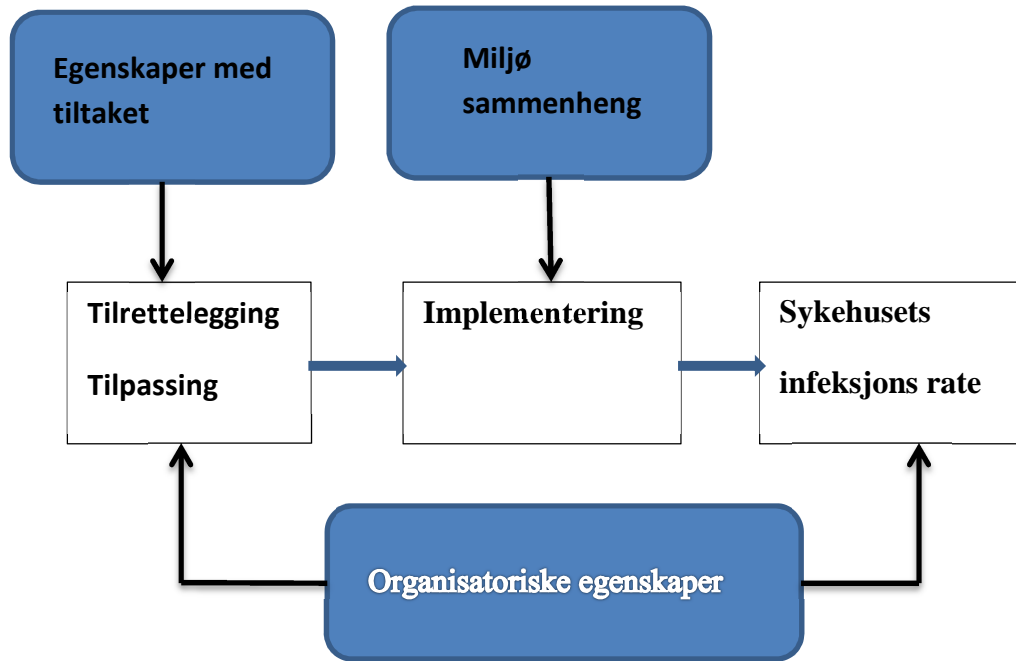
For ytterligere å øke forståelsen for implementering og bruk av retningslinjer innen smittevern er det tatt med en modell som beskriver implementering på en litt annen måte enn modellen som er brukt i PARIHS. Denne modellen ble utviklet av Freed et. al (1998) for å undersøke bruk av faglige retningslinjer for pediatrik barnevaksine. Heretter benevnes denne modellen for «Spredningsmodellen». Modellen beskriver fire trinn i implementering og bruk av retningslinjer (figur 2). Til trinnene i modellen knyttes beskrivelser av ulike prosesser som behovet for retningslinjene og at retningslinjene støttes av eksperter innen fagmiljøet. Det første trinnet er bevissthet om at retningslinjen finnes. Ved at helsepersonell blir klar over retningslinjens eksistens og lærer om den. Myndigheter og kollegaer kan være kilder til dette og måten disse kildene sprer budskapet på og egenskaper ved helsepersonellet kan ha en direkte påvirkning på hvor suksessfull forståelsen av retningslinjer er. Trinn to er hvor troverdig kunnskapsgrunnlaget for retningslinjen er. I tillegg må det være behov for retningslinjen og den må støttes av fagpersoner og eksperter. Trinn tre er at helsepersonell på bakgrunn av at de er enige i retningslinjen og kunnskapsgrunnlaget godkjenner den og bestemmer seg for å følge den. Og til siste at helsepersonell faktisk tar retningslinjen i bruk.



Figur 2 Trinnene i Freed's modell (Freed 1998)

Disse prosessene påvirkes av bestemte karakteristikk av egenskaper ved retningslinjene og dette avgjør hvor vellykket implementeringen er. I min studie er det de miljømessige egenskaper som omfatter sosiokulturelle, profesjonelle, og organisatoriske faktorer som diskuteres. Faglige og organisatoriske faktorer omfatter individuelle egenskaper hos helsepersonell som helsepersonells evne til å forstå og påvirke den organisatoriske konteksten og gjenkjenne organisatoriske faktorer som påvirker den. Hver av organisatoriske faktorene brytes til spesifikke deler som har innvirkning på hvert trinn i prosessen. Freed et.al (1998) beskriver at erfaring, alder, utdanning og profesjon er egenskaper som har betydning for implementering og bruk av retningslinjen. Egenskaper med helseorganisasjonen forklarer Freed et.al (1998) er måten organisasjonen setter sammen arbeidsteamene og hvordan organisasjonen håndterer påvirkningskraften fra nettverk og opinionsledere. Modellen beskriver egenskaper knyttet til retningslinjene en ønsker å implementere og som påvirker prosessene. Dette er egenskaper knyttet til innholdet i retningslinjer og egenskaper knyttet til måten de spres på (Freed, Pathman, Konrad, Freeman, & Clark, 1998).

«Spredningsmodellen» er senere brukt i studier som har undersøkt hvordan en kan omsette forskning innen infeksjonsforebygging til praksis. Krein et.al (2006) brukte modellen i et rammeverk for å studere implementering av smitteforebyggende tiltak i sykehus. Denne studien viste at bruk av denne modellen kan gi kunnskap for å identifisere og implementere effektive strategier for tilrettelegging av virkningsfulle forebyggingstiltak og sikre pasienter et kvalitativt godt resultat. De fant at helsepersonell som skal ta i bruk nye infeksjonsforebyggende tiltak ofte er opptatt i klinisk arbeid og at det er ikke alltid åpenbart hvordan organisatoriske faktorer begrenser eller legger til rette for innføringen. Sykehus som har mange spesialiteter og akutfunksjoner er ofte mer innrettet på implementering fordi de har spesielle problemstillinger som tvinger fram bruk av smitteforebyggende tiltak. De identifiserte at organisatoriske faktorer som grad av oppgavedifferensiering og internkommunikasjon kan spille en betydelig rolle i implementeringen. Andre forhold er relatert til beslutningstakerne som skal bruke retningslinjer (lege og sykepleiere) og forhold som ressurser og støtte fra organisasjonenes ledelse (Sarah L. Krein et al., 2006).



Figur 3 Rammeverk for å oversette smittevernanbefalinger til praksis (Krein 2006)

Rammeverket (figur 3) viser hvordan beslutninger om å innføre et smitteverntiltak påvirkes av egenskaper med tiltaket (kostnad, kunnskapsgrunnlaget og gjennomførbarhet), egenskaper med organisasjonen (ledelse, personell og ressurser) og den miljømessige sammenheng (offentlige krav, pasientgrunnlag og betaling) (S. L. Krein, et al., 2010). Forståelsen av hvorfor noen kunnskapsbaserte retningslinjer tas i bruk i noen sykehus, men ikke i andre er undersøkt av flere. Modellen (Figur 2) er brukt i en studie av Saint et. al (2010) som brukte modellen for studer implementering og bruk av effektive smitteverntiltak i sykehus (Saint, Howell, & Krein, 2010).

Rammeverket PARIHS, «spredningsmodellen» og rammeverk for å implementere smitteforebyggende tiltak i sykehus brukes i studien min for å sette funnene inn i en sammenheng og kunne diskutere disse i et helhetlig perspektiv som omfatter flere dimensjoner med organisatoriske faktorer.

## 2.4 Forsknings spørsmål

I denne studien som undersøker hvordan organisatoriske faktorer i et sykehus påvirker bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern på ulike nivå i sykehus. Basert på tidligere

forskning om organisatoriske faktorer, retningslinjer og implementeringsforskning er det formulert fire forskningsspørsmål:

1. Hvilke faktorer på nasjonalt nivå påvirker bruk av nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge sykehusinfeksjoner fra sykehusledelsens perspektiv?
2. Hvordan har sykehusledelsen tatt i bruk nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge sykehusinfeksjoner?
3. Hvordan hemmer eller fremmer organisatoriske faktorer ledere og helsepersonell i arbeidet med å forebygge sykehusinfeksjoner?
4. Hvilke erfaringer har ledere og helsepersonell med bruk av nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge sykehusinfeksjoner?



### 3 Metodebeskrivelse

I dette kapitlet beskrives studiens metodiske tilnærming, og det gjøres metodiske vurderinger og refleksjoner.

#### 3.1 Litteratursøk

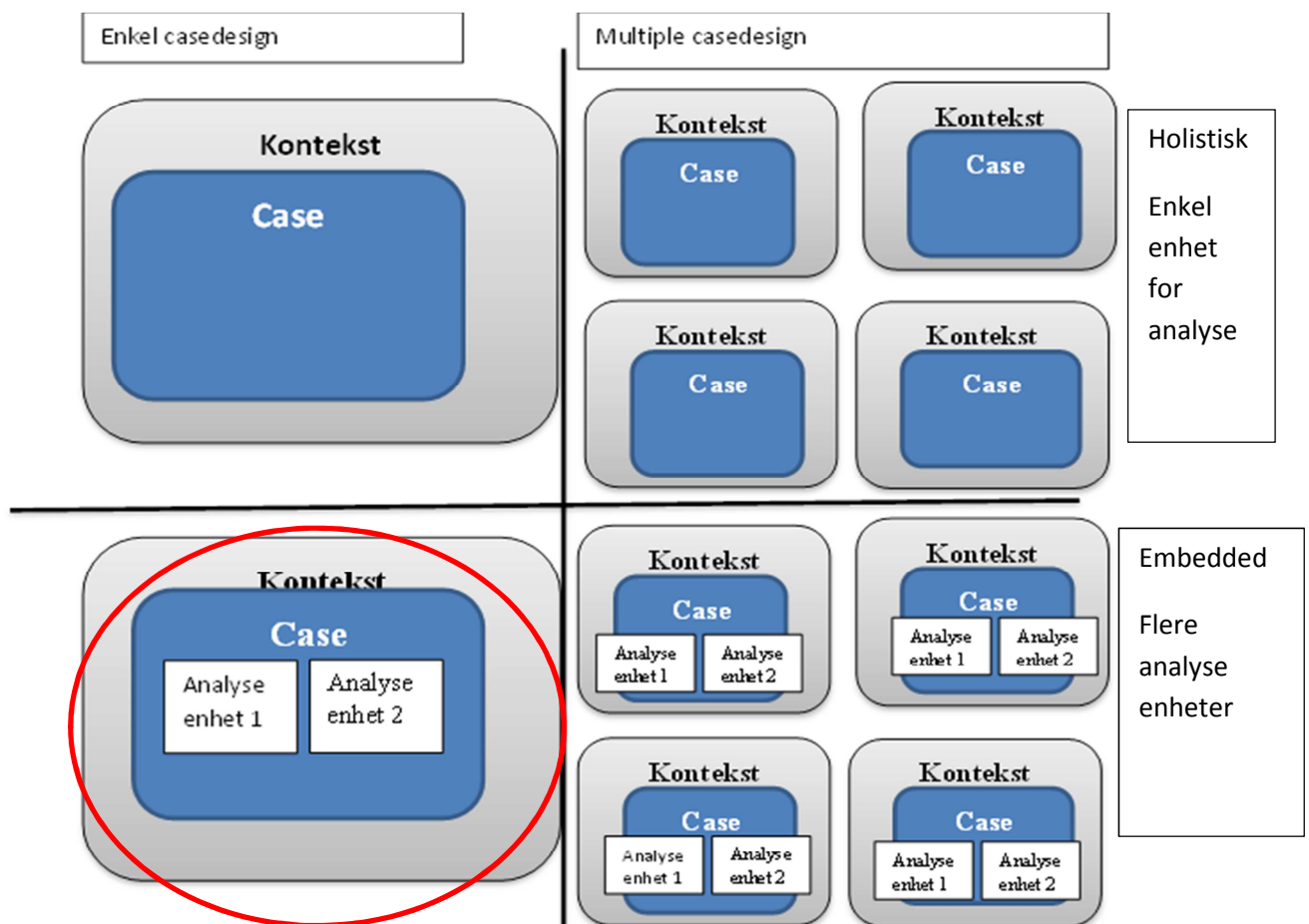
Det er søkt etter litteratur i følgende databaser: Cochrane Library, Scopus, Medline, Cinahl og ScienceDirect med søkeordene: guidelines, infection control, implementation, patient safety, organizing/ organizational factor. Det er søkt med forskjellige kombinasjoner av begrepene og andre relevante synonym. Søkestrategien har vært å utarbeide en oversikt over alle relevante søkeord som beskriver problemstillingen og kombinasjoner av disse. Videre er søkene gjentatt i flere databaser med samme søkeord og kombinasjoner. Metode for søkestrategi er beskrevet i boken til Nordtvedt et.al (2012). På bakgrunn av søkene er det valgt artiklene som er brukt i oppgaven. Det er gjort søk med de samme søkeordene i «Ebsco Discovery Service» da denne databasen ble tilgjengelig gjennom Universitetsbiblioteket ved Universitet i Stavanger januar 2013. I tillegg er det inkludert studier funnet gjennom referanselister i artikler.

Inklusjonskriterier har vært studier med tema implementering og bruk av retningslinjer innen smittevern og studier hvor organisatoriske faktorer i helseinstitusjoner og retningslinjer er tema. Artiklene er vurdert ved hjelp av «Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler» (Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten, 2008). Dette innebærer en vurdering av om artikkelens formål og hensikt er dekkende for problemstillingen i artikkelen, om design er egnet for å besvare artikkelens problemstilling. Det vurderes også om artikkelen beskriver metodedelen godt og at resultatene har relevans for min studie (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012).

#### 3.2 Forskningsstrategi og design

Som forskningsstrategi og design anvendes casestudie i denne studien. God empiri er forsøkt oppnådd ved å studere fenomenet i den konteksten der det foregår. Casestudie krever liten grad av kontroll over hendelser fordi casestudie fokuserer på samtidshendelser. Formålet med

studien er å forstå fenomenet «bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern» i dybden gjennom å belyse organisatoriske faktorer som har betydning for hvordan helsepersonell og ledere opplever bruken av retningslinjer i sykehus. Casestudier kan benyttes for å skape ny viten om individer, grupper, organisering, sosiale og politiske og andre relaterte fenomener. Denne type studier kommer fra ønsket om å forstå komplekse sosiale fenomen. Metoden tillater forskeren å beholde en helhetlig og meningsfull karakteristikk av virkelige hendelser som adferd i små grupper og organisatoriske og ledelses prosesser. Kjernen i casestudier er å belyse en beslutning eller et sett av beslutninger for å finne svar på hvorfor de ble tatt og hvordan de ble implementert og med hvilket resultat. Casestudier kan designes på flere måter, enkelt case eller multiple case, med en eller flere analyseenheter (figur 4) (Yin, 2009).



Figur 4 Casestudie design

Denne studien er en enkelt casestudie med et «embedded» design (figur 4). Studien kan plasseres nede til venstre i figur 4. «Embedded» design betyr at det inngår flere analyseenheter i studien, i motsetning til holistisk design som innebærer at det inngår en enkel

analyseenhet (ibid., s 47). Sykehuset og divisjonen utgjør caset og forholdet mellom mikronivå og mesonivå (analyseenheter) studeres. I studiene er det også sett på hvordan makronivå (nasjonale myndigheter) påvirker casedivisjonen. Dette designet er valgt for å få belyst tematikken gjennom informantenes oppfatninger av sin egen organisasjon. Fordelen med casestudier er nærheten til kilden og forskerens mulighet til intim kunnskap om individer og gruppe gjennom tanker, følelser og handling, intensjoner og miljø. Denne styrken kan i noen tilfeller bli en svakhet. Ved at det f.eks. oppdages sammenhenger kan en stille spørsmål med om andre ville funnet det samme (Polit & Beck, 2004).

### 3.3 Valg av case og kontekst

Helsevesenet er delt inn i flere nivå. Makronivå omfatter de nasjonale myndighetene med helseminister og departementene på toppen. Nasjonale myndigheter har delegert mange av de overordnede oppgavene innen smittevern til Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI). FHI har vært hovedleverandør av nasjonale faglige retningslinjer gjennom ulike veiledere innen smittevern. I løpet av de siste årene har det vært en endring i dette og gjennom den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen « I trygge hender» har Kunnskapssenteret blitt en ny aktør som også leverer nasjonale faglige retningslinjer (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012). I studien min brukes skriftlige kilder som er offentlig tilgjengelig på internett for å beskrive makronivå i teksten. Sykehus i Norge er organisert gjennom fem regionale helseforetak med tilhørende helseforetak og case sykehuset inngår her. Organisering på mesonivå er nærmere beskrevet i kapittel 4.1 Organisering. I denne studien inngår en divisjon i et sykehus. Casesykehuset studeres på mesonivå og mikro nivå (mikrosystem som omfatter tre sengeposter). Casedivisjonen er valgt på bakgrunn av innsatsområdene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Pasientgruppen som behandles i denne divisjonen er en utsatt gruppe for sykehusinfeksjoner. Det er derfor av stor betydning at helsepersonell i divisjonen følger retningslinjene innen smittevern for å forebygge sykehusinfeksjoner. Informantene er valgt fra casedivisjonen i et kategorisert utvalg hvor kategoriene er ledere på mesonivå og helsepersonell på mikronivå i klinisk virksomhet i casedivisjonen. Informantene har ledelse, pleie- og behandlerbakgrunn. Gjennom dette utvalget er det forsøkt å få informanter som er representative for gruppen. Valg av ledere i klinisk virksomhet er begrunnet med at de har

direkte innflytelse på hvordan det kliniske arbeidet organiseres. I denne studien er det viktig at informantene er sentrale og har erfaring med fenomenet (Thagaard, 2009).

### 3.4 Datainnsamling

For å få tilgang til feltet formidlet divisjonsdirektører informasjon om studien via linjeledelsen til sine avdelingssjefer. Avdelingssykepleiere på sengepostene ble så kontaktet av studenten og det ble gitt skriftlig informasjon om studien gjennom møte med personalet i sengepostene. Avdelingssykepleiere ved sengepostene valgte ut ansatte for intervju. Det ble innhentet informert samtykke og informantene ble informert om at deltakelse var frivillig og at de til enhver tid kunne trekke seg fra studien (vedlegg 1). I studien har det vært intervjuet 10 helsepersonell og 8 ledere i casedivisjonen (tabell 1).

Mesonivå	Nivå 3 leder	1 Avdelingsleder
Mesonivå	Nivå 4 leder	2 Seksjonsoverlege / avdelingsoverlege
Mesonivå	Nivå 4 leder	3 Avdelingssykepleiere
Mesonivå		2 Assisterende avdelingssykepleiere
Mikronivå	helsepersonell	10 sykepleiere/ helsefagarbeidere

Tabell 1 Oversikt over informanter

Datainnsamling er gjort gjennom triangulering av kvalitative intervju og dokumentanalyse. Kvalitative semistrukturerte intervju anses som en godt egnet metode ved casestudier (Johannessen, Tuft, & Kristoffersen, 2010). Tilnærming som veksler mellom nærhet og distanse var en god metode i denne studien ved at en søkte å finne svar som går i dybden på hva ledere og helsepersonell mener er viktige organisatoriske faktorer som påvirker av det infeksjonsforebyggende arbeidet. Det er utviklet en intervjuguide (vedlegg 2) for ledere (mesonivå) og en intervjuguide for helsepersonell (mikronivå) (vedlegg 2). Forskjellen på disse to guidene er at det i intervjuguiden for ledere også er stilt spørsmål knyttet til lederrollen. Intervjuguidene tar utgangspunkt i de tematiske forskningsspørsmålene hvor de er formulert til intervju spørsmål og hjelpes spørsmål. Tema for intervjuguidene er de seks organisatoriske utfordringene: struktur, politikk, kultur, kunnskap, følelser og

fysiske/teknologiske utforminger beskrevet i rammeverket «Organizing for quality» (Bate, et al., 2008). I gjennomføringen av intervjuene ble ikke intervjuguidene fulgt slavisk, men det ble sikret at alle spørsmål i intervjuguiden ble besvart. Informantene fikk snakke om det som opptok dem mest innenfor de tema som intervjuguiden inneholdt. Dette skapte en rolig ramme rundt intervjusituasjonen. På denne måten fikk informanten mulighet for å fortelle samtidig som en sikret at en fikk informasjon om temaene. Det var også viktig å være åpen for andre tema informantene tok opp og som kunne ha betydning for studien (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009). I følge Tjora (2012) kan man anvende fokuserte intervju om tema er avgrenset og man raskt kan etablere tillit til informanten når tema ikke er veldig følsomt eller vanskelig. Denne intervju formen er anvendelig når det ikke er behov for en dyptpløyende samtale med hver informant eller om det grenser til bortkastet tid for informanten, så vel for forskeren som skal transkribere materialet. Dette er i motsetning til tradisjonelle dybdeintervju hvor det brukes lengre tid, ofte en time eller mer, og hvor en forsøker å få informantene til å fortelle og reflektere mest mulig uten noen særlig begrensning på tema(Tjora, 2012). Intervjuene ble gjennomført på et møterom på sengepostene eller på ledernes kontor og de ble tatt opp på diktafon og transkribert umiddelbart etterpå. Det ble brukt i underkant av 45 minutter på hvert intervju.

### 3.5 Analyse

Intervjuene er transkribert ved at intervjuene er gjengitt ordrett slik informantenes. Dialekt er oversatt til bokmål (Kvale, et al., 2009). I følge Polit & Beck (2004) er det like mange kvalitative analysemetoder som det er forskere. Ved at det ikke finnes noen standard metode for analyse av kvalitative data, finnes få beskrivelser av hvordan slike analyser skal gjøres, hvordan data bør presenteres slik at validitet beholdes og hvordan studier kan gjentas. I kvalitativ studie er det store mengder data som skal analyseres og reliabilitet kan oppnås ved å bruke sitat i presentasjonen av funnene (Polit & Beck, 2004). I denne studien er det valgt å gjøre en systematisk tekstkondensering som er beskrevet av Malterud (2011). Dette er en analyseform som passer i tverrgående analyse som sammenfatter informasjon fra flere informanter. Det er valgt å gjennomføre trinnene slik Malterud (2011) beskriver dem. Først er all tekst lest gjennom for å skape et første inntrykk av hva dataene inneholder og for å etablere en oversikt. Rammeverket «Organizing for quality» (Bate et.al 2008) er brukt som referanse i

dette. Deretter er det gjort en systematisk gjennomgang linje for linje for å finne meningsbærende enheter som beskriver innholdet og meningen i utsagnet. I denne fasen er det valgt bort de deler av teksten som ikke inneholder meningsbærende enheter. Tekst som inneholder kunnskap om et eller flere tema som er relevant for problemstillingen ble beholdt. De meningsbærende enhetene ble så kodet ved at det ble satt en «merkelapp» på utsagnet. Disse tre trinnene beskrives som dekontekstualisering, hvor deler av teksten er løftet ut slik at de kan ses i sammenheng med andre deler av materialet. Kodene blir til slutt samlet under tema. I studien er disse trinnene gjennomført ved at all tekst er lagt inn i et Excel regneark (tabell 2, eksempel på analyse) hvor hver rad representerer et utsagn. Alle utsagn er identifisert ved hjelp av informantnummer i en kolonne. Råtekst er i neste kolonne, meningsbærende enhet i en kolonne og kode i neste. Til slutt er alle kodene samlet i et av de seks temaene som representerer rammeverket til Bate et. al. (2008). Prosessen med å finne meningsbærende enheter, koder og organisering i tema er gjort flere ganger for å sikre at viktig informasjon ikke mistes.

ID	Råtekst	Meningsbærende enhet	Kode	Tema
L24	Hvis det kommer nasjonale faglige retningslinjer som er laget av fornuftige folk så tar jeg dem i bruk.	Vil ta i bruk det som kommer nytt nasjonalt	implementering	kultur
L27	Kun i forhold til profesjonsfaglige retningslinjer på bakgrunn av at sus er representert i disse gruppene og vært med å utarbeide de, men andre retningslinjer kan jeg ikke huske å blitt introdusert for på en systematisk måte. Det er mer at en etterspør når en er i en situasjon hvor en antar at det kan skje noe	Tror ikke at sykehuset har en strategi for implementering av nasjonale faglige retningslinjer. Tror at en er oppdatert pga profesjons deltakelse i utarbeidelse	implementering	politikk
HP 28	Jeg tenker at mye av ansvaret ligger på oss også. Jeg har et ansvar og sikkert også avdelingsleder og sykehuset generelt, vi har vel alle – jeg tenker at jeg har et selvstendig ansvar for å fylle retningslinjer	Opplever å ha et selvstendig ansvar for å bruke retningslinjer	implementering	kultur

Tabell 2 Eksempel på analyse

I det fjerde trinnet, som kalles rekontekstualisering, sammenfattes funnene i form av gjenfortelling som danner grunnlag for nye beskrivelser eller begreper. For å validere disse sammenfatningene vurderes innholdet i dem mot de opprinnelige tekstene for å sjekke at

beskrivelsene fortsatt stemmer med beskrivelsene til informantene i studien. Resultatene i studien gjengis som en analytisk tekst (Malterud, 2011, 2012).

### 3.6 Dokumentanalyse

I tillegg til data fra intervju med ledere og helsepersonell i casedivisjonen er det gjort dokumentanalyse av dokumenter fra casesykehuset samt regionale og nasjonale dokumenter som veiledere, lovverk og planverk. I analysen er det brukt dokumenter som ligger tilgjengelig på internett nasjonalt, regionalt og på casesykehusets Internettside. Lokale dokumenter inneholder opplysninger om sykehusets organisering og saksdokumenter som er behandlet i sykehusstyret. I tillegg er det brukt dokumenter fra casesykehusets kvalitetssystem og infeksjonskontrollprogrammet. Det er analysert omtrent 350 sider (vedlegg 3 Oversikt dokumenter). De analyserte dokumentene gir tidsbilder som setter informantenes erfaringer inn i en sammenheng (Tjora, 2012).

### 3.7 Metodiske vurderinger

I dette delkapitlet vil jeg diskutere reliabilitet og validitet og reflektere over min rolle som forsker i egen organisasjon.

For å sikre informantenes anonymitet og for at sitater ikke skal kunne knyttes til spesielle personer blir sitatene presentert med tittel «leder» eller «helsepersonell». I denne studien synes det å være dekkende med to kategorier av personell, helsepersonell eller leder istedenfor lege, avdelingssykepleier og seksjonsleder. Kategorien leder er knyttet til meso nivå i organisasjonen og kategorien helsepersonell representerer ansatte i mikrosystemet, mikronivå. Dette kan ha påvirket studiens gyldighet ved at det ikke er mulig for leseren å vurdere data ut fra sammenhenger som sengeposttilhørighet og profesjon. Men ønsket om å sikre informantenes anonymitet har vært viktigere ut fra et forskningsetisk perspektiv.

Ulike begrep og tradisjoner brukes for å vurdere kvalitet og troverdighet i forskning og begrepene er beskrevet av flere forfattere innen forskningsmetodikk (Kvale, et al., 2009; Malterud, 2011; Thagaard, 2009). I denne studien har jeg valgt å bruke begreper som

validitet, reliabilitet og refleksivitet. Intern reliabilitet er i min studie forsøkt oppnådd gjennom å beskrive metode og fremgangsmåte inngående slik at tilsvarende studie kan gjennomføres (Thagaard, 2009). Refleksivitet referer til forskerens evne og vilje til å sette spørsmålstegn med egne fremgangsmåter i form av tvil og refleksjoner. Malterud (2011) skriver at nærhet til stoffet kan være en barriere for kritisk refleksjon. Refleksivitet betyr at en erkjenner og overveier betydningen av sitt eget ståsted. I denne studien er det lest og gjennomgått mye litteratur før studien startet og interessen og problemformuleringen er et resultat av dette. Jeg har arbeidet som operasjonssykepleier i 20 år, de siste 5 årene som hygienepleier og leder for smittevern ved casesykehuset som studeres i studien. Gjennom arbeidet mitt har jeg god kjennskap til tema smittevern. Kvale et. al (2009) skriver at det er viktig at intervjuer har kunnskap om intervjuetemaet slik at gode oppfølgings spørsmål kan stilles og dermed øke muligheten for å få frem erfaringer. Det kan ha vært en utfordring at jeg arbeider nært til feltet og er leder for området som studeres ved at informantenes svar kan være preget av at de vet dette. Samtidig er temaet av en slik art at det er mulig å ha et profesjonelt forhold til min rolle slik at informantene kunne svare uten å ta hensyn til dette. For å sikre at intervjuguidene ikke har spørsmål som kan relateres til meg og min rolle har veileder bidratt til å kvalitetssikre intervjuguidene. Ved gjennomføringen av intervjuene forsøkte jeg å si minst mulig og la informantene snakke fritt om tema. Det ble klarlagt før intervjuet startet at jeg ikke hadde til hensikt å kontrollere dem eller komme til å kommentere det de fortalte og at jeg ikke ville veilede dem på problemstillinger de eventuelt tok opp. Det ble også vektlagt at det de fortalte meg var konfidensielt og at det ikke ville få noen som helst personlige konsekvens for dem. Inntrykket mitt er at informantene hadde tillit til dette og jeg opplevde ikke at min rolle i sykehuset var en barriere. Validiteten i intervjuene ble styrket ved at min forståelse av informantenes utsagn ble sjekket underveis i intervjuene ved at jeg gjentok hva jeg oppfattet at de fortalte. For å styrke validiteten i studien er det valgt å ha mange informanter og en tilfeldig variasjon i alder og erfaring. Forskerens forforståelse en viktig del av tolkningsprosessen og analysen kan være preget av min forståelse av temaet (Lundman & Graneheim, 2008). Veileder har vært involvert gjennom hele analyseprosessen og har dermed bidratt til at forforståelsen har fått mindre preg på analysen. Begrepet etterrettelighet brukes i forskningsetikken ofte som et sett av ulike normer for forskning; transparens, uavhengighet og samfunnsansvar (Forsknings etiske komiteer, 2006). På bakgrunn av dette er det gitt en fyldig beskrivelse av kontekst, utvalg, datainnsamling og analyse i denne studien tidligere i dette kapitlet. På grunn av min nærhet til feltet kan en ikke i denne studien se på resultatet som uavhengig av forskeren. For å styrke validiteten kunne det



vært utført en «deltakersjekk» som innebærer å la informantene lese gjennom deler av materialet. Dette er ikke gjort i denne studien. Malterud (2011) skriver at det er fullt mulig å komme frem til konklusjoner som ikke nødvendigvis stemmer overens med det den enkelte informant har sagt fordi det i tverrgående analyser gjenfortelles en sum av historier basert på materialet (Malterud, 2011). Det kan også være et etisk problem med å bruke en slik tematisk analysemetode. Dette fordi utsagn fra informantene er løsrevet fra helheten og temaene er preget av forskerens perspektiv av teksten. Fokus er sammenlikningen mellom informantene, ikke den enkelte informant. Dette kan også være en styrke ved at beskrivelser fra informantene ikke er beskrevet i sin helet ved at anonymiteten bedre ivaretas. Bruke av sitater og sammendrag fra intervjuene sammen med data fra dokumentanalysen som støtter informantens utsagn er gjort for at leseren av studien skal kunne komme tettere på empirien i forskningen og for å bedre validiteten ved å illustrere mangfoldet i datamaterialet (Tjora, 2012).

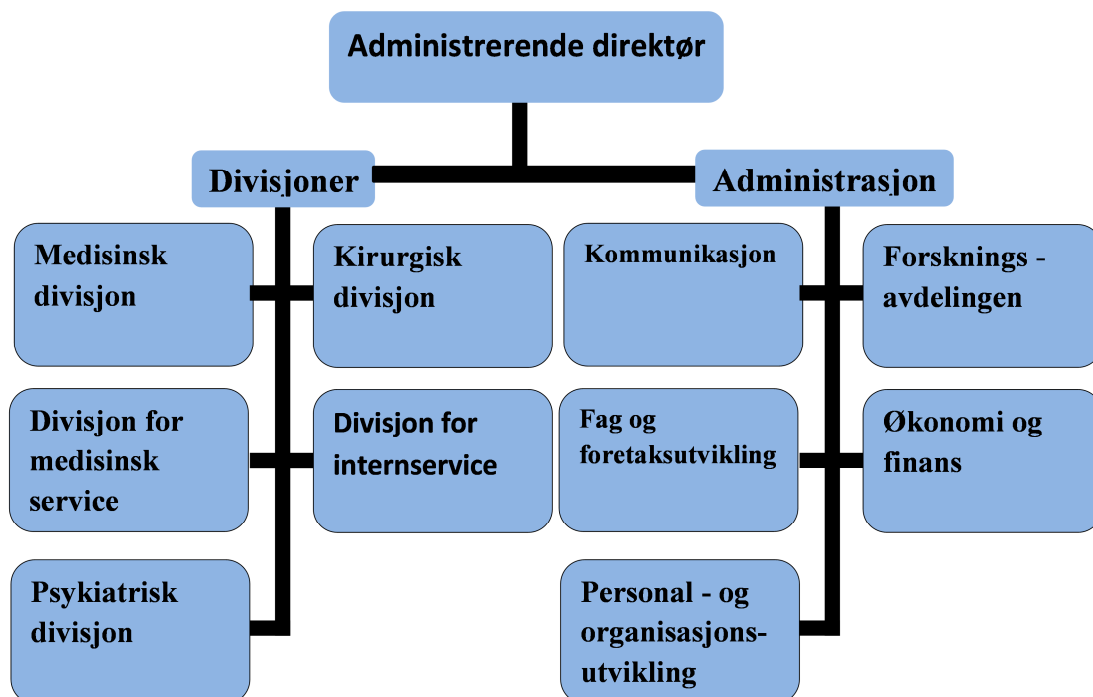
Overførbarhet er i følge Lundman og Graneheim (2008) i hvilken utstrekning resultatene kan overføres til andre grupper eller situasjoner. I denne studien gis det forslag til overførbarhet, men det er leseren selv som må avgjøre om resultatene kan overføres til en annen kontekst. Prosjektet er godkjent i henhold til Helseforskningsloven (Helse og omsorgsdepartementet, 2008) og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapeligdatatjeneste (NSD) i henhold til Universitetet i Stavangers retningslinjer (vedlegg 4). Sykehusets forskningsavdeling og divisjonsdirektør ved casedivisjon har godkjent gjennomføring av prosjektet og det er søkt om godkjenning via Personvernombudet ved casesykehuset (vedlegg 4). Data lagres i henhold til krav i helseforskningsloven.

## 4 Funn

I dette kapitlet beskrives først organiseringen i sykehuset, deretter organisering av seksjon for smittevern og ytre kontekst. Videre presenteres resultatene i henhold til rammeverket av Bate et. al (2008) med utfordringene innen struktur, politikk, kultur, følelser, kunnskapsoverføring og fysiske / teknologiske rammer.

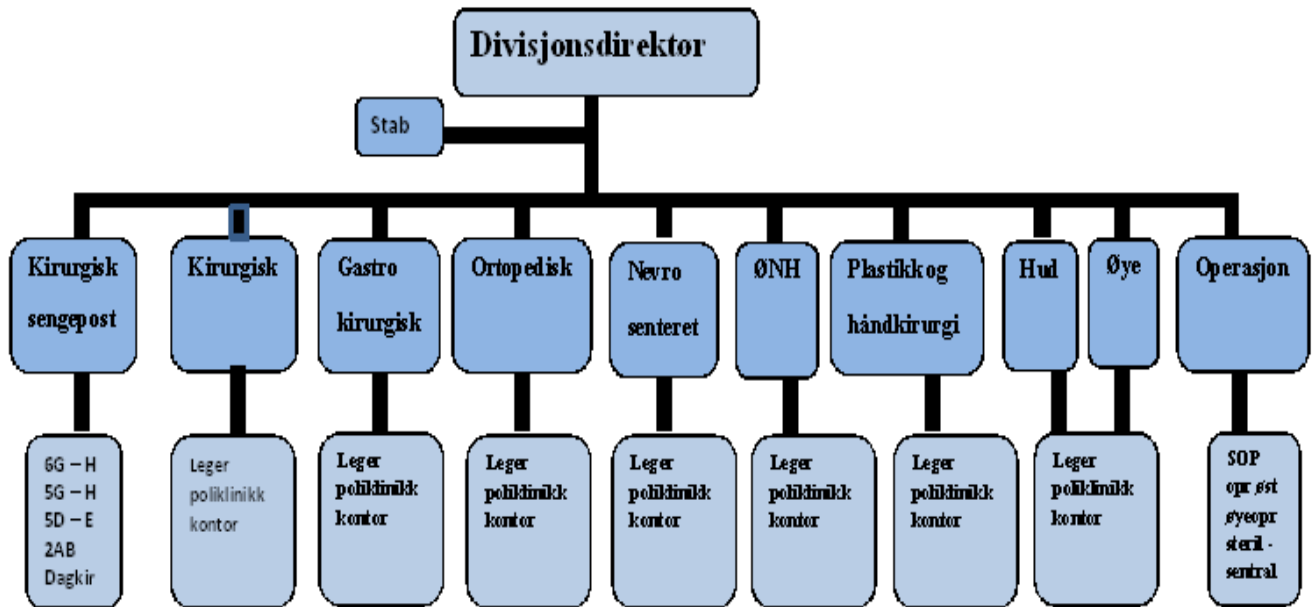
### 4.1 Organisering

Sykehuset er organisert i 5 divisjoner og 5 stabsenheter (figur 5). Sykehuset har 620 somatiske senger, det er omtrent 200 000 liggedøgn pr år.



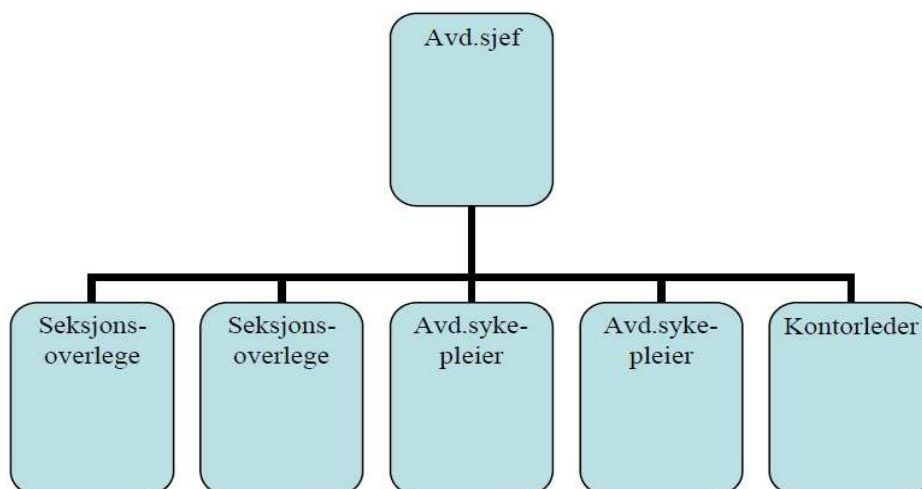
Figur 5 Organisasjonskart sykehus - mesonivå

Divisjonsdirektører og stabdirektører og sammen med Administrerende direktør utgjør toppledelsen ved sykehuset (figur 5).



Figur 6 Organisering avdeling (mesonivå)

Videre er casedivisjonen organisert i avdelinger (kirurgisk, gastro, kirurgisk, ortopedisk, nevro senteret osv.) (figur 6). Hver avdeling er organisert i seksjoner som ledes av seksjonsoverleger og sengeposter som ledes av avdelingssykepleier (figur 7).



Figur 7 Organisering seksjon / sengepost (mikronivå)

Sykehuset har et elektronisk dokumentstyringssystem (EQS) som inneholder alle sykehusets retningslinjer og prosedyrer på alle nivå i organisasjonen. Det er de ulike divisjonene, avdelingene og fagområdene sitt ansvar å sørge for at dokumentene er tilgjengelige for alle ansatte via dokumentstyringssystemet. Målet for sykehusets kvalitetsarbeid er å utvikle kvalitet gjennom bruk av nasjonale og lokale kunnskapsbaserte retningslinjer for pasientbehandlingen. Retningslinjene skal være kjent og lett tilgjengelig i sykehusets dokumentstyringssystem (Kvalitetes mål EQS casesykehus, 2012). Styrende dokumenter som stiller krav til organisasjonen gjennom lover, forskrifter, planverk, prosedyrer og retningslinjer skal utarbeides av fagdirektør, stabsdirektør og divisjonsdirektør innenfor sitt ansvarsområde. Det skal ikke utarbeides dokumenter lokalt dersom det finnes globale<sup>5</sup> dokumenter med samme innhold (Prinsipper for styrendedokumenter EQS casesykehus, 2012). Prinsippet for utvikling av fagspesifikke prosedyrer som gjelder to eller flere divisjoner er at de aktuelle involverte divisjonene har ansvar for utarbeidelse av prosedyren og de må selv velge hvilken divisjon som skal være dokumentansvarlig (Prinsipper for fagspesifikke prosedyrer som gjelder to eller flere divisjoner EQS casesykehus, 2012). Det synes noe uklart om informantene er kjent med disse prinsippene. Det er ikke beskrevet i dokumentstyringssystemet hvordan nye retningslinjer og dokumenter gjøres kjent og implementeres i organisasjonen.

## 4.2 Organisering av smittevernarbeidet i sykehuset

Casesykehuset har lave sykehusinfeksjonstall sammenliknet med nasjonale tall.

Infeksjonstype	Prevalens (%)				Nasjonal Prevalens vår 2012 (%) 95% kl*
	23.5.12	5.9.12	28.11.12	13.2.2013	
Urinveisinfeksjoner	1,6	0,6	2,4	1,3	1,1 (0,9 - 1,3)
Nedre luftveisinfeksjoner	2,0	1,9	1,4	2,2	1,6 (1,3 - 1,8)
Septikemier	0,7	0,5	0,7	0,2	0,6 (0,5 - 0,8)
Postoperative sårinfeksjoner **	1,2	1,2	1,0	0,6	2,0 (1,7 - 2,3)
Postoperative sårinfeksjoner ***	6,1	5,4	4,2	3,5	8,3 (7,3 - 9,4)
<b>Totalt</b>	<b>5,2</b>	<b>4,2</b>	<b>5,3</b>	<b>4,3</b>	<b>5,4 (4,9 - 5,8)</b>

Nasjonale prevalens vår 2012 i prosent \*  
 I forhold til alle inneliggende \*\*  
 I forhold til alle opererte \*\*\*

Tabell 3 Prevalens av sykehusinfeksjoner.

<sup>5</sup> Med globalt dokument menes administrative og fagspesifikke styrende dokumenter i det elektroniske dokumentstyringssystemet som gjelder for hele sykehuset

Tabell 3 viser at sykehuset ved måling 13. februar 2013 hadde en prevalens (forekomsten) av sykehusinfeksjoner på 4,3 %. Med dette menes at 4,3 % av alle pasienter innlagt i sykehuset denne dagen hadde en sykehusinfeksjon. Tabell 3 sammenlikner med nasjonale tall fra høsten 2012, hvor den nasjonale prevalensen var 5,4 % (Administrerende direktørs driftsrapport til styret, 2012).

Seksjon for smittevern er organisert som en enhet under stabsavdelingen Fag og foretaksutvikling (figur 5). Seksjonen består av en leder (hygienesykepleier), to hygienesykepleiere og to smittevernoverleger. Fagpersonene i denne seksjonen har det overordnede ansvaret for implementering av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern i sykehuset. Seksjonen er involvert i den Nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» gjennom deltakelse i de lokale delprosjektene med fokus på reduksjon av sykehusinfeksjoner.

Gjennom forskrift 17. juni 2005 nr. 610 om smittevern i helseinstitusjoner er alle helseinstitusjoner pålagt å utarbeide et skriftlig program (infeksjonskontrollprogrammet) for det infeksjonsforebyggende arbeidet i institusjonen (forskrift 17. juni 2005 nr. 610 om smittevern i helseinstitusjoner). Formålet med infeksjonskontrollprogrammet er å forebygge sykehusinfeksjoner og smittespredning til pasienter og personal i sykehuset. Programmet omfatter alle nødvendige tiltak for å forebygge og motvirke infeksjoner i institusjonen og håndtering og oppfølging av utbrudd med slike infeksjoner. Infeksjonskontrollprogrammet inneholder retningslinjer som påvirker aktivitetene i behandling og pleie av pasienter i sykehuset. Forskrift om smittevern i helseinstitusjoner er supplert med flere veiledere som «Isoleringsveilederen» (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004) og «MRSA – veilederen» (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2009). Disse veilederne har samme status som nasjonale faglige retningslinjer og helseinstitusjonen er pålagt å implementere og følge disse. Innholdet i lokale retningslinjer innen smittevern er utarbeidet på bakgrunn av faglige nasjonale og internasjonale retningslinjer, og det forventes at de er kjent og følges av alle ansatte i sykehuset (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005).

Ved casesykehuset er infeksjonskontrollprogrammet og alle retningslinjene for smittevern samlet i EQS. Tidligere var disse retningslinjene organisert skriftlig i en ringperm som ble kalt «Hygienehåndbok». Denne permen var tilgjengelig på alle sengeposter og avdelinger. Permen inneholdt en kombinasjon av retningslinjer og prosedyrer som inngikk i infeksjonskontrollprogrammet. Intervjuene viser at denne permen var godt innarbeidet i

sengepostene og ble mye brukt blant pleiepersonalet. Det er imidlertid noe uklart om denne permen ble brukt av legegruppen. Permen ble erstattet av EQS og alle dokumenter som inngår i infeksjonskontrollprogrammet er lagt inn i det elektronisk i systemet.

Alle ansatte har tilgang til dokumentene i EQS via intranett i lesemodus. Systemet administreres fra stabsavdeling Fag og foretaksutvikling, seksjon for kvalitet og pasientsikkerhet. Kunnskap om bruk av EQS er en forutsetning for å kunne bruke retningslinjer innen smittevern ved casesykehuset. Informasjon om nye dokumenter eller endringer i dokumenter krever at den enkelte ansatte logger seg inn i EQS. Når dokumenter i EQS endres eller oppdateres får ansatte som tidligere har tatt utskrift av dokumentet melding om dette via epost fra systemet og den ansatte må logge seg inn i datasystemet for å lese oppdateringen. Intervjuene viser at overgangen fra et papirbasert system til et elektronisk system ikke har vært helt enkelt for alle ansatte. En av informantene beskriver dette slik:

«altså det er jo EQS, det er jo der de (retningslinjene) er. Men akkurat den (EQS) synes jeg har vært vanskelig å finne frem i, hvis du skal ha sånne konkrete ting. Før var det lettere å slå opp, gjerne i hygienehåndboken» (helsepersonell).

Det fremkommer at det er kjent for toppledelsen at det er utfordringer knyttet til opplæring og bruk av EQS. Dette er omtalt i dokumentet «Ledelsens gjennomgang – styresak 062/12». Om bruk av systemet EQS skriver casedivisjonen følgende:

«Systemet blir brukt i varierende grad. Ulik opplevelse av brukervennlighet. Behøver bedre systematisering, og gjøres enklere og mer oversiktlig for brukere. En del ulogiske løsninger i forhold til søk. Lite opplæring og lite rom for å jobbe med EQS – må prioriteres høyere. Viktig å ha nøkkelpersoner som kan EQS» (ledelsens gjennomgang).

Om EQS skriver systemadministrator i dokumentet «Ledelsens gjennomgang» – styresak 062/12:

«EQS brukes i alle divisjonene, overordnet prosedyrer er overført hit. Stabilt og driftssikkert system. Opplæring er gjennomført og det gis kontinuerlig brukerstøtte. Divisjonene har ansvar for videre opplæring, men Fag og foretaksutvikling er tilgjengelig på forespørsel. Det ligger flere utgaver av samme rutine i EQS. Det er en utfordring å få riktig plassering av dokumenter» (ledelsens gjennomgang).

### 4.3 Ytre faktorer i smittevernarbeidet

Interaksjonen mellom nivåene (makro, meso og mikro) i helse Norge påvirker hvordan nasjonale faglige retningslinjer implementeres og brukes i et sykehus.

Sykehusene er pålagt å følge flere lover og forskrifter. I denne studien er det lov av 5. august 1994 nr. 55 om «Vern mot smittsomme sykdommer» (smittevernloven) med tilhørende forskrifter som setter rammen for hvordan og hvilke hensyn som må tas i pasientbehandlingen med tanke på sykehusinfeksjoner. Tiltakene er beskrevet i krav om infeksjonskontroll program (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005). Videre er det krav om hvordan helsepersonell skal utøve sitt virke i lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv (Helsepersonelloven). Loven stiller krav til helsepersonell om faglig forsvarlighet og å yte omsorgsfull hjelp. Helsepersonell skal i henhold til loven rette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre om nødvendig (Syse, 2012). Sykehuset er gjennom «Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens 2008 – 2012» pålagt å iverksette en rekke tiltak for å forebygge sykehusinfeksjoner. Denne strategien er Norges sitt svar på Europarådet sitt krav om at alle land i den europeiske unionen skal utvikle en strategi for pasientsikkerhet, herunder forebygging og kontroll av helsetjenesteassosierte infeksjoner (sykehusinfeksjoner) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Europarådets strategi bygger på WHO's globale kampanje «Clean care is safe care» (WHO, 2005)

En sentral aktør på nasjonalt nivå (makronivå) er Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI). FHI er landets fagmyndighet på områdene smittevern, miljømedisin, epidemiologi, psykisk helse, rettsmedisin og rusmiddelforskning. På disse områdene gir instituttet råd og bistand til myndigheter, helsetjeneste, rettsapparat, påtalemyndighet, politikere, media og publikum. Folkehelseinstituttet er direkte underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Instituttet er tillagt ansvaret for å utarbeide og distribuere nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern.

En analyse av EQS dokumentet «Isolering» viser hvordan en nasjonal faglig retningslinje som «Isoleringsveilederen» er operasjonalisert og implementert av seksjon for smittevern i casesykehuset. Selve veilederen består av 57 sider, og inneholder bakgrunnsinformasjon basert på forskning, beskrivelser og krav til hvordan sykehusbygg og isolater skal designes og bygges, samt ansvarsforhold og anbefalte tiltak for gjennomføring av isolering. EQS dokumentet «Isolering» versjon 1.3 er godkjent av casesykehusets fagdirektør 8.5.2012, og beskriver hvem som har det medisinskfaglig ansvar i forbindelse med isolering av pasienter.

EQS dokumentet består av 9 sider, og 5 vedlegg. Dokumentet virker systematisk og oversiktlig, og har et akademisk språk. Det er ikke gitt noen definisjoner av begreper som f.eks. isolering, isoleringsregimer, smittemåter som brukes i EQS dokumentet. Dokumentet inneholder flere koblinger til andre dokumenter i dokumentstyringssystemet. Kapittel overskriftene fungerer som linker til teksten i dokumentet. Dette gjør at det raskt å finne frem til innholdet. Dokumentet fremstår noe omfattende ved at det inneholder mye tekst og ingen tabeller eller figurer. Hensikt beskriver målet med retningslinjen som er å blokkere smittemåter og omfanget er alle pasienter med infeksjoner som er definert under de forskjellige isoleringsregimene. Videre beskrives hvilke roller og ansvar de forskjellige yrkesgruppene har. Her fremkommer det at det er legen som har det faglige ansvaret. Dokumentet inneholder en beskrivelse av alle praktiske tiltak i forbindelse med isoleringen. Dette punktet består av 19 underpunkter, totalt 7,5 sider med tekst. Dokumentet henviser til det overordnede avvikssystemet med en kobling. Referanse oppgis som «Isoleringsveilederen 2004», Folkehelseinstituttet og Sosial- og helsedepartementet. Det er også koblinger til vedleggene som består av tekst til pasienter om isolering, og fire plakater til å merke dørene med. Dokumentet reflekterer innholdet i «Isoleringsveilederen» (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004).

Helse og omsorgs departementet ga i 2009 Helse Sør-øst RHF og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret<sup>6</sup>) i oppdrag å videreutvikle Helsebiblioteket<sup>7</sup> for å bidra til at retningslinjer og prosedyrer utviklet i helseforetakene blir gjort tilgjengelig gjennom Helsebiblioteket (Eiring, et al., 2010). Det fremkommer i intervjuene at helsebiblioteket er lite brukt.. Helsepersonell mener at helsebiblioteket inneholder mye og de forteller at det ikke er noen nettsted på Internett som samler de nasjonale faglige retningslinjene.

«Det er mange nasjonale faglige retningslinjer, men de er ikke samlet et sted. Det er det som er problemet. De er samlet på en dårlig måte slik det er gjort nå. Du må lete frem og tilbake og du finner ingenting. Som det er bestemt at det skal være en nasjonal pasient journal bør det være bestemt at nasjonale faglige retningslinjer skal være på et sted» (leder).

---

<sup>6</sup> Kunnskapssenteret: Kunnskapssenterets rolle avgrenses mot Nasjonalt folkehelseinstituttet ved at Kunnskapssenteret har ansvar for kunnskap om og tiltak i helsetjenesten, mens Folkehelseinstituttet arbeider med helsetilstanden og årsaker til sykdom.

<sup>7</sup> Helsebiblioteket: Offentlig nettsted gratis for helsepersonell. Inneholder oppslagsverk, retningslinjer, tidsskrifter i fulltekst, medisinske databaser og nyttig fagstoff.



Informantene forteller også om kontakt med Kunnskapssenteret blant annet gjennom kurs, og at dette fremmer bruk av Kunnskapssenterets nettsider.

Helseregionen der casesykehuset inngår, har en strategiplan «Helse 2020». Hvert helseforetak har et selvstendig ansvar for å gjøre strategidokumentet kjent i organisasjonen. Visjon, verdigrunnlag og målsettinger ligger fast for alle foretakene og de danner grunnlag for prosessene i helseforetaket. Tiltakene i «Helse 2020» skal bidra til å sikre den overordna målsettingen. Helseregionen har utarbeidet en regional smittevernplan. Denne inneholder planer for hvordan casesykehuset skal arbeide med implementering av retningslinjer i sykehuset. I planverket for infeksjonsforebygging er det vektlagt at det skal brukes kunnskapsbaserte metoder for å øke kunnskapen og sikre etterlevelse av retningslinjene blant helsepersonell. Det skal sikres at ledere bidrar til at helsepersonell har nok kunnskap om det infeksjonsforebyggende arbeid (Regionalt helseforetak, 2012).

Styringsdokumentet<sup>8</sup> understreker ansvaret sykehuset har for å bidra til gjennomføringen av tiltakene som sikrer identifisering av gevinstområdet og i neste omgang uthenting av disse gevinstene for og nå felles mål. Makronivåets fokus på reduksjon av sykehusinfeksjoner fremkommer på flere måter. Et av de overordnede målene for kvalitet i styringsdokumentet pålegger sykehuset å lage planer for implementering av relevante nasjonale faglige retningslinjer. Det har ikke vært mulig å finne dokumentasjon om eller planer for hvordan casesykehuset har besluttet å implementere slike retningslinjer. Casesykehuset er pålagt å bidra på ulike nivå i utredninger og prosjekt med fagfolk både nasjonalt og regionalt og å rapportere på forekomsten av sykehusinfeksjoner. Videre er det krav om at lokal smittevernplan skal være tilpasset den nye regionale smittevernplanen (Regionalt foretak, 2012).

I intervjuene fremkommer det at flere ansatte ved casesykehuset deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Noen av delprosjektene i denne kampanjen er spesielt rettet mot smitteverntiltak innen kirurgi, bruk av urinkateter og sentralvenøse kateter. Prosjektene er implementert i casesykehuset via det regionale helseforetaket og ansatte på flere nivå i

---

<sup>8</sup> Styringsdokument: Et oppdragsdokument fra det regionale helseforetaket til det lokale helseforetak der casesykehuset inngår. Styringsdokumentet beskriver blant annet krav, oppgaver og ansvarsfordeling.

organisasjonen er involvert i kampanjen. Flere spesialister og fagfolk innen medisin og sykepleie deltar også i utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer på flere områder blant annet utarbeidelse av nye nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk.

Funnene viser at nasjonale kampanjer oppleves som en bevisstgjøring og skaper en struktur i behandling av pasienter som følge av oppmerksomheten dette gir.

Pasientsikkerhetskampanjen bidrar til å sette fokus på beste praksis og gir kunnskap om nye nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern. Informasjon om kampanjer gjøres kjent gjennom linjeledelsen og det fremkommer at dette retter oppmerksomheten på viktige tiltak innen infeksjonsforebygging. Funnene viser at helsepersonell og ledere opplever at den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen bidrar til implementering av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern.

«Det er en del nasjonale retningslinjer som kanskje ikke lever så godt ute i sengeposten, men som vi nå tar mer og mer i bruk i og med at vi nå har den kampanjen «I trygge hender». Det gir trygghet for hva vi holder på med. Men så er det å bruke dem og det mener jeg at disse kampanjene påvirker til» (leder).

I intervjuene med helsepersonell fremkommer det at det er en litt lenger avstand mellom den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen og en travel hverdag på sengepost:

«Vi har hatt folk inne som har informert om kampanjen, men jeg tror nok at det er det som har lokal forankring mottas på en annen måte. «I trygge hender» har hatt kampanje områder som for eksempel «Trygg kirurgi» som er fjernt fra sengepostdrift, den har størst betydning for operasjonsstuene. Mens det som angår pasientene vi får inn i sengeposten det forholder vi oss til på en annen måte. Men kampanjen er kjent det er den jo» (helsepersonell).

#### **4.4 Strukturelle utfordringer**

Strukturelle utfordringer består av flere organisatoriske faktorer som strategisk lederskap, kvalitetsstrategi og planer. I studien er det valgt å se nærmere på elementer som påvirker implementering og bruk av nasjonale faglige retningslinjer. Strukturelle utfordringer omfatter måten organisasjonen organiserer, planlegger og koordinerer smittevernarbeidet. I følge den regionale smittevernplanen har smittevernpersonell ansvar for å utforme

infeksjonskontrollprogrammet og infeksjonsforebyggende retningslinjer. Det er den enkelte enhetslederen eller avdelingslederen som har ansvar for at de ansatte har nok kunnskap om infeksjonsforebygging. I tillegg har det enkelte helsepersonell et selvstendig ansvar for å ha forsvarlig praksis, holde seg faglig oppdatert og kjenne til de retningslinjene som er nødvendig for den enkeltes arbeid (smittevernplanen).

Informantene i studien er spurt om hvordan de får kjennskap til nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern, om sykehuset er involvert i utvikling av nasjonale faglige retningslinjer og hvem som har ansvaret for å implementere nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern.

Ledere beskriver at de får informasjon om nasjonale faglige retningslinjer på ulike måter. Kurs, nasjonale kampanjer og deltakelse i et lokalt nettverk av ledere er kilde til informasjon om nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern. Noen blir introdusert for nye nasjonale faglige retningslinjer gjennom fagforeninger.

«Jeg har kun fått informasjon i forhold til profesjonsfaglige retningslinjer på bakgrunn av at sykehuset er representert i gruppene som er med og utarbeider retningslinjer. Men andre retningslinjer kan jeg ikke huske å blitt introdusert for på en systematisk måte. Det er mer at en etterspør når en er i en situasjon hvor en antar at det kan skje noe» (leder).

Noen forteller at de får nye nasjonale faglige retningslinjer på høring gjennom egen fagforening. Det etterlyses bedre informasjon om nye nasjonale faglige retningslinjer i casesykehuset og informasjon internt når ansatte har vært med eksternt for å utarbeide dem. Flere uttrykker også at nasjonale faglige retningslinjer må være praktiske og gjennomførbare, forståelige og lett tilgjengelig.

Studien viser at kilde til informasjon om nasjonale faglige retningslinjer og endringer i dem er epost og referat fra hygienekontaktmøter. Videre viser studien at retningslinjer innen smittevern gjennomgås på personalmøter, fagmøter og andre samlinger med helsepersonell og at dette fremmer bruk av retningslinjene. Resultatet viser at det er en utfordring at ikke alle ansatte leser epost. For å motvirke dette skriver ledere på sengepostene ut eposten og legger utskriften på pauserommet slik at ansatte kan lese den der. Helsepersonell synes at dette er en enkel måte å få informasjon på. Noen synes også det er fint at informasjonen er skriftlig fordi de glemmer det muntlige og fordi det tar for lang tid å logge seg på datamaskin å lese eposten

der. Det er ikke noe system i sengepostene som registrerer hvem som har lest eposten. Tidligere ble signeringslister brukt for dette, men det brukes ikke lenger.

Helsepersonell peker på at lederne på sengepostene er flinke til å informere om endringer. Videre sier de at ledelsen gjør dem oppmerksom på det som foregår og at det er orden og struktur på informasjonen. Noen mener at det kan bli litt mye endringer i retningslinjer.

«Det er så mye som endrer seg hele tiden, nye retningslinjer hver uke ikke bare i EQS da, men for ting vi bruker. Det skal noe til for å holde seg oppdatert hele tiden. Den stadige endringen gjør det vanskelig å være oppdatert. Nei du må prøve å lese inn imellom når du er på jobb og det kommer an på om det er en travel periode eller ikke hvor mye du klarer å få lest» (helsepersonell).

Flere av helsepersonellet sier at de er mest opptatt av å sette seg inn i retningslinjer som angår det de arbeider med på det aktuelle tidspunktet.

Ledere beskriver at det er behov for noen som har ansvar for implementering av nasjonale faglige retningslinjer i sykehuset slik at retningslinjene kvalitetssikres og tilpasses sykehuset lokale forhold. Videre hevdes det at det er stor vilje til å implementere nasjonale faglige retningslinjer når det kommer nye, men at disse må tilpasses egen sengepost. På spørsmålet om sykehuset har en strategi for implementering svarer en leder at det har vedkommende ikke inntrykk av.

«Det vi får høre om er lokale retningslinjer og det er noen flinke å formidle, men ingen er flinke å formidle de nasjonale faglige retningslinjer» (leder).

Det fremkommer at det er gitt tilbakemelding gjennom linjeledelsen om inntrykket av at det mangler en strategi for implementering av nasjonale faglige retningslinjer. Det er etterlyst hvem og hvor ansvaret for dette ligger og det pekes på at dagens løsning er krevende ved at det brukes mye tid og ressurser. Resultatene viser at det er forskjeller i hvordan nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern brukes i casesykehuset.

«I vår divisjon er det blitt en økende oppmerksomhet i forhold til kunnskapsbasert praksis og kunnskapsbasert rutiner. At Kunnskapssenteret sitter på mye. Men det er klart at dette er en krevende måte å jobbe på for å få noe implementert i de ulike sengepostene, for det er så enormt mange forskjellige sengeposter og kultur og måter å ivareta etterlevelsen av retningslinjer på» (leder).

Det fremkommer at helsepersonell ikke har noe nært forhold til om sykehuset har en strategi for implementering av nasjonale faglige retningslinjer og de antar at sykehusledelsen har en strategi for implementering.

«jeg går ut i fra at det er en strategi fordi det er fokus på det hele tiden, og fordi det har jo ringvirkninger for alt vi gjør» (helsepersonell).

Når det gjelder nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern mener ledere at sykehuset har en strategi for implementering av disse gjennom seksjon for smittevern. Det fremkommer at sykehuset tilsynelatende mangler en strategi og helhet i implementering av nasjonale faglige retningslinjer på andre områder. Det vises til at seksjon for smittevern er mottaker av noen nasjonale faglige retningslinjer og at det derfor skapes oppmerksomhet om dem. Nasjonale faglige retningslinjer som ikke implementeres gjennom denne seksjonen får ikke samme oppmerksomhet og har dermed mindre sannsynlighet for å bli implementert og ansatte kan derfor fortsette i gammel vane. Resultatene viser også at det er krevende for helsepersonell på mikronivå å finne frem i de nasjonale faglige retningslinjene. Retningslinjene inneholder kunnskapsgrunnlaget for anbefalingene og en vurdering av alle foreslåtte tiltak og består ofte av mange sider med tekst. Det forutsettes at slike retningslinjer blir operasjonalisert og tilpasset den lokale kontekst før de kan tas i bruk. Resultatene viser at det er uklart hvor nasjonale faglige retningslinjer finnes tilgjengelig. En leder forteller:

«I vår divisjon er det blitt en økende oppmerksomhet i forhold til dette med kunnskapsbasert praksis og kunnskapsbasert rutiner fordi noen tema er så store og det er vanskelig å finne det en leter etter. Et eksempel er dette med fjerning av sårdren. Da gikk vi inn rett og slett (i EQS) - hvor står det? Da endte vi med leverandøren sin oversikt, for vi vil gjerne gjøre det riktig. Da fikk vi leverandøren sin beskrivelse av hvordan vi skal fjerne et vakuumdren. Det endte med det, men da var vi gått via for vi fant ingen ting i EQS, så vi lette etter det for vi har lyst å gjøre det riktig» (leder).

I ettertid viser det seg at det finnes en nasjonal faglig retningslinje som er tilgjengelig på lokalt intranett for denne problemstillingen, men at dette ikke er kjent i casedivisjonen. Lokale varianter av de nasjonale faglige retningslinjene er ikke ønskelig fra Fag og foretaksutvikling, fagseksjonen sin side. Nasjonale faglige retningslinjer skal implementeres, men det er ikke noen avklaring av hvem som har ansvaret for dette.

Det fremkommer at måten de nasjonale faglige retningslinjene innen smittevern implementeres og vedlikeholdes på av seksjon for smittevern er en kilde til suksess for forebygging av sykehusinfeksjoner. Bruken av retningslinjene fremmes ved at de enkelte sengepostene ikke selv må finne ut av hvordan de skal brukes. I tillegg kan ledere og helsepersonell diskutere og få veiledning i bruk av retningslinjene i den konkrete situasjonen med hygiene-sykepleier / smittevernlege fra seksjon for smittevern ved uklarheter.

«Det som kommer fra en hygieneavdeling har vi lettere for å forholde oss til fordi at vi vet at om vi er i tvil om hva det betyr det som står i retningslinjen så kan jeg ringe og spør. Eller hvis jeg ser at det ikke er mulig å leve opp til den retningslinjen med denne pasienten, hvordan løser vi dette? Vi kan ha en diskusjon. Og sånn tenker jeg at det burde vært egentlig med veldig mye ting» (leder).

Helsepersonell opplever at det er viktig å bruke nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge sykehusinfeksjoner. Flere mener at det er vesentlig at retningslinjene er konkrete uten rom for tolking og store diskusjoner blant personalet. Da det ble lansert en ny nasjonal faglig retningslinje for bruk av urinkateter forteller helsepersonell om en konkret endring i praksis. Ved riktig bruk av urinkateter er forekomsten av urinveisinfeksjoner i sengeposten redusert.

«Tidligere, for noen år siden hadde annenhver pasient urinveisinfeksjoner, nå er det omtrent ingen. De (pasientene) fjerner kateteret mye tidligere, og så reiser de fortare hjem tror jeg. Ja, men det er vel også en nasjonal faglig retningslinje, å vurdere nøye det med kateterbruk» (helsepersonell).

## 4.5 Politiske utfordringer

Politiske utfordringer handler om organisasjonens evne til håndtere endringer og krav gjennom ledelse og ledelses prosesser. Studien viser at for å fremme bruk av nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge sykehusinfeksjoner søkes det å opprettholde orden og struktur i sengepostene. Ledere har oppmerksomhet på at måten arbeidet utføres på skal sitte i ryggmargen, ved at alle i sengeposten kjenner reglene. Inntrykket er at sykepleiergruppen er mer samkjørt og enige om bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern, mens

dette spriker mer i legegruppen. Noen ledere beskriver en litt autoritær ledelsesstil og mener at dette må til for å få helsepersonell til å følge retningslinjer.

«Periodevis tror jeg nok at det er noen som føler vi er veldig kontrollerende og litt autoritære i måten vi er på. Men det tror jeg vi, til en viss grad må ha, for å få dette til å gå. Og det er faktisk slik at hvis du vil gå din egen vei så kan en stille spørsmålet om har du noe her å gjøre, hvis du ikke kan følge de retningslinjene som faktisk er på sengepostene» (leder).

Resultatene blant ledere viser også at det er ikke nok å informere om nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern. Det må også iverksettes andre tiltak for å få helsepersonell til å bruke retningslinjene. Det benyttes metoder som oppfølging av ansatte gjennom å tilrettelegge, veilede og kontrollere hvordan etterlevelsen av retningslinjer er. Det sjekkes også hvordan arbeidet er utført for å sikre at retningslinjene følges.

På spørsmålet om hva helsepersonell mener fremmer bruk av nasjonale faglige retningslinjer i sengeposten, svarer helsepersonell blant annet at sterke og dyktige ledere har stor betydning.

«Jeg tror nok at det er en sterk ledelse som påvirker deg ganske godt fordi hun gir oss mange gode tilbakemeldinger på det vi gjør og vi føler at det er akseptert at vi gjør det sånn. Det er sjelden uenighet i hvordan vi utfører arbeidet. Ja, hun er utrolig dyktig og flink. Det er struktur på ting og det er orden på ting. Det er system på ting, det som skal ligge i den skuffen ligger i den skuffen det som skal stå i denne permen er i den permen, en trenger ikke å lete for å finne ting. Du vet hvor det er» (helsepersonell).

Det fremkommer også i intervjuene at god struktur og gode rutiner, en felles kultur på sengepostene forener praksis og fremmer bruken av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern. En annen forteller at:

«Jeg synes det at det er veldig gode rutiner her og det er så strukturert. Det er ikke sånn at i dag gjør vi sånn og i morgen gjør vi sånn. Sånn er det. Jeg har jobbet ganske lenge her og jeg synes at alt er veldig strukturert og drillet inn her på avdelingen dette med hygiene og jeg har heller ikke sett andre kollegaer slurve med det heller» (helsepersonell).

Funnene viser også at lederne har stor betydning for trygghet og tilhørighet i sengeposten og dette motiverer ansatte til å fortsette å arbeide ved sengepostene.

«Det er nok fordi det fungerer så godt, tror jeg. Hvis vi nå får beskjed om å slå oss sammen med en annen avdeling og flytte sånn og sånn så tror jeg mange ikke hadde ønsket å være her lenger. For det er ikke sånn lenger at alle vil være på sykehus for en hver pris. Både tjener du mye mer i kommunen og det er mer spennende ting som har kommet i kommunene, men så lenge vi har en så god gjeng som fungere så greit og vi trives så godt på jobb så blir folk værende her. Ja jeg tenker jo det at det som er mest utfordring er utskifting og gjennomtrekk og alt dette her. At du ikke får en kontinuitet i det vi holder på med» (helsepersonell).

«Sykepleiehjulet» beskrives som en metode som er innført i casedivisjonen for å få økt oppmerksomhet på riktig bruk av retningslinjene. Alle årets måneder er dedikert til en spesiell pleieaktivitet. I årets første måned var det ryddighet rundt pasienten og håndhygiene som stod i fokus. Gjennom tydelige ledere som gir tilbakemelding om hvordan arbeidet rundt pasienten er utført, opplever ledere at de bidrar til trygghet for pasientene. Ved å fokusere på utvalgte tema mener lederne at de motiverer helsepersonell til å yte bedre pleie til pasientene. Lederne håper også at dette tiltaket kan være med å rekruttere sykepleiere i divisjonen. Tiltaket støttes av ledernivået over (mesonivå), men de er usikker på om det er kjent til topps i organisasjonen. En ansatt viser til sykepleiehjulet og sier:

«Jeg sa det tidligere, hvis noe blir gitt fokus så bruker vi det. Vi har nettopp hatt fokus på sykepleiehjulet her i avdelingen og da var det spesielt med hygiene og tannpuss. Og da merket jeg at jeg ble veldig oppmerksom på det. Og så sa de at de skulle ta sjekkprøver på om de (pasienten)fikk tannpuss, ved å spørre pasientene. Det er fort gjort å glemme og det har jeg blitt mer oppmerksom på nå vi vet det er viktig, men det kan bli nedprioritert» (helsepersonell).

Om medvirkning forteller ledere at de gir tilbakemelding til sykehusledelsen om uklarheter i hvordan nasjonale faglige retningslinjer skal brukes. Det er viktig for helsepersonell å få formidlet at de er opptatt av at nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern skal følges og de ønsker å tilbakemelde om svikt ved gjennomføring av dem gjennom linjeledelsen.

«Jeg tenker vi har en mulighet til å gi tilbakemeldinger i linjen hvis det er noe vi reagerer veldig på. Men jeg tenker at de fleste retningslinjer er laget for å være til det beste for pasienten. Så prøver vi å gjøre det beste ut av det» (leder).



Studien viser at ledere og helsepersonell deltar i nettverk utover egen sengepost. Noen ansatte er hygienekontakter og dette synes å være en kilde til informasjon om nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale kampanjer. Hygienekontakt er en ordning i alle sengeposter og enheter i casesykehuset. Hygienekontakt innebærer at noen har en funksjon som bindeledd mellom sengeposten og hygienesykepleier. Hygienekontaktene har møter en gang i måneden og der får de informasjon og opplæring om aktuelle emner innen smittevern. Møtereferatene fra hygienekontaktmøtene blir distribuert til hygienekontaktene og ledere i casesykehuset. Resultatet viser at disse referatene brukes som kilde til informasjon om infeksjonsforebygging for ledere og helsepersonell.

I studien fremkommer det at ledere og helsepersonell mener at det er store forskjeller i hvordan nasjonale faglige retningslinjer praktiseres internt i sykehuset. Helsepersonell viser til at de har et selvstendig ansvar for å implementere og ta i bruk retningslinjene.

«Jeg tenker at mye av ansvaret ligger på oss også. Jeg har et ansvar og sikkert også avdelingsleder og sykehuset generelt, vi har vel alle, jeg tenker at jeg har et selvstendig ansvar for å følge retningslinjene» (Helsepersonell).

Noen forteller at de bare vet hvordan ting skal gjøres og handler derfor på rutine. Erfarne sykepleiere lærer opp nye sykepleiere. Informantene i sengepostene forteller at det er oppmerksomhet på at pasientene skal informeres om nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern slik at de kan samarbeide i forebyggingen av sykehusinfeksjoner.

## 4.6 Kulturelle utfordringer

I studien rettes oppmerksomheten mot begrepet kultur som et uttrykk for ledernes evne til å utvikle kvalitet gjennom å fremstå som gode rollemodeller som viser engasjement i smittevernarbeidet gjennom språk og adferd. En leder beskriver utfordringer i avdelingen knyttet til hvordan et stort arbeidspress hemmer spredningen av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern slik:

«Dette er klart en utfordring å få spredt det ut i alle ledd. Jeg fikk akkurat en mail om kompetanseportalen<sup>9</sup> med spørsmål om hvilke kurser alle må ta. Det var fire tettskrevne sider med noe alle må ta og det skal gjøres en gang og vi erfarer at det er nok å få gjort det man må gjøre og at det er ikke noe tid til å gjøre det en burde ha gjort. Så det er noe med å ha tid til alt» (leder).

Organisatoriske faktorer som respekt, integritet og tillit er knyttet til utfordringer innen kultur. Disse faktorene fremkommer i studien gjennom måten helsepersonell samarbeider om bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern i sengeposten og med andre sengeposter og avdelinger i casesykehuset. Funnene viser at det i casedivisjonen er en kultur med stor vilje og ønske om å gi pasientene faglig og kvalitativ god behandling og pleie. Det er ulike erfaringer med samarbeidet om bruk av nasjonale faglige retningslinjer. Resultatene viser at det kan oppstå uenighet i forståelsen i bruk av nasjonale faglige retningslinjer på tvers av profesjonene. Flere informanter forteller at bruk av den nasjonale faglige retningslinjen for isolering<sup>10</sup> skaper en del uenighet og usikkerhet i praksis.

«Vi hadde et tilfelle med en pasient som hadde vært i utlandet. Da pasienten kom på sengeposten sa legen: legg henne på et lite rom og det er smitte om dere skal være i kontakt med såret. Det tolker vi som barrieresmitte<sup>11</sup> så vi sendte pasienten til røntgen og rundt omkring hele huset. Så gikk det tre til fire dager og vi hadde legevisitt og så sa legen at han mistenkte MRSA<sup>12</sup> i såret. Og da ville han ha full pakke med stellefrakk og munnbind og alt. Da hadde vi gått i ganske mange dager der inne og selv om han sa at bakteriene ikke hopper ut av såret så hadde vi skiftet på såret uten å bruke munnbind, jeg syntes at det var ekkelt. Jeg tenkte litt på det når jeg var hjemme og det syntes ikke jeg var greit. Heldigvis så var det ikke MRSA» (helsepersonell).

Andre beskriver gode samarbeidserfaringer hvor tilbakemelding fra lege til sengepost om iverksetting av isoleringstiltak har fungert godt. I intervjuene forteller informantene at det er

---

<sup>9</sup> Kompetanseportalen: Dette er et personaladministrativt dataverktøy som blant annet inneholder oversikt over ansattes kompetanse. Det linker også til læringsportalen som inneholder alle tilgjengelige kurs i sykehuset.

<sup>10</sup> Isolering: Pleie av en pasient etter et regime som effektivt kan hindre at smitte overføres til andre pasienter eller til personalet.

<sup>11</sup> Barrieresmitte: her vises det til at pasienter som har en infeksjon ikke er isolert på isolat, men ligger på flersengsrom hvor personalet gjennomfører forsterkede hygienetiltak ved for eksempel sår stell.

<sup>12</sup> MRSA: Betegnelse for bakterier som er resistente mot de fleste kjente antibiotika. MRSA-infeksjon kan være livstruende for pasienter med dype sår og implanterte fremmedlegemer i kroppen, eller som en sekundær infeksjon hos pasienter med nedsatt immunforsvar. Pasienter som mistenkes for MRSA infeksjon skal alltid isoleres ved innleggelse i sykehus og personalet skal bruke munnbind for å beskytte seg selv og andre pasienter mot smitte.

sykepleierne som driver sengepostene gjennom et nært samarbeid med legegruppen. En av lederne uttrykker dette slik:

«ja, vi har en sterk faglig identitet og veldig nært samarbeid med legene og de gir tydelig uttrykk for at det er sykepleiergruppen som driver avdelingen» (leder).

I studien fremkommer det at det er forskjeller i kultur og praksis ved de ulike sengepostene i casedivisjonen. I perioder av året som påske, sommerferie og jul skjer det store forandringer i organiseringen av sykehuset. Da blir sengeposter slått sammen fordi inntaket av pasienter er redusert når personalet får ferie. Lederne i de ulike sengepostene forteller at de i disse periodene blir oppmerksomme på at det er noen kulturforskjeller i hvordan sengepostene bruker nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern. De opplever at de arbeider annerledes og at det kan være krevende å bli enig om samarbeidsformen. En leder sier:

«Vi har hatt det oppe i samtalegrupper etterpå fordi det alltid er vanskelig, ikke direkte vært konflikter, men det har vært litt misnøye fordi vi ikke klarer å ha forståelse for hvordan vi jobber kanskje» (leder).

Helsepersonell beskriver dette slik:

«Helt knirkefritt går det jo ikke, det vil jeg jo ikke påstå, men stort sett går det veldig greit. For sånn er det og det er for korte perioder og vi innstiller oss deretter, men det har vært litt sånn små konflikter» (helsepersonell).

Informantene forteller om da det oppstod et utbrudd<sup>13</sup> av smittsom sykdom i en sengepost og at godt samarbeid mellom sengepostene ble vektlagt for å stanse utbruddet. Her viste resultatet at bruk av infeksjonsforebyggende tiltak fungerte godt mellom sengepostene i casedivisjonen selv om fagområdene er forskjellig.

Ledere beskriver flere situasjoner hvor det er ulik praksis mellom medisinsk og kirurgisk divisjon om isolering av pasienter. Noe av forskjellen i praksis tilskrives at enkelte pasientgrupper er mer utsatt for sykehusinfeksjoner og de fysiske rammene er forskjellige i divisjonene. Resultatet viser at denne kulturforskjellen synes å være med å hemme bruk av retningslinjene innen smittevern.

«For jeg tenker at det viktigste er jo at vi på sykehuset gjør likt, at ikke kirurgen og medisinen kjører hvert sitt løp» (leder).

---

<sup>13</sup> Utbrudd: Økt forekomst av smittsom sykdom.

«Ja, det er mange som mener forskjellig og så blir det ikke noe det blir enighet om. Det er en utfordring dette systemet vi har her på sykehuset, dessverre. Også føler jeg at de som sitter og bestemmer ting ikke helt vet hvordan det er. De burde sikkert tatt seg en runde av og til og sett og hørt med folk som jobber og står oppi dette med begge beina i hverdagen. Det blir bestemt noe som ikke er praktisk gjennomførbart og da blir det gjort forskjellig på de ulike sengepostene» (leder).

Studien viser at verdier og symbolsk lederskap kommer til uttrykk i måten ledere og helsepersonell bruker hygienesykepleier som rådgivere og autoritetsperson i bruken av retningslinjene innen smittevern. Hygienesykepleier kontaktes ved tvil og uenighet. Tilbakemeldingene fra hygienesykepleier oppfattes som et påbud i den aktuelle situasjonen og anbefalingene følges. I situasjoner hvor det er tvil om hvordan en skal få til å gjennomføre bruken av retningslinjene kontaktes også hygienesykepleier for å klargjøre hvilke alternativ en har for å gjøre det riktige. Resultatet viser at samarbeidet for lederne med eksperter som hygienesykepleier og smittevernoverlege om forståelsen av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern er viktig. En leder beskriver dette slik:

«Når en er i situasjonen så kan sykepleierne det eller for en stor del vet hvor de kan finne det. Og jeg tror ofte at det ender med en telefon til hygienesykepleier. Sånn generelt så er sykepleiere flinkere på disse tingene enn det leger er, i alle fall å kunne det. Jeg tror nok ofte at leger vet at her er det et eller annet og at vi må sjekke det» (leder).

Det er stor tillit til at riktig bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern øker kvaliteten på pasientbehandlingen og pleien. Om nasjonale faglige retningslinjer praktiseres feil tar ledere dette opp med sine ansatte.

«Det er jo en måte å unngå at vi fører smitte videre. Hvis alle gjør det samme så slipper vi kanskje å føre det videre ut i avdelingen til andre pasienter eventuelt og oss selv» (Helsepersonell).

Resultatene blant ledere viser at de er opptatt av å fremstå som gode rollemodeller ved å ha stor oppmerksomhet på gjennomføringen av retningslinjene innen smittevern. Målet om best mulig pasientbehandling og forebygging av sykehusinfeksjoner kommer til uttrykk gjennom måten lederne beskriver hvordan pasientene informeres om forberedelser til operasjon og fokuset på å fjerning av urinkateter når det ikke er indikasjon for det.

Funnene viser at helsepersonell i noen situasjoner opplever at det daglige arbeidet blir mer krevende på grunn av infeksjonsforebyggende tiltak. Når helsepersonell blir gjort oppmerksom på en endring i tiltakene, informerer de samarbeidsavdeling om hva endringen består i slik at alle kan bli bedre. Studien viser at helsepersonell og ledere opplever en stor grad av lojalitet til pasientene. Det beskrives situasjoner hvor det er konfliktfyllt og et etisk dilemma å prioritere mellom hvilke pasientene som skal beskyttes mot sykehusinfeksjoner. Situasjoner med stor arbeidsbelastning og kapasitetsproblemer på sengepost er utfordrende:

«Vi gjør jo det, men av og til må vi tenke hva er godt nok. Vi må tenke på den praktiske situasjonen som er i posten og når vi har fire pasienter med barrieresmitte<sup>14</sup> og to pasienter med kontaktsmitte<sup>15</sup> og kun to isolater da er det ikke lett å vite hva som er riktig. Vi kan jo ikke legge disse pasientene på gangen» (leder).

Resultatene viser at casesykehuset har retningslinjer for hvordan de skal forebygge sykehusinfeksjoner og at det i travle perioder kan være vanskelig å være oppdatert og bruke dem. Funnene kan tyde på at det er aksept for å tilpasse bruken av retningslinjer om det er travelt.

«Det går jo på tid og travelhet. Jeg tror nok hvis du har det veldig travelt så tenker du ikke så mye og da må du bare få jobbet og få gjort tingene ferdig, og har du bedre tid kan du gjerne studere mer hygieniske retningslinjer og sånn og tenke mer over det en gjør. Det går fort i svingene når en har det travelt» (helsepersonell).

Sykehuset har en kultur av selvstendighet, som verdsetter og påskjønner egen ledelse og engasjement. Dette er en utfordring i lojalitet til nasjonale faglige retningslinjer. En leder sier:

«Alt plunder og heft som lager vanskeligheter. Det er alltid en jobb å gjøre, for eksempel dette med klokker og ringer. Jeg tror ikke det er noen på sykehuset som ikke vet at vi ikke skal bruke det, men det er mange som bruker det allikevel. Dette er noe med individ og vise at her bestemmer man selv» (leder).

Resultatene indikerer også at ledere søker å løse uenighet med argumentasjon, og opplever da at det er lojalitet til vedtakene som fattes. Lojalitet til ledelsens strategi og nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern vektlegges og på den måten kan det tilbys best mulig

---

<sup>14</sup> Barrieresmitte: her vises det til at pasienter som har en infeksjon ikke er isolert på isolat, men ligger på flersengsrom hvor personalet gjennomfører forsterkede hygienetiltak ved for eksempel sår stell.

<sup>15</sup> Kontaktsmitte: i denne sammenheng menes pasient som har en smittsom sykdom som krever isolering.

helsehjelp til befolkningen. Gjennom lojalitet til ledelsen forsøker ledere å motivere helsepersonell til å oppfylle bruken av retningslinjer.

#### 4.7 utfordringer med kunnskapsoverføring

Studien viser at nyansatte får informasjon om nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern gjennom en introduksjonsbok for nyansatte og gjennom e-læringskurs innen smittevern. Disse kursene består av en opplæringspakke som inneholder 15 kurs. Flere av kursene er obligatoriske. Noen kurs er spesielt tilpasset legegruppen eller sykepleiergruppen, mens andre er ment for alle ansatte. Resultatene viser at ledere og helsepersonell opplever at det ikke er tid til å gjennomføre kursene. Om opplæring i bruk av faglige retningslinjer innen smittevern forteller helsepersonell at de har fått opplæring og at denne skjedde muntlig. Noen forteller at de bruker e- læringskurs som kilde til opplæring. Funnene viser at det varierer i hvilken grad helsepersonell har fått opplæring. Et helsepersonell forteller:

«Vi kunne sikkert hatt undervisning om det. Jeg husker at vi hadde det på skolen, men det er ikke noe jeg går rundt og tenker på til vanlig. Og så står jeg i slusen og da må jeg tenke på hvordan dette var. Jeg tror at hadde vi hatt tid til å sette oss ned å lese prosedyren så hadde vi visst hva som var riktig. Det er lettere å gjøre det de sier enn å slå opp, tenker at det blir sikkert ikke feil. Det er nok mange som ikke er vant med å bruke EQS, som ikke setter seg ned og finner ting der. Det blir litt sånn ansvarsfraskrivelse» (helsepersonell).

Helsepersonell med lang erfaring opplever at nyansatte som kommer fra andre sengeposter gjør ting annerledes. Informanter forteller at de erfarne lærer de nye og påpeker at de nyansatte må læres opp i å bruke EQS.

«Ja, det er jo viktig at de vet hvor de (nyansatte) finner opplysningen, det er viktig at de kan gå inn og lese på EQS. Ellers så spør vi jo hverandre de som er på jobb. Da kan vi jo prøve å finne det ut hvis alle er usikre» (helsepersonell).

Noen ledere uttrykker at det er vanskelig å sikre seg at ansatte i sengepostene har fått opplæring i bruk av retningslinjene. Det etterlyses mulighet for å få denne oversikten fra kompetanseportalen. Funnene viser også at nasjonale faglige retningslinjer ofte tas frem i

konkrete situasjoner og det vektlegges av lederne at helsepersonell kan finne frem til retningslinjene når det er behov for den.

«Sånn som med den smitten som kom i fjor sommer, da kom hygienesykepleier og informerte på sengeposten om hvordan det fungerte og hvilken virkning det hadde for oss og sykehuset. Og alle mailer som kom til avdelingsleder blir jo distribuert videre til oss og hvis det er ting som er ekstra viktige, for ikke alle er like flinke til å lese mailene, så blir det lagt ut på møterommet» (helsepersonell)

Funnene viser at kunnskapshøsting gjennom deltakelse ved eksterne kurs og konferanser blir vektlagt av noen ledere. Ledere sier også at det tar litt tid å endre praksis og forteller at de bruker personalmøter for å diskutere og etablere ny praksis. I studien er det flere ledere som peker på utfordringen med tilgjengelighet og distribusjon av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern i sykehuset. En forteller at hun forsøker å være oppdatert og beskriver dette slik:

«ja, det dukker jo stadig opp som for eksempel påvist MRSA og da begynner du å stresse litt. For vi hadde en som også hadde ekspektorat<sup>16</sup> og hostet mye og sånn og det ble luftsmitte. Om det er noe en lur på så går det jo an å ringe til hygienesykepleier, og ofte er det litt sånn. En må jo tenke litt fornuftig oppi det hele». (helsepersonell).

Helsepersonell forteller at deltakelse i nettverk for hygienekontakter er med på å spre kunnskap om retningslinjer for å forebygge sykehusinfeksjoner. Møtene gjør at de kan holde seg oppdatert og de forsøker å bringe dette videre til egen sengepost.

I studien fremkommer det å finne tid til å sette seg inn i retningslinjer i EQS i arbeidstiden er en utfordring for helsepersonell. Helsepersonell forteller at de bruker fritiden for å holde seg oppdatert og at høyt arbeidstempo og mange pasienter er utfordringer i kunnskapsoverføring i sengeposten. Det kommer også frem at assisterende avdelingssykepleier har en sentral rolle i å oppdatere kunnskap.

«Jeg føler at det er ass. avdelingssykepleier som sitter som en slags fagutvikling og er med på å revidere og fører det inn i EQS, men hun har så mange andre ting å gjøre. Også at det er mye legene som trenerer. Det er fordi de ikke har tid og så gjør de det ikke. Da står det der på en mail og henger det litt i løse luften. Pluss at vi har en

---

<sup>16</sup> Ekspektorat – slim i hals og lunger.

kommunikasjonsbok som ikke har fungert så veldig bra. Der vi har notert opp nye ting som er aktuelt og så glemmer en å lese i den så går det liksom bare på folkemunne at nå er det nye regler» (helsepersonell).

I studien fremkommer det at helsepersonell har en studiedag hver 12 uke i arbeidsturnusen sin. Denne brukes av helsepersonell i sengepostene til å holde seg oppdatert blant annet om smittevern. I intervjuene forteller ledere om muligheten for å få benytte denne studiedagen:

«Det er en utfordring. Vi prøver å få de til å gjennomføre sånne ting og lese seg opp på sånne ting i den studietiden. Hver 12. uke i full stilling har de en studiedag. Det er jo fordelt på timer. De i full stilling har en hel dag og så blir jo det redusert i forhold til stillingen. Men det er begrensninger der også. Er det mye sykdom eller ting som skjer så må vi jo inndra de. Og så må de være i drift. Men så sant de kan ha de så.. men det er jo så mange ting» (leder).

#### 4.8 Følelsesmessige utfordringer

Resultatene fra lederintervjuene viser at noen opplever at pasientgrupper settes opp mot hverandre ved måten gruppene er prioritert i sengepostene. Dette henviser til at noen pasienter har økt risiko for å få en sykehusinfeksjon, mens andre pasienter har infeksjoner. Det er en utfordring for ledere å plassere pasientene på sengerommene med en slik pasientsammensetning i sengeposten. Lederne beskriver et sterkt engasjement for pasientene. Dette kommer til uttrykk gjennom ønsket om å gi pasientene best mulig behandling og pleie ved at retningslinjene innen smittevern følges. Lederne er opptatt av faglig forsvarlighet og kvalitet i alle ledd.

«Å si at vi skal ha null sykehusinfeksjoner i sykehus er ikke mulig. Men det er klart i rekken av hendelser rundt en pasient, nå tenker jeg i hendelser ikke uhell, er det klart at det å ha fokus på renhold i avdelingene, orden i systemer og papirene, at de rette legemidlene står i kurven, at håndhygiene etterfølges i forhold til pasientkontakt, det er alle ledd i behandlingen kjeden. Det å jobbe for at en søker det ypperste i forhold til trygghet for pasient» (leder).



I studien peker helsepersonell på betydningen av den nærmeste leder sin holdning til praksis på sengeposten. Helsepersonell forteller:

«Jeg tror at mye har med lederen å gjøre, det tror jeg faktisk. Det har noe med hvilke holdninger og sånn som blir gitt ut og hva som blir lagt vekt på. Ja, det har jeg tenkt på. Jeg har vært på andre sengeposter, men jeg merker en annen holdning her. Det er så mye som blir gjort, det blir tatt tak i og, jeg vet ikke helt hvordan jeg skal forklare det. Selvfølgelig har det også mye med egne holdninger også å gjøre, hvordan vi er. Men jeg tror at lederen har mye å si» (helsepersonell).

Studien viser at helsepersonells egne erfaringer og opplevelser i arbeidet er viktige for forebygging av sykehusinfeksjoner. Deres opplevelser skaper entusiasme og engasjement til å gjøre det beste for pasientene. I intervjuene fremkommer det at helsepersonell motiveres til å gjøre en innsats for å forebygge infeksjoner gjennom erfaringer med pasienter som hatt fått alvorlige sykehusinfeksjoner og konsekvensen av disse. På bakgrunn av denne kunnskapen om lidelsen og tap av livskvalitet som disse pasientene gjennomgår blir det etablert et følelsesmessig engasjement for å forhindre dette.

«Det er nok det at vi ser jo de som kommer inn med infeksjon og det er ikke noe kjekt. Fordi det tar en evig lang tid. De er her lenge og de er syke lenge, og så må de opereres på nytt. Det er flere år det er snakk om. Det er ikke snakk om å få antibiotika så er du ferdig. Ja, for ofte kommer de inn mange ganger og vi begynner å kjenne de igjen og ofte så er det tragiske tilfeller. Også kan det være unge mennesker som får infeksjoner og er plaget med dette i årevis, så det er ikke spøk. Når vi ser alvorret i det så er det lett å bli motivert til å gjøre noe med det. Eller prøve å unngå det» (helsepersonell).

Funnene viser også at helsepersonells kunnskap om at smittestoffet finnes og at det er mulig å forebygge smitte gjennom å følge anbefalingene i nasjonale faglige retningslinjer motiverer de til å bruke dem.

«Jeg synes at det er dumt, for jeg synes selv at det er ekkelt å ta med bakterier både med ringer og smykker og sånn blant pasientene og også det med å ta det med hjem. Det synes jeg også er ekkelt, og det er jo en smittekilde» (helsepersonell).

## 4.9 Fysiske og teknologiske utfordringer

Organisatoriske faktorer knyttet til infrastruktur er nødvendige for å regulere og levere de daglige aktivitetene i organisasjonen. Dette omfatter blant andre faktorer som er knyttet til fysisk og teknisk utforming og design. Det oppleves stor mangel på isolater<sup>17</sup> i casedivisjonen når det legges inn mange pasienter med isoleringsbehov. Dette medfører økt bruk av de isolatene som finnes og tilstrømmingen av pasienter som har behov for isolering er i perioder stor. Retningslinjen om isolering av pasienter med smittsom sykdom gir lite rom for avvik. Gjennom intervjuene fremkommer det at det til tider mangler isolater og at de må tilpasse måten de arbeidere på ved at vanlige pasientrom mangler flere fysiske forutsetninger for å fungere som isolater.

«Jeg tror stort sett så er det greit. Hvis isolatene er opptatte og vi må bruke tomannsrom. Da er det vanskeligheter med en gang. Vi prøver så godt som vi kan med å bruke gule plastsekker og frakte utstyr inn og ut av skyllerommet og sånn. Det blir jo vanskeligere med en gang når vi ikke har smitterom tilgjengelig» (helsepersonell).

Funnene viser at fysisk utforming som håndvask og dispensere for hånddesinfeksjon er tilgjengelig slik at helsepersonell kan utføre håndhygiene i tråd med anbefalingene i infeksjonskontrollprogrammet.

«Vi klarer å gjennomføre. Det har vært fokusert på håndhygiene og det er sprit alle plasser der det skal være, det er ikke sånn at det henger og blør. Det er ting på plass og det er i orden og det fungerer» (helsepersonell).

Resultatene knyttet til datateknisk infrastruktur og bruk av datasystemet EQS tyder på at det er noen utfordringer i bruken. Noe av årsaken til dette synes å skyldes den tekniske løsningen i programmet og tilgang på datamaskiner. Informantene mener de bruker mye tid på å lete i datasystemet etter informasjon istedenfor å være hos pasienten og at det er krevende å være oppdatert og bruke datasystemet. Men ledere sier de er trygge på at ansatte finner frem til de riktige retningslinjer i EQS når det er behov for det. Funnene tyder også på at dataløsningen i EQS kan være en barriere ved at det tilsynelatende kan se ut som om legene ikke bruker EQS

---

<sup>17</sup> Isolat: Pasientrom med eventuelle birom, som har en barriere til omgivelsene som gjør det mulig å hindre smittespredning. Barrieren kan være i form av en forgang eller sluse eller bare en dør.

i noen særlig grad som kilde til retningslinjer innen smittevern. Legen får informasjon via avdelingsvis morgenmøter og epost.

«Det som hemmer det tror jeg litt er det som har vært at EQS ikke har vært så lett og finn frem i. Og det kan kanskje være at vi har sykepleiere med mye erfaring og at de på en måte tar det på gammel rutine og den er jo riktig. Jeg tror det rett og slett er erfaring. Jeg vet ikke om mange som jobber slik at de går inn og undersøker hva som er skrevet nytt og sånn, jeg tror det er mye som går på erfaringen» (leder).

Studien viser at systemoppdateringer i EQS gjør at helsepersonell opplever at EQS er blitt enklere å bruke i det daglige arbeidet.

«Så er det en forbedring for alle har mulighet til å gå inn i sånne systemer. Problemet er at det er en del eldre som har litt sånn aversjon mot data og travelheten gjør jo at du kan ikke bare sette deg ned til alle tider og komme inn på et system for å dobbel sjekke. De har ikke lyst å bruke fritiden sin for mye på for eksempel å lese seg opp. Så jeg ser at det er en utfordring» (leder).

## 5 Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres hvordan organisatoriske faktorer påvirker bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern på ulike nivå i et sykehus. Kapitlet er delt inn i fire underkapitler som hver for seg diskuterer ulike aspekter ved problemstillingen som tas opp i forskningsspørsmålene. Først diskuteres hvilke faktorer på nasjonalt nivå som påvirker bruk av nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge sykehusinfeksjoner. Deretter diskuteres hvordan sykehusledelsen tar i bruk nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge sykehusinfeksjoner. Delkapittel tre fokuserer på hvordan organisatoriske faktorer hemmer eller fremmer det infeksjonsforebyggende arbeidet og til slutt diskuteres hvilke erfaringer ledere og helsepersonell har med bruk av nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge sykehusinfeksjoner

### 5.1 Nasjonale faktorer og smittevern i casedivisjonen

#### 5.1.1 Nasjonale faktorer som øker kunnskapen og oppmerksomheten på smittevern

Studien min viser at flere nasjonale faktorer som kampanjer, strategier og lovverk har betydning for implementering av nasjonale faglige retningslinjer i casesykehuset. Studiens problemstilling leder oppmerksomheten på modeller for implementering og bruk av kunnskapsbasert forskning (Freed, et al., 1998; S. L. Krein, et al., 2010). Disse modellene trekker linjer fra ulike organisatoriske faktorer som organisasjonsstruktur, politikk, kultur og følelsesmessig engasjement og entusiasme til helsepersonells mulighet for å bruke nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern. I rammeverket til Bate et. al (2008) vises det til hvordan kontekst påvirker de organisatoriske faktorene. De setter helseorganisasjonens indre kontekst i sammenheng med den ytre konteksten og viser at det er en gjensidig påvirkning mellom disse. I deres studier viser det seg at kvalitet og god pasientsikkerhet oppstår gjennom interaksjonen mellom nivåene i helsevesenet ved at den ytre kontekst på nasjonalt nivå påvirker den indre kontekst i organisasjonen gjennom samspillet mellom nivåene (Bate, et al., 2008). I min studie vises dette gjennom måten ledere og helsepersonell beskriver sin hverdag og hvilken betydning nasjonale faktorer som pasientsikkerhetskampanjen og deltakelse i utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer påvirker intern organisering av smittevernarbeid og aktiv deltakelse i pasientsikkerhetskampanjen på sengepostnivå. «Spredningsmodellen» beskriver at implementering av retningslinjer består av flere trinn

(figur 2). Første trinn beskrives som «Awareness», som innebærer at helsepersonell blir oppmerksom på retningslinjens eksistens. Nasjonale og internasjonale organer kan være kilde til dette (Freed, et al., 1998). Som tidligere vist bidrar WHO og nasjonale myndigheter til denne oppmerksomheten gjennom pasientsikkerhetskampanjen. Dette støtter funn i min studie hvor leder og helsepersonell forteller at de er involvert i kampanjen. Min studie viser at myndighetene har rettet stor oppmerksomhet på bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern gjennom pasientsikkerhetskampanjen og det fremkommer at informantene får kjennskap til flere nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern på bakgrunn av kampanjen. Her synes det som om kampanjen har vært et tiltak som har fungert etter hensikten. Dette er i tråd med andre studier av nasjonale kampanjer innen smittevernarbeid (Dixon-Woods, et al., 2011). Forekomsten av sykehusinfeksjoner er redusert i casesykehuset (tabell 3) og en kan anta at dette har sammenheng med økt nasjonal oppmerksomhet. Dette funnet støttes også av studien til Ramsay et. al (2009) som studerte likheter og forskjeller mellom forventninger og krav i styringssystemer. Ramsay et.al (2010) viser også til at en sterk nasjonal styring bidrar til økt lokal styring gjennom et større ledelsesengasjement i sykehusorganisasjonen (Ramsay, et al., 2010). Andre studier har også sett på hvordan nasjonalt nivå påvirker det infeksjonsforebyggende arbeidet i helseorganisasjoner og beskrevet hvilke virkninger dette har fått. Studien til Dixon-Wood et.al (2011) viser at et sterkt nasjonalt press på at helseinstitusjoner, som oppfylte kriteriene for deltakelse, skulle delta i alle tiltakene i kampanjen og dette hadde effekt på resultatene (Dixon-Woods, et al., 2011). Funn i studien min kan tyde på at casesykehuset har hatt fokus på deltakelse i pasientsikkerhetskampanjen og at denne oppmerksomheten har medført at leder og helsepersonell på mikronivå er kjent med innholdet i kampanjen.

Flere metoder for implementering og bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern er beskrevet i internasjonal forskningslitteratur og det trekkes linjer fra historiske fakta som Ignaz Semmelweis (1818-1865) tapre forsøk på å forbedre sykehushygiene til dages moderne sykehus med alle forutsetninger for å lykkes i forebygging av sykehusinfeksjoner (Freed, et al., 1998; Saint, et al., 2010). I min studie er «Spredningsmodellen» satt inn i en kontekst som undersøker hvordan organisatoriske faktorer påvirker implementering av smitteverntiltak i sykehus. Dette er også påpekt av Saint et. al (2010) og Bate et. al. (2008) som vektlegger at nøkkelen til kvalitetstenking ligger i evnen til å omsette organisatoriske faktorer, som f.eks. organisasjonens evne til å omsette nasjonale krav og ledelsesstrategier, til prosesser som binder faktorene sammen i organisasjonen. I «spredningsmodellen» Freed et.al

(1998) vises det til organisatoriske faktorer som f.eks. organisering, kultur og faglige egenskaper kan gjennom ulike prosesser påvirke implementering og bruk av retningslinjer. I min studie fremkommer det at flere ansatte ved casesykehuset har deltatt nasjonalt i utarbeidelse og revidering av nasjonale faglige retningslinjer innen flere fagfelt blant annet inne smittevern. Slik deltakelse øker kjennskapen til innholdet og kan være med å sikre at helsepersonell i casesykehuset blir oppmerksom på retningslinjenes eksistens. Samtidig forteller informanter i min studie at de ikke er blitt gjort oppmerksom på at helsepersonell fra eget sykehuset har deltatt i utarbeidelse av retningslinjer og derfor ikke hatt mulighet for å bruke denne interne ekspertisen om retningslinjene. Det har ikke vært mulig å frembringe dokumentasjon på hvilke prosesser for deltakelse i utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer casesykehuset styrer etter og det kan synes som om det er noe tilfeldig hvem som deltar i disse prosessene. Data fra min studie viser at deltakelse har vært gjennom fagforeningene. Andre studier viser at lokal deltakelse i slik arbeid synes å være en kilde til økt troverdighet til kunnskapsgrunnlaget i de nasjonale faglige retningslinjene og fremmer implementering og bruk av dem (Freed, et al., 1998; J. Rycroft-Malone, 2004). Her kan casesykehuset fremme kunnskap om og implementering av nye nasjonale faglige retningslinjer gjennom aktiv spredning av informasjon om slik deltakelse. Studier i litteraturen beskriver at mangel på bevissthet om retningslinjenes eksistens synes å være et viktig element ved feilslått implementering og bruk av retningslinjer. I en oppsummering av studier om implementering av retningslinjer basert på klinisk forskning viser Cabana et.al (1999) at 10 % av klinikerne ikke er kjent med flere viktige medisinske retningslinjer. Den samme studien viser at det ikke er likegyldig hvem som introduserer retningslinjen. Fortrolighet med innholdet synes å være et like viktig element som kjennskap til retningslinjen (Cabana, Rand, & Powe, 1999). Andre studier demonstrerer hvordan suksess i smittevernarbeidet er avhengig av et infeksjonskontrollprogram som er kjent og etterleves i sykehuset (Saint, et al., 2010). I min studie fremkommer det at infeksjonskontrollprogrammet er kjent og funnene tyder på at måtene retningslinjene implementeres via fag og foretaksutvikling, seksjon smittevern er suksessfull ved at infeksjonskontrollprogrammet promotes gjennom faglig ekspertise.

### **5.1.2 Nasjonale faktorer som fremmer eller hemmer tilslutningen til smitteverntiltak**

Studien min viser at nasjonale prosesser, slik som pasientsikkerhetskampanjen, som har til hensikt å gjøre helsepersonell oppmerksom på at det finnes nasjonale strategier for å redusere forekomsten av sykehusinfeksjoner og nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern har

vært virksomme i casesykehuset. Denne økte oppmerksomheten på smittevern gjennom nasjonalt fokus kan bidra til at ledere og helsepersonell i helsetjenesten blir oppmerksomme på retningslinjers betydning og danner grunnlaget for implementering og bruk som er beskrevet i «Spredningsmodellen» Freed et. al (1998). Egenskaper med informasjonen og retningslinjen som en ønsker implementert har betydning for suksessen (Saint, et al., 2010). Nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern inneholder store mengder bakgrunnsdata og er utarbeidet på grunnlag av oppsummert forskning. Flere eksperter innen fagfeltet har deltatt i utarbeidelsen. Casesykehuset har en praksis med at nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern som distribueres via Folkehelseinstituttet blir operasjonalisert og implementert via Fag og foretaksutvikling, seksjon smittevern. Informantene i studien min sier at det er enklere å forholde seg til retningslinjer som er konkrete og praktiske. Studien min viser at helsepersonell og lederer stiller lite spørsmål med kunnskapsgrunnlaget for retningslinjene innen smittevern og har lite motforestillinger med å akseptere kunnskapsgrunnlaget i disse. Dette er med på å fremme implementering og bruk av disse retningslinjene i casesykehuset. Andre studier viser det samme (Jo Rycroft-Malone, et al., 2013). I «spredningsmodell» bruker Freed et.al (1998) «argreement» for å beskrives en slik enighet i kunnskapsgrunnlaget og behovet for retningslinjen. «Agreement» er et sentralt skritt i modningen i organisasjonene, og min studie viser at kunnskap om og enighet i retningslinjene er sentralt for å skape en felles tilnærming til smittevernarbeidet. Kunnskap om og enighet i retningslinjer er ofte avhengig av individuelle egenskaper som gjør at helsepersonell har evne til å ta imot ny kunnskap. Deltakelse på kurs og påvirkning av eksperter er med å fremme denne evnen og viljen til å forstå og bruke ny kunnskap (Freed, et al., 1998). I studien min forteller ledere på mesonivå om deltakelse på eksterne kurs og konferanser, men det fremkommer lite i studien min at dette vektlegges på mikronivå i casedivisjonen.

Ledere og helsepersonell i studien min beskriver utfordringer i samarbeid mellom profesjonene og demonstreres hvordan ulik praksis i bruk av retningslinjer innen smittevern påvirker smittevernarbeidet mellom divisjoner og sengeposter. De forteller hvordan dette får betydning for kvaliteten i pleien og omsorgen pasientene får i sengeposten. I andre studier pekes det på at i noen sammenhenger er tilgang til ressurser en mulig organisatorisk faktor som kan hemme bruk av nasjonale faglige retningslinjer. Tilgjengelige ressurser er avhengig av at makronivå er villig til å dekke kostnadene med infeksjonsforebygging for sykehusene (Freed, et al., 1998). I min studie rettes oppmerksomheten på dette ved at det i retningslinjen om isolering er krav om å isolere pasienter med smittsomme sykdommer, men at

helsepersonell velger løsninger som oppleves som faglig uforsvarlig fordi det ikke er tilgang til isolater i casesykehuset. Helsepersonell forteller at de må ha pasienter på gangen fordi tosenksom er gjort om til enerom med isoleringspasient i perioder hvor det er stor tilstrømning av pasienter. En årsak til at problemet oppstår kan være at casesykehuset ikke har økonomiske rammer fra sentrale myndigheter til å bygge og drive nok isolat. Andre studier peker på at retningslinjer som ikke er gjennomførbare ikke blir fulgt i praksis (Saint, et al., 2010).

Studien min viser at det er usikkerhet i casesykehuset om det finnes noe organ på makronivå som har hovedansvar for å utvikle og revidere nasjonale faglige retningslinjer. Dette fremkommer gjennom informantenes beskrivelser av hvordan de må søke etter nasjonale faglige retningslinjer hos flere nasjonale instanser som Helse departementet, Folkehelseinstituttet og Kunnskapssenteret og hvordan dette påvirker smittevernarbeidet i casesykehuset. Det kan synes som om det er uavklart på nasjonalt nivå om det er Kunnskapssenteret eller Folkehelseinstituttet som har ansvaret for nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern. En studie har vurdert helseforetakenes arbeider med fagprosedyrer og et resultat av denne studien er at det ble opprettet et nasjonalt nettverk som skal arbeide for å øke kvaliteten og bruke av internasjonale verktøy for å samarbeide nasjonal og internasjonalt samt skolerer helsepersonell i håndtering av kunnskap (Eiring, et al., 2010). Funn i studien min tyder på at dette nettverket ikke er kjent i casedivisjonen. Det kan synes som om Kunnskapssenteret, som et relativt nytt nasjonalt organ, er mindre kjent og at det ikke er etablert prosesser internt i casesykehuset som kan motta informasjon fra senteret. Helsebiblioteket er en nasjonal satsing som skal øke tilgjengeligheten av informasjon. I min studie er det lite som tyder på at Helsebiblioteket er et alternativ for informasjon om nasjonale faglige retningslinjer på mikronivå i casedivisjonen.

## **5.2 Organisatoriske faktorer og smittevern i casedivisjonen**

### **5.2.1 Implementering av nasjonale faglige retningslinjer i casesykehuset**

Prosesser på meso nivå som støtter implementering og bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern er påvirket av strukturelle faktorer som organisering, planlegging og koordinering av kvalitetsforbedringstiltak (Bate, et al., 2008). Studien min tyder på at casesykehuset ikke har beskrevet noen overordnet strategi for implementering av nasjonale faglige retningslinjer i kvalitetssystemet EQS. Funnene mine viser at ledere i casedivisjonen



har inntrykk av at sykehuset ikke har en strategi for slik implementering. Mangel på strategi for implementering av kunnskapsbasert praksis er også vist som en hemmende faktor i studien til Rycroft-Malone et.al. (2013) De fant at det var noe uklart hva som videre skjedde med informasjonen om den nasjonale faglige retningslinjen de studerte da den ble mottatt i sykehuset. Og de fant i studien sin at dette hemmet implementeringen av den. Studien deres viser til at slike strategier er viktige for å lykkes i implementering og bruk av faglige retningslinjer (Jo Rycroft-Malone, et al., 2013). Kvalitetsforbedring, slik som smittevernarbeid, kan ifølge Bate et.al (2008) hindres av politiske prosesser hvor virkningen skaper desillusjonert personale fordi ansatte i organisasjonen ikke forstår avgjørelsene. Kvalitetsforbedringstiltak kan bli motarbeidet ved at individer eller grupper i organisasjonen motsetter seg forandring. Scenarioet her er at endringsprosessen blokkeres og hemmes som et resultat av den umulige politikken som er benyttet i organisasjonen og ansatte gir opp (Bate, et al., 2008). I min studie kan det tyde på at dette skjer i noen situasjoner hvor det brukes mye tid og ressurser på å løse utfordringer i pasientbehandling og nasjonale faglige retningslinjer finnes tilgjengelig på sykehusets intranett, men at ingen enheter i sykehuset har tatt ansvar for å gjøre den kjent internt. Dette er et eksempel på en nasjonal faglig retningslinje som er fagovergripende og involverer flere enheter hvor ingen har tatt ansvar for operasjonalisering og implementering av den i sykehuset. Det kan synes som om det er en organisatorisk hindring på mesonivå for å få til et tverrfaglig samarbeid om dette. I kvalitetsdokumentet i EQS er ansvarsforholdet beskrevet og det fremkommer at divisjonene og stabene skal selv løse dette. En slik løsning forutsetter at alle er kjent med at den nasjonale faglige retningslinjen finnes og at det er behov for den. Disse utfordringene er i samsvar med det flere andre studier viser om barrierer mot implementering. Andre studier finner at tverrfaglige team som støtter implementeringen er kritisk for suksess (Gagliardo & Saiman, 2011). Sandvik et.al (2011) fant at helsepersonell med kompetanse til å lese og forstå forskning og som ser viktigheten av implementering av smitteverntiltak er viktige for implementering av kunnskapsbasert praksis (Sandvik, et al., 2011).

Kompetanse og tverrfaglighet i implementering av nye retningslinjer er en suksessfaktor for bruk av retningslinjer. Funn i studien min viser at nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern blir implementert via Fag og foretaksutvikling, Seksjon for smittevern. Dette synes å være i henhold til krav i lovverket om infeksjonskontrollprogram, men det er ikke beskrevet i kvalitetssystemet. I studien min beskrives prosesser som tilrettelegger for at helsepersonell og ledere i casesykehuset kan retningslinjer i bruk. Ansatte i casedivisjonen rådfører seg med

hygienesykepleier når det er situasjoner ved bruk av retningslinjer som er uavklart. Smittevernpersonalet har også en aktiv rolle i tilrettelegging i operasjonalisering og implementeringen av nasjonale faglige retningslinjer gjennom EQS. Ledere og helsepersonell mener at det er en styrke at en enhet i sykehuset har ansvar for denne implementeringen. Mine funn er i samsvar med rammeverket PARIHS, som vektlegger tilretteleggingsprosesser. Her fremholdes det at tilrettelegging (facilitation) innebærer en prosess som muliggjør implementering av kunnskap i praksis. Denne tilretteleggingen oppnås ved at noen har spesielle roller som innebærer at de gjør det lettere for andre å ta i bruk retningslinjene (J. Rycroft-Malone, 2004). Her tyder det på at casesykehuset har en organisering av støttefunksjoner i smittevernarbeidet som er i tråd med funn i internasjonal litteratur om implementering av retningslinjer og som fremmer bruk av smitteverntiltak. Andre studier viser at et effektivt infeksjonskontrollprogram kan oppnås gjennom et program hvor tverrfaglige team operasjonaliserer kunnskapsbaserte retningslinjer. Dette teamet bør være ansvarlig for å overvåke gjennomføringen og å utdanne utøvere som er involvert i pasientbehandlingen, selv om en slik tilnærming kan være ressurskrevende (Gagliardo & Saiman, 2011). Denne tilnærmingen støttes også i «spredningsmodellen» som beskriver at retningslinjer som støttes og godkjennes av eksperter innen fagfeltet har større sannsynlighet for å bli implementert. Denne prosessen kalles for «adoption» (godkjenning) (Freed, et al., 1998). I studien min viser funn at smittevernpersonell som hygienesykepleier har denne funksjonen i casesykehuset. Et tverrfaglig team med smittevernpersonell operasjonaliserer og implementerer nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern. Sykehuset har også etablert et nettverk av hygienekontakter som bidrar til at retningslinjer innen smittevern implementeres og brukes. Det kan synes som om casesykehuset har en styrke i denne tilnærmingen til implementering av retningslinjer.

### **5.2.2 Opplæring og bruk av retningslinjer innen smittevern**

Organisatoriske prosesser for opplæring og ledelse synes i min studie å ha betydning for det infeksjonsforebyggende arbeidet i casesykehuset. Dette er i samsvar med funn i studier som viser at analyse av organisatoriske prosessene kan identifisere risiko for sykehusinfeksjoner og setter infeksjoner i sammenheng med arbeidsmengde, pasientmengde og liggetid. Risikoen kan reduseres ved å følge infeksjonsforebyggende tiltak (Griffiths, et al., 2009). Min studie viser at det er ledelsesutfordringer i å gjennomføre opplæring innen smittevern i casedivisjonen. Utfordringen relaterer seg til prioriteringer av pasienter og utfordringer med å

følge retningslinjene når det er stort pasientbelegg og mangel på isolater. Betydningen av kunnskapsoverføring som en organisatorisk faktor og prosesser som støtter dette er beskrevet av Bate et. al.(2008). Prosesser som støtter kunnskapsoverføring fra generasjon til generasjon er nødvendige slik at felleskunnskap kan leve videre i organisasjonen. Svikt i slike prosesser kan resultere i at kunnskap glemmes og forsvinner og dette kan skape frustrasjon i organisasjonen (Bate, et al., 2008). Min studie viser at casedivisjonen har iverksatt opplæring i bruk av retningslinjer innen smittevern i sitt opplæringsprogram for nyansatte. Men det kan synes som om at flere ledere er usikre på om alle ansatte får den nødvendige opplæring og de mangler et system for å dokumentere dette. Funne tyder på at kunnskapsoverføring skjer gjennom hygienesykepleier via nettverket av hygienekontakter. Det er tilgjengelig e-læringsprogrammer innen smittevern for alle ansatte. Mengden av obligatoriske e-læringsprogrammer beskrives som omfattende og kan være hemmende for læring og bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern. Tiden strekker ikke til og den enkelte ansatt har ikke anledning til å sette seg godt nok inn i innholdet i e-læringsprogrammene. Mye tyder på at helsepersonell og ledere ikke har en plan i hvordan læringsprogrammet skal brukes, og det oppleves en del frustrasjon med å finne tid i en travel hverdag til å gjennomføre dette. Andre studier viser at om e-læringsprogram skal ha ønsket effekt bør e-læring kombineres med «ansikt til ansikt» kommunikasjon gjennom for eksempel diskusjonsgrupper og nettverksamlinger (Aase, 2010)s62). Studier som har undersøkt bruk av dataassistert opplæringsprogram og bruk av webbasert verktøy har blant annet konkludert med at mellommenneskelig kommunikasjon mellom helsepersonell gjennom formelle og uformelle møter kombinert med datalæring ble sett på som stimulerende for læring (Verhoeven, Steehouder, van Gemert-Pijnen, & Hendrix, 2009). Funn i min studie kan tyde på at casesykehuset ikke har lyktes med sin strategi for systematisk opplæring innen smittevern.

I «spredningsmodellen» er «adherence» (tilslutning) det siste trinnet i implementeringen og retningslinjene skal nå tas i bruk (Freed, et al., 1998). Implementering og bruk av retningslinjer er avhengig av organisasjonskulturen på mikro - og mesonivå i sykehuset og hvordan kulturen virker på ledere og helsepersonell (Saint, et al., 2010). I min studie har casesykehuset etablert infeksjonskontrollprogram i samsvar med nasjonale krav. Informantene i studien min etterlyser en strategi for implementering og bruk av nasjonale faglige retningslinjer generelt, men mener at det tilsynelatende er en strategi for implementering av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern. Andre studier beskriver at effektive strategi for implementering og bruk av retningslinjer innen smittevern ofte er sammensatt av flere

delar og en strategi som består av ett tiltak alene ofte har liten effekt. For eksempel vil undervisningsmateriale kombinert med møter og audit sammen med tilbakemelding ha større effekt enn kun et av tiltakene alene. Studien beskriver også at retningslinjer som blir implementert kjennetegnes av at de er enkle å forstå, enkle å prøve ut og ikke krever spesielle ressurser (Francke, et al., 2008). Som beskrevet av Freed et. al (1998) finner Francke et.al (2008) at helsepersonellens bevissthet om at retningslinjene eksisterer og fortrolighet med innholdet er viktig for bruken. Studien viser også at organisatoriske faktorer som manglende støtte fra kolleger, lav bemanning og dårlig tid synes å være viktige faktorer som hemmer bruk av retningslinjer (Francke, et al., 2008). I min studie viser funnene at kunnskap om innholdet i retningslinjene innen smittevern oppnås først og fremst gjennom e-læring og helsepersonell etterlyser mer opplæring og ledere beskriver at de ikke har en samlet oversikt over hvem som har fått hvilken opplæring innen smittevern. Dette kan tyde på at måten casesykehuset organiserer kunnskapsoverføring på, kunne vært forbedret for å sikre riktig bruk av retningslinjer innen smittevern.

Det vektlegges av flere informanter i studien min at det er relativt store forskjeller i hvordan nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern praktiseres i de ulike divisjonene i casesykehuset og at dette kan være en kilde til konflikt. Dette kan være et uttrykk for at selve bruken av retningslinjene ikke er fulgt godt nok opp i organisasjonen. Her ser det ut som det er en kulturell aksept for forskjeller i bruk blant helsepersonell og at dette er en organisatorisk ledelsesutfordring i smittevernarbeidet. Slike innarbeidete forskjeller i praksis kan skape uenighet eller oppvåkning og viser en sammenheng mellom adferd og inngrodd vaner, kunnskap og kontekst. Slike forskjeller er ofte følelsesmessig påvirket på mikronivå, mens det oftere oppstår konflikter på mesonivå (Bate, et al., 2008; S. L. Krein, et al., 2010; Jo Rycroft-Malone, et al., 2013). Det fremkommer også i min studie ved at helsepersonell er opptatt av hva dette betyr for pasientene og egen helse, mens ledernivået har mer fokus på hvordan dette påvirker gjennomføringen og daglig drift ved sammenslåing av sengeposter i for eksempel feriene. I studien min beskrives det tre hovedprosesser for informasjonsflyt som er sentrale for kjennskap til og implementering av nasjonale faglige retningslinjer i casedivisjonen. 1) gjennom eksterne kanaler, 2) Gjennom elektroniske kanaler og 3) Gjennom linjeledelsen. Funnene i studien min viser at ledere får kjennskap til nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern via nasjonale kampanjer, fagforeningene, kurs og interne møter. Noe informasjon distribueres i form av epost via dokumentstyringssystemet EQS. Hvem som får denne epost er noe usikkert og det er fremkommer at det er noen uklarheter i måten informasjonen

distribueres fra datasystemet EQS. Dette samsvarer i stor grad med den måten helsepersonell på sengepost (mikrosystemet) får informasjonen på. Helsepersonell viser også til at lederne er en kilde til informasjon gjennom personalmøter. Studien min viser også at smittevernpersonell er en deltaker i spredningen av denne informasjonen. Samtidig viser studien min at det er utfordringer i måten informasjon om retningslinjer spres på. På bakgrunn av dette kan det synes som om casedivisjonen har noen ledelsesutfordringer knyttet til distribusjon av informasjon om nye eller endrede retningslinjer internt i casedivisjonen.

### **5.3 Organisatoriske faktorer som fremmere eller hemmer smittevernarbeidet i casedivisjonen**

#### **5.3.1 Ledelse og organisering**

Det siste trinnet i «spredningsmodellen» betegnes som «Adherence», at retningslinjer faktisk tas i bruk. Flere studier peker på at organisatoriske prosesser som er knyttet til ledelse og organisering som travelhet og tid kan medvirkende til om retningslinjene tas i bruk (Freed, et al., 1998; S. L. Krein, et al., 2010; Saint, et al., 2010). Andre studier viser til at selv om det er tatt en avgjørelse i en organisasjon om å bruke en retningslinje så blir den ikke nødvendigvis tatt i bruk (Saint, et al., 2010).

Konteksten i helsevesenet er komplisert. Prosessene i helseorganisasjonene finner sted i forskjellige rammer, felleskap og kulturer som påvirkes av økonomiske, sosiale, politiske og historiske faktorer. I rammeverket for organisering av kvalitetsforbedring viser Bate et.al til at lederskap er løsning for mange av utfordringene i helseorganisasjonen. Istedenfor å se ledelse som en utfordring er lederskap en dimensjon som er integrert i utfordringene. Den strukturelle utfordringen sammen med den fysiske krever egenskaper hos ledere innen design med tanke på organisering, dataløsning og fysiske rom (Bate, et al., 2008). I min studie vises det til utfordringer ledere i casedivisjonen har med å spre informasjon om retningslinjer innen smittevern og for å ha oversikt over hvem som har fått informasjon og opplæringen innen infeksjonsforebygging. Disse utfordringer er for lederne først og fremst rette mot manglene strategi for implementering retningslinjer, utfordringer i sammenheng med e-læringsprogrammer, fysiske forhold som lokaler til isolering av pasienter og dokumentstyringssystemet EQS som oppleves som en lite hensiktsmessig dataløsning. Ledelse knyttet til politiske utfordringer er preget av lederskap som forsoner, megler og som

er i stand til å forene partene på tvers av variasjoner i tankemønstre (Bate, et al., 2008). I min studie finner jeg ledere som viser evne til å motivere og engasjere sine medarbeidere, de er i stand til å ta opp konflikter og finner løsninger i en travel hverdag. I studien min vises det til ledelsesutfordringer i forhold til at casesykehuset har valgt å løse opplæringsbehovet gjennom å tilby e-læringsprogram. Ledere peker på at det ikke er tid til å gjennomføre denne opplæring og både leder og helsepersonell prioriterer pasientrettet arbeid foran tid til opplæring. Bate et.al (2008) hevder i sin studie at forskjeller i kunnskapsoverføring krever lederskap som fremstår som veileder og rollemodeller for personalet. Ledere bør være engasjerende og motiverende gjennom personlig engasjement for forbedring. Lederskap, enten definert som en person eller prosess, er middel for suksess for disse utfordringene og ikke en abstrakt eller uavhengig utfordring for seg selv (Bate, et al., 2008). I min studie viser det seg at organisatoriske faktorer som organisering og ledelse fremme det infeksjonsforebyggende arbeidet. Funnene mine tyder på at helsepersonell i mikrosystemene opplever at de har ledere som er tydelige og som gir tilbakemeldinger på arbeid og måten de bruker retningslinjer innen smittevern. I PARIHS rammeverket brukes begrepet kontekst om miljømessige rammer hvor mennesker mottar helsehjelp eller i konteksten hvor forskningen blir implementert. Tema i PARIHS kontekst er kultur, lederskap og evaluering. «Lærende organisasjoner» har stor oppmerksomhet på individuelle- og gruppeprosesser og det organisatoriske systemet. Denne konteksten kjennetegnes av medvirkning i beslutningsprosesser, verdsetting av relasjoner mellom ledere og medarbeidere og en ledelsesstil som tilrettelegger i stede for å gi ordre. Min studie viser at bruken av «sykepleiehjulet» og oppmerksomheten dette gir skaper en prosess som fremmer bruken av retningslinjer innen smittevern. Ledernes oppmerksomhet på hvordan arbeidet er utført og pasientenes opplevelser motiverer helsepersonell til å gjøre det riktige. Dette er samsvar med studien til Rycroft-Malone et.al (2004) som også viser at ledere har en nøkkelrolle for å endre kultur og har derfor en stor innflytelse i å skape en kontekst for endring. Denne typen ledere inspirerer medarbeidere til å dele verdier gjennom å stimulere, utfordre og skape muligheter. Ledere som har evne til å motivere for kunnskapsbasert praksis sammen med erfaring skaper mulighet for implementering og endring av praksis. Det siste elementet i studien til Rycroft-Malone et.al (2004) er at organisasjoner som evner å måle resultater og evaluere for å gi tilbakemelding er i stand til å implementere og endre praksis (J. Rycroft-Malone, 2004). I studien min fremkommer det at casesykehuset har tall og oversikt over infeksjonsrater som kan evaluere praksis, men at det fremkommer lite i intervjuene om bruk av tallene. Mye tyder på at disse dataene kunne vært brukt i kvalitetsforbedringsarbeidet innen smittevern på en mer systematisk måte gjennom evaluering, visualisering og

tilbakemelding i casedivisjonen. Dette kan øke bevisstheten om infeksjonsrisiko og forståelsen for bruk av retningslinjene innen smittevern.

Andre studier som har undersøkt hvordan organisatoriske- og ledelsesfaktorer påvirker smittevernarbeidet i sykehus viser mange av de samme elementenesom min studie. En positiv ledelse på sengepostnivå og nivåene over synes å være en forutsetning for effektiv handling innen smittevern. Denne effekten reduseres om ledere har ansvar for mye personal. Erfarne kliniske ledere med en synlig tilstedeværelse og et tydelig ansvarsområde synes å være viktige. Teamenes stabilitet og moral synes også å ha en sammenheng med forbedret pasientsikkerhet (Griffiths, et al., 2009). Disse studiene bekrefter mine funn og viser betydningen av sterke og dyktige ledere med struktur og gode rutiner, en kultur som samordner praksis har stor betydning for trygghet og motivasjon i casedivisjonen.

Helsepersonell på mikronivå forteller at de motiveres til å fortsette ved sengeposten på bakgrunn av at de har leder som fremstår som gode rollemodeller. I studien min sier ledere at de har en litt autoritær leder stil og setter dette i sammenheng med måten de informerer på og hvordan de kontrollerer og følger opp etterlevelsen av retningslinjer innen smittevern for å sikre god behandling og pleie til pasientene. Dette ser ut til å fremme bruk av retningslinjer innen smittevern.

### **5.3.2 Kulturelle forskjeller og følelsesmessig engasjement**

Et forbedringsprogram for å redusere forekomsten av sykehusinfeksjoner i Michigan ble evaluert og resultatet av evalueringen viser at tiltak som virker i en helseorganisasjon ikke nødvendigvis er like virkningsfull i en annen. Virkningen av intervensjoner synes å være forskjellig til tross for at sykehusene har tilsynelatende de samme forutsetningene for å lykkes. Det viste seg at nye faktorer utviklet seg på bakgrunn av den konteksten prosessene foregikk og dette fikk betydning på hvordan resultatet ble (Dixon-Woods, et al., 2011). I studien min vises det til variasjoner i praktisering av infeksjonsforebyggende tiltak mellom divisjonene i casesykehuset. Noe av ulikheten kan tilskrives forskjeller i kontekst ved at pasientsammensetningen er forskjellig og organiseringen er ulik i divisjonene. Andre studier viser til at det er lite kunnskap om hvordan og hvorfor noen kvalitetsforbedringstiltak virker i noen sykehus og ikke i andre selv om innsatsen er like stor. Krein et.al. (2010) undersøkte om kontekst hadde betydning og de fant at erfaringer og resultater varierte betydelig avhengig av organisatorisk faktorer (S. L. Krein, et al., 2010). Dette kan være noe av forklaringen på at det

i studien min vises til at det oppleves samarbeidsutfordringer gjennom ulike praksis ved bruk av retningslinjer innen smittevern mellom divisjonene. Det kan tenkes at ulikheter i praksis og erfaring i mikrosystemene er et resultat av ledelse og kultur i divisjonene og at divisjonene utgjør så ulike kulturelle kontekster innad i casesykehuset at det skaper forskjell i adaptasjon av retningslinjer.

Funn i studien min tyder på at helsepersonell mener at ledere som er tydelige og gir gode tilbakemeldinger fremmer bruken av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern på sengepostnivå. Ledere fremhever at de ønsker å fremstå som gode rollemodeller for sine medarbeidere og støtter dem i arbeidet deres. Studien min viser også at helsepersonell i denne casedivisjonen har et sterkt følelsesmessig engasjement for pasientene sine og demonstrerer et høyt faglig og moralsk ansvar for å forhindre at pasientene utettes for infeksjonsfare.

Betydning av følelsesmessig engasjement i forebygging av sykehusinfeksjoner støttes av studier som viser at sykehus med en positiv emosjonell og kulturell kontekst gir god implementering av retningslinjer innen smittevern. Mye tyder på at helsepersonell i slike organisasjoner har bedre forutsetninger til å bli gjort oppmerksom på og ha tro på kunnskap fra forskning ved at det finnes positive rollemodeller som støtter implementering av smitteverntiltak som er beskrevet i retningslinjene (S. L. Krein, et al., 2010). I min studie beskriver informantene at det er vanskelig å bruke retningslinjer innen smittevern når det er travelt og mange oppgaver å utføre. Dette viser at tidspress og kapasitetsproblemer er sentrale organisatoriske barrierer for smittevernarbeidet. Dette støttes i andre studier. Respekten for hygieniske retningslinjer synes å reduseres over tid og knyttes til kulturen i sykehusene. Tidspress som faktor medvirker til at hygieniske retningslinjer ikke blir overholdt. Ansvarsforhold og utvikling av gode rollemodeller beskrives som betydningsfulle faktorer for overholdelse av hygieniske retningslinjer (Berland, et al., 2009).

### **5.3.3 Nettverksbygging er en suksessfaktor**

I studien min fremkommer det at helsepersonell deltar i et nettverk av hygienekontakter. Måten dette er organisert på og distribusjon av referat fra nettverksmøter synes å være en styrke for casedivisjonen og øker bruken av smitteverntiltak. I en serie av studier er det demonstrert at deltakelse i slike nettverk fremmer implementering og bruk av retningslinjer innen smittevern. Dette er et konsept med en tilnærming som gjør det mulig å overkomme hindringer for implementering av retningslinjer gjennom nettverksbygging (Cooper, 2005).



Dette kan også relateres til modellen om «communities of practice» der ansatte har nøkkelroller for kunnskapsspredning og opplæring i organisasjoner. Nettverk kan forstås som en arena der man sosialiseres til ensartet praksis (Hajer, Nabil, & Réjean, 2013). Studien min viser at hygienekontaktene har en viktig rolle som pådriver for bruk av retningslinjer innen smittevern. I studien min er hygienekontaktene viktige kunnskapsspredere (knowledge brokers) i egen sengepost. De fungerer som et bindeledd mellom seksjon for smittevern, ledelsen og ansatte i sengepostene. Det forventes at hygienekontaktene referer fra nettverksmøtene og tilfører ny kunnskap til sengeposten. Studier viser at kunnskapsspredere som blir verdsatt har en større forutsetning for å lykkes. Organisasjoner som legger til rette og oppmuntrer kunnskapsspredere til å utføre sin funksjon lykkes bedre i å spre kunnskap og formidle resultater av forskning (Hargadon, 2002). Det kan synes som om casesykehuset har lykkes i å organisere kunnskapsspredere i organisasjonen gjennom nettverket av hygienekontakter og at dette nettverket kunne vært utnyttet enda bedre for å spre informasjon og kunnskap på mikronivå.

#### 5.3.4 Isolat

I studien min fremkommer det at mangel på isolater er en organisatorisk faktor som hemmer bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern. Funnene viser at dette er en utfordring i det daglige pasientarbeidet og informantene beskriver at de tar i bruk kreative prosesser for å gjøre det de mener er riktig. Denne mangelen på rom medfører flere vanskelige etiske dilemma for helsepersonell ved at de må prioritere og velger mellom pasienter. Informantene påpeker at de til tider opplever dette i konflikt med faglig forsvarlig praksis. Etikk innen smittevern er diskutert i internasjonale fora. Et etisk problem oppstår når det er usikkerhet om hva som er den beste handlingene og løsningen på problemet. De fleste utfordringer innen infeksjonskontroll har en overtone av etikk selv om det ikke alltid er så tydelig for helsepersonellet. På bakgrunn av dette hevdes det i smittevernmiljø at slike problemstillinger bør drøftes i praksis slik at helsepersonell blir i stand til å ta gode og riktige avgjørelser i lignende situasjoner (Bryan, Call, & Elliott, 2007). Studien min illustrerer denne betydningen av fysiske lokaler i kvalitetsarbeidet. Dette er utfordringer som det kan være vanskelig å finne løsninger på fordi det krever store økonomiske investeringer (Bate, et al., 2008).

## 5.4 Betydning av individuelle erfaringer

I studien min fremkommer det at ledere og helsepersonell har ulike erfaringer med samarbeid om nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern. Leder og helsepersonell beskriver gode samarbeidsforhold på sengepostnivå, men et det har vært noen utfordringer i samarbeid mellom ulike sengeposter og andre divisjoner i sykehuset. Disse uenighetene har først og fremst vært om forståelsen av innholdet i og utførelse av tiltak i retningslinjene. Det rettes oppmerksomhet på at den samme nasjonale faglige retningslinjen innen smittevern praktiseres ulikt i casesykehuset. Det kan synes som om denne uenigheten ofte oppstår på bakgrunn av at det er travelt. I en oppsummering av studier finner Griffith et.al (2009) at det er en klar sammenheng mellom høy turnover av pasienter, arbeidsmengde som ikke er tilpasset antall ansatte i sengeposten og sykehusinfeksjoner (Griffiths, et al., 2009). I studien min er helsepersonell opptatt av at casesykehuset skal fremstå med lik praksis og høy standard. Det fremkommer at opplevelser med pasienter som har fått alvorlige sykehusinfeksjoner skjerper bruken av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern.

I studien min fremkommer det at det er ulik erfaring og praksis mellom profesjonene. Informantene forteller om forskjellig praksis i tolking av betydningen av innholdet i retningslinjer. Noen forteller om situasjoner som er svært belastende og situasjoner som kunne få konsekvenser for egen helse. Andre studier har vist at slike variasjoner kan ha betydning for pasientene. Vincent (2010) skriver at å bryte reglene er svært vanlig over tid og at dette kan ha sammenheng med at klinikere forholder seg til den enkelte pasient og derfor tilpasser anbefalinger for behandling til den enkelte pasient. Det vil derfor være sansynlig å tro at denne tilpassingen gjøres i flere situasjoner selv om det ikke er akseptabelt å gjøre det. Vincent skriver at:

«Once ignoring rules is socially, if not organizationally, sanctioned, the system becomes a little more dangerous, than more dangerous still, and so on until there is a major disaster» (Vincent, 2010) s309)

Det fremkommmer i studien min at helsepersoenll også peker på seg selv som en faktor. Selv om studien min ikke handler om individuell adferd og holdninger så viser resultatene mine at dette er elemneter som informantene selv peker på. Adferd og holdninger er studert og påpekt som sentrale faktorer i smittevernarbeidet av andre (Vincent, 2010).

## 6 Konklusjon

Denne studien har studert smittevern i et norsk sykehus gjennom en flernivå tilnærming. Studien har belyst problemstillingen **hvordan påvirker organisatoriske faktorer bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern på ulike nivå (meso - og mikronivå) i et norsk sykehus** gjennom fire forskningsspørsmål. Forskningsspørsmålene har fokusert på betydningen av nasjonale faktorer for sykehuset, hvordan ledelsen har tatt i bruk retningslinjer, organisatoriske faktorer som fremmer eller hemmer bruk av retningslinjer og betydningen av individuelle erfaringer innen smittevernarbeidet. Studien viser at organisatoriske faktorer påvirker bruk av nasjonale faglige retningslinjer på ulike måter på de ulike nivåene som inngår i studien.

Resultatene i studien viser at den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen har hatt en innvirkning på implementering og bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern gjennom en bevisstgjøring og økt oppmerksomhet på retningslinjenes eksistens både på meso- og mikronivå. Helsepersonell ved casesykehuset har deltatt i utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern og andre disipliner. Dette fremmer implementeringen og bruken av nasjonale faglige retningslinjer ved at sykehusets egne fagfolk og eksperter kan promotere innholdet i retningslinjene og dermed bidra til en sterkere identifisering med innholdet. Casesykehuset har ikke noen plan eller oversikt over hvem som har deltatt i nasjonal utarbeidelse av retningslinjer og her kan casesykehuset ved å lage en slik plan og oversikt øke kunnskapen om og tilslutningen til retningslinjene. I studien fremkommer at det er lite bruk av ytre kunnskapsressurser som nettstedet Kunnskapsenteret, Helsebiblioteket eller Forskning.no. Her har casesykehuset en mulighet til å øke kunnskap om og bruken av nasjonale faglige retningslinjer gjennom å stimulere til bruk av slike ressurser. Det synes også å være et utviklingspotensial for casesykehuset i systematisk å bruke egne tall fra registreringer av forekomsten av sykehusinfeksjoner for å fremme bruken av retningslinjer innen smittevern og evaluere praksis.

Nasjonale faglige retningslinjer inneholder store mengder informasjon og det forutsettes av myndighetene at sykehusene har et mottaksapparat for retningslinjene slik at de blir operasjonalisert og implementert i sykehuset. Casesykehuset har ikke en strategi for implementering av nasjonale faglige retningslinjer generelt. Nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern implementeres via en egen seksjon og denne tilnærmingen synes å være

vellykket. Studien viser at retningslinjer som implementeres gjennom eksperter som smittevernpersonell har økt mulighet for å bli etterlevd i praksis gjennom større tro på kunnskapsgrunnlaget blant helsepersonell. Kunnskap om forskning og kunnskapsbasert praksis samt deltakelse på eksterne kurs fremmer bruken av retningslinjer ved at helsepersonell får faglig oppdatering og påfyll gjennom slik deltakelse. Det kan synes som om casesykehuset bruker slik deltakelse strategisk for ledere på mesonivå, men at deltakelse på eksterne kurs kunne vært brukt mer på mikronivå for å øke kunnskapen om nasjonale faglige retningslinjer.

Casesykehuset har en styrke i måten smittevernarbeidet er organisert på. Et tverrfaglig team bestående av hygienesykepleiere og smittevernoverleger operasjonaliserer, implementerer og følger opp bruk av nasjonale faglige retningslinjer i praksis. Teamet er tilgjengelig for rådgiving og veiledning i konkrete saker som involverer bruk av retningslinjene. Nettverket av hygienekontakter er også en uformell struktur og styrke for implementering og bruk ved at hygienekontaktene fungerer som kunnskapsspredere og motivasjonsagenter som fremmer det infeksjonsforebyggende arbeidet. Nettverk av hygienekontakter og nettverk for ledere fremmer bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern.

Casesykehuset synes å ha en organisatorisk utfordring i måten kunnskapsoverføring og opplæring i smittevern er organisert på. Mye av opplæring gjennomføres ved hjelp av e-læringsprogrammer. Bruk av e – læring som opplæringsmetode kan hemme kunnskapsoverføring ved at slik opplæring krever ressurser som tid og datautstyr. På mesonivå er det en utfordring å ha oversikt og prioritere tid til ansatte for opplæringsformål. For å øke effekten av e-læringsprogram kan casesykehuset kombinere e-læring med andre læringsmetoder som nettverk og workshops for å fremme bruken av retningslinjene innen smittevern. Det er kulturelle forskjeller i hvordan retningslinjene innen smittevern praktiseres internt i casedivisjonen og i andre divisjoner i casesykehuset. Disse ulikhetene hemmer riktig bruk av retningslinjene innen smittevern og skaper samarbeidsutfordringer i det infeksjonsforebyggende arbeidet internt i mikrosystemene og mellom divisjoner. Slike ulikheter blir mer tydelige i perioder som ferie og høytider hvor mikrosystemene er slått sammen. På mikronivå er det lite tilfredsstillende når retningslinjene tolkes ulikt og det oppstår situasjoner som helsepersonell mener kan gå ut over pasientsikkerheten. Samarbeidsutfordringene synes også å være kulturbetinget gjennom forskjellen i måten divisjonene er organisert på og er avhengig av leder stil og autoritet. Ledelse fremkommer som organisatorisk faktor av betydning for implementering og bruk av retningslinjer. Ledere

er tydelige og fremstår som gode rollemodeller og bidrar til stabilitet i mikrosystemene gjennom måten de aktivt støtter opp om riktig bruk av retningslinjer inne smittevern. Ledere som er løsningsorienterte, engasjerte og med evne til å motivere medarbeiderne fremmer bruk av retningslinjer. Bruken av «Sykepleiehjulet» fremstår som en metode som engasjerer og motiverer medarbeidere på mikronivå. Et sterkt følelsesmessig engasjement for pasientene er en sentral faktor som forsterker innsatsen både på meso- og mikronivå for å forebygge sykehusinfeksjoner.

Det er ledelsesutfordringer knyttet til distribusjon av informasjon om nye eller endrede retningslinjer innen smittevern internt i casedivisjonen. Skriftlig informasjon distribueres fra ledere til helsepersonell i mikrosystemene gjennom epost og referater fra hygienekontaktmøter. Det er vanskelig å sikre at alle har fått informasjonen. Utfordringer med dokumentstyringssystemet EQS medfører at ledere og helsepersonell ikke finner retningslinjene eller at innholdet i retningslinjene er vanskelige å forstå gjennom mengde tekst og organisering. Dette kan hemme bruk av retningslinjene. Studien viser at mangel på isolater, tidspress, opplæringsmetode, kapasitetsproblemer og bruk av datatekniske løsninger synes å hemme bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern.

Konklusjonen er at organisatoriske faktorer påvirker bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern på ulike nivå (meso og mikro) i et norsk sykehus på flere måter. Faktorer på nasjonalt nivå som fremmer bruk er nasjonale kampanjer og lokal deltakelse i utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer. Organisatoriske faktorer på mesonivå som fremmer bruk av retningslinjer er etablering av en strategi for implementering av nasjonale faglige retningslinjer, opplæring gjennom e-læring som kombineres med andre læringsmetoder, tid til gjennomføring av opplæringen, gode lederegenskaper, nettverk av hygienekontakter og følelsesmessig engasjert helsepersonell. Bruk av retningslinjer for å forebygge sykehusinfeksjoner hemmes på mikronivå av samarbeidsutfordringer mellom divisjoner, uklare rutiner for informasjonsflyt, mangel på isolater, stor pågang av pasienter, tidspress og utfordringer i henhold til det elektroniske dokumentstyringssystem.

Organisatoriske faktorer som påvirker casesykehusets struktur, politikk, kultur, følelsesmessig engasjement, kunnskapsoverføring, fysiske og teknologiske rammer og den ytre kontekst viser seg å ha betydning for hvordan ledere og helsepersonell bruker faglige nasjonale retningslinjer.

## 6.1 Implikasjon for praksis

Det er behov for å etablere en strategi for implementering av nasjonale faglige retningslinjer generelt gjennom å bruke erfaringer fra hvordan smittevern implementerer nasjonale faglige retningslinjer. Det er forskjeller mellom divisjonene og sengepostene i casesykehuset i måten de forstår og bruker retningslinjer intern. Her har sykehuset et potensiale til kvalitetsforbedring og en bedre samkjøring av praksis på tvers av organisatoriske enheter. Det er avdekket flere utfordringer i bruk av e-læring som opplæringsmetode innen smittevern. Det anbefales at e-læring bør kombineres med andre aktiviteter som f.eks. «face to face» opplæring, workshops samt bruk av audit og nettverksbygging. Flere ansatte deltar i utarbeidelse av faglige retningslinjer nasjonalt. En mer systematisk bruk av deres kunnskap om nye nasjonale faglige retningslinjer internt i sykehuset vil kunne bedre implementering av retningslinjene og dermed øke kvaliteten på pleie og behandling.

## 6.2 Forslag til videre forskning

Basert på funn i flere studier som viser at det behov for videre forskning for å evaluere og videreutvikle dagens modeller for implementering og bruk av nasjonale faglige retningslinjer kan det gjennomføres studier tilsvarende studien til Rycroft-Malone et. al (2013). Her kunne rammeverket PARIHS vært brukt og evaluert. Det er også behov for studier som undersøker betydning av kontekst, ledelsesstrategier, ledelsesfilosofi og lederstil. Videre er det behov for mer kunnskap om «Knowledge brokers» og nettverk innen smittevern. Implementering og bruk av retningslinjer kunne vært studert med andre metoder som mixed methods eller observasjon, for å få mer inntrykk av organisatoriske barrierer og suksessfaktorer og i tillegg til å få mer kunnskap om individ- og gruppeadferd og praksis.

## 7 Litteraturliste

- Aase, K. (2010). *Pasientsikkerhet: teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforl.
- Administrerende direktørs driftsrapport til styret. (2012). Administrerende direktørs driftsrapport til styret.
- Bate, P., Mendel, P., & Robert, G. (2008). *Organizing for quality: the improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States*. Oxford: Radcliffe.
- Bergerød, I. J. (2012). *Ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet - sammenlignende case studie av to norske sykehuse*. Universitetet i Stavanger
- Berland, A., Berentsen, S., & Gundersen, D. (2009). Sykehusinfeksjoner og pasientsikkerhet. *Vård i Norden, Vol. 29*
- Bolman, L. G., & Deal, T. E. (2003). *Reframing organizations: artistry, choice, and leadership*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.
- Bryan, C. S., Call, T. J., & Elliott, K. C. (2007). The ethics of infection control: philosophical frameworks. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 28(9), 1077-1084.
- Cabana, M., Rand, C., & Powe, N. R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: A framework for improvement. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 282(15), 1458-1465. doi: 10.1001/jama.282.15.1458
- Cooper, T. (2005). Delivering an infection control link nurse programme: an exploration of the experiences of the link nurses. *Journal of Infection Prevention*, 6(1), 20.
- Damschroder, L., Aron, D., Keith, R., Kirsh, S., Alexander, J., & Lowery, J. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50.
- Deilkas, E., & Hofoss, D. (2010). Patient safety culture lives in departments and wards: multilevel partitioning of variance in patient safety culture. *BMC Health Serv Res*, 10, 85. doi: 10.1186/1472-6963-10-85
- Dixon-Woods, M., Bosk, C. L., Aveling, E. L., Goeschel, C. A., & Pronovost, P. J. (2011). Explaining Michigan: Developing an Ex Post Theory of a Quality Improvement Program. *Milbank Quarterly*, 89(2), 167-205. doi: 10.1111/j.1468-0009.2011.00625.x
- Dixon-Woods, M., McNicol, S., & Martin, G. (2012). Ten challenges in improving quality in healthcare: Lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. [Article]. *Quality and Safety in Health Care*. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000760
- Eiring, Ø., Pedersen, M., Borgen, K., & Jamtvedt, G. (2010). Prosedyrearbeid - meningsløst mangfold ? Notat fra Kunnskapsenteret 2010. In N. k. f. helsetjenesten (Ed.). Oslo.
- Folkehelseinstituttet avdeling for infeksjonsovervåking. (2006). *Rettleier til forskrift om smittevern i helsetjenesta*. (15). Oslo.
- Forskningsetiske komiteer. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Retrieved from <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>.
- Francke, A. L., Smit, M. C., de Veer, A. J., & Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak*, 8, 38. doi: 10.1186/1472-6947-8-38
- Freed, G. L., Pathman, D. E., Konrad, T. R., Freeman, V. A., & Clark, S. J. (1998). Adopting immunization recommendations: a new dissemination model. *Matern Child Health J*, 2(4), 231-239.
- Gagliardo, C., & Saiman, L. (2011) What is the evidence behind recommendations for infection control? : *Vol. 719* (pp. 163-169).

- Griffiths, P., Renz, A., Hughes, J., & Rafferty, A. M. (2009). Impact of organisation and management factors on infection control in hospitals: a scoping review. *Journal of Hospital Infection*, 73(1), 1-14. doi: 10.1016/j.jhin.2009.05.003
- Hajer, H., Nabil, A., & Réjean, L. (2013). Organizational climate and its influence on brokers' knowledge transfer activities: A structural equation modeling. [Article]. *International Journal of Information Management*, 33, 105-118. doi: 10.1016/j.ijinfomgt.2012.07.008
- Hargadon, A. B. (2002). Brokering knowledge: Linking learning and innovation. [Article]. *Research in Organizational Behavior*, 24, 41-85. doi: 10.1016/s0191-3085(02)24003
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012) I-1136 B*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Melding til Stortinget. God kvalitet - trygge tjenester*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). *Forskrift om smittevern i helsetjenesten: Fastsatt ved kgl.res. 17. juni 2005 med hjemmel i lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens 2008 - 2012*.
- Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) (2008).
- Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonale faglige retningslinjer*. Retrieved from <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/nasjonale-retningslinjer/Sider/default.aspx>.
- Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*. Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Documents/Veileder%20IS-1870.pdf>.
- Hovig, B., & Lystad, A. (2002). *Infeksjonssykdommer: epidemiologi, mikrobiologi og smittevern. 4.utg*. Oslo: Gyldendal.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Krein, S. L., Damschroder, L. J., Kowalski, C. P., Forman, J., Hofer, T. P., & Saint, S. (2010). The influence of organizational context on quality improvement and patient safety efforts in infection prevention: a multi-center qualitative study. *Soc Sci Med*, 71(9), 1692-1701. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.07.041
- Krein, S. L., Olmsted, R. N., Hofer, T. P., Kowalski, C., Forman, J., Banaszak-Holl, J., & Saint, S. (2006). Translating infection prevention evidence into practice using quantitative and qualitative research. *American Journal of Infection Control*, 34(8), 507-512.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvalitetsmål (2012).
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys (pp. S. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. doi: 10.1177/1403494812465030
- Mickan, S., Burls, A., & Glasziou, P. (2011). Patterns of 'leakage' in the utilisation of clinical guidelines: a systematic review. *Postgrad Med J*, 87(1032), 670-679. doi: 10.1136/pgmj.2010.116012



- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2012). *I trygge hender, Nasjonalpasientsikkerhetskampanje*.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2004). Isoleringsveilederen. *Smittevern 9*.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2009). MRSA-veilederen. *Smittevern 16*.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2008). Sjekklistene for vurdering av forskningsartikler, from <http://www.kunnskapssenteret.no/Verktøy/Sjekklistene+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok*. [Oslo]: Akribe.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prinsipper for fagspesifikke prosedyrer som gjelder to eller flere divisjoner (2012).
- Prinsipper for styrendedokumenter EQS (2012).
- Ramsay, A., Magnusson, C., & Fulop, N. (2010). The relationship between external and local governance systems: the case of Health Care Associated Infections and medication errors in one NHS trust. *Quality & Safety in Health Care, 19(6)*, 1-8.
- Regionalt fortak. (2012). Styringsdokument fra regionalt helseforetak til helseforetaket 2012. Regional smittevernplan (2012).
- Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS framework -- a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. Promoting Action on Research Implementation in Health Services. *Journal of Nursing Care Quality, 19(4)*, 297-304.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Chandler, J., Hawkes, C. A., Crichton, N., Allen, C., . . . Strunin, L. (2013). The role of evidence, context, and facilitation in an implementation trial: implications for the development of the PARIHS framework. *Implementation Science: IS, 8*, 28-28. doi: 10.1186/1748-5908-8-28
- Saint, S., Howell, J. D., & Krein, S. L. (2010). Implementation science: How to jump-start infection prevention. *Infection Control and Hospital Epidemiology, 31(SUPPL. 1)*, S14-S17.
- Sandvik, G. K., Stokke, K., & Nortvedt, M. W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus. *Sykepleien forskning, nr. 2(2)*, 160 - 167.
- Stetler, C., Ritchie, J., Rycroft-Malone, J., Schultz, A., & Charns, M. (2009). Institutionalizing evidence-based practice: an organizational case study using a model of strategic change. *Implementation Science, 4(1)*, 78.
- Syse, A. (2012). *Norges lover: lovsamling for helse- og sosialsektoren*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Verhoeven, F., Steehouder, M. F., van Gemert-Pijnen, J. E. W. C., & Hendrix, R. M. G. (2009). Factors affecting health care workers' adoption of a website with infection control guidelines. [Article]. *International Journal of Medical Informatics, 78(10)*, 663-678. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2009.06.001
- Vincent, C. (2010). *Patient safety*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- WHO. (2004). *Fact sheet: The Launch of the World Alliance For Patient Safety " Please do me no Harm "*. WHO Retrieved from [http://www.who.int/patientsafety/en/ps\\_facts\\_figures.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/ps_facts_figures.pdf).
- WHO. (2005). Clean Care is safe care, from <http://www.who.int/gpsc/en/>
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.

## 8 Oversikt over tabeller og figurer

Tabell 1 Oversikt over informanter .....	28
Tabell 2 Eksempel på analyse .....	30
Tabell 3 Prevalens av sykehusinfeksjoner. ....	36
Figur 1 Organisatoriske utfordringer etter Bate et. al (2008) .....	18
Figur 2 Trinnene i Freed's modell (Freed 1998) .....	21
Figur 3 Rammeverk for å oversette smittevernanbefalinger til praksis (Krein 2006) .....	23
Figur 4 Casestudie design .....	26
Figur 5 Organisasjonskart sykehus - mesonivå .....	34
Figur 6 Organisering avdeling (mesonivå) .....	35
Figur 7 Organisering seksjon / sengepost (mikronivå) .....	35

## 9 Vedlegg

### Vedlegg 1 Invitasjon til deltakelse i studien og samtykkeskjema

#### INVITASJON TIL Å DELTA I EN KVALITATIV STUDIE Bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern

##### **Prosjektets tema: Betydning av organisatoriske faktorer på bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern i et norsk sykehus**

Jeg vil med dette invitere deg til å delta som informant i en masterstudie ved Universitetet i Stavanger. Jeg ønsker å undersøke hvordan faglige nasjonale retningslinjer innen smittevern brukes i sykehuset. I dette informasjonsskrivet redegjør jeg for hvorfor denne studien utføres og hva den innebærer for deg, som mulig deltaker i studien. Jeg håper du kan ta deg tid til å lese den følgende informasjonen. Dersom noe er uklart eller du ønsker mer informasjon finnes kontaktinformasjon på slutten av dette skrevet.

##### **Hva er hensikten med studien?**

Hensikten med studien er å få kunnskap om hvordan nasjonale faglige retningslinjer brukes innen smittevern, hvordan de påvirker den kliniske hverdagen og hvilke barrierer for bruk som finnes i sykehuset. Videre er hensikten å utvikle kunnskap om hvordan organisatoriske og kulturelle faktorer påvirker hvordan nasjonale faglige retningslinjer brukes i daglig praksis.

##### **På hvilken måte kan jeg bli involvert i prosjektet?**

Dersom du ønsker å delta i studien innebærer det å dele dine synspunkter på ulike aspekter om temaet. Jeg kommer til å invitere et utvalg ansatte til intervju. Dersom du takker ja til å delta i et intervju, vil dette ta 30 – 40 min. Jeg vil gjerne ta opp intervjuet på bånd, slik at jeg får en nøyaktig oversikt over hva du forteller meg. Opptakene blir transkribert og anonymisert senest ved prosjektslutt, 01.06.2013 . Opptakene blir slettet etter at de er transkribert, senest 31.12.2013. Dataene blir deretter analysert av meg. Jeg vil be deg om å signere et samtykkeskjema hvor du aksepterer deltakelse i intervjuet.

##### **Får jeg noen fordeler ved å delta?**

Du får ingen direkte personlige fordeler ved å delta. Det kan imidlertid bli en fordel for sykehuset, fordi denne studien kan øke forståelsen for bruken av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern og dermed legge grunnlag for forbedring av kvaliteten på helsetjenesten.

##### **Vil min deltakelse i studien holdes konfidensiell?**

Deltakelse i denne studien er helt frivillig, og svarene dine er konfidensielle. Alle data og feltnotater blir gitt en kode for å sikre konfidensialitet og lagres i et låst arkivskap eller på en passord beskyttet datamaskin som er sikret mot uautorisert tilgang.

##### **Har denne studien blitt kontrollert av en etisk komité?**

Denne studien er meldt til og tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), godkjenningsnummer 32111.

**Hva skjer med resultatene av studien?**

Resultatene fra denne studien vil være en masteroppgave ved Universitetet i Stavanger og bli en del av databasen «Universitetet i Stavanger Brage». Resultatet kan bli brukt for å bedre kvaliteten på smittevern arbeidet ved sykehuset. Anonymiserte utdrag fra intervjuene kan brukes i publikasjoner som er basert på denne studien. Rapporter eller artikler basert på forskningen vil ikke identifisere noen av deltakerne. De anonymiserte intervjutranskripsjonene kan, med din tillatelse, gjøres tilgjengelige for andre forskere og studenter til undervisning eller videre forskning.

**Må jeg delta?**

Det er opp til deg om du ønsker å delta eller ikke. Hvis du velger å delta, vil du få et eksemplar av dette informasjonsskrivet og bli bedt om å signere skjema hvor du samtykker at intervju med deg blir tatt opp på bånd. Selv om du velger å delta, kan du når som helst trekke deg uten begrunnelse.

**Mer informasjon**

Takk for at du leste denne informasjonen. Hvis du vil ha mer informasjon om denne studien, kan du ringe eller sende e-post til Marit Mathisen, [marit.mathisen@sus.no](mailto:marit.mathisen@sus.no), telefon 51 51 33 97 eller 46944239, eller veileder Siri Wiig, [siri.wiig@uis.no](mailto:siri.wiig@uis.no), telefon 51 83 42 88 eller 90511290

Ta kontakt med meg på telefon 61781 eller 3397 om du ønsker å delta.

Hilsen

Marit Mathisen

## SAMTYKKESKJEMA

Deltakerens ID-nummer for denne studien:

### Betydning av organisatoriske faktorer på bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern i et norsk sykehus

SAMTYKKESKJEMA FOR INTERVJUER MED ANSATTE

Navn på forsker som utfører intervju:

Vennligst signer  
med initialer i boksen

1. Jeg bekrefter at jeg har lest og forstått informasjonsskrivet av for den nevnte studien, og har fått mulighet til å stille spørsmål.
2. Jeg forstår at min deltakelse er frivillig og at jeg står fritt til å trekke meg når som helst uten å oppgi noen grunn og uten at mine arbeidsrettigheter eller andre juridiske rettigheter påvirkes.
3. Jeg aksepterer å bli intervjuet av ovennevnte forsker og at intervjuet blir tatt opp på bånd. Jeg forstår at jeg når som helst kan be forskerne om å stoppe.
4. Hvis jeg trekker meg fra studien, blir opplysningene jeg har avgitt anonymisert. Opplysningene kan i anonymisert form likevel benyttes i analyser.
5. Jeg godkjenner at dataene oppbevares i anonymisert form i tre år før de slettes og forstår at all identifiserende informasjon om meg blir fjernet for å beskytte min identitet.
6. Jeg aksepterer å delta i den ovennevnte studien.

\_\_\_\_\_  
Navn på deltaker

\_\_\_\_\_  
Dato

\_\_\_\_\_  
Signatur

\_\_\_\_\_  
Forsker

\_\_\_\_\_  
Dato

# Intervjuguide ledelse og helsepersonell

---

## Intervjuguide leder

### **Hvilke faktorer på nasjonalt nivå påvirker bruk av nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge sykehusinfeksjons fra sykehusledelsens perspektiv?**

1. Hvordan får du kjennskap til nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern?  
– hvilke instanser?
2. Hva er din oppfatning av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern?
3. På hvilke måte blir disse implementert?
4. Blir sykehuset involvert i prosesser for å utvikle disse?
5. Hvilke type opplæring følger når nye nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern kommer?
6. Kan du beskrive hvordan du får kunnskap om nye eller reviderte nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern?
7. Hvordan blir du påvirket av nasjonale kampanjer innen smittevern?  
- håndhygiene kampanje  
- pasientsikkerhetskampanjen
8. Hvordan mener du nasjonale myndigheter kan påvirke sykehusets bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern?

### **Hvilken strategi har sykehusledelsen for å ta i bruk nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge sykehusinfeksjoner?**

1. Hvordan brukes sykehusets kvalitetssystem for å ta i bruk nye faglige retningslinjer innen smittevern?  
- hvordan opplever du at det fungerer?
2. Hvordan deltar du i utformingen av sykehusets strategi for bruk av faglige nasjonale retningslinjer innen smittevern?
3. Hvilke tanker har du om organiseringen av smittevernarbeidet i dag?  
- hva fungerer / fungerer ikke?
4. Hvem har ansvar for implementeringen av slike retningslinjer?
5. Hvordan opplever du at det fysiske og tekniske miljøet påvirker hvordan dere bruker nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern? Har du noen mulighet for å endre på dette?
6. Har du mulighet for å hente kunnskap om bruken av retningslinjene fra andre?  
- beskriv hvordan, hvem
7. Hvordan opplever du at bruk av faglige nasjonale retningslinjer bedrer kvalitet og pasientsikkerheten?  
- kan du gi eksempler?
8. Hva mener du er viktige suksess faktorer for at nasjonale faglige retningslinjer tas i bruk i din enhet?
9. Hvordan prioriterer ledere dette arbeidet?  
- hva gjør du konkret i forhold til dette?

### **Hvilke organisatoriske suksess faktorer og barrierer opplever ledelsen at det er i arbeidet for å forebygge sykehusinfeksjoner?**

1. Hvordan sikrer du at ansatte har den nødvendige kunnskap om nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern?

2. Hvilket ansvar ar ansatte for å være oppdatert?
3. Hvordan veileder du i bruk av faglige nasjonale retningslinjer innen smittevern i ditt daglige arbeid?
4. Kan du fortelle om hvorfor det er vanskelig å bruke nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern?  
Hva får ansatte til å ta dem i bruk?
5. Har du noen forslag til hva som kan få helsearbeidere til å ta nasjonale faglige retningslinjer i bruk?
6. Opplever du noen gang at det er uenighet i forbindelse med å ta nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern i bruk?  
- hva består denne uenigheten i? (faglig relevans, tidsbruk, annet)
7. Kan du beskrive hvordan dere løser eventuell uenighet i bruk nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern?
8. Hvordan opplever du at det fysiske og tekniske miljøet påvirker hvordan dere bruker nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern?
9. Kan du beskrive hvordan avdelingen din samarbeider med andre ansatte om bruk av faglige retningslinjer innen smittevern? Hva fungerer godt og hva fungerer dårlig  
- egen avdeling  
- andre avdelinger  
- andre sykehus
10. Hvordan samarbeider avdelingen din med pasienter ved bruk av faglige nasjonale retningslinjer innen smittevern?  
- informasjon  
- annet?

**Hvilke erfaringer har ledelsen bruk av nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge sykehusinfeksjoner?**

1. Kan du beskrive noen av dine erfaringer / opplevelser når avdelingen din har brukt nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge sykehusinfeksjoner?
2. Hvordan opplever du at bruk av faglige nasjonale retningslinjer bedrer kvalitet og pasientsikkerheten?
3. Hvilke positive aspekter mener du der er ved at vi har nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern? Negative?
4. Beskriv hvordan du motiverer dine medarbeidere til å følge og bruke nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern?
5. Opplever du at nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern er en del av det daglige arbeidet i enheten?
6. Hvordan mottas nye nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern av de ansatte i enheten?
7. Hvordan er kulturen i enheten for å bruke nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern?  
- holdninger, engasjement

Klarer du å oppsummere hva som fremmer / hemmer bruk av faglige nasjonale retningslinjer innen smittevern?

Har du noe du ønsker å tilføye?

## Intervjuguide helsepersonell

### **Hvilke faktorer på nasjonalt nivå påvirker bruk av nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge sykehusinfeksjons fra helsearbeidere sitt perspektiv?**

1. Hvordan opplever du at nye nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern implementeres?
2. Hva er din oppfatning av nasjonale retningslinjer innen smittevern?
3. hva mener du er positiv / negativt med nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern?
4. Kan du beskrive hvordan du får kjennskap til nye eller reviderte nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern?
5. Hvordan involveres ansatte i utarbeidelse av med nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern?  
- fagorganisasjoner?
6. Hvordan blir du påvirket av nasjonale kampanjer for å bedre smittevern?  
- håndhygiene kampanje  
- pasientsikkerhetskampanjen
7. Har du mulighet for å hente kunnskap om bruken av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern fra kilder utenfor sykehuset?  
- beskriv hvordan, hvem
8. Hvordan mener du nasjonale myndigheter påvirker hvordan dere bruker nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern

### **Hvilken strategi har helsearbeidere for å ta i bruk nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge sykehusinfeksjoner?**

1. Hva er din mening om sykehusets kvalitetssystem? Hvordan bruker du det?  
- innhold
2. Hvordan deltar du i utformingen av sykehusets strategi for bruk av faglige nasjonale retningslinjer innen smittevern?
3. Hvordan organiseres smittevern i den enhet?
4. Hvordan påvirker ledelsen deg i hvordan du tar i bruk nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern?
5. Hvem har ansvar for implementering av med nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern i din enhet?
6. Hvem arbeider med opplæring i nye med nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern?
7. Har du mulighet for å hente kunnskap om bruken av retningslinjene fra andre kilder i sykehuset?  
- beskriv hvordan, hvem
8. Hvordan opplever du at bruk av faglige nasjonale retningslinjer bedrer kvalitet og pasientsikkerheten? Kan du gi eksempler?
9. Hvordan opplever du at det fysiske og tekniske miljøet påvirker hvordan du bruker nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern? Har du noen mulighet for å endre på dette?

### **Hvilke organisatoriske suksess faktorer og barrierer opplever helsearbeidere at det er i arbeidet for å forebygge sykehusinfeksjoner?**

1. Kan du beskrive hvordan du samarbeider med andre ansatte om bruk av faglige retningslinjer innen smittevern?  
- egen avdeling  
- andre avdelinger  
- andre sykehus



2. Hvordan samarbeider du med pasienter ved bruk av faglige nasjonale retningslinjer innen smittevern?
  - informasjon
  - annet?
3. Kan du beskrive hvordan du løser uenighet i bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern?
4. Veileder du i bruk av faglige nasjonale retningslinjer innen smittevern i ditt daglige arbeid?
5. Hvordan opplever du at det fysiske og tekniske miljøet påvirker hvordan du bruker nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern?
6. Kan du beskrive hvordan du tilegner deg ny kunnskap om retningslinjer innen smittevern?
7. Hvilke faktorer mener du er med å påvirke bruken av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern? Hindrer bruk? (Prioritering fra ledelse, opplæring, kultur, faglig uenighet)
8. Hvilke forventninger formidles fra ledelsen om bruk av nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern?

**Hvilke erfaringer har helsearbeidere med bruk av nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge sykehusinfeksjoner?**

1. Kan du beskrive noen av dine erfaringer / opplevelser når du har brukt nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge sykehusinfeksjoner?
2. Hvordan opplever du at bruk av faglige nasjonale retningslinjer bedrer kvalitet og pasientsikkerheten? Kan du gi eksempler?
3. Beskriv hvordan du motiveres til å følge og bruke nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern? (Prioritering fra ledelse, opplæring, kultur, faglig )
4. Kan du beskrive noen tiltak som motiverer eller gjør at du mister motivasjon for å følge nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern?
5. Hvordan bruker du nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern i din hverdag?

Klarer du å oppsummere hva som fremmer / hemmer at du og dine kollegaer tar i bruk nasjonale faglige retningslinjer innen smittevern?

Har du noe du har lyst å tilføye?

### Vedlegg 3 Oversikt over dokumenter i dokumentanalysen

Tabell oversikt over dokumenter brukt i dokumentanalyse

Dokument tittel	Antall sider	Nivå
Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens 2008 - 2012	77	Nasjonalt
I trygge hender, Nasjonalpasientsikkerhetskampanje	40	Nasjonalt
Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. IS-1870	10	Nasjonalt
Veilederen til Forskrift om smittevern i helsetjenesten: Fastsatt ved kgl.res. 17. juni 2005 med hjemmel i lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer.	80	Nasjonalt
Isoleringsveilederen	50	Nasjonalt
EQS Retningslinje «Isolering»	14	Lokalt
MRSA veilederen	50	Nasjonalt
Strategiplan 2010 - 2020	19	Lokalt
Helse 2020	37	Regional
Dokumenter fra dokumentstyringssystemet	30	Lokalt

## Vedlegg 4 Godkjenninger