

En smittefri vei gjennom akuttmottak

Leger og sykepleieres erfaringer



Universitetet
i Stavanger

Institutt for Helsefag

Master i Helsevitenskap, Spesialisering:

Masteroppgave (50 studiepoeng)

Student: Ragnhild Wathne

Veileder: Professor Britt Sætre Hansen

Dato/år: 15.11/2016

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP
MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

(Høst – 2016)

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Ragnhild Wathne

VEILEDER: Professor Britt Sætre Hansen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Nordisk tittel: En smittefri vei gjennom akuttmottak

- Leger og sykepleieres erfaring

Engelsk tittel: Going through the emergency department without getting infected

- Doctors and nurses experiences

EMNEORD/STIKKORD:

Antibiotika resistente mikrober, MRSA, pasientsikkerhet i akuttmottak, lærende organisasjon

ANTALL SIDER: 76 + vedlegg, forord, innholdsfortegnelse og sammendrag

STAVANGER, 15.11.2016

Forord

Med denne oppgaven avslutter jeg mitt mastergrad-studie i Helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger. Prosessen frem til ferdig resultat har oppfylt mitt personlige ønske om ny kunnskap. På grunn av økende antibiotikaresistens må viktigheten av smitteforebygging gis mer fokus i fremtiden og det har vært givende å bidra med forskning innen fagfeltet.

Som hygiesykepleier er infeksjonsforebygging et fagfelt som har vært av interesse over langt tid og jeg har vært heldig som har fått lov til å fordype meg i dette temaet.

Takk til dere som deltok i intervjufasen. Deres ærlighet og åpne refleksjoner har gjort forskningen min relevant og aktuell og gitt oppgaven den dybde jeg ønsket. Arbeidsgiver og kolleger, Marit Mathisen og Berit Bue, ved avdeling for smittevern har støttet meg og kommet med gode innspill i arbeidet. Jeg ønsker også å rette en takk til Gunhild Bjørnå som bidro med hjelp i datainnsamlingen.

Min veileder Britt Sætre Hansen har bidratt med tydelig og god veiledning – Takk for ditt verdifulle kritiske blikk og dine løsningsorienterte innspill.

Jeg takker også mine nærmeste som har hatt forståelse for viktigheten av mitt arbeid.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt og overordnet mål med studien.....	5
1.3	Problemstilling	5
1.4	Forskningsspørsmål.....	5
1.5	Avgrensing og begrepsavklaring.....	6
1.6	Pasientsikkerhet i helsetjenesten	7
1.7	Nasjonale føringer for infeksjonsforebygging i helseinstitusjoner	7
2	Kontekst	10
2.1	Organisering, ansvarsforhold og infeksjonsforebygging i akuttmottak.....	10
3	Tidligere forskning	12
4	Teoretisk rammeverk og modell	16
4.1	Et rammeverk for kvalitetsutfordringer	16
4.2	Lærende organisasjoner av Senge	19
5	Metode og metodiske overveielser	22
5.1	Vitenskapsteoretisk ståsted	22
5.2	Forforståelse	23
5.3	Kvalitativ tilnærming	24
5.4	Valg av deltakere.....	24
5.5	Datainnsamling	26
5.6	Forskningsetiske vurderinger	27
5.7	Kvalitativ innholdsanalyse	29
6	Presentasjon av funn	33
6.1	Kultur og holdning	33
6.2	Kunnskap.....	38
6.3	Fysisk utforming, teknologi, struktur og politikk	42
6.4	Sammenstilling av funn.....	46
7	Diskusjon	49
7.1	Kultur & holdning	49
7.2	Kunnskap.....	58
7.3	Styrker og svakheter ved studien	71
8	Konklusjon.....	73

9	Etterord	76
10	Litteraturliste.....	77
11	Vedlegg	1
11.1	Vedlegg 1: Intervjuguide	1
11.2	Vedlegg 2: Matrise av meningsenheter og kondensert meningsinnhold.....	3
11.3	Vedlegg 3: Godkjenning av masterprosjekt – MA 59.....	5
11.4	Vedlegg 4: Godkjenning fra forskningsavdeling	6
11.5	Vedlegg 5: Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS	7
11.6	Vedlegg 6: Eksempel på litteratursøk i aktuelle databaser.....	8
11.7	Vedlegg 7: Informasjonsskriv til ansatte	9
11.8	Vedlegg 8: Samtykkeskjema	11

Figurer

Figur 1	Forholdet mellom forekomst av MRSA infeksjon og MRSA bærertilstand.....	8
Figur 2	Ulike faser en pasient gjennomgår i et akuttmottak, Holmberg (2013).....	11
Figur 3	Bate's teori om kvalitetsutfordringer	16
Figur 4	Senges lærende organisasjon - fem disipliner Error! Bookmark not defined.	
Figur 5	Sammenstilling av funn.....	47

Tabeller

Tabell 1	Oversikt over fokusgruppeintervju	25
Tabell 2	Oversikt over individuelle intervju.....	26
Tabell 3	Utdrag fra analyse av intervju	29

Sammendrag

Bakgrunn: WHO og sentrale myndigheter peker på at antibiotikaresistens er en økende trussel mot folkehelsen og pasientsikkerheten i helsetjenesten. I Norge anslås det at ca. 50 000 pasienter får en sykehusinfeksjon årlig. Nasjonale dokumenter løfter frem korrekt antibiotikabruk og basale smittevernrutiner som to viktige strategier for å hindre spredning av antibiotikaresistente bakterier i helseinstitusjoner. Akuttmottak er en inngangsport til sykehuset og helsepersonell har en sentral funksjon med å forebygge smitte.

Formål: Formålet med studien var å få innsikt i leger og sykepleieres erfaring med smitteforebygging i et akuttmottak. Et overordnet mål er at resultatet vil danne grunnlag for kvalitetsforbedring i organisasjonen.

Metode: Denne studien har en kvalitativ tilnærming og et deduktivt eksplorerende design. Det er gjennomført tre fokusgruppeintervju med til sammen 12 sykepleiere fra akuttmottak og fire individuelle intervju med leger fra medisinsk avdeling. Bate et al. (2008) sin teori om kvalitetsutfordringer er valgt som teoretiske rammeverk og Senges teori (1991) om lærende organisasjoner er i tillegg valgt for å belyse tema.

Funn: Funn viser mangelfull kunnskap om smitteforebygging blant helsepersonell, mangelfull kunnskapsledelse, og store variasjoner i holdning til smittevern. Ytre faktorer som areal, datasystemer og tilgjengelig tid er ikke tilrettelagt slik at tilfredsstillende smitteforebygging kan utøves.

Konklusjon: Studien konkluderer med at det er kvalitetsutfordringer innen alle områder i det teoretiske rammeverket. Det er nødvendig med en systematisk tilnærming til disse utfordringene for å kunne drive frem varige forbedringer innen smittevern.

Nøkkelord: smitteforebygging, antibiotikaresistente bakterier, MRSA, akuttmottak, pasientsikkerhet, systemtenkning, lærende organisasjon

1 Introduksjon

I følgende avsnitt presenterer jeg tema og bakgrunn for masterstudien. Dette leder fram til hensikt, mål og problemstilling som utdypes med to forskningsspørsmål. Videre beskriver jeg noen avgrensinger og begrepsavklaringer.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Mangel på kunnskap og motstand mot denne var en viktig grunn til at de store epidemiene, som kolera og pest, fikk så stort omfang på 18-1900 tallet i Europa. Først mot slutten av 1800-tallet ble mikrobene oppdaget og det ble etterhvert alminnelig kunnskap at sykdom smitter via hoste og berøring mellom mennesker (Nortvedt, 1998).

I denne perioden var det at Semmelweis kjempet for å få gjennomslag for sin studie om sammenhengen mellom høy dødelighet av barsel-feber og manglende håndhygiene. Først etter hans død ble teorien om sammenhenger mellom bakterier og smittespredning utviklet og anerkjent. I dag betraktes Semmelweis som pioneren for forebygging av sykehusinfeksjoner. Nightingale føyer seg inn i rekken som forkjemper for hygiene og pasientsikkerhet gjennom sin organisering av sykehus på 1800-tallet (Nortvedt, 1998).

I et historisk perspektiv er denne kunnskapen relativt ny og har bidratt til at Norge i løpet av de siste hundre år er blitt et velferdssamfunn med gode levekår, god folkehelse og en stadig bedre pasientsikkerhet. Tidlig på 1900-tallet fokuserte sentrale myndigheter på hygiene og infeksjonssykdommer og fremholdt lys, frisk luft og renslighet som viktig (Nasjonalt Folkehelseinstitutt (FHI), 2015). Denne statlige oppmerksomheten førte til en positiv utvikling. Kultur for nytenkning, kunnskapsformidling og holdning hos mottaker har betydning for implementering av ny kunnskap og praksisendring. Dette er utfordringer som jeg kjenner til gjennom egen erfaring som hygienesykepleier i et sykehus.

Kjente mikrober som er blitt antibiotikaresistente slik som meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) og nye ukjente smittestoff er kommet nærmere pga. økt reisevirksomhet. Den alvorlige Ebolaepidemien i Vest- Afrikanske land i 2014 satt en støkk i den vestlige verden. Vi forsto ikke alvorret før vi måtte forberede oss på mottak og behandling av en Ebolasmittet pasient i eget sykehus. Vi må forholde oss til nye ukjente resistente mikrober i fremtiden. Det er ingen grunn til å tro at vi forskånes fra

konsekvenser av antibiotikaresistens. Vårt globale samfunn med mye reisevirksomhet og utveksling gjør at smitterisikoen forblir et internasjonalt problem (Stangeland, 2015).

Allerede da Alexander Fleming (1881-1995) i 1945 fikk tildelt Nobelprisen i medisin som opphavsmann til antibiotika, advarte han mot faren for resistensutvikling ved overforbruk av penicillin. I 2012 erklærte WHO antibiotikaresistens til å være en trussel mot moderne medisinsk behandling og en av de største helsetrusler som verden står overfor (WHO, 2012). Den globale dødeligheten som følge av antibiotikaresistens, er anslått til ca.700 000 mennesker årlig. Norge samarbeider med WHO og andre medlemsland i Verdens helseforsamling om en «*Global action plan on antimicrobial resistance*» som ble vedtatt i 2014.

Norge har fremdeles gunstige forhold med sannsynligvis den laveste forekomsten av resistente bakterier i sykehus i Europa (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013). Sammenlignet med verden for øvrig, har vi ført en restriktiv antibiotikapolitikk og har hatt strenge smittevernprosedyrer. Til tross for denne strategien har det gjennom de siste 10-20 år vært en kraftig økning av antibiotika resistente bakterier (ARB) i Norge. Sentrale myndigheter skriver at antibiotikaresistens er en økende trussel mot folkehelsen og pasientsikkerheten i helsetjenesten.

En stor utfordring med ARB er at infeksjon og bærerskap øker risikoen for alvorlige infeksjoner med innskrenkede behandlingsmuligheter. Det får konsekvenser for gjennomføring av medikamentell kreftbehandling og større kirurgi fordi det kan bli for risikofullt uten antibiotika. Vanlige infeksjoner og mindre skader kan bli fatale i fremtiden uten effektive antibiotika (Antibiotikaresistens- kunnskapshull, utfordringer og aktuelle tiltak 2014). Dødeligheten for pasienter som har en infeksjon med ARB er høyere og liggetiden i sykehus er lengre sammenlignet med pasienter som har tilsvarende infeksjoner med ikke resistente mikrober (Andersen, 2015). En studie viser til dobbelt så høy dødelighet ved blodforgiftning med resistente bakterier (ESBL-positiv E. coli) sammenlignet med tilsvarende infeksjon uten resistens (Helse og omsorgsdepartementet, 2015).

Publikasjonen «To err is human» som peker på et høyt antall pasientskader i amerikansk helsevesen, førte til et tydelig vendepunkt i myndighetenes styring mot å styrke pasientsikkerheten i amerikansk helsetjeneste (Aase, 2010). I løpet av de siste 10 år er pasientsikkerhet blitt et eget fagfelt innen helsetjenesten med mye vitenskapelig

forskning både nasjonalt og internasjonalt (WHO, 2009). Norske myndigheter har løftet frem pasientsikkerhet som et viktig satsingsområde gjennom stortingsmeldinger, veiledere og det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet (St.meld. 10, 2012-2013).

Pasientskader i Norge er godt dokumentert gjennom nasjonale målinger. I opptakten til innføring av den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen i 2011 (seinere kalt pasientsikkerhetsprogrammet), ble det gjennomført et kartleggingsstudie av tilfeldige pasientjournaler i alle norske sykehus. Undersøkelsen viste at ca. 16 % av sykehusoppholdene var forbundet med minst en skade som infeksjoner, fall, legemiddelfeil etc.

Gjennom innføring av den nasjonale pasientsikkerhetskampanje i 2011 er smittevern løftet frem som en del av kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet i norske sykehus. WHO (2009) skriver at det må rettes spesiell oppmerksomhet mot sykehusinfeksjoner fordi det er denne skaden som hyppigst blir påført pasienter i helsevesenet.

Hvert år får ca. 50 000 inneliggende pasienter en sykehusinfeksjon (Kunnskapssenteret, rapport nr.20 - 2013, St. meld nr. 10, 2012-2013). Det er en belastning for både pasient og pårørende. En sykehusinfeksjon er anslått til å forlenge sykehusoppholdet med gjennomsnittlig fire dager og er forbundet med store kostnadmessige konsekvenser (Departementene, 2008).

Forekomsten av sykehusinfeksjoner nasjonalt måles gjennom prevalens og insidensmålinger. Høsten 2015 viser prevalensmålinger at 4,8 % av pasientene ved norske sykehus hadde en eller flere sykehusinfeksjoner (FHI, 2015). Casesykehuset hadde en infeksjonsrate på 4,3 % ved samme måling. Det vil si at 25 av 598 innlagte pasienter hadde en sykehusinfeksjon på målingstidspunktet.

I flere sammenhenger peker Folkehelseinstituttet på at det er mulig å forebygge sykehusinfeksjoner med inntil 20 – 30 % gjennom effektivt smittevernarbeid (FHI, Smittevern 15). Det dreier seg oftest om enkle tiltak som basale smittevernrutiner der korrekt håndhygiene er det viktigste tiltaket for smitteforebygging. Mange mikrober overlever opptil flere måneder i miljøet og lar seg lett overføre ved kontakt (Andersen, 2015). Det er dessuten en klar sammenheng mellom manglende håndhygiene og økt smitterisiko i helseinstitusjoner (FHI, Håndhygiene 2016).

I Nasjonal strategi mot Antibiotikaresistens 2015-2020 (2015) varsles det at helsepersonell må sette smittevern på agendaen fordi spredning av ARB vil føre til store fremtidige konsekvenser for pasienter i spesialisthelsetjenesten. Det er nødvendig med et sterkere fokus på smittevern med økt kompetanse slik at implementering av smitteverntiltak får større gjennomslagskraft. Alle i helsetjenesten må følge basale smittevernrutiner dersom vi skal kunne opprettholde dagens gunstige situasjon. Håndhygiene i helseinstitusjoner trekkes frem som et enda viktigere tiltak enn tidligere i kampen mot økende antibiotikaresistens (Nasjonal strategi mot Antibiotikaresistens 2015-2020).

I 2007 gjennomførte Helsetilsynet et landsomfattende tilsyn med forsvarlighet og kvalitet i 27 somatisk akuttmottak i spesialisthelsetjenesten. Rapporten avdekket store utfordringer med ressurs- og kompetansestyring, overvåking av drift, risikovurdering, avvikshåndtering og tilfredsstillende fysisk plass. Helsetilsynet konkluderte med at driften ikke var forsvarlig. I ettertid er mye blitt gjort, men Kunnskapssenteret (2015) betrakter fremdeles akuttmottak som en høyrisikosone for pasientsikkerhet. I «Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak» (2014) peker Helsedirektoratet på flere utfordringer som kan sammenfattes i fire hovedområder: organisering og ledelse, virksomhetsstyring og drift, klinisk forsvarlige pasientforløp og kompetanseutvikling. Infeksjonsforebygging i akuttmottak kan knyttes til alle fire hovedområder.

Akuttmottaket ved casesykehuset er et somatisk akuttmottak der de fleste pasienter er henvist fra fastlege, legevakt eller ankommer med ambulanse. Ca. 70 % av alle innleggelser skjer gjennom akuttmottak. Det er et knutepunkt i organisasjonen der det legges premisser for videre oppfølging og behandling. Pasienten forflyttes mellom venterom, triage (klinisk risikostyrings- og prioriteringssystem), undersøkelsesrom og evt. røntgen før de kommer til sengeposten. Raske forflytninger, akutte hendelser, perioder med mange pasienter og kort avstand mellom senger i triage er blant utfordringer personalet har med å forebygge smittespredning mellom pasienter. Pasientene er sårbare og prisgitt helsepersonell sin kompetanse og lojalitet til smitteforebyggende tiltak.

Det er vanskelig å forstå at det fremdeles synes å være store utfordringer med etterlevelse av håndhygiene i helsevesenet så lang tid etter Semmelweis sin oppdagelse

(Håndhygieneveilederen, 2016). Det er viktig at helsepersonell forstår alvoret i hvilke alvorlige konsekvenser det kan ha for pasienten å få en sykehusinfeksjon.

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet med aktuelle målinger på bl.a. infeksjonsrater avdekker noen sider av kvaliteten i helsetjenesten primært på sengeposter. I akuttmottak er det ikke slike målinger. Vi vet derfor lite om kvaliteten på infeksjonsforebyggende arbeid i norske akuttmottak og om hvilke forhold som har innflytelse på denne. Dette etterlyses i Nasjonale planer og dokumenter (Helsedirektoratet, 2014). Nasjonale og særlig internasjonal litteratur bekrefter at det er svikt i basale smittevernrutiner (Griffiths, Hughes, Rafferty & Renz, 2009, Borg, 2014).

Som hygienesykepleier undrer jeg meg over hvilke erfaringer leger og sykepleiere i akuttmottak har med smitteforebyggende tiltak i et travelt akuttmottak. Bate, Mendel og Robert (2008) fremhever at kunnskap, kultur, fysisk/teknologiske og strukturelle forhold har stor betydning for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i helsetjenesten i USA og i Europa. De hevder også at organisering i helsetjenesten har avgjørende betydning for løsningen på kvalitetsutfordringer i helsetjenesten. Det teoretiske rammeverket som Bate et al., (2008) har utviklet, brukes som rammeverk i denne studien. Videre gir Senges teori (1991) om den lærende organisasjon verdifulle bidrag til diskusjonen.

1.2 Hensikt og overordnet mål med studien

Hensikten med studien er å belyse leger og sykepleieres erfaringer med smitteforebygging i et akuttmottak sett i lys av pasientsikkerhetsteori og systemtenkning. Det er et ønske at funn fra studien vil bidra til målrettet infeksjonsforebyggende arbeid i det aktuelle- og andre akuttmottak.

1.3 Problemstilling

Hvordan ivaretas infeksjonsforebygging i et akuttmottak sett i lys av pasientsikkerhetsteori og systemtenkning

1.4 Forskningsspørsmål

1. Hvilke erfaringer har leger og sykepleiere med infeksjonsforebygging i et akuttmottak?

2. Hvordan er smittevern forankret som fagfelt i et akuttmottak?

1.5 Avgrensning og begrepsavklaring

Problemstillingen er åpen og kan være en utfordring fordi det genererer et stort datamateriale som skal behandles og analyseres. Det er derfor nødvendig med noen avgrensninger for å sikre at datamaterialet vil kunne gi svar på problemstillingen. Noen sentrale begrep defineres her, men for å bedre leseflyten og unngå gjentakelser defineres andre begrep fortløpende i teksten.

MRSA er Meticillinresistente gule stafylokokker som første gang ble påvist i 1961. Bakterien er resistent mot våre viktigste antibiotika (betalaktamantibiotika) og kan også være multiresistent (Andersen, 2015). MRSA blir brukt som eksempel på ARB i studien. Leger og sykepleiere i intervjuet sier at de synes ESBL er vanskelig og det blir derfor diskutert i drøftingen.

Bate et al. (2008) er valgt som rammeverk i studien og de presenterer kontekstuelle faktorer som indre og ytre kontekst og mikro-, meso- og makronivå i organisasjonen. Denne studien har fokus på leger og sykepleieres erfaringer på mikronivå. Det er likevel mulig å danne seg et bilde av struktur og ledelse på mikronivå gjennom personalets erfaringer. Mesonivå er øverste ledelse i sykehuset og indre / ytre kontekst nevnes kort der det blir presentert. Makronivå defineres som myndighetene utenfor organisasjonen, Basale smittevernrutiner; I infeksjonskontrollprogrammet understrekes betydningen av basale smittevernrutiner som en grunnpilar i all forebygging av smitte i helsetjenesten. Basale smittevernrutiner er en samling smitteforebyggende tiltak som håndhygiene, munnbind, stellefrakk, rent utstyr, pasientplassering etc. som helsepersonell skal vurdere å bruke overfor alle pasienter uavhengig om det er påvist smitte (Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta 2006).

Infeksjonsforebyggende tiltak er alle nødvendige og planlagte tiltak for å forebygge og motvirke infeksjoner i helsetjenesten (FHI, 2015) I denne studien har begrepet et systemperspektiv og knyttes til basale smittevernrutiner og isoleringstiltak ved smitte/spørsmål om smitte med ARB.

1.6 Pasientsikkerhet i helsetjenesten

Kvalitet og pasientsikkerhet brukes ofte sammen som begrep og inngår i hverandre. I St.meld.,10 (2012-2013) «god kvalitet» fremstilles kvalitet som en stjerne der pasientsikkerhet inngår som en av seks komponenter i kvalitetsstjernen; Kvalitet betyr at tjenestene skal være virkningsfulle, trygge og sikre, være samordnet, involvere brukerne, være tilgjengelige og rettferdig fordelt og ressursene må utnyttes på en god måte.

Pasientens egne opplevelser av kvaliteten på helsetjenesten definerer innholdet i kvalitetsbegrepet og er derfor avhengig av hvilke forventninger og krav vedkommende stiller (St.meld. 10, 2012-2013). Pasientsikkerheten styrkes ved at leger og sykepleiere følger smittevernfaglige retningslinjer. I samme stortingsmelding «God kvalitet – trygge tjenester» defineres pasientsikkerhet som «*vern mot unødig skade som følge av ytelse av helse- og omsorgstjeneste eller mangel på slik ytelse*».

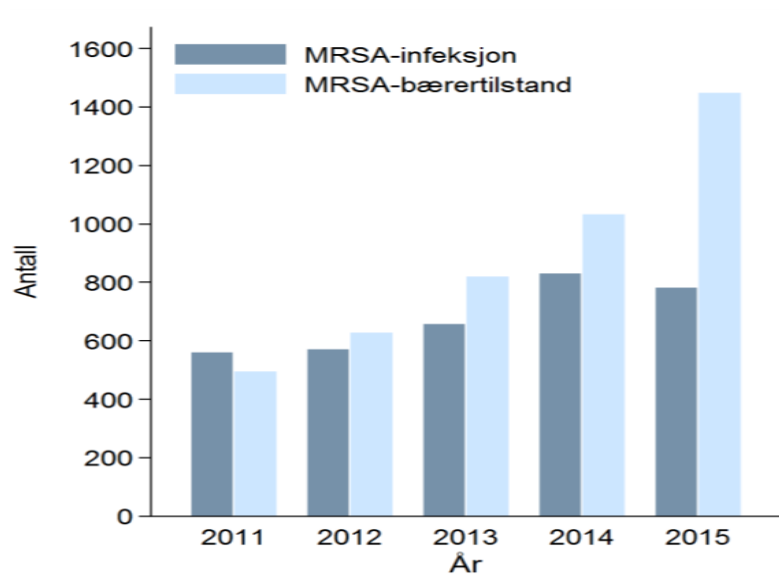
Kvalitet, kompetanse og pasientsikkerhet er strategiske satsningsområder i casesykehuset og det har bl.a. vært gjennomført utrulling av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet i organisasjonen (Helse Stavanger HF 2013-2017). Pasientsikkerhetskampanjen lanserte tre hovedmål; å redusere pasientskader, skape varige strukturer for pasientsikkerhet og å forbedre pasientsikkerhetskulturen i den norske helsetjenesten (St.meld. 10, 2012-2013).

Arbeidet med å skape en sikkerhetskultur som støtter infeksjonsforebygging er en prosess med kollektiv læring i organisasjonen. Det handler om at kvaliteten på utøvelsen til helsepersonell styres gjennom individuelle verdier, gruppeverdier og holdninger (Aase, 2010).

1.7 Nasjonale føringer for infeksjonsforebygging i helseinstitusjoner

«Look to Norway – men hvor lenge?» var tittelen på en kronikk i Tidsskrift for Den norske legeforening (2010). Bakgrunnen var at det amerikanske tidsskriftet Associated Press var på jakt etter stoff til artikkelserien «When drugs stop working». Etter å ha besøkt Oslo universitetssykehus som har lite MRSA og ARB slik som resten av landet, ble det store overskrifter i verdenspressen «Norway; the most infection free country in the world», «Solution to killer superbug found in Norway» (The New York Times). Den store oppmerksomheten viser at sykehus i andre land har store problemer med

infeksjonssykdommer forårsaket av ARB som MRSA etc. I Norge har MRSA-forekomsten i bærerskap av mikroben vært økende de siste år.



Figur 1 Forholdet mellom forekomst av MRSA infeksjon og MRSA bærertilstand.

Avdeling for smittevern ved case-sykehuset gjennomfører en kontinuerlig nasjonal insidensregistrering av postoperative sårinfeksjoner hos alle pasienter som blir operert for keisersnitt, hofteproteser, galle- og tarmoperasjoner. Data sendes til Folkehelseinstituttet som bearbeider, formidler og offentliggjør disse som nasjonale kvalitetsindikatorer. Infeksjonstall på foretaksnivå blir offentlig sammenlignet med nasjonale infeksjonstall. Et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem gir pålitelig kunnskap om kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten. Informasjonen skal være tilgjengelige for alle og skal brukes i kvalitetsforbedringsarbeid, virksomhetsstyring og politisk styring (St.meld. 16, 2002-2003). Avdelinger med høy infeksjonsrate blir kontaktet av hygienesykepleier/smittevernlege med tilbud om et samarbeid. Det er ingen tilsvarende måling av kvalitetsindikatorer for pasienter som er i et akuttmottak.

Departementene og Folkehelseinstituttet har utarbeidet flere oppfølgende strategidokumenter og rapporter om forebygging av antibiotikaresistens. Den siste strategien er «*Nasjonal strategi mot Antibiotikaresistens 2015 - 2020*» (Departementene). Grunnlaget for infeksjonsforebyggende retningslinjer og veiledere i Norge, er internasjonal evidencebasert litteratur fra institusjoner som WHO og Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Det fastslås at nasjonale systemer for overvåkning av antibiotikaresistens i hovedsak er på plass i Norge. Det mangler likevel oversikt over hvor hyppig resistens forekommer hos friske bærere og hvilke risikofaktorer som bidrar til at befolkningen blir bærere av slike mikrober (Departementene, 2015). Rapporter fra utlandet viser en foruroligende økning av antibiotikaresistens i normalfloraen (FHI, 2014). Dette understreker viktigheten av å behandle alle pasienter som potensielle smittebærere gjennom utøvelse av basale smittevernrutiner (FHI, 2006).

Forskrifter og krav fra myndighetene belyser alvoret i trusselen med økende antibiotikaresistens. Siden 2015 har det gjennom forskrift fra Helsedirektoratet vært pålagt helseinstitusjoner å registrere antibiotikabruk samtidig med prevalensmåling av infeksjoner. Hensikten er å forebygge resistensdrivende overforbruk av antibiotika gjennom bevisstgjøring av helsepersonell. Med innføring av elektronisk kurve, skal antibiotikabruk registreres og overvåkes kontinuerlig.

2 Kontekst

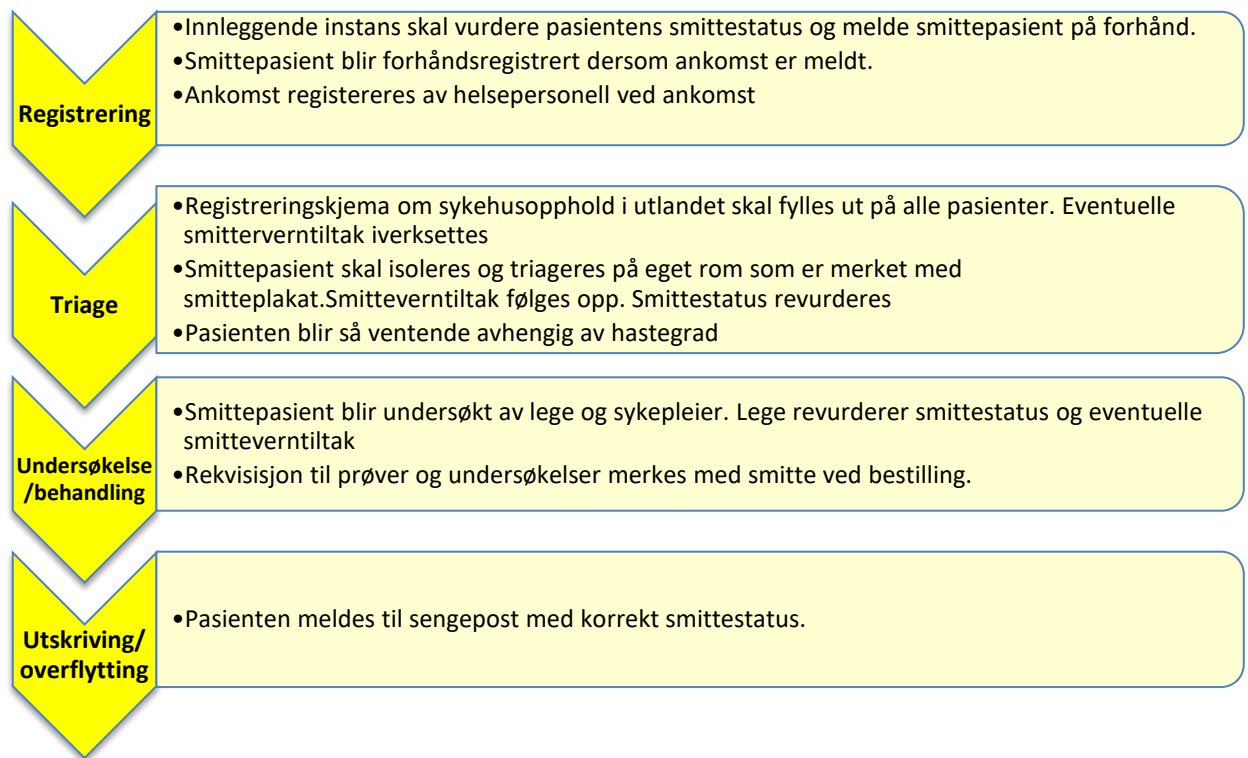
2.1 Organisering, ansvarsforhold og infeksjonsforebygging i akuttmottak

I casesykehuset består seksjon for smittevern av tre leger i deltidstilling og tre hygienesykepleiere, hvorav den ene er leder. Hygienesykepleier er ansatt i stab og har en rådgivende funksjon. Rådgivning skjer bl.a. gjennom undervisning, veiledning på telefon, revisjon og direkte oppfølging i praksis. Alle retningslinjer i organisasjonen, inkludert infeksjonskontrollprogrammet er samlet i et elektronisk kvalitetssystem. Det er en forutsetning at ansatte får opplæring i systemet og bruker dette for å kunne gjennomføre korrekte infeksjonsforebyggende tiltak. Kunnskapsgrunnlaget for infeksjonskontrollprogrammet er bl.a. forskjellige nasjonale veiledere fra Folkehelseinstituttet og nasjonalt kunnskapscenter. Disse bygger på kunnskapsbasert internasjonal faglitteratur som baserer seg på systematiske litteratursøk.

Det har i flere år vært et smittevernfaglig nettverk av hygienekontakter fra sengepostene ved sykehuset. Hensikten med dette er å holde infeksjonskontrollprogrammet levende gjennom et faglig bindeledd mellom smittevern og organisasjonen. Hygienesykepleier er ansvarlig for gjennomføring av jevnlig møter.

Pasienter som legges inn i sykehuset via akuttmottak kommer på kort varsel. De er kritisk syke eller står i fare for å utvikle en kritisk tilstand. De fleste pasienter meldes inn med diagnose og smittestatus på forhånd enten direkte fra lege eller via akutt medisinsk meldetjeneste (AMK). Enkelte kommer via legevakt, ambulanse eller er overflyttet fra annen institusjon. Det forventes at innleggende instans melder om smittestatus. Det er ikke utarbeidet formelle regler for dette ansvarsforholdet og det hender at smittestatus ikke meldes. Akuttmottak er organisert under medisinsk divisjon og tar imot ca. 100 pasienter i døgnet, dvs. ca. 70 % av alle innleggelser.

Pasientmengden har økt mye de siste årene noe som fører til periodevis opphopning av pasienter. Figur 2 viser smittepasientens gang gjennom akuttmottak (omarbeidet etter Holmberg, 2013).



Figur 2 Ulike faser en pasient gjennomgår i et akuttmottak, omarbeidet etter Holmberg (2013)

De fleste pasienter kommer via venterommet og leverer innleggeleseskrev fra lege med diagnose og smittestatus. «Akuttdatabasen» er et sentralt verktøy som bidrar til å holde oversikt på pasientflyten i akuttmottak. Pasienter med smitte merkes i eget felt.

Systemet har elektronisk forbindelse med ambulansetjenesten og smittepasient kan meldes før ankomst. Pasienter med oransje og rød hastegrad tas som oftest imot direkte på akuttrom av lege og sykepleier. De øvrige pasientene blir undersøkt etter prioritert hastegrad først av sykepleier og deretter av lege.

Regelen er at smittepasienter meldes inn av lege eller AMK på forhånd slik at pasienten kan komme direkte inn på behandlingsrommet. Det er kun sykepleiere som har ansettelsesforhold i akuttmottak. Leger er ansatt i sin moderavdeling og blir tilkalt eller har enkle vakter i akuttmottak. Arbeidsfeltet til leger er spesialisert innenfor fagområder, men sykepleiere skal behandle alle pasientkategorier. Ansvarshavende sykepleier i behandlingsenheten administrerer og koordinerer sykepleier- og til dels legetjenesten. Avdelingsleder og avdelingssjef er ikke direkte involvert i daglig pasientbehandling.

3 Tidligere forskning

Nasjonale og internasjonale studier viser at det er gjennomført en del forskning innenfor rammen «akuttmottak i sykehus». Noe av denne litteraturen knyttes til pasientsikkerhet generelt, men er lite rettet mot å forebygge smitte i et akuttmottak (Clements et al. 2008). Det er lite forskning om infeksjonsforebygging i et akuttmottak og derfor peker forskningslitteratur på behovet for økt kunnskapsutvikling på området (Yanagizawa-Drott, Kurland, Schuur 2015). Mye handler om overbelastning, metoder for triagering og akutt klinisk behandling som traumebehandling. Forskning på daglig klinisk arbeid rundt pasienter som har hastegrad gul og grønn har lite fokus. Tønnesen (2014) viser til Langlo et al. (2013) som peker på at denne gruppen utgjør størstedelen av pasienter i et akuttmottak.

Håndhygiene

Flest artikler om infeksjonsforebygging handler om basale smittevernrutiner og helsepersonells utførelse av håndhygiene. (Martino et al, 2010, Carter , Pouch, Larson, 2014, Griffiths et al., 2009, Liang et. al, 2014). Forskning og nasjonale føringer understreker at korrekt håndhygiene forebygger sykehusinfeksjoner og hindrer spredning av ARB (Clements et al.,2008; FHI, 2016). Likevel bekrefter forskning at helsepersonells etterlevelse er svært varierende og utføres oftest i mindre enn 50 % av påkrevde situasjoner (Ellis, 2012). Liang et al. (2014) viser til nyere internasjonale studier fra akuttmottak som viser fra 10- 90 % etterlevelse (Sanchez- Paya et al, 2012). I et kvalitativt intervju fra en akuttavdeling i Norge, ble det avdekket at til tross for kunnskap hadde ikke spesialsykepleiere hygieniske motforestillinger med å bruke ringer og klokke (Berland, Berentsen, Gundersen, 2009). Også i forbindelse med videoopptak fra traume og medisinsk resuscitering i amerikanske akuttmottak var det urovekkende lav oppfølging (Liang et al. 2014).

Årsaker som oppgis for manglende oppfølging er primært dårlig tid, ikke tilgjengelig beskyttelsesutstyr, lav risiko for at pasienten har smitte og prioritering av andre pasienter (Liang et al. 2014; Yanagizawa et al.,2015) Sykepleiere har gjennomgående høyere etterlevelse av infeksjonsforebyggende tiltak enn leger (Ellis, 2012).

En omfattende kvantitativ undersøkelse beskriver at audit med direkte observasjon og direkte tilbakemelding til personell nærmest er universelt i svenske akuttmottak (Yanagizawa – Drott et al. 2015). Det konkluderes med at hyppige målinger er den beste måten til å støtte personalet og oppmuntre til etterlevelse av håndhygiene over tid. Det pekes på at organisasjonskultur og tydelig ledelse har innflytelse på bedre etterlevelse og bruk av beskyttelsesutstyr (De Bono, Heling, Borg, 2014).

Systemtenkning

Det er en økende forståelse for at gjennomføring av smitteverntiltak påvirkes av fysisk miljø, pasientsikkerhetskultur, lederskap og den spesifikke organisatoriske konteksten hvor pasientbehandlingen foregår (Griffiths et al., 2009; Bate et al., 2008).

Ansvarliggjøring og forankring av smittevernarbeid i ledelse på mikronivå og opp i systemet anses som en forutsetning for et effektivt smittevernarbeid. Ledere må være synlige og det må være tydelige avgrensinger for ansvarsområdene til helsepersonell. Studien kan knyttes direkte til Bate et al. (2008) sitt rammeverk for kvalitetsutfordringer gjennom at de ser på helheter og prosesser i helsetjenesten.

Ledelse

Flere artikler peker på at det er nødvendig med en tydelig ledelse og at det er en samling av faktorer som må til for å øke etterlevelsen av smitteverntiltak og smitteforebygging. Oppmerksomheten rettes mot lederansvar, rollemodellering, ansvarliggjøring med direkte observasjon av utøvelsen, undervisning med hyppige påminnelser og teamskapning (Ellis, 2012, Liang et al, 2014, Paolo di Martino et al 2010).

I Griffiths et al. (2009) sin review peker forskerne på at det tidligere stort sett har vært studier rettet mot spesifikke infeksjonsforebyggende tiltak, men at det er nødvendig å se på smittevernarbeid i en større sammenheng. Resultater viser at engasjerte ledere med fokus på smittevern fra postnivå og til øverste ledelse, er en forutsetning for gjennomføring av effektive smitteverntiltak. Det pekes på viktigheten av tydelige og tilstedeværende ledere som tar ansvar for smittevern og som har en definert rolle og et dedikert ansvar (De Bono, Heling, Borg 2014). Dyktig klinisk ledelse bidrar til et stabilt personale med kompetanse. Det pekes på at selv om ansatte i et sykehus har forskjellig profesjonell bakgrunn, må alle med pasientkontakt involveres for en vellykket infeksjonskontroll. Effektiv ledelse i et multiprofesjonelt miljø i en kompleks

organisasjon, er spesielt utfordrende. Det pekes på organisatoriske mekanismer for å støtte helsepersonell i å trene. Klinisk ledelse må være synlig for personalet dersom den skal være effektiv. Det er viktig med direkte tilbakemelding til personalet på utøvelse og ansvarliggjøre gjennom direkte tilsyn og observasjon.

Urinveisinfeksjon

Noen forskningsartikler beskriver om forebygging av kateterrelatert urinveisinfeksjon. (Yanagizawa et al., 2015; Carter et al., 2014; Liang et al, 2014). Den vanligste årsaken til urinveisinfeksjoner i sykehus er innleggelse av urinveiskateter. Et system som krever dokumentert indikasjon for innleggelse har vist seg å bidra til økt bevissthet og færre kateterinnleggelser og dermed lavere infeksjonsrate. Yanagizawa et al. (2015) viser til at 20 – 30 % av kateterinnleggelser kan unngås.

MRSA - kunnskap

Flere studier peker på at helsepersonell har manglende kunnskap om MRSA (Lindberg, Skytt, Høgmann, Carlsson, 2011; Lunde, Moen, 2014). Disse nordiske kvantitative studiene (det siste et masterstudie) viser at sykepleiere hadde uventet lav kunnskap om smitteveier, behandling og om mikrobiologisk kunnskap. Det vises til annen forskning som støtter dette (Phillips et al.2010, Lindberg et al.2011) Forskerne peker på at det er foruroligende med så svake resultater fra studien fordi det indikerer at noen sykepleiere utøver uforsvarlig pleie. Studiene konkluderer med at slike validerte spørreskjema kan være nyttige for å avdekke kunnskapshull om ARB.

I Griffiths et al. (2009) sin review vises det til en stor studie av Salaripour et al. (2006) som beskriver en multifaktoriell tilnærming for å redusere MRSA i en høyinsidens avdeling. Studien gikk over fem år og resultatene viste 60 % reduksjon på MRSA - forekomst. Forskerne konkluderte med at det var den multifaktorielle tilnærmingen som var årsaken til suksess.

En annen kvalitativ studie viser også til betydningen av kunnskap. Studien ble gjennomført i en akuttavdeling i et sykehus i USA og beskriver helsearbeideres erfaringer og holdning til å forebygge smittespredning med MRSA (Seibert, Speroni, Kyeung, Devoe, Jacobsen 2014). Funn viser at helsearbeidere har en positiv holdning og vilje til å gjøre tiltak for å redusere smittespredning med MRSA. Resultatene viser at tilfredsstillende kunnskap ble sett på som avgjørende for gjennomføring av korrekte

smitteverntiltak ved MRSA. I samsvar med annen forskning pekte helsepersonell på at undervisningen måtte fortløpende følges opp med påminnelser og tilbakemelding på praktisk utførelse.

I en norsk kvalitativ studie basert på fokusgruppeintervju fra to sykehus, var hensikten å belyse spesialsykepleieres erfaringer og tanker om sykehusinfeksjoner og pasientsikkerhet (Berland et al., 2008). Sykepleiere med lang erfaring hadde ofte «gamle fagkunnskaper» og enkelte var ikke innstilt på å oppdatere disse. Særlig gjaldt dette retningslinjer for bekledning og for smykker/ringer. Det krevdes stadig repetisjon og håndheving for å opprettholde generelle smittevern faglige retningslinjer.

Tid

Flere studier peker på at dårlig tid har innflytelse på smitteforebygging.

Stort arbeidspress og lite tid hindrer at helsepersonell forebygger smitte gjennom god håndhygiene og gjennomføring av kontaktsmitteregimet. Det tar tid å ordne til et kontaktsmitteisolat og i denne forbindelse er det beskrevet en høyere risiko for at det skjer feil overfor andre pasienter. Studien utdyper ikke hvilke feil dette gjelder (Seibert, et al., 2014).

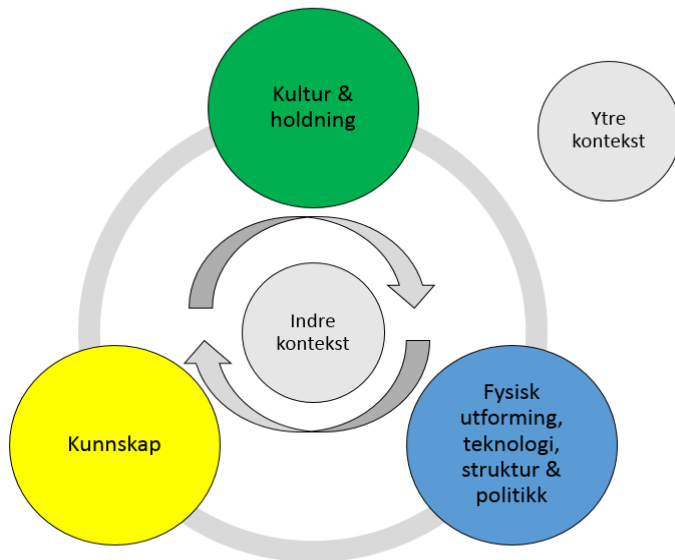
Holdning

I den svenske studien til Lindberg et al. (2011) om helsepersonell sin kunnskap om ARB indikerte resultatene at jo mer kunnskap sykepleier hadde, desto mer ansvarlige var de for å begrense smittespredning gjennom å følge faglige retningslinjer. De hadde også en høyere ansvarsfølelse for egen sikkerhet. Forskerne pekte på forbindelsen mellom kunnskap og holdning.

Derimot viste resultater fra en norsk kvalitativ undersøkelse blant spesialsykepleiere at negative rollemodeller særlig blant overordnede, hadde negativ innflytelse på etterlevelsen av smittevern faglige retningslinjer. Travelhet og stressende miljø hadde negativ effekt som vist tidligere (Berland et al., 2008).

4 Teoretisk rammeverk og modell

4.1 Et rammeverk for kvalitetsutfordringer



Figur 3 Teori om kvalitetsutfordringer fritt omarbeidet etter Bate et al (2008)

Hensikten med studien er å belyse hvordan infeksjonsforebygging blir ivaretatt i et akuttrom. Bate et al. (2008) sin teori om kvalitetsutfordringer som er presentert i boken «Organizing for Quality» (2008) er valgt som teoretisk ramme for studien. Modellen er omarbeidet og kvalitetsområdene er slått sammen fra seks til tre områder, men dekker de store områdene innenfor teorien. Datainnsamling og intervjuguide var basert på at området fysisk utforming og området teknologi, struktur & politikk var atskilt, men disse ble analysert sammen.

For å kartlegge hvordan ansatte forebygger smitte med ARB må det ses på prosesser på forskjellige områder, på tvers i organisasjonen og på ulike nivå. Infeksjonsforebyggende tiltak inngår som et fundament i de fleste oppgaver som helsepersonell utfører. Helsepersonell og lederes holdning, tanker og yrkesutøvelse er tett knyttet til den sammenheng de står i. Bate et al. (2008) sitt rammeverk som har fokus på systemtenkning, pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid mener jeg er godt egnet som ramme for intervjuguide, analysearbeid og funn i min studie som har et deduktivt design.

Rammeverket brukes som et verktøy for å identifisere og belyse områder for kvalitetsforbedring. På bakgrunn av intervju, observasjon og dokumentanalyse viser Bate et al. (2008) hvordan flere velrennomerte sykehus i USA og i Europa har implementert kvalitetsforbedringstiltak i sine organisasjoner. Som en oppfølging av studiene utviklet forskerne et rammeverk som bestod av seks universelle «kjerneutfordringer» som er felles for helseorganisasjonene i studien. De mener at forutsetningen for en vellykket implementering, spredning og opprettholdelse av kvalitet er å ta utgangspunkt i disse utfordringene. Tilknyttet hver utfordring er det et «diagnostisk sjekklisterverktøy» med en kort beskrivelse som kan være til hjelp i arbeidet med å identifisere områder for forbedring. Forskerne hevder at det er en kardinalfeil å tro at nøklene til kvalitet primært ligger i individuelle faktorer heller enn interaksjonen mellom prosesser og systemer.

Min studie omfatter ikke implementering av kvalitetsforbedring. Den handler om å identifisere, kartlegge og belyse områder for utfordringer blant sykepleiere og leger i et akuttrom. Bate et al. (2008) sin teori blir brukt som rammeverk og det fokuseres på mikronivået i systemtenkningen. På grunn av studiens omfang, blir meso- og makronivå presentert i teorien, men blir lite kommentert i drøftingsdelen. Det samme gjelder indre og ytre kontekst, se nedenfor.

Modellen er et verktøy som kan bidra til kartlegging og implementering av forbedringstiltak og være et hjelpemiddel ved planlegging og gjennomføring av kvalitetsforbedring. Den vektlegger hvordan menneskelige og organisatoriske faktorer har gjensidig innflytelse på hverandre i prosesser i organisasjonen og er derfor en systemteori.

Fysisk utforming & teknologi samt struktur & teknologi

Arkitektur og funksjonelt design som støtter opp om kvalitetsarbeid. Ledere må være bevisst på støttende informasjonsteknologi.

En strategisk ledelse med handlekraft legger formelle planer for kvalitetsforbedringer. Områder for forbedring må være målrettet og krever derfor at ledere har en oversikt på aktuelle utfordringer. Implementering og koordinering av tiltak er en sentral lederoppgave. Resultater bør måles. Formelle opplæringsplaner for helsepersonell må

være på plass. En flat organisasjonskultur stimulerer til samarbeid og bidrar til engasjement og eierskap til utfordringene. Helsepersonell på mikronivå er sentrale bidragsytere for de har oftest ideer om hvordan forhold kan forbedres og om hvordan jobbe smartere. Det anbefales å bruke «plan- do- study- act» sirkelen til forbedringstiltak. Helsepersonell må ha tid og spillerom til forbedringer. Innovasjon og delegert myndighet er sentralt.

Kultur og holdning

Ledelsens glødende engasjement påvirker helsepersonell til å bli emosjonelt engasjert og til å se på kvalitetsforbedring som en hjertesak. De inspirerer og er forpliktet på å være rollemodell både gjennom språk og handling. Det er viktig med en faglig sterk gruppekultur som fremmer teamarbeid og vilje til å samarbeide. En kultur der egne evner utvikles gjennom innovasjon og ved å dele ferdigheter og ny kunnskap. Felles verdier som respekt, tillit, åpenhet og stolthet er rådende. Denne verdiforankringen skaper inspirasjon til å arbeide mot en felles forankret visjon i organisasjonen.

Kunnskap

Skape og opprettholde en lærende prosess for kontinuerlig forbedring.

Kunnskapsoverføring settes i system og integreres i prosesser i organisasjonen avhengig av ansattes evne og vilje til kontinuerlig læring og forbedring. Kunnskap om kvalitetsforbedring av pleie og behandling er forskningsbasert. Ansatte og pasienters erfaringer er kilder til kunnskapsutvikling i organisasjonen. Prosesser krever tydelige, reflekterte ledere som støtter og oppmuntrer ansatte og som følger opp med systematisk testing og evaluering av forbedringsarbeid.

De universelle utfordringene står under påvirkning av en ytre og indre kontekst der den ytre konteksten refererer til lovverk samt nasjonale og politiske føringer. Relatert til min studie viser den ytre kontekst seg gjennom føringer som nasjonal strategi mot Antibiotikaresistens 2015-2020 og MRSA- veileder fra FHI, (2009). Bate et al. (2008) skisserer den indre kontekst i modellen som utfordringer knyttet til organisasjonens struktur, størrelse, organisering og hvordan den oppfyller forpliktelser fra den ytre kontekst. Relatert til vår organisasjon knyttes dette til ansvarsforhold for øverste ledelse i sykehuset.

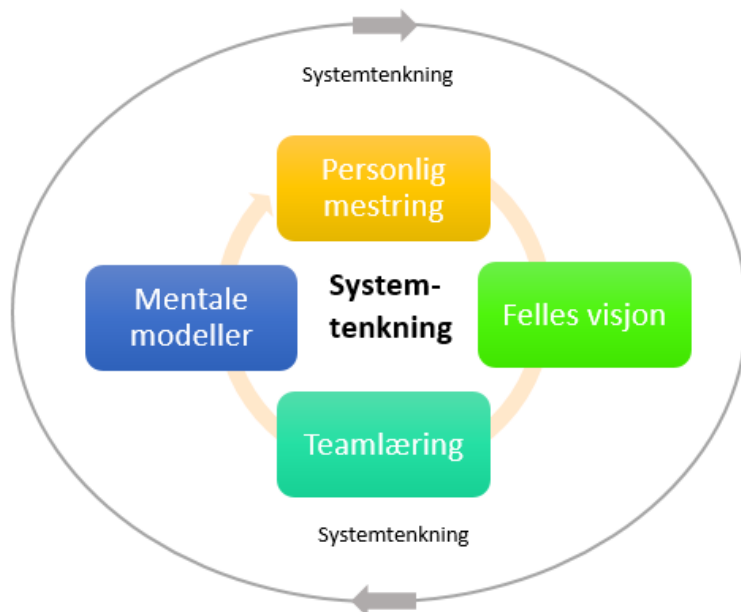
Ytre kontekst påvirker indre kontekst og disse overordnede strukturene har innflytelse på makro- meso – og mikronivå i organisasjonen som avspeiles gjennom de universelle utfordringene i rammeverket (figur 3).

Modellen er omfattende og det kan være utfordrende å se helheten i systemet. Å innføre og bruke modell og rammeverk i sin helhet vil være svært krevende og etter mitt syn nærmest urealistisk. Derimot tror jeg at det er nyttig og praktisk å kunne bruke deler av Bates teori (2008).

4.2 Lærende organisasjoner av Senge

Senge (1991) sin teoretiske modell om systemtenkning og lærende organisasjoner er valgt fordi den utdyper organisatorisk læring og har flere vinklinger på samspill i systemet utover Bates rammeverk (2008). Den gir gode innspill til diskusjonen, og brukes induktivt i drøftingen. Begge teoriene er systemteorier og flere momenter er sammenfallende. Likevel utfyller de hverandre bl.a. gjennom forskernes forskjellige bakgrunn. Senge (1991) fra næringslivet og Bate (2008) knyttes til helseorganisasjoner.

Gjennom den lærende organisasjon får ansatte og ledere gode muligheter for en kontinuerlig forbedring og vekst. Senge (1991) legger vekt på viktigheten av ledelse for utvikling av den lærende organisasjon. Ledelse handler om å fremme læring for alle gjennom å motivere til felles innsats, koordinere og vise vei. Lederstilen er utradisjonell fordi ledelse handler om å legge til rette for selvstyring og selvkontroll. Det er samspillet mellom mennesker, oppgaver, funksjoner og strategier som bidrar til å skape gode resultater. Alt har en sammenheng og henger sammen med alt.



Figur 4. Senge's lærende organisasjon med fem disipliner laget ut fra egen forståelse

Senge (1991) peker på fem disipliner som hver støtter opp om å utvikle læring og systemtenkning i organisasjonen. Han understreker at systemtenkning er den femte og viktigste disiplinen som integrerer de fire andre til en enhet av teori og praksis;

Personlig mestring

Det er en forutsetning at personen har evner, kunnskaper og vilje til å mestre. En forutsetning for utvikling av organisasjonen er medarbeideres engasjement og vilje til ny lærdom. Det er viktig å opprettholde en personlig visjon og ha selvdisciplin til å jobbe målrettet. Prosessen ses på som en livslang læring. Senge anser personlig mestring som en hjørnestein og åndelig fundament i den lærende organisasjon.

Mentale modeller

Våre mentale modeller som tankebilder og overbevisninger påvirker oftest ubevisst vår virkelighetsoppfatning og hvordan vi handler. Gjennom selvransakelse er det mulig å opparbeide evnen til kritisk refleksjon slik at vi kan se hvordan ubevisste tenkemåter preger oss. Disse kan ha stor påvirkningskraft og kan hindre læring og vilje til endring.

Felles visjon

En felles visjon ses på som retningsgivende for verdier og mål i organisasjonen. Det handler om å utvikle en felles identitet og skape en felles forståelse av fremtiden. Visjonen må berøre den enkelte for å kunne inspirere ansatte til felles motivasjon for læring og kompetanseutvikling. Den må være samlende for ulike personer i den hensikt å skape tilhørighet, gjensidig forpliktelse og engasjement i organisasjonen.

Teamlæring

Teamlæring er avgjørende i arbeidet med å skape en lærende organisasjon og en helhetsforståelse. Senge (1991) understreker at hvis team ikke lærer, så kan heller ikke organisasjonen lære. Han peker på at det gjennom teamlæring skjer en raskere personlig vekst pga. et større læringspotensiale enn gjennom tradisjonell læring. Gjennom åpen dialog skapes det tillit og grunnlag for læring i team.

Systemtenkning

For å styrke den lærende organisasjon, er det viktig at disiplinene personlig mestring, mentale modeller, felles visjon og teamlæring utvikles parallelt i en dynamisk prosess. Systemtenkning krever en endret tenkemåte som gjør det mulig å se sammenhenger og avdekke årsaker bak hendelser i organisasjonen. En kan oppdage mønstre der en ellers bare har sett enkelthendelser.

I dagens komplekse organisasjoner er systemtenkning viktigere enn noen gang. Det er systemperspektivet som er kjernen i Senges teori (1991).

5 Metode og metodiske overveielser

Innledningsvis beskriver jeg vitenskapelig forankring og min forforståelse. Deretter begrunner jeg valget av den metoden som jeg mener er best egnet til å svare på problemstillingen min. Videre redegjør jeg for den metodiske delen av forskningsprosessen med utvalgskriterier og intervjumetode samt for innsamling av data. Data fra intervjuene er basis for bearbeidelse og strukturering av stoffet som skal analyseres innenfor det teoretiske perspektivet til Graneheim & Lundman (2004) Siste del handler om studiens troverdighet og forskningsetiske vurderinger

Denne studien har en kvalitativ tilnærming og et deduktivt eksplorerende design (Polit & Beck, 2012). Dataene er samlet i et akuttmottak og Bate et al. (2008) sitt teoretiske rammeverk har lagt føringer for intervjuguide og innsamling av data (Polit & Beck, 2012). Målet var å beskrive leger og sykepleieres erfaringer med infeksjonsforebygging og hvilke forhold som påvirker handlingsmønstrene deres i en praktisk hverdag. En kombinasjon av fokusgruppeintervju og individuelle intervju ble benyttet.

5.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Vitenskapsteori handler om tanker og krav til vitenskapelige metoder som kan gi oss ny kunnskap om verden. Den reflekterer rundt fremgangsmåter og forutsetninger for denne kunnskapen. Vitenskapsteori betraktes som en grein innen filosofi og knyttes til sentrale begrep som ontologi, læren om det værende som et objekt, samt epistemologi som er læren om vår erkjennelse av verden og av oss selv (Kvarv, 2010). Til disse begrepene knyttes to breie kunnskapparadigmer henholdsvis positivisme og konstruktivism. Medisinsk fagfelt har sin opprinnelse i naturvitenskapen og det positivistiske paradigmet der kvantitativ forskningsmetodikk har vært rådende (Polit & Beck, 2012). Denne studien har en kvalitativ tilnærming som kan knyttes til det konstruktivistiske paradigmet der en grunnleggende forståelse er at vi mennesker eksisterer og erfarer gjennom samhandling og i en sosiokulturell sammenheng (Polit & Beck, 2012; Malterud, 2012).

Kari Martinsen er en av de mest innflytelsesrike sykepleieforskere i Norge. Hun tar avstand fra et positivistisk vitenskapssyn og knytter sin omsorgsteori til den fenomenologiske tradisjon som er inspirert av filosofen Martin Heidegger (Kirkevold

1994: Nortvedt,1998). Martinsens omsorgsteori med en grunnholdning av solidaritet, ansvarlighet og fellesskap har vært en basis i min sykepleieutøvelse.

En kvalitativ tilnærming knyttes til forskning av meningsinnhold (Tjora, 2012) og jeg har derfor vurdert metoden til å være godt egnet for å belyse tema i studien.

5.2 Forforståelse

Som forsker tar jeg med min forhistorie, mine interesser, mine verdier og menneskesyn inn i forskningsprosessen. Min personlige og faglige bagasje har innflytelse på alle trinn i prosessen fra valg av problemstilling til emner som vektlegges i konklusjonen (Kvarv, 2010, Kvale, Andersen, Brinkmann & Rygge, 2012:Tjora, 2012). «*Spørsmålet er derfor ikke hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan*» (Malterud, 2012).

Filosofen Gadamer (1900-2002) videreutviklet den hermeneutiske tradisjonen samtidig som han understrekte at forforståelsen er en levende kraft som er en forutsetning for all forståelse og derfor et utgangspunkt for all fremtidig forståelse. I møte med andre mennesker, har vi en forventning eller en forforståelse med tilhørende følelser og holdning som kan knyttes til tidligere opplevelser. Det handler om å være bevisst sin egen forutinntatthet fordi den da kan være en ressurs og ingen begrensning i forskningsprosessen. Den fordomsfrie posisjon er nærmest umulig fordi man må erkjenne at vi ikke kan stille oss utenfor oss selv når vi studerer virkeligheten (Kvarv, 2010).

Gjennom utdanning og lang yrkeserfaring som sykepleier har sykepleiefagets menneskesyn og etiske verdier blitt en del av meg som person. Sykepleie erkjenner en helhetlig tilnærming og en humanistisk forståelse av mennesket. Kari Martinsens omsorgsteori med en grunnholdning av solidaritet har vært en faglig inspirasjon i min yrkesutøvelse (Kirkevold, 1992). Både i direkte klinisk arbeid og i mitt daglige virke som hygiesykepleier, er det viktig med en helhetsforståelse og etisk kompetanse i vurderinger omkring smittevern. Lang erfaring som intensivsykepleier og som hygiesykepleier har påvirket valg av tema, valg av arena for datainnsamling og inklusjonskriterier for studiens informanter. Denne forforståelsen er en styrke, men kan også være til hinder i forskningsprosessen (Thagaard, 2013).

5.3 Kvalitativ tilnærming

Målet har vært å få økt innsikt og dypere forståelse for leger og sykepleieres erfaringer med infeksjonsforebygging. Det er derfor valgt en kvalitativ tilnærming som passer når en ønsker å få frem tanker, erfaringer og samhandling mellom mennesker (Malterud, 2011). Jeg har ønsket å få frem dybden og variasjonene i meningsinnholdet til deltakerne slik de opplever det. Dette samsvarer med Graneheim og Lundman (2003) sin forståelse av kvalitativ forskning.

Nasjonalt forskningsetisk komite (2010) peker på at i kvalitative studier er det oftest forsker selv som er deltaker og som er motivert av ønsker om å forstå og forbedre en praksis, noe som samsvarer med min studie. Dette krevde sensitivitet og fortrolighet, men var også avgjørende for at deltakerne skulle være villige til å meddele sine opplevelser slik at jeg kunne få kunnskap om tema Thagaard (2013). Kvalitativ forskning kjennetegnes ved nærhet til deltakerne der begge har innflytelse på forskningsprosessen (Malterud, 2012).

Jeg har vært bevisst på at jeg som person med mine valg har hatt innflytelse på forskningsprosessen og har derfor gjort mitt beste for å være lojal mot alle trinn i denne (Thagaard, 2013).

5.4 Valg av deltakere

Utvalget var strategisk ettersom leger og sykepleiere i akuttmottak ble valgt med bakgrunn i at de var best egnet til å svare på problemstillingen. Helsepersonell fra begge grupper med ulik erfaring ble valgt for å øke mulighetene for å belyse forskningsspørsmålet fra flere forskjellige synsvinkler (Thagaard, 2013; Tjora, 2012).

Rekruttering av deltakere gikk gjennom avdelingsleder og overlege som i forkant var godt informert om hensikt, metode og videre forløp i studien. På forhånd var det ytre ønske overfor avdelingsleder om en variert sammensatt gruppe av fire til sju ansatte.

Min første kontakt med deltakere i intervju og fokusgruppe var ved intervjuet. Det har vært viktig med frivillighet og jeg har vært bevisst på at en forespørsel fra meg som hygiesykepleier kunne ha øvet press på tidligere kolleger om deltakelse.

Inklusjonskriteriene var at de skulle være sykepleiere og leger som hadde arbeidet / hatt tilknytning til akuttmottak i et halvt år eller lengre, for å sikre at deltakerne hadde

kunnskap og erfaring til å kunne bidra med synspunkter. Det var en fordel at helsepersonell hadde varierende erfaringslengde i akuttmottak fordi et mangfold i fokusgruppene kunne skape spenning og diskusjoner. Travle dager i akuttmottak påvirket utvalget slik at det ble fire deltakere i hver fokusgruppe. Tabell 1 viser en god spredning og variasjon i alder og erfaringslengde til sykepleiere i fokusgruppene. Flere forskere peker på at dette bidrar til å styrke troverdigheten i studien (Thagaard, 2013, Tjora, 2012).

Alle leger /turnusleger som ble intervjuet var fra medisinsk divisjon og de hørte til sine respektive avdelinger. Tabell 2 for leger viser mindre spredning i alder, men variert erfaringslengde.

Oversikt over antall fokusgruppeintervju, deltakere, utdannelse, alder og arbeidserfaring i akuttmottak

Fokusgruppe-intervju	Antall deltakere	Spesialsykepleier - off. godkjent spl.	Aldersfordeling	Arbeidserfaring i akuttmottak (år)
Fokusgruppe 1	4 deltakere	1 spesialspl. 3 off. godkjente spl.	Fra 37 – 60 år 37-45-48-60	2 - 8 – 10 – 12 år
Fokusgruppe 2	4 deltakere	2 spesialspl. 2 off. godkjente spl.	Fra 26 – 47 år 26-32-34-47	2 – 2 – 2 - 9 år
Fokusgruppe 3	4 deltakere	2 spesialspl. 2 off. godkjente spl.	Fra 24 – 60 år 24 - 40- 50- 60	2 – 14 – 14 - 15 år

Tabell 1 Oversikt over fokusgruppeintervju

Oversikt over antall individuelle intervju, utdannelse, alder og arbeidserfaring for leger i akuttmottak

Utdannelse	Alder	Arbeidserfaring med vakter i akuttmottak
Lege	33 år	6 år
Lege	37 år	9 år

Turnuslege	28 år	1 år
Turnuslege	32 år	1 år

Tabell 2 Oversikt over individuelle intervju

5.5 Datainnsamling

Data ble samlet inn gjennom tre fokusgruppeintervju med sykepleiere og fire individuelle intervju med leger. Det ble utarbeidet en delvis strukturert intervjuguide som var den samme for leger og sykepleiere. Denne ble kvalitetssikret gjennom konstruktiv tilbakemelding fra veileder og medstudenter.

Da studien har et deduktivt design (teoristyrte), var det viktig at intervjuguiden dekket områder innenfor Bate et al. (2008) sitt rammeverk for kvalitetsutfordringer som er kunnskap, kultur/holdning, fysisk utforming/teknologi og struktur/politikk, se vedlegg 1. Spørsmålene var relevante for å belyse problemstillingen i studien og fungerte som en sjekklister og rettesnor for å holde samtalen innenfor tema (Malterud, 2012).

Intervjuguiden ble utprøvd og justert gjennom en test med en pilotfokusgruppe av sykepleiere som hadde arbeidet i akuttinnlegg tidligere. Det var viktig å kvalitetssikre egen gjennomføring ved at deltakerne evaluerte prosessen, noe som var en nyttig erfaring å ha med seg videre.

Fokusgruppeintervju passer godt når en vil få frem refleksjoner, underliggende meninger og spontane utsagn. Gjennom gruppesamspill og ved å følge opp hverandres synspunkter, kan det oppnås en dypere forståelse av tema (Thagaard, 2013; Kvale & Brinkmann 2009). Fokusgruppeintervju ble valgt fordi sykepleiere kjente hverandre godt. Det lå til rette for å skape en trygg atmosfære med fortellervilje og spontanitet slik at variasjoner i erfaringer og synspunkter kunne tre tydelig frem. Kvale & Brinkmann (2009) understreker at en slik form for gruppesamspill passer godt til eksplorative undersøkelser der mange samhandler. Dette fikk jeg erfare gjennom engasjerte deltakere som diskuterte livlig, åpent og uanstrengt. De gav respons på hverandres synspunkter, noe som bidro til å avdekke underliggende holdninger på flere områder.

Praktiske utfordringer var førende for valget av individuelle intervju med leger (Tjora, 2012). Legegruppen er mindre homogen og deltakere kan være ukjente for hverandre.

Etter min vurdering kunne et fokusgruppeintervju med leger påvirke det «frie utsagn», særlig for turnusleger. Infeksjonsforebygging fengte leger med lite erfaring mest, men det var gode refleksjoner, situasjonsbeskrivelser og engasjement fra alle leger.

Som moderator følte jeg meg godt forberedt gjennom grundig gjennomgang av intervjuguide og kritisk vurdering av egen tilnærming. Etter hvert opparbeidet jeg meg rutine og erfaring. I denne sammenheng var det nyttig å lytte på opptak av egen stemme og samhandling etter intervjuet. Det var viktig å la samtalen flyte og la deltakerne diskutere tema i egen rekkefølge og naturlige sammenheng (Thagaard, 2013). Samtidig skulle det være en balanse der alle kunne komme til ordet (Malterud, 2012). Fokusgruppene ble mindre (fire deltakere) enn hva litteraturen beskriver, men Tjora (2012) viser til mini- fokusgrupper på tre til fire ansatte. Jeg opplevde at antallet var gunstig fordi deltakerne følte seg trygge og kom til ordet.

Fokusgruppeintervjuene varte en time og foregikk i arbeidstiden i et rolig møterom utenfor akuttmottak. En medstudent som var med i tre av fire fokusgruppeintervju var en viktig diskusjonspartner. Som observatør noterte hun deltakernes latente / nonverbale uttrykk. Fremgangsmåte og gjennomføring av individuelle intervju med leger var etter samme beskrivelse, men det var naturlig å gjennomføre disse alene.

Mål for mengde data som bør innhentes er basert på informasjonsbehovet (Polit & Beck, 2012). Min erfaring var at det ble flere gjentakelser og færre nye momenter etter hvert slik at det opplevdes naturlig å avslutte.

Intervju ble tatt opp på lydfil og ble transkribert ordrett av meg kort tid etter intervjusituasjonen. Latent innhold som latter, sukk, oppgitthet ble tilføyd i transkripsjonen som ble på 39 sider (enkel linjeavstand) for fokusgruppeintervju og 24 sider (enkel linjeavstand) for individuelle intervju. Prosessen gav meg inngående kjennskap til egne data.

5.6 Forskningsetiske vurderinger

Verdens legeforening har utarbeidet Helsinkideklarasjonen som brukes aktivt internasjonalt og er overordnede retningslinjer for all forskning som omfatter mennesker (WMA General Assembly, Helsinki, 1964). I samsvar med «helseforskningsloven» fra

2009 om medisinsk og helsefaglig forskning i Norge, handler disse om menneskerettigheter knyttet til helsefaglig forskning (Molven, 2012).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) mangler klare føringer for forskning, men understreker at sykepleier har et personlig ansvar for at utøvelsen er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Helsepersonell har dessuten taushetsplikt i henhold til helsepersonelloven paragraf 21 som handler om personlige forhold som en kan bli kjent med på arbeidsplassen (Molven, 2012).

I denne studien har jeg fulgt alle formelle krav og har lagt vekt på at informasjon i søknader og informasjonsskriv skulle være entydige. Som kvalitetssikring er malen til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) brukt i informasjonsskriv til deltakerne og forskningsprosjektet har vært godkjent av personvernombudet og forskningsavdelingen ved sykehuset (Vedlegg 4). Divisjonsdirektør for akuttklinikken har godkjent gjennomføring og det har vært mailutveksling og godt samarbeid med avdelingsleder i akuttmottak.

Utsagn fra deltakere i studien er aidentifisert i alt materialet. NSD sine prosedyrer for behandling, oppbevaring og makulering av data og lydfiler er fulgt.

Som forsker har jeg taushetsplikt og i direkte kontakt mellom forsker og deltaker kan det oppstå etiske dilemma (Thagaard, 2013). I intervju situasjonen vil en alltid blottstille noe av seg selv og som forsker hadde jeg ansvar for at deltakere ikke ble skadelidende. Det var derfor viktig å minne om at taushetsplikten også gjaldt mellom deltakerne (Nasjonale forskningsetiske komite, 2010). Jeg har lagt vekt på å opptre ærlig og lojalt overfor deltakerne og gjennom behandling av data fra intervjuene. Trinnene i forskningsprosessen har vært fulgt etter beste evne og jeg har hatt en kritisk og reflektert holdning til egen gjennomføring. Redelighet, respekt og anonymisering av deltakerne er forskningsetiske prinsipper som har vært sentrale i prosessen.

Etiske refleksjoner og bevissthet skal ligge til grunn for valg som tas i hele forskningsprosessen både under intervjuet og i valg av data som seinere brukes (Thagaard 2013). Informert samtykke knyttes til autonomi og respekten for egen råderett. I informasjonsskrivet (vedlegg 7) ble det opplyst om frivillighet, muligheten for å trekke seg uten negative konsekvenser (Thagaard, 2009) og om forskers taushetsplikt. Det ble videre presisert at all informasjon ble konfidensielt behandlet og

at fremtidig rapportering fra studien ville bli anonymisert uten mulighet for gjenkjennelse (Kvale & Brinkmann, 2009).

5.7 Kvalitativ innholdsanalyse

Det finnes et stort antall forskjellige kvalitative innholdsanalyser ifølge Polit & Beck (2004). Det er likevel få standard beskrivelser for hvordan begreper skal tolkes og for hvordan kvalitativ innholdsanalyse bør gjennomføres og presenteres (Polit & Beck, 2004).

Graneheim & Lundeman (2003) peker på at publisert forskningslitteratur viser forskjellig og omstridt forståelse av sentrale begreper, fremgangsmåter og tolkning innen kvalitativ innholdsanalyse. De understreker at det er en risiko for ulik tolkning av kvalitativ innholdsanalyse når det ikke er en entydig forståelse. I sin artikkel diskuteres forståelsen av begreper og prosedyrer i kvalitativ forskningslitteratur før de trekker slutninger og presenterer sin egen begreps- og prosedyreforståelse. Den samme begrepsforståelsen blir brukt i min studie. Troverdighet trekkes frem som et kjernebegrep og forskerne beskriver hvordan en kan oppnå troverdighet i kvalitativ forskning.

For å skape orden og system i data, kreves det en systematisk bearbeidelse og åpenhet for å la «teksten tale» som Tjora (2012) uttrykker det. Jeg har lagt stor vekt på å strukturere data i analysefasen slik at disse kunne bli gjort tilgjengelige for tolkning og gi svar på problemstillingen i studien. Funn fra fokusgruppeintervju med sykepleiere og funn fra individuelle intervju med leger har vært analysert hver for seg, men ble presentert sammen i kapittel 6.

Alle meningsenheter ble først lagt inn i et Excel regneark og deretter kondensert. Tabell 3 viser et utdrag fra analysen fra intervjuene. Se et større utdrag i vedlegg 2. Dette bidro til å rydde det store materialet. med fokusgruppe- og individuelle intervju.

Kolonne 1	Kolonne 2	Kolonne 3	Kolonne 4			
Ansatt	Meningsenhet	Kondensert meningsinnhold	Representere hvert av områdene i Bate et al. sitt rammeverk			
1-A2 Viser fokusgruppe nummer 1 og ansatt nummer 2	Eg synes ikkje det er greit at der sitte ein (smittepasient ute på venterommet sammen med en haug med andre folk...det kjennes ikkje greit.	Opplevs vanskelig når de må la smittepasient sitte på venterom uten å bli isolert. Ser ingen annen utvei/løsning ...ja, me gjør det sånn er det bare	Kunnskap GUL	Fysisk -tekn	Kultur-holdning	Struktur og politikk
				Fysisk -tekn	Kultur-holdning	

Tabell 3 Utdrag fra analyse av intervju

Gjennom å fargekode alle meningsenhetene innenfor Bate sitt rammeverk, kunne jeg sortere meningsenhetene inn i fire grupper for kvalitetsutfordringer ved å bruke sorteringsfunksjonen i Excel regneark. Dette bidrog til å skape en oversikt som har gitt meg et inngående kjennskap til materialet gjennom flere gjennomlesinger og ved at jeg kunne studere hver kvalitetsutfordring med tilhørende meningsenheter for seg. I tråd med Bate et al. (2008) sitt rammeverk, er kvalitetsutfordringene analytiske skiller som i realiteten glir over i hverandre. I analysearbeidet er det brukt 4 områder for kvalitetsutfordringer, mens jeg i presentasjon og drøfting har valgt å slå sammen områdene fysisk-teknologi og struktur og politikk..

Kodingen i kolonne 1 har vært nyttig for å gå fram og finne tilbake til meningsenheter når jeg har arbeidet i materialet for å finne sammenhenger og variasjoner.

Graneheim & Lundmann (2004) peker på at det i forbindelse med tekstkondensering må bestemmes om fokus skal være på latent eller manifest innhold. I min studie ble først meningsenheter kondensert i en prosess der innhold ble forkortet samtidig som kjerneinnhold ble bevart. Mye av teksten ble knyttet til manifest innhold, den synlige og opplagte komponenten. Der det fremkom latent innhold som er underliggende mening, ble dette beskrevet. De kondenserte meningsenhetene ble analysert som en helhet og abstrahert, den sentrale prosessen som dreier seg om å skape koder - kategorier – subtema – og tema. Abstraksjonen ble kontrollert ved å gå fram og tilbake mellom kondensert tekst og abstraksjon. Koder og kategorier knyttes til manifest innhold, mens subtema og tema henspiller det latente innholdet «mellom linjene» i følge Graneheim & Lundmann (2004). Forskerne viser til at produktet av analyseprosessen blir til en beskrivelse av teksten på et «høyere logisk nivå». Tema fanger de andre komponentene og betraktes som den «røde tråden» gjennom subtema og kategorier (Graneheim, 2016). Det er avgjørende med systematikk slik at en ikke drar med seg skjevheter som etter hvert kan bli til feil (Tjora, 2012). Analysearbeidet har vært en lang prosess hvor veileder har deltatt i tillegg til at deler av arbeidet har blitt presentert og utfordret på oppgaveseminar med medstudenter.

Kvalitetskriterier med vurdering. Kvalitativ forskning må evalueres på grunnlag av fremgangsmåten som har ført frem til resultatene (Graneheim & Lundeman, 2004). Andre skal kunne etterprøve det man har gjort. Troverdighet av denne prosessen er en grunnpilar som verifiserer verdien av studien. Forskerne peker på at komponentene

pålitelighet, gyldighet og overførbarhet er aspekter ved troverdighet som går over i hverandre og som bør ses under ett. Jeg har valgt å bruke de samme begrepene fordi forskerne mener at de er mest forenlige med kvalitativ forskning. Refleksivitet er sentralt og er derfor lagt til (Tjora, 2012).

Refleksivitet innebærer å være seg bevisst og erkjenne sin egen påvirkning (Tjora, 2012). Jeg har forsøkt å være kritisk reflekterende til alle valg og egen rolle gjennom prosessen, vel vitende om at jeg som forsker er «medskaper» av teksten (Graneheim, 2016). Det har handlet om å være reflektert på hvordan egen bagasje med verdier, kunnskap og evner til samhandling påvirker deltakerne, valg i forskningsprosessen og dermed resultatene (Nasjonal forskningsetisk komite, 2010). Uten gjennomsiktighet på hvilke valg jeg har gjort og eget ståsted, vil ikke leser kunne vurdere troverdigheten i materialet. Dette er et grunnleggende krav til forskning (Tjora, 2012).

Min posisjon som hygienesykepleier kunne vært en utfordring ved å gjennomføre studien på en kjent arbeidsplass. Problemstillingen ble vurdert sammen med veileder, men min erfaring var at jeg ble sett på som en samarbeidspartner. Det ble en åpen og fri dialog.

Gjennom kunnskap, erfaring og studier opplever jeg å ha god innsikt i det aktuelle tema om smitteforebygging. Forskere peker på at dette kan være en fordel, men kan også være en ulempe ved å skape forutinntatthet som stenger for åpne innspill (Tjora, 2012). Mitt kjennskap til feltet opplevde jeg som en styrke ved å kunne sette deltakerne på sporet ved enkelte anledninger. Erfaringen var at de repliserte hverandre med gode argumenter og innspill. Dette samsvarer med Kvale & Brinkmann (2009) som viser til at kunnskap gir mulighet for å avdekke flere nyanser gjennom gode oppfølgings spørsmål.

Pålitelighet handler om hvorvidt datainnsamling (kontekst / utvalg) og metode for analyse bygger opp om studien og kan gi svar på det jeg studerer (Graneheim & Lundeman, 2004, Malterud 2008). Dette er det gjort rede for gjennom hele kapittel 6 og bygger på den erkjennelsen at de valgene jeg gjør som forsker, mitt ståsted og min forforståelse alltid vil påvirke forskningsprosessen og resultater av denne. I punkt 6.11 gjennomgås den kvalitative innholdsanalysen. Gjennomsiktighet er et krav som knyttes direkte til pålitelighet (Tjora, 2012).

Graneheim & Lundeman (2004) understreker verdien av dialog forskere seg imellom. Jeg har etter beste evne forsøkt å stille meg kritiske spørsmål underveis og reflektere sammen med veileder i den hensikt å være tro mot alle trinn i forskningsprosessen. Dette gjelder også lojalitet til innhenting og behandling av data ved å stille spørsmål ved metode og resultater gjennom tvil og ettertanke (Malterud, 2012).

Valg av informantene og hvilken relasjon det er mellom forsker og den / de som blir intervjuet har betydning for påliteligheten. Ved å velge deltakere fra begge kjønn, med variert erfaring og fra ulike posisjoner, vil en øke muligheten for å belyse forskningsspørsmålet fra forskjellige synsvinkler. Slik vil en kunne få en rikere variasjon og økt pålitelighet (Graneheim & Lundeman, 2004; Tjora, 2012).

Å velge rett metode for datainnsamling og rett datamengde som kan svare på problemstillingen, handler om pålitelighet. Her er det ingen klare svar, men er basert på informasjonsbehovet og kvalitet på data (Graneheim & Lundeman, 2004; Polit & Beck, 2012).

Ved enkelte anledninger under intervjuet spurte jeg på ny og vinklet spørsmål litt annerledes for å få bekreftelse på egen oppfattelse av svaret. Deltakerne ble også oppmuntret til å spørre om noe var uklart. Malterud (2012) peker på at all utveksling av kunnskap, gir mulighet for misforståelser og en oppklaring med bekreftelse vil underbygge tilliten til arbeidet. Tilliten forsterkes også gjennom bruk av diktafon i alle intervju slik at deltakerens «stemme» kunne siteres Tjora (2012).

Arbeid med analyse- og tolkning kan være det mest utfordrende området for å oppnå pålitelighet. Det kan være fare for å miste mening i teksten både ved kondensering og i prosessen med abstraksjon. Vedlegg 2 illustrerer disse prosessene, noe som gir leser mulighet til å bedømme påliteligheten.

Gyldighet henspeiler endring av data over tid og om forsker har gjort endringer på avgjørelser som er tatt under analysen.

Overførbarhet handler om i hvor stor grad at funn i studien kan overføres til andre settinger eller grupper. Graneheim & Lundeman (2004) peker på at forsker kan komme med forslag om bruk i andre settinger, men det er leseren som bestemmer om studien er overførbar. Studien må ha en gjennomiktig presentasjon av kultur, kontekst og trinn i forskningsprosessen slik at leser kan avgjøre overførbarheten.

6 Presentasjon av funn

I denne delen presenteres funn fra fokusgruppeintervju og individuelle intervju med sykepleiere og leger. Formålet var å kartlegge leger og sykepleieres erfaringer med infeksjonsforebygging. Graneheim & Lundmann (2004) sin forståelse av tekstanalyse ble benyttet for analysering. Deretter ble data analysert i meningsenheter, kondenserte meningsenheter, subtema og kategorier.

Uttalelser fra intervjuene har jeg brukt for å støtte opp under tema og subtema. På denne måten fremkom helheten bedre og de ulike nyansene i materialet ble mer synlig.

Funnene innenfor de tre kvalitetsutfordringene er systematisert og videre inndelt i hovedtema, subtema og kategori. Hvert kapittel innledes med en oversiktlig tabell som gjenspeiler denne inndelingen.

6.1 Kultur og holdning

6.1.1 Inter og intraprofesjonelle variasjoner i holdning til smitte

Hovedtema	Inter og intraprofesjonelle variasjoner i holdning til smitte					
Kategorier	Ansvar og etterlevelse		Team arbeid		Rollemodell	
Subtema	Å ha ansvar	Å ta ansvar	Utfordrer den andre	Utfordrer ikke den andre	Manglende rollemodeller	Jeg husker en gang..

Ansvar og etterlevelse

Mange sykepleiere føler ansvar for å vurdere om pasienten er smittepasient. De iverksetter isolering når de mener det er nødvendig. De var imidlertid klar over at dette ikke var deres ansvar alene, men erfarte at legene ikke alltid tok sin del av ansvaret;

«Jo, jeg har mitt ansvar, så mener jeg at det overordnede ansvaret har legen»

«Det er mange ganger de (innleggende lege) ikke har tatt stilling til smitteregimet»

Mange sykepleiere forteller at de isolerer pasienter med usikker smittestatus. Alternativet kan ellers være at pasienten blir liggende i triagehallen der det er 15 tette senger.

«Fram til pasienten har fått en lege så er det sykepleieren som skal tenke de tankene om ARB – det er faktisk jobben vår å vurdere smitte utifra henvisningen...»

«Kulturen er slik at vi kan heller avisolere om det etter hvert vurderes som ikke-smitte»

Sykepleiere viser en proaktiv holdning til å forebygge potensiell smittespredning. De innrømmer imidlertid at det ikke alltid dokumenteres. Stort arbeidspress nevnes som årsak til rutinesvikt;

«Registreringsskjema for ARB er det første som ryker når det er tre andre pasienter som sitter på venterommet og venter på vurdering».

Sykepleier; «Men det er ikke alltid legene ute tenker på at det kan være MRSA. Det er ikke så gode rutiner ute, men vi er veldig strenge på det her. Men så er det ofte slik at i kampens hete så glømmer du å spørre (om MRSA)...Eg glømmer det av og til. Du glemmer å spørre om det du er flink til når det er rolig og»

«Eg må svara for meg sjøl og eg gjør det ikkje (konsekvent)...du spør...og då får du ofte ein overraskelse.....»

Legene innrømmer gjerne at deres rutiner kunne ha vært bedre og ser helt klart et forbedringspotensial.

«Vi må bli flinkere å fylle ut registreringsskjema om MRSA. Selv om vi kanskje ikke får isolert pasienten, så er det viktigste at en avdekker eventuelle smittepasienter»

«Eg har i hvert fall ikkje noe automatikk i det, eg tror egentlig ikkje det er så mange som spør, dessverre»

«..vi er avhengig av at innleggende lege gjør jobben med å identifisere smittepasient»

Gjennom deltakernes tilbakemelding synes det som at ansvaret for identifisering av MRSA-pasient er varierende og tilfeldig. Helsepersonell kjenner til eget ansvar. Ansvaret pulveriseres gjennom at de «tror» at alle andre følger opp.

Informantene innrømmer svært ulik praksis i forhold til basale smittevernstiltak som håndvask, smykker, hanskebruk, munnbind, og plastforkle.

Dårlig tid og mange pasienter virker å ha innflytelse på om helsepersonell følger avdelingens prosedyrer. Flere sykepleiere innrømmer at de sløyfer håndhygiene når det er travelt;

«...den (håndhygiene) er faktisk litt i ryggmargen på de aller fleste.....

Kollega er uenig;

«.. tror du det er gjeldende på mandagskvelden når vi springer?»

En sykepleier viser til hvordan håndhygiene prioriteres når det er mange pasienter og dårlig tid;

«Når jeg har gjort litt mye så føler jeg meg skitten, men så føle eg at eg ikkje kan dras inn til den vasken så må jeg velge mellom to...så blir det en løsning som sikkert er grei nok, men kanskje ikke – det spørs kem du spør....jeg føler i hvert fall ved normal drift da greie eg det».

En lege innrømmer:

«Sykepleierne har kanskje mer fokus på det, men for oss leger er det ikke så mye som går på de basale smitteverntiltakene ...og spesielt i en hektisk hverdag ...»

Lege; «Du tar noen snarveier av og til...eg skal bare...»

På spørsmål om kjennskap til basale smittevernrutiner avslutter sykepleieren:

« ... av med ringer, klokker, øredobber». Det blir litt brydd latter fra kolleger i gruppen.

Det er full enighet om at håndhygiene uten ringer og klokke hindrer overføring av smitte, men enkelte bruker dette likevel.

Lege: «....Her sitter jo jeg med øredobber og kjede og alt om jeg tør si....det er forbedringspotensiale.»

Legen peker på at det er lite oppmerksomhet på håndhygiene;

«.. vi undersøker litt,....så bestiller vi røntgen og så er vi borte på tastaturet...og så går du tilbake og gjør litt mer....så vasker du sikkert hendene for da går du ut....det er helt sikkert noe å gå på der».

På spørsmål om en går tilbake for å tørke av apparatur med desinfeksjonsmiddel, er svaret;

«nei, det trur eg ikkje me har gjort»

Sykepleier: «Eg står ikkje og tørker av og bruker tid på det»

En sykepleier sier at hun risikovurderer hvorvidt det er nødvendig å tørke av utstyr utifra om pasienten ser ut til å ha kontroll på egen hygiene.

På spørsmål om bruk av munnbind avsløres store variasjoner:

Sykepleier; «Det er sjeldent me bruker munnbind, men me tenke på det. ...»

Lege; «Det er ikke mange som jeg har sett som tar på seg munnbind – kanskje sykepleiere er flinkere enn leger»

Gjennom intervjuet fremkommer det at å ha smittepasient er krevende:

Sykepleier; «Det er jo egentlig litt belastende med de smittepasientene.....de krever ressurser og tid – fyller opp»

Lege: «Alle synes det er et ork med isolering; du må ta på deg mer og du kan ikke ha med deg notater inn og så finner du ikke utstyret der inne, så må du ringe på sykepleier...ting tar mye lenger tid».

Sykepleier viser til at stort arbeidspress og mange pasienter bidrar til at en tar snarveier;

Sykepleier; «det kan vær at du er litt sliten sjøl og, du har hatt mange travle vakter og du komme - og der er ein rolige vakt....nei nå orke eg ikkje ...nå gjør eg minst mulig for nå må eg bare ha ein rolige dag. Eg tror mange tar snarveier då og eg når det er roligt...for å hente seg inn igjen» (to andre bekrefter dette).

Sykepleier; «Eg tror kanskje at da eg var nylig ferdig i sykepleien da hadde eg bedre holdninger- etter hvert blir en gjerne litt mer sånn ja – ja det er ikke så nøye.

Sykepleier peker på at årsaken til at en «tar snarveier» ikke bare er knyttet til travle vakter, men at det kan være en subkultur som gjør det legalt.

En annen sykepleier uttaler;

Jeg føler ikke det er noe fokus på det (smittevern), rett og slett....det er heller andre ting vi fokuserer på....(ler litt)...

Både leger og sykepleiere innrømmer at de er redd for å bli smittet og ta smitten med hjem.

Lege: «Jo, jeg tror alle er kjemperedd for å få MRSA, men eg tror faren for å få MRSA f.eks. fra en pneumonipasient er så liten at vi bruker ikke munnbind. Men MRSA er noe alle har stor respekt for.....spesielt når en tenker på smittesaning og alt det...».

En deltaker sier at grunnen til at hun ikke bruker ring og klokke er like mye for å hindre at hun selv skal bli smittet.

Teamarbeid

Sykepleierne innrømmer at det ikke er kultur for å gi hverandre beskjed når de ser at kolleger tar «snarveier» og ikke følger prosedyrene.

Lege; «Det er ikke klima for å gi beskjed til hverandre om bruk av klokker, ringer. Er ikke bra for mange går med klokke....og ringer også».

Sykepleier: «...det er varierende åpenhetskultur for å gi beskjed om feil og mangler....»

En sykepleier etterlyser en holdningsendring i avdelingen der det er positivt å veilede hverandre uten å bli sett på som politi. Noen sykepleiere sier at de gir legene klar beskjed:

«Eg spør: Ska du ikkje ta på deg...så stoppe de og tenke seg litt om og sånoen har gått inn og andre tar på seg. Det e alt etter som»

En lege uttaler;

«Det fine er at vi jobber jo alltid i team stort sett og mye i lege-sykepleierinteraksjon og der tror jeg vi er i ferd med å skape en kultur for godt samarbeid og teamwork og forhåpentligvis vil det føre til at ..spesielt overfor uerfarne både leger og sykepleiere gir erfarne kolleger råd når de ser ting».

Sykepleierne forteller om en kultur hvor samarbeid i forhold til smittevern kunne vært bedre. Organiseringen er slik at journaler leses etter at potensielle smittepasienter har vært på venterom, eller lagt i triage og har startet behandling.

Sykepleier; «De (legene) kommer helst med konklusjonen til oss for de konfererer med bakvakten sin i linjen. Så kommer de ..nå er jeg ferdig med pasienten – dette er behandlingen, og så må nok denne smitteisolerers fordi han har ESBL i urin. Sånn føler jeg gangen er».

Ikke alle leger respekterer at de må ta på beskyttelsesutstyr før de går inn på smitterom. Inntrykket er at sykepleiere kjenner en moralsk forpliktelse, et «eieransvar» med å se til at leger følger retningslinjer for isolering;

«Eg har opplevd at overleger komme og de går rett inn på et smitterom uten å ta noe som helst på seg.....og så sitte me med fullt utstyr og så sitte de oppi sår»..uten å bry seg.... pasienten må jo begynna å lura på ka me holde på med...»

Sykepleiere innrømmer at de noen ganger opplever å gå på akkord med egne grunnleggende verdier og kunnskap om å forebygge smittespredning. De ser imidlertid ingen annen løsning.

«Eg synes ikke det er greit at der sitte en smittepasient ute på venterommet sammen med en haug med andre folk...det kjennes ikke greit».

Sykepleier peker på flere forebyggende smittevernaspekter foruten den sosiale og pedagogiske siden med å gå to- og to sammen om behandling av pasienten. Inntrykket er at de synes det er synd at det ofte ikke lar seg gjøre. Det knyttes til arbeidspress og dårlig tid.

Sykepleier: «Det er alltid lettere å jobbe to og to når du har pasient»

Sykepleier; «Då tenke eg at ein har pasienten og ein gjør papirarbeidet for eksempel..for då er ein ikkje både borti pasienten og i papirene. Ein trengje ikkje gå via vasken (for å gjøre papirarbeid) når me er to».

Sykepleier peker på at en forhåndsdefinert arbeidsfordeling kan redusere risiko for smittespredning via hender og kontaktpunkter. Det er også lettere å holde ting skilt mellom reint og ureint når de er to på et smitterom fordi de da har en assistent i hverandre;

Sykepleier; «...ellers er det lett for å ta snarveier og....eg ska bare ta den...då har du jo ein assistent i hverandre og så har du ein som står der inne og ser på deg. Ja, du er ikkje aleina... (latter)».

De påpeker også at å jobbe to og to sammen er en læringsarena foruten å være moralsk bevisstgjørende. Å legge inn et urinveiskateter alene, er forbundet med infeksjonsfare;

Sykepleier: «...hvis du får ein dame i ein god stilling og prøve å gjør det aleine.... hvis den eine foten ramle ned og du ikke ser...ka gjør du? Det er større fare for smitte og urinveisinfeksjon....».

Sykepleier: «...det har jo med å hindre smitte det å være to».

Sykepleier: «I utgangspunktet skal vi gå to og to, men hygienemessig tror eg ikkje det hadde spilt særlig rolle. Det eneste er at dersom den ene er mer bevisst og har bedre rutiner- da kanskje du skjerper deg litt mer sjøl»

Rollemodell

På spørsmålet om informantene kunne peke på gode rollemodeller i forhold til smittevern, svarte de:

Lege; «Av legene nei, men ...jeg husker en lege på infeksjon, der var jeg noen dager. Hun passet veldig på og var pådriver for smittevern»

Lege; «Våre rollemodeller er borte.....»

Sykepleier: «Me merka det mer da hygienekontakten var der....at noen hadde ansvar for hygiene i avdelingen..»

Sykepleier; «Då var det liksom ikkje lov....litt latter. Hu kjefta litt..Hu var mer på høgget og tok deg om du...(slurvet)».

En av legene understreker at sykepleierne er flinkere og mer rutinerte på smitteisolering enn legene. Hun sier at det ser ut for at de får bedre praktisk opplæring og at de er et forbilde for henne;

6.2 Kunnskap

Hovedtema	Variasjon i basal kunnskap og utøvelse		
Subtema	«Å lære av hverandre»	«Å være ansvarlig for egen læring»	
Kategori	Teamlæring	Tid og tilretteleggelse	Oppfølging – måling

6.2.1 Variasjon i basal kunnskap og utøvelse

Funn fra studien indikerer at flere sykepleiere har kunnskap om retningslinjer for MRSA og isolering. De opplever likevel at de mangler kunnskap om hvordan bakterier smitter;

Sykepleier; «Eg føle meg ikkje trygge på og kan ikkje nok om...bakterier..men, eg føle meg trygge på å ta imot en MRSA pasient eller ESBL...., men eg kan ikkje nok om generelt smittevern og sånn.»

En sykepleier gir uttrykk for at hun følte seg utrygg for å bli smittebærer etter å ha behandlet en ukjent ESBL smittet pasient uten beskyttelsesutstyr;

«Me føler me går på akkord med egen kunnskap om smittevern.....ja, f.eks. det den ESBL-pasienten vi ikke visste om...burde vi gjort noe testing...for å ta vare på oss sjøl og for at me ikkje ska spre noe videre igjen».

Inntrykket er at kunnskapen om bruk av munnbind som infeksjonsforebygging er lav blant både sykepleiere og leger. Bruken virker å knyttes til bekreftet smitte og blir sjelden vurdert som et forebyggende tiltak mot ukjent smitte;

Lege; «Det er ikke mange som jeg har sett som tar på seg munnbind. Kanskje sykepleiere er flinkere enn leger»

Sykepleiere er tydelig engasjerte og føler ansvar for å ha oppdatert kunnskap om retningslinjer for MRSA;

«Folk er ganske ivrige til å få ny kunnskap og bli bedre – eg trur me er litt utsulta på det»

«Me vil læra mer...me tror møye , men det er ikkje sikkert at det me tror er rett, så det hadde vært fint å få oppdatering på det (smittevern).

Sykepleierne opplever at turnusleger mangler praktisk kunnskap og at uerfarne leger kan være en smitterisiko;

«.....eg oppleve at de (turnuslegene) ikkje har...heilt peiling på regler og rutiner for MRSA og, ja smitte»

«Eg ser og at uerfarne leger går inn i smitteutstyr og ser til pasienten...og kommer ut igjen med utstyret på.....og tar på den reine trallen som står utenfor rommet (som er kjørt ut og skal være rein) og drar ut skuffene og...(latter)»

Lege; «Vi mangler nok informasjon...og opplæring...hva som er forskjell på luftsmitte–kontaktsmitte–og dråpesmitte...det er mange forskjellige ideer om det....det er litt tilfeldig»

Lege; «Jeg tror ikke det skoster på kunnskapen, men det er den praktiske anvendelsen av det»

Inntrykket er at en ikke tenker på «vanlige» pasienter som potensielle smittepasienter. Sykepleiere og leger sier at basale smittevernrutiner er «vanlig hygiene som vi skal ha til alle» eller «disse vanlige tingene.

«Det er det absolutt ikke nok fokus på, nei ...det er sjelden vi tenke sånn (at det kan være smittepasient) – når du sier at det kommer en «vanlig pasient.....»

Lege; «De med ukjent status behandler vi som om de ikke er smittet.....» (ingen refleksjoner omkring basale smittevernrutiner).

Sykepleier svarte uklart på dette og det er usikkert om sykepleier reflekterer over basale smittevernrutiner når det gjelder vanlige pasienter.

«...jeg har ikke helt oversikt på når jeg spriter meg....du har boksen på veggen og så tar du automatisk på vei ut»

Lege; «Sykepleierne har kanskje mer fokus på det, men for oss leger er det ikke så mye som går på de basale smitteverntiltakene...og spesielt i en hektisk hverdag ...»

Engasjementet rundt systematisk håndhygiene og basale smittevernrutiner virker lavt.

6.2.2 «Å lære av hverandre»

Sykepleiere og leger understreker at den viktigste kunnskapskilden er hverandre;

Sykepleier; «Alle har jo et ansvar for å ha kunnskap om retningslinjer for MRSA, ESBL, VRE. Er jeg i tvil da må jeg spørre min kollega».

Sykepleier; «Eg trur me lære av kvarandre.»

Lege; «Det er først og fremst kollega vi spør...mye å gjør i akuttmottak og då går du gjerne til de som er lett tilgjengelig istedenfor å søke opp i forskjellige databaser - du går gjerne til de som er mer erfarne».

Flere sykepleiere understreker at de opplever at det er en god kultur i avdelingen for å konferere seg imellom og at de ofte spør hverandre. En sykepleier viser til at hun søkte informasjon hos kolleger på en annen avdeling;

Sykepleier; «så spurte eg de på urologisk avdeling om hvorfor det er farlig med ESBL i urin... de klarte ikke gi meg et skikkelig svar de heller».

Legene peker på at de går alene fordi det er travelt. De indikerer at om enten de er nye eller har litt erfaring så kan det være en utfordring å spørre om råd;

Lege; «.....terskelen er litt høy noen ganger for å spør når du er ny, så då hadde det vært bedre om du bare fekk litt veiledning i begynnelsen»....istedenfor....dette gikk jo greit....prøve seg frem når det gjelder smitte»

Lege; «Det er liten mulighet for å følge med og støtte hverandre, noe det burde vært mulighet for, spesielt da vi var nye».

Sykepleiere og leger synes kvalitetssystemet (EQS) er vanskelig og tidkrevende;

Sykepleier; «Me prøve kvarandre, men hvis alle står fast, så ringe me jo...det e kjappare å ringa til deg (hygienesykepleier) enn å slå opp i EQS...»

Sykepleiere er premissleverandør for infeksjonsforebygging og kunnskapsbasert praksis. Overføring av kunnskap skjer også som mønsterlæring;

Lege; «Jeg..... prøver å se hva de gjør, sant og hermer etter de, men jeg syns nok at det er litt forskjellige rutiner på ting.... Jeg har fått litt opplæring underveis» (av sykepleierne).

Tverrfaglig samarbeid skaper muligheter for kunnskapsutveksling;

Lege; «....sykepleier er der først og får et innblikk og så kommer vi, så tar vi en avgjørelse sammen».

Sykepleier; «Legene mente det ikke var MRSA-kriterier, mens jeg mente jo....det ble en stor diskusjon altså»

Å jobbe i team er en læringsarena; ved at helsepersonell reflekterer sammen og tilegner seg kunnskap som de ikke ville fått ved å gå alene.

Sykepleier; «Så kan du og se koss folk jobbe...f.eks. det var lurt ja, eg pleie gjør det sånn og kanskje det er tungvint...eller kanskje ...eg pleie gjør det sånn for det synes eg er mer effektivt...så du kan gi litt tips og..».

Ansatte viser til andre eksempler på gode dialoger der sykepleier blir enig med legen om å isolere foreløpig fordi begge er usikre på smittestatus. Det er rom for dialog og sykepleiere tar opp diskusjonen om de er uenige med legen.

6.2.3 «Å være ansvarlig for egen læring»

Funn i studien tyder på at det er mangelfullt system for opplæring innen smittevern;

Sykepleier; «De snakket om at de skulle begynne med et årshjul, men vi har ikke hørt noe siden...»

Lege; «Nei, det er ikke noe obligatorisk smitteverntrening eller noe...».

Lege; «Me har joom f.eks. lunge – mage og sånn, men ikkje noe om smittebehandling...det burde me nok ha hatt...»

På spørsmål om sykepleier får kunnskap gjennom hygienekontakten sier sykepleier at det er et vakuum etter at forrige sluttet for ca. 1 år siden;

«Hun snakket litt om morgenen noen ganger....det er ikke blitt gjort noe i ettertid, nei»

Det er avdelingsledelsen som er ansvarlig tilrettelegger for at hygienekontakten skal kunne oppfylle sin funksjon. Det synes som at dette har vært nedprioritert.

Sykepleiere og leger etterlyser et system for kunnskapsoppdatering;

Sykepleier; «Me har jo ikkje akkurat fagdager med smittevern...»

Lege; «Det viktigste ledelsen kan gjøre for å øke pasientsikkerheten er å få til noe regelmessig undervisning – trenger ikke være noe langvarige greier»

Sykepleier og leger ser på faglig oppdatering som et delt ansvar mellom avdelingsledelsen og eget initiativ;

Sykepleier; «me har jo et ansvar sjøl for å vera oppdaterte»

Sykepleier; «Avdelingsledelsen har og et ansvar»

Lege; «...men ansvaret faller jo litt på hver enkel... at du som helsepersonell sier ifra om du ikke har den kompetansen.....at du spør»

Det kan synes som et paradoks å være ansvarlig for egen læring om det ikke er et system som støtter opp om dette. Turnuslegen har en veileder, men dette gjelder ikke praktisk utøvelse;

«...det er ikke slik at det er lagt opp til at vi har vakter sammen»

E-læringskurs i håndhygiene er et blant flere obligatoriske kurs i læringsportalen;

Sykepleier; «Jeg har tatt den hygienedelen i E-læring om håndvask og...»

Sykepleier; «(Latter)....eg må innrømme at det har eg ikkje....»

De andre i gruppen er tydelig overrasket over at hun har tatt E- læringskurset.

Lege; «.....det er ingen (ledere) som følger med om du har gjort det eller ikke (E-læring om håndhygiene)det må du føle på selv og på egen samvittighet. Jeg savner oppfølging»

Lege; «...men det er klart at alle gjør det hvis du MÅ gjør det».

E-læring synes ikke å være et aktivt ledelsesverktøy for opplæring innen smittevern verken for sykepleiere eller leger. Noen obligatoriske «viktige» kurs blir pålagt leger av ledelsen. Basale smittevernrutiner med håndhygiene er ikke blant disse og blir ikke etterspurt. Signaleffekten indikerer at dette ikke er så viktig.

Flere sykepleiere peker på at det er forventet fra ledelsen at de i hverdagen arbeider i team på to og to. Det synes som at det er variert oppfølging av dette;

«Det heter at vi skal gå to og to, men det sklir jo ut heile tida».

Det er ingen ledere eller ledelse stasjonert i akuttmottak som har ansvar for faglig oppfølging av turnusleger eller leger;

Lege; «Det blir jo slik at du går inn alene...det er så travelt..».

Hun understreker at samarbeidet med sykepleierne er aldri noe problem. Det vises til konstruktive diskusjoner om smitteisolering der de blir enige og tar avgjørelser sammen. Inntrykket er at turnuslegen har tiltro til sykepleier sine vurderinger.

6.3 Fysisk utforming, teknologi, struktur og politikk

6.3.1 Systemtenkning i forhold til ytre faktorer

Hovedtema	Systemtenkning i forhold til ytre faktorer			
Kategori	Utfordrende romløsning (og overbelegg)	Utfordrende datasystemer	Tidspress	Utfordrende ansvarslinjer

6.3.2 Utdfordrende romløsning

I intervjuet forteller sykepleier om en pasient med høy feber og mistanke om meningitt.;

Sykepleier: «Og så hadde me ikkje ledig rom inne i behandlingen..og så var han såpass slakke...han satt på venterommet då, så me tok på han munnbind, men han tok me oppi i ein seng (i triage) heilt nedi kroken der med skapet og så tok me et skjerm Brett for å isolera han «bittelitt» då inntil han fekk rom inne i behandlingen...»

Sykepleier: «Det er ubehagelig i den store triagehallen for der ligger de som er neutropene etter cellegiftkur, så ligger KOLS- pasienter* og hoster og så har du de som venter på smitterom så det er en dårlig blanding...og me kan jo ikkje annet å gjøre enn å være forsiktige med å blande de og prøve å få inn de leukopene* fort.*

Ansatte gjør så godt de kan og bruker det mobile skjerm Brettet til å forebygge dråpesmitte mellom pasienter i påvente av ledig rom;

Sykepleier; «Det skulle alltid vært et rom ledig for den som trengte det. Flere bekrefter og ler...»

Legen ble spurt om forslag til forbedring;

«I triage er det et stort forbedringspotensiale og smittepasienten bør fanges opp før triage.. Det er jo første inngangsport til sykehuset før man kommer inn til akuttmottaket. Triagen er så åpen ...»

Sykepleier; «du har ingen sluse eller forhåndsrom du kan ta de (smittepasient) inn på i påvente av det rommet...og det er jo noe jeg håper de tenker på når det gjelder det nye sykehuset....»

Sykepleier viser at de reflekterer omkring pasientplassering i triage ved at de bruker annen hver seng så lenge det lar seg gjøre. De er oppgitt over for liten plass;

På spørsmål om suksessfaktorer når det kommer MRSA pasient, svarer legen;

Lege; «Plassmangel er alltid et problem. Det er jo veldig nyttig å ha den isolasjonsposten rett fra akuttmottak til isolasjonsposten hvor de har gode rutiner og bygget er tilpasset den type pasienter»

Isolasjonsposten er foreløpig stengt, noe personalet er uforstående til.

Sykepleier; «Vi har fått til mange forbedringer det siste året. Det har gjerne ikke vært så mange forbedringer – fokus på hygieneområdet. Det har vært mest fokus på det medisinske.....og organisering».

Sykepleier: «Det med lege i triagen er bra...og plan for høy aktivitet – hvilke tiltak me kan gjør når vi har så mange pasienter...»

Det er ingen standard på at et toalett på venterommet blir forbeholdt smittepasienten. Triagesykepleier har ansvar.

Sykepleier; «..og det sitter mange andre pasienter og der som har dårlig immunforsvar..og de går på samme toalettet. Vi har ikke noe kontroll med om de går på toalettet...».

6.3.3 Utdfordrende datasystemer

Helsepersonell i min studie viste til at sykehusets avvikssystem ikke blir brukt. Sykepleier viser til en gang at hun meldte avvik da en lege ikke ville ta på seg.

Sykepleier; «Eg trur at me må bruka avviksmelding mer og mer på sånne ting. Det er det som kan hjelpe oss. Vi er nødt til å skrive ned og...melde inn»

Lege; «Avviksmelding som blir tatt opp om smittetiltak?...nei, det er nok andre ting som ses på som viktigere å føres inn».

Lege; «Har aldri skrevet avviksmelding på smittevern»

Lege; «Når du søker på EQS, så kan du få 17 forskjellige forslag...eg tror mange vegrer seg for å gå inn og sjekke hva rutinen er».

En lege peker på at EQS er lite egnet i akuttmottak når du trenger rask informasjon, men at det brukes enkelte ganger på sengepost. Han sier at smittevern ofte handler om skjønn og vurdering.

Turnuslegen etterlyser enkle oppskrifter som «ikke gjemmes bak hundre tusen andre ting i EQS»;

«Ja, jeg har vært inne i EQS....nei, du vet vi har ikke tid, vet du...» (til å bruke det)

6.3.4 Tidspress

Flere deltakere peker på at tid og mye pasienter har negativ innflytelse på utøvelse av basale smitterutiner.

Sykepleier; «Ingen (leger) vil ha smittepasient fordi situasjonen krever mer arbeid. Det er vanskelig å få enerom på sengepost, og pasienten ligger lenge i akuttmottak»

Lege; «Når du har flere pasienter og det blir økt press, så merker du at det blir redusert fokus på basale smittevernrutiner som håndhygiene»

Sykepleier; «Når arbeidspresset er så stort at det tyter ut, pasienter ligger på bære og venter på å komme i sengå...og der er ikkje plass til å gje rapport....då ska du vaske av blodtrykksmansjetten etterpå, men det «etterpå» kommer ikkje då...».(dette er forståelig, ikke bevisst slurv)

Sykepleier; «Det er jo egentlig litt belastende med de smittepasientene.....de krever ressurser og tid – fyller opp»

Sykepleier; «Det hetet at me ska gå to og to, men det sklir jo ut heila tidå. Det skjer sjeldent fordi me har lite tid til det.»

«Men hurtigstesten er fantastisk. Med å klarere en MRSA pasient på 2 timer, då kan de bare vær her og avdelingen slippe å lage smitterom og sånn. Hurtigstesten skulle vart lengre utover. Den skulle vært om kvelden og..»

6.3.5 Utfordrende ansvarslinjer

Sykepleier: «Det er mange (pasienter) som ikke er merket smittepasient som vi isolerer fordi vi er usikre... Me gardere oss for kanskje det e smittepasient»

Sykepleier: «Legen skyver ansvaret for å avgjøre om det er smittepasient på sykepleier.

Videre uttaler en annen sykepleir;

«....det er ofta sånn at ja, smitte det får dokk bestemta seier de (legen) te oss....»

Registreringsskjema for antibiotikaresistense bakterier er et viktig verktøy som ved riktig bruk kan bidra til å forebygge smittespredning.

Sykepleier; «...så har de for sikkerhets skyld (ironisk) stengt de isolatå på 2I...ja det e jo fantastisk»

Lege; «Det viktigste for at ting glir greit er at du har fått beskjed om MRSA pasient på forhånd. Du har tid til å planlegge og da kan du noen ganger få pasienten rett inn på rom....»

Man mangler et system for god kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og primærleger hvor smittestatus burde vært avdekket.

I intervjuene understreker både sykepleiere og leger at det er en utfordring at innleggende lege/ legevakt ofte ikke melder til akuttmottak at det kommer smittepasient. Sykepleier sier med en litt oppgitt tone;

«så mens du holde på å triagera så får du veta at han har vore på sykehus i utlandet f.eks. det sista året eller at du ..ja opplysningane seie at det kan ha vært MRSA så då.. må me ta munnbind på han og få eit rom inn i behandlingen...»

Inntrykket er at sykepleier har praktisk kunnskap og er rutinerte med å gjøre i stand smitterom. Deltakerne sier at smitteisolering glir lett dersom innleggende lege melder smittepasient på forhånd. Det er avgjørende med tid til planlegging for å kunne klargjøre et smitterom slik at pasienten kan tas imot direkte på rommet;

Det kan synes som at det kan være en utfordring at leger utsetter å behandle smittepasient. Ansvaret for å bestemme smittestatus blir noen ganger lagt på sykepleier. Konsekvensen kan bli forlenget liggetid i akuttmottak og en forskyvning av at andre smittepasienter må vente i triage eller venterom;

Sykepleier: «..... hvis legane hadde gått kjappare inn te pasientane (smitterom) så kunne me fått avklart tidlegare og – og fått dei vidare...»

Sykepleier: «De som komme inn med smittediagnose blir ofte liggande lenge for de ...de står ikkje først i køen for å få behandling av doktoren.

Legen peker på at en tilgjengelig lege i triage sannsynligvis vil øke pasientsikkerheten gjennom økt samarbeid. Det er et pågående prøveprosjekt som snart skal evalueres;

«Der er veldig få andre sykehus rundt i verden der du ikke har erfarne leger i alle ledd i akuttmottak ...men her sitter relativt uerfarne leger som skal ta alle disse avgjørelsene –det er ikke rett heller. Så eg tror at det å ha et tilsyn tidlig betyr mye»

«Og eg tror bøygen er mindre når de (sykepleier) slipper å gå helt inn i avdelingen for å spore opp en lege, men at de har en der ute (i triage) som de kan diskutere med...»

Det synes som at sykepleiere har erfaring med at «plan for høyaktivitet» er bra. Dessuten virker det som at helsepersonell opplever at ledelsen støtter dem i å få en bedre arbeidsdag gjennom å prøve ut prosjekter;

Sykepleier: «Nå har de jo fått te at pasienter som komme fra sykehus i utlandet oftest går rett på post...(skal smitteisoleres). Då sleppe de innom akuttmottak for de (pasientene) tar jo lange tid...

På spørsmål om det har betydning for å forebygge smitte;

Sykepleier; «Det vil jo være bedre til desto færre plasser de (MRSA-pasientene) er....»

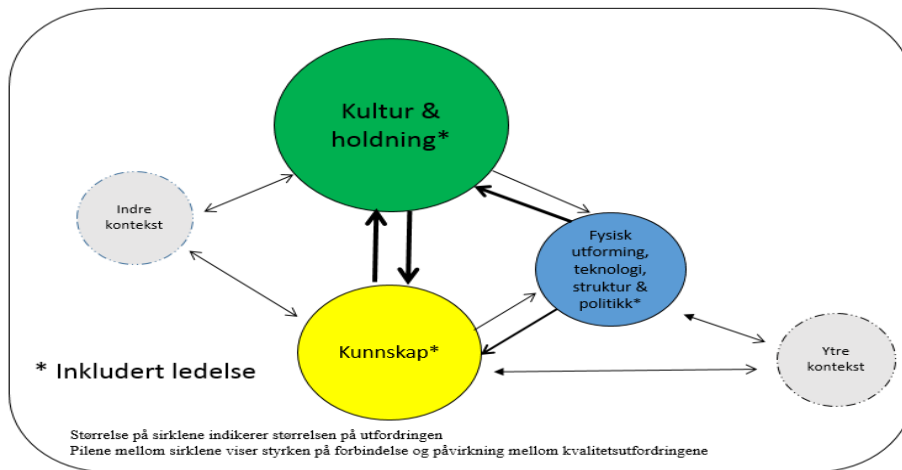
Ledelsens oppfølging

Sykepleier; «Noen ganger er det noen som sier ..det var gjerne ikke så lurt at du gjorde det og det...men det er ikke noen (ledere) som påminner. Nei, ledere gir ikke beskjed».

En av turnuslegene sier at det var et kort innlegg om håndhygiene og smittevernutstyr på introduksjonsdagen for turnusleger.

6.4 Sammenstilling av funn

Modellen under viser en sammenstilling av studiens funn som illustrerer variasjon og styrken på forbindelsen mellom de ulike kvalitetsutfordringene.



Figur 5 Sammenstilling av funn

Blant de tre kvalitetsutfordringene synes «kultur og holdning» å være den mest fremtredende. Ledelse inngår som et viktig element i denne utfordringen. Dette er et viktig element da kultur og holdning har sterk innflytelse og legger premisser for selve yrkesutøvelsen. Funnene viser at manglende etterlevelse, unnlater, uklare ansvarsforhold og mangel på rollemodeller ofte kan spores tilbake til enkeltpersoners holdninger eller den kollektive kulturen som er rådende. Viktigheten av dette er så sentral at mangelfull oppmerksomhet på dette området blir svært utslagsgivende i det totale systemet.

«Kunnskap» er vurdert til å være den nest største utfordringen. Det er en sentral utfordring da kunnskap er fundamentet for å kunne utføre kvalitetsmessig behandling og gjøre riktige vurderinger. Selv om funnene i studien viser at det er stor variasjon i og mangelfull kunnskap så anses ikke denne utfordringen å være hovedutfordringen. Dersom en evner å utvikle en kultur med fokus på smittevern så er min oppfatning at grunnlaget vil være tilstede for å utvikle en lærende organisasjon.

Det er også kvalitetsutfordringer knyttet til «fysiske utforming og teknologi». Denne ble ofte problematisert som hovedutfordringen av deltakere i studien, noe mine funn og vurderinger ikke understøtter. Det er riktignok forbedringsmuligheter på dette området, men denne utfordringen er underordnet de andre utfordringene vurdert ut fra et systemperspektiv. Det betyr at dersom de andre utfordringene ikke håndteres forsvarlig, så vil ikke forbedringer innen dette området isolert sett styrke infeksjonsforebygging nevneverdig.

Sammenstillingen over søker å forenkle kompleksiteten i det totale systemet. Det er åpenbart at utfordringsbildet er komplekst og at utfordringene glir inn i hverandre og påvirker hverandre i ulik grad. Eksempelvis er «ledelse» en viktig del i alle utfordringene, men det er størst innslag av dette i utfordringen som går på kultur og holdning. Den sterkeste forbindelse i modellen er mellom «kunnskap» og «kultur og holdninger». Dette vil bli nærmere drøftet i neste kapittel.

7 Diskusjon

Målet for studien var å belyse hvordan leger og sykepleiere ivaretar infeksjonsforebygging i et akuttmottak. Forskningsspørsmålene var 1. Hvilke erfaringer har leger og sykepleiere med infeksjonsforebygging i et akuttmottak?, 2. Hvordan er smittevern forankret som fagfelt i et akuttmottak?

I kapittel 6 (funn) ble tre hovedtema presentert; *Kunnskap, Kultur & holdning og Fysisk utforming, teknologi, struktur & politikk*. Diskusjonsdelen vil ha samme oppbygning som Kap.6. Avslutningsvis vil styrker og svakheter ved studien bli diskutert.

Funn fra forrige kapittel vil bli diskutert i forhold til teoretisk rammeverk samt forskningslitteratur og artikler som foreligger. Teoretisk ramme i studien er Bate`s teori om kvalitetsutfordringer (Bates 2008) og Senges teori (1991) om lærende organisasjoner.

7.1 Kultur & holdning

Hovedtema under kultur & holdning er «Inter og intraprofesjonelle variasjoner i holdning til smitte». Dette er samlenne for kategoriene «Ansvar og etterlevelse», «Teamarbeid» og «Rollemodell» som drøftes fortløpende.

Folkehelseinstituttet understreker at å hindre smitte og forebygge infeksjoner er et kontinuerlig kvalitetsarbeid. Informantene i studien innrømmer at det ikke er særlig fokus på smittevern i avdelingen. Det er å håpe at denne studien kan fungere som en slags kartlegging av dagens praksis og på den måten danne et grunnlag for videre kvalitetsarbeid. Det er en kjensgjerning at ledelsen spiller en sentral rolle når målet er å endre en organisasjonskultur gjennom å motivere ansatte til forbedringsarbeid (Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta, 2006).

7.1.1 Ansvar og etterlevelse

For å vekke helsepersonells engasjement og vilje til kvalitetsforbedring, må forbedringsprosesser være tydelig formidlet av ledelsen. Helsepersonell må selv oppleve at forbedringsprosesser er en integrert del av driften (FHI 2006).

Forutsetningen er en «bottom-up» kultur som gir helsepersonell muligheter til å skape et indre ønske om forbedring uten at konsepter blir tredd ned over hodet (Bate et al. 2008).

Denne studien viser at både leger og sykepleiere erkjenner et forbedringspotensialet. Det er struktur og system som mangler. Den ene vet ikke hva den andre gjør. Ansvarslinjene er uklare og fostrer frustrasjon.

Ifølge Senge (1991) er disiplinen «personlig mestring» selve grunnlaget for at en felles visjon skal kunne utvikles og ha en verdi. Motivasjon og drivkraft hos helsepersonell knyttes til forståelsen av å kunne se sammenhenger og helhet (Senge, 1991). Når det gjelder smittevern er det derfor viktig at helsepersonell har kunnskaper og holdninger som gjør at de evner å se sin yrkesutøvelse i lys av konsekvensene den får for pasient, medpasienter, kolleger og kontekst. I denne studien avslører helsepersonell både gode og mindre gode holdninger til smitteforebygging. De etterlyser gode rollemodeller og noen som tar ansvar. Dette krever en tydelig ledelse som har smittevern på agendaen gjennom alle prosesser på mikronivå og som følger det opp. Et lederskap som er tydelige, men deler makt for å få bedre innflytelse, vil bidra til å skape en lærende kultur ifølge Bate et al. (2008).

Forholdene ligger til rette for at en med sterkere styring av smittevernarbeidet, vil kunne få til å se på seg selv som en viktig medspiller i arbeidet mot en felles visjon: «en smittefri vei gjennom akuttinntak». Senge (1991) legger vekt på at en visjon bør fremme oppriktig entusiasme og knyttes til våre kjerneverdier. En visjon krever imidlertid formidling og oppfølging, ellers viser forskning at man raskt faller tilbake til «gammel praksis». I litteraturen hevdes det at disiplinering og etterlevelse har en negativ klang i litteratur om organisatorisk læring og Senge (1991) trekkes frem som eksempel på at han ser på gjennomføring og etterlevelse nærmest som motsetninger. (Sintef, 2013). Det er vanskelig å tenke seg at det ikke er et system uten at den ansvarlige sikrer at krav og forventninger blir oppfylt. Det kan være en utfordring å balansere mellom å fokusere på detaljerte prosedyrer på den ene side og å legge vekt på egen kompetanse, erfaring, skjønn og evne til å håndtere uforutsette situasjoner på den andre siden. Et sterkt fokus på regler og kontroll kan svekke organisasjonens evne til læring. Informantene i studien avdekker imidlertid stor variasjon i holdninger til smittevernrutiner. Uklare regler og manglende kontroll er ingen god løsning. De har imidlertid selvinnsikt og ser et forbedringspotensiale.

Forbedringskultur

Helseforetakets strategi plan presenterer visjonen: «Vi skal fremme helse og livskvalitet». I en praktisk hverdag ser vi hvor store konsekvenser en sykehusinfeksjon får for pasienter og pårørende. Ved bruk av basale smitteverntiltak vil de ansatte bidra til å fremme pasienters helse og livskvalitet. Slik kan målet om en «smittefri vei gjennom akuttmottak» knyttes til organisasjonens overordnede visjon. En suksessfaktor er å forankre visjonen i alle ledd i organisasjonen

En forbedringskultur må basere seg på åpenhet, kontinuerlig læring og deling av erfaringer blant ansatte, både innenfor- og mellom helseforetakene. Kvalitet og pasientsikkerhet krever engasjement og forankring blant ansatte og ledere (Helse Stavanger, 2013). Basale smittevernrutiner er fundamentet for effektiv forebygging og kontroll av infeksjoner i helseinstitusjoner. Ledere må opptre som rollemodeller for å skape gode holdninger hos helsepersonell slik at disse kan videreføres i organisasjonen (Helse Vest, 2012-2015).

Senge (1991) peker på at våre mentale modeller har sterk innflytelse på hvordan vi handler. Et eksempel er enkle antakelser eller generaliseringer om at det har lite betydning at håndhygiene sløyfes innimellom. Senge (1991) understreker også at vi må være bevisste på at mentale modeller påvirker oss og er aktive i den forstand at de styrer handlingene våre. Det er en viktig oppgave for ledere av organisasjoner å bevege den mot en lærende organisasjon som verdsetter kontinuerlig læring (Wadel, 2008). Kulturen i en slik avdeling legger premisser for handling og samhandling gjennom en grunnleggende læringsmessig prosess som igjen endrer kulturelle verdier – som en spiral (Wadel, 2008). I en slik avdeling blir det viktig å skape en kultur for konstruktiv kritikk og ros. På den måten kan læringskulturen bli et sted der mennesker kontinuerlig oppdager hvordan de skaper sin egen virkelighet (Senge, 1991; Wadel, 2008).

Informantene var opptatt av pasientflyt. Opphopning av pasienter i akuttmottak har vært og er en stor utfordring. Når det hopper seg opp med pasienter, har det negative konsekvenser for smittevern med økt risiko for smittespredning. Det er viktig å ha fokus på pasientflyt men et for ensidig fokus på pasientflyt kan forrykke kvalitetsaspektet og føre til at de ansatte tar snarveier og slurver med basale smittevernrutiner. Som helsepersonell er vi pliktig å følge forsvarlig praksis, noe som innebærer en selvstendig plikt til å ta hensyn til smitteforebyggende tiltak i arbeidet (Smittevernplan, Helse Vest 2012-2015)

Motivasjon

Motivasjon er viktig faktor i arbeidet med å få ansatte til å påvirke arbeidsplassen positivt (Bate et al. 2008). Ledelse er en viktig faktor, men ansatte må oppleve frihet under ansvar, basert på tillit. Ansatte støttes og får mulighet for å påvirke. Dette stimulerer til samspill mellom medarbeidere. Motivasjonsforhold i en lærende organisasjon er basert på at det er en medarbeiderkultur som verdsetter kontinuerlig læring (Wadel, 2008)

Bate et al. (2008) vektlegger kunnskapsbasert læring. Gjennom å utvikle ny kunnskap og forståelse fra forskningsoppsummeringer og analyser av daglig praksis, audits, evaluering og måling av lokale forbedringer – benchmarking, supplert av erfaringsbasert kunnskap fra ansatte og pasienter (Bate et al. 2008). Informantene i denne studien etterlyste gode systemer og rutiner for kunnskapsformidling og daglig praksis. De erkjente at de gode rollemodeller er administrert ut og at de savnes i daglig praksis. Både Bate et al. (2008) og Senge (1991) understreker betydningen av gode rollemodeller. Senge (1991) understreker at den viktigste ledelsesstrategien er å gå foran med et godt eksempel. Det inspirerer medarbeiderne. Handlinger har alltid større kraft enn ord. Ledere er viktige rollemodeller (Berland, Berentsen, Gundersen, 2008).

I følge St.meld nr. 16 (2002-2003) er det en forutsetning for alt systematisk kvalitetsforbedringsarbeid at ledelsen har oversikt over kvalitet og pasientsikkerhetsnivået i virksomheten. Resultatene skal brukes til å iverksette tiltak, følge dem opp og etterspørre resultat. Gode etiske holdninger er derfor en forutsetning for høy kvalitet i tjenesten. I et miljø med god læringskultur skal man kunne stille spørsmål og fortelle om uønskede hendelser uten å frykte negative følger. Etisk bevissthet må vedlikeholdes og fornyes i tråd med faglig og organisatorisk utvikling. Dette er et lederansvar St.meld nr. 16 (2002-2003).

Noen informanter røpet at den primære grunn til at de fulgte basale smittevernrutiner, var å forebygge at de selv ble smittet. Forskning støtter dette (Seibert et al. 2014). De hevder at personalets motivasjon i forbindelse med å tørke av bordflater etter bruk var bekymring for å ta smitte med hjem (Seibert et al 2014). Dette viser Watson et al. (2014) i et observasjonsstudie av gjennomføring av basale smittevernrutiner blant 62

sykepleiere/leger i et akuttrom i et akuttmottak. Mindre enn 10 % utførte håndhygiene før prosedyrer mens 80 % utførte håndhygiene etter gjennomført prosedyre.

7.1.2 Teamarbeid

Informantene presenterte en avdeling hvor organisasjonens visjon ikke syntes å ha nådd ut til den enkelte yrkes utøver. Mellomledere har stort ansvar (fag, kvalitet, personal og budsjett) og utsettes for mye press både fra dem de leder og fra ledelsen over.

Budsjettbalanse, røde tall og ytterligere effektivisering får stor oppmerksomhet både politisk og i mediabildet, samtidig som kvaliteten på tjenestene skal ha god kvalitet med hjelp av færre ressurser og brukerne skal inviteres til medvirkning. Optimalt smittevern krever at hele organisasjonen deltar, og at kunnskapsformidling, motivasjonstiltak og etterspørring av resultater i en kontinuerlig prosess kjennetegner enhver enhet som har pasientkontakt. En smittefri vei gjennom mottaksavdelingen er avhengig av at alle som er involvert i/med pasienten handler i forhold til basale smittevernrutiner. Svikter en, kan alle de andres arbeid ha vært forgjeves.

Det er ingen konsensus omkring definisjonen på **organisasjonskultur**, men det er bred enighet om at det er en gruppe mennesker som deler felles lærdom (De Bono et al., 2014). Gjennom å arbeide mot et felles mål og visjoner, formes felles verdier og overbevisning som er spesielt for gruppen. Ifølge Sinkowitz-Cochran et al. (2012) har sykehus med effektivt lederskap høyere etterlevelse av håndhygiene og bedre hanskebruk blant personale sammenlignet med andre sykehus uten tilsvarende ledelse.

Det er en utfordring å få til en felles enhets kultur i en avdeling hvor så mange spesialfunksjoner ikke har fast tilhørighet/ansettelse, men kun er innom for å ivareta korte oppdrag (Helsedirektoratet 2014). Sykepleiere er den eneste gruppen som har fast ansettelse. Andre, slik som anestesileger, kirurger, indremedisinere og andre, har sin hovedarbeidsplass på andre enheter og er derfor ikke alltid så kjent med den rådende arbeidskulturen i mottaket. Dette kan vanskeliggjøre arbeidet i å lykkes med innarbeiding av gode rutiner i de enkelte arbeidsteam. Muntlin et al. (2011) fant ifølge Elmqvist (2012) at en personalstruktur der legen kun har enkelte vakter eller oppgaver i akuttmottak og sykepleier er fast ansatt her, har negativ innflytelse på teamfølelsen. En slik «hopp inn» og «hopp ut» kultur genererer en lav-status holdning til oppgaver i akuttmottak. Gillespie og Melby (2003) viser at når det ikke settes av tilstrekkelig tid til grupperefleksjon og teambygging kan demotivasjon og stress bli resultatet. For å oppnå

et godt samarbeid i et tverrfaglig team, er det viktig at det er definert en klar og tydelig grenseoppgang for den enkeltes rolle og ansvar i teamet. Ifølge Elmqvist et al. (2012) bør organisasjoner etablere tydelige rolle og ansvarsområder for leger og sykepleiere i teamet. Slik systemet er i dag føler legene seg lett fremmedgjort og i en svak posisjon i forhold til fast ansatte sykepleiere (Muntlin et al. 2011). Dersom det omorganiseres slik at noen leger får mesteparten av arbeidsdagen i akuttmottak, vil de sannsynligvis få en økt tilknytning og bedre forhold til rutiner, prosedyrer og sykepleiere i avdelingen. Dette vil også kunne redusere pasienters ventetid i tillegg til at det vil styrke pasientsikkerheten gjennom å bidra til en avdelingskultur som støtter opp om teamarbeid (Elmqvist et al. 2012).

I en review om organisatorisk kultur og infeksjonsforebygging i helseinstitusjoner, konkluderer forskerne med at implementering av infeksjonskontroll handler like mye om atferdspsykologi som det handler om biomedisinsk vitenskap (De Bono, Heling, Borg, 2014). Forskningslitteratur understreker tydelig at det mangler erkjennelse for at atferdspsykologi bør være grunnlaget for all implementering av smitteverntiltak. Det pekes på at det i forbedringsarbeid bør tas hensyn til en serie av variabler som innstilling, verdier, holdning og kunnskap Olsen et al. 2015.

Over tid har både sykepleiere og leger skapt sin egen profesjonelle kultur/subkultur og profesjonelle status der de forsøker å få kontroll på sin plassering og «organisatoriske skjebne» innenfor organisasjonen. Dette kan bidra til en opphevet følelse som etter hvert blir legitimt i gruppen og som viser seg gjennom en dominerende rolle over andre arbeidsaspekter i organisasjonen. Forskerne peker på at det synes å være konsensus om at profesjonelle subkulturer ofte er sterkere enn andre grupperinger i organisasjonen. Dette er en viktig utfordring som nasjonale veiledere, pålegg og krav til innrapportering av smitteverndata prøver å påvirke. Det er imidlertid også en lederoppgave som krever fokus hos ledere på alle nivå. Informantene i denne studien er ikke motvillig til å endre og systematisere sin innsats innen smittevernrutiner. De ønsker et tydeligere system og en klar rollefordeling. Dette er en tydelig bestilling til ledergruppene i organisasjonen.

Ledelse

Gould et al. (2008) viser til et eksempel på en suksesshistorie fra Geneve i forbindelse med innføring av WHO's fem anledninger for håndhygiene. Grunnlaget for en suksessrik innføring var ledelsens oppmerksomhet mot organisasjonskultur og

kontekstuelle faktorer som støttet eller som hindret håndhygiene og infeksjonsforebygging. Det vises til viktigheten av å skape et felles institusjonsovergrepene «eierskap» og positiv holdning som skaper forpliktelse blant ansatte til å følge opp ledere og seniorpersonells innføring av ny metodikk for håndhygiene. (De Bono et al., 2014). Forskerne viser til at det har vært en økende oppmerksomhet mot nødvendigheten av å forstå organisasjonskultur og forsøke å endre denne der det er forhold som er til hinder for optimal behandling, pleie eller infeksjonsforebyggende praksis.

Litteratur om organisasjonskultur understreker ifølge Eaker & Gonzales (2007) at ledere må ta fullt ansvar for å skape en optimal kultur gjennom revurdering av struktur, politikk og retningslinjer (De Bono et al., 2014). Andre forskere som Cunningham (2006) peker imidlertid at for sterkt lederskap kan ha negativ innflytelse på personalets tilfredshet og gjennomføring av smitteforebyggende tiltak (De Bono et al., 2014). En uformell lederstil kombinert med sosial makt og vilje til å samarbeide om felles strategi, understrekes av andre som sentrale egenskaper i arbeidet med å forbedre infeksjonsforebyggende praksis (Seto 1995, De Bono et al., 2014).

Motstand mot endring

Forskerne peker på at det er en risiko for at helsepersonell ikke støtter opp om innovative ideer som går utover deres egne generelle antakelser (Senge, 1991). De Bono et al. (2014) refererer til denne begrensningen som en «paradigme-lammelse» som stenger for innovative fremskritt. Det pekes på at det er overraskende lite forskning på innovasjon innenfor større helseorganisasjoner (De Bono et al., 2014). Bate et al. (2008) peker på innovasjon som viktige områder.

Deltakerne i denne studien presenterte ulike holdninger til bruk av gjeldende smittevernrutiner. Noen hadde kunnskap og anvendte den. Andre hadde kunnskap som de anvendte når de hadde tid og husket på det, andre hadde ingen rutiner, men satset på at andre tok seg av den siden av saken. Disse variasjonene fantes både internt i den enkelte profesjonsgruppen og mellom profesjoner. Disse variasjonene i tillegg til at systemene og rolleavklaringer opplevdes uklare, kan føre til en utrygg situasjon for enhetens pasienter. Det var i liten grad kultur for å si fra til den /de andre når prosedyrer ikke ble fulgt.

Dette er i tråd med helseforetakets siste måling av pasientsikkerhetskultur i 2014 som viste lav skår på «det er vanskelig å diskutere feil her» og «her er det vanskelig å si fra om jeg oppdager et problem i pasientbehandlingen». Administrerende direktør understrekte at det måtte jobbes mot en kultur der det kunne være trygt å ha en fri og konstruktiv dialog om feil og problemer.

De Bono et al. (2014) peker på at en hovedårsak til aktiv motstand mot forandring, er «inngrodde vaner» i hverdagen. Det kan være mange typer motstand fra helsepersonell dersom endring ikke synes gunstig eller nyttig. Forskerne viser til egenskaper ved to typiske grupper personell med lav etterlevelse av infeksjonskontrollprogrammet. Det er aktive motstandere og «organisatoriske konspiratorer» mot endring av praksis. Aktiv motstand begrunnes i lite tydelig / usikker innføring av nye retningslinjer av ledelsen. «Organisatoriske konspiratorer» er personell som utelater enkelte prosedyrer uten aktivt å vise motstand. Forskerne understreker at begge personalkategorier gjør det vanskelig å implementere evidensbasert praksis. Det er derfor viktig å fremme arbeidskulturer hvor det er greit å si fra, og på den måten gjøre hverandre gode.

Cox et al. (2014) fant i en studie at studenter var redde for å spørre eller utfordre eksisterende sykepleieprosesser. De gjorde som de andre selv om de visste det var i strid med beste praksis (Levett-Jones & Lathlean, 2009). I en annen studie fant Cox et al. (2014) at når nyutdannede sykepleiere opplevde at kolleger tok snarveier, tenkte de at smittevern hadde mindre betydning i avdelingen og at det derfor kunne nedprioriteres. Cox et al. (2014) konkluderer med at etterlevelse av infeksjonskontroll er relatert til klinisk lederskap. Manglende klinisk ledelse gir manglende infeksjonskontroll, dette gjelder spesielt i forhold til håndhygiene.

Informantene hadde få eller ingen rollemodeller i sin daglige praksis. Det opplevdes som et savn. Bakgrunnen for en studie av Olsen et al. (2015) var nettopp denne erkjennelsen av at det manglet erfarne leger og sykepleiere som fungerer som rollemodeller og «verdiambassadører» for yngre og mer uerfarne leger og sykepleiere. Overleger og sykepleieledere er mindre fysisk tilstede i praksisfeltet nå enn før. Dette har påvirket trygg praktisk klinisk utøvelse og ledelse negativt. Forskerne viser korrelasjon mellom klinisk ledelse og helsepersonells moral knyttet til etterlevelse av god kvalitet på pasientbehandling.

Håndhygiene

Dårlig tid, lang avstand mellom vask og seng i tillegg til «følelsen av» om det var nødvendig eller ikke å sprite av utstyr eller vaske hender, ble fremhevet som styrende for hva de valgte å gjøre. Forskningsfunn understøtter dette. Di Martino et al. (2010) fant at to nøkkelfaktor for lav etterlevelse av god håndhygiene praksis i et akutt mottak var høy aktivitet og stor arbeidsmengde / belastning. I en studie fra et akutt mottak fant Berland et al. (2008) at spesialsykepleiere velger sine egne etterlevelseregler. Til tross for kunnskap har de ikke hygieniske motforestillinger med å bruke ringer og klokke.

I en oversiktsartikkel av Liang et al. (2014) om infeksjonsforebygging i et akutt mottak vises det med bakgrunn i studier at utdanning ikke er ensbetydende med høy etterlevelse av infeksjonskontroll. Basis for infeksjonsforebygging i et akutt mottak er at helsepersonell forstår at det er nødvendig å forebygge infeksjoner. Ansvar må være adressert og innstillingen må være å overvinne utfordringen (Liang et al, 2014). Det vises til flere intervensjonsstudier hvor forelesninger, små-gruppe diskusjon, skriftlige oppfordringer til etterlevelse og videovisning av dårlig etterlevelse ble brukt for å bedre resultatene. Tiltakene hadde varierende resultater (Brooks et al, 1999). Liang et al (2014) peker på at måling av etterlevelse gjennom «pasientsikkerhetsrunder» eller oppfølging som er mindre formell, evt. etterfulgt av disiplinære tiltak har vist seg å øke etterlevelsen.

Ledelse av fag og kvalitet går gjennom det hele som en rød tråd. Tiltak som ikke blir etterspurt, blir ofte ikke gjort. Det er en lederoppgave å lage gode systemer for kontinuerlige resultatmål og kontinuerlige evaluering og forbedringsprosesser hvor alle har en stemme inn. Som en av informantene sa: Det må være kjekt å være flink!

7.2 Kunnskap

Hovedtema under kunnskap er «Variasjon i basal kunnskap og utøvelse». Dette er samlende for kategoriene «Å lære av hverandre» og «Å være ansvarlig for egen læring» Kunnskapsledelse og systemtenkning er sentrale elementer.

Kunnskapssenteret peker på at sykepleiere og leger som har direkte pasientkontakt har en nøkkelrolle innenfor smittevern. Det er derfor svært viktig at de får oppdatert sin kompetanse innen faget. (Kunnskapssenteret, rapport nr.20-2013).

I Bate's modell (2008) blir kunnskap og holdning adskilt analytisk, men forskerne erkjenner at områdene glir over i hverandre i praksis. Forskerne fokuserer på at kunnskap må integreres som ledd i systemtenkning, noe som er i tråd med Senge's teori (1991) om lærende organisasjoner. Noen forutsetninger for å oppnå en lærende organisasjon er at man har medarbeidere som kan overføre kunnskap, en kunnskapsorientert ledelse og at man oppnår varig læring.

Sentrale myndigheter legger til grunn at drift av helse og omsorgstjenester skal være kunnskapsbaserte (St. meld. nr. 16, 2002-2003). En trygg behandling og pleie krever kompetente medarbeidere som har gode holdninger, kunnskap og kompetanse (Helse Stavanger, 2013). Dette er i samsvar med Folkehelseinstituttet som understreker at en forutsetning for at pasienter skal få en trygg behandling og pleie, er at helsepersonell har forståelse for praktisk smittevern og at de har kunnskap om hvordan bakterier smitter.

Funn fra studier indikerer at manglende kunnskap har direkte innflytelse på pasientsikkerheten og risiko for smittespredning til både pasient og helsepersonell (Smittevern 23, 2016; Lindberg et al., 2011). Sentrale myndigheter legger vekt på at det er nødvendig med stødig kompetanse spesielt i et akuttmottak der miljøet preges av raske skiftninger og der helsepersonell må improvisere og ta avgjørelser i situasjonen der og da (Helsedirektoratet, 2014). Cox et al. (2014) understreket at med bakgrunn i økende antibiotikaresistens, er det viktigere enn noen gang at helsepersonell har grunnlagskunnskap innen mikrobiologi og har evne til å overføre kunnskap til praktisk infeksjonsforebygging i forskjellige kliniske scenarios.

7.2.1 Variasjon i basal kunnskap og utøvelse

Flere studier har sett på leger og sykepleieres kunnskap om mikrobiologi, om hvordan bakterier smitter og på faglig utøvelse (Cox et al, 2014; Mitchell, Cloete, Matheson, , Say, Wells, & Wilson, 2014; Parmeggiani et al, 2010; Liang et al, 2014). Manglende kunnskap om hvordan bakterier smitter var det mest fremtredende området som var gjennomgående i alle de henviste studiene. Dette gjelder mikrobiologisk kunnskap, bruk av beskyttelsesutstyr og manglende forståelse / rasjonale for smitteverntiltak. Mine funn viser at sykepleier faktisk risikovurderer om det er nødvendig med basale smittevernrutiner, men lavt kunnskapsnivå bidrar til mangelfulle risikovurderinger og smitterisikoen blir dermed større (Gammon et al. 2007). Det synes som om det ikke utøves systematisk håndhygiene i tråd med etablert metodikk. Dette er urovekkende når Creamer et al. (2010) avdekker at flere sykepleiere har MRSA på fingrene til tross for at det ikke er MRSA pasienter i avdeling. Han konkluderer med at kunnskap om hvordan man utfører håndhygiene er en nøkkelkomponent for å redusere sykehusinfeksjon.

Funn i studien støtter opp om forskningen som er gjort på feltet. I intervjuet sier sykepleier at de «tror en del» uten å vite om det er forankret i kunnskap. Både en svensk og en norsk kvantitativ studie som kartlegger kunnskapsnivå viser at sykepleiere hadde uventet lav kunnskap om forebygging av MRSA / ESBL, om aktuelle smitteveier, behandling og om mikrobiologisk kunnskap. Det fremgikk at noen sykepleiere kunne teorien, men visste ikke hvordan den skulle anvendes i praksis (Lindberg et al., 2011).

Flere sykepleiere og turnusleger gir uttrykk for et sterkt ønske om påfyll og justering av kunnskap. Begrunnelsen for ønsket er litt forskjellig mellom yrkesgruppene.

Sykepleiere legger mest vekt på kunnskap om hvordan bakterier smitter. Noen leger derimot synes praktisk smittevernarbeid er den største utfordringen og erkjenner at det henger sammen med manglende fagkunnskap. Andre leger mener at de ikke mangler kunnskap, men peker på at det kan være praktiske utfordringer inne på et smitteisolat.

Forskerne peker på at det er et tydelig behov for styrket kunnskap fordi svake resultater indikerer at noen sykepleiere utøver uforsvarlig pleie (Lindberg et al., 2011; Lunde & Moen 2014; Cox et al, 2014). Det er betydelig mengder forskning tilgjengelig som støtter dette (Phillips et al.2010, Lindberg et al., 2011).

Inntrykket er at både sykepleiere og turnusleger er engasjerte og ivrige etter å få ny kunnskap. Helsepersonell som er motiverte og uttrykker ønsket om en positiv utvikling,

«Me vil lære mer», er en positiv kraft og en ressurs for sine kolleger. Begge grupper erkjenner at om kunnskap skal ha verdi må den kunne omsettes og brukes i en praktisk arbeidssituasjon, noe som er i tråd med kunnskapsbasert praksis (Kunnskapssenteret, 2007; Jacobsen, 2008).

Senge (1991) peker på at ansattes innstilling har avgjørende betydning for personlig mestring og utvikling av den lærende organisasjon. Gjennom å være ærlig om «nåværende virkelighet», fortrenses forsvarsmekanismer og det er en basis for å skape ekte vilje til å lære individuelt og i team (Senge, 1991). Sintef (2013) understreker det samme i sin rapport at en av de viktigste fremmerne i organisatorisk læring er å se behovet for å lære eller å endre seg (Kunnskapssenteret).

I denne studien var det overraskende, men også kjent fra egen erfaring hvor åpent, ærlig og usminket helsepersonell framstiller smittevernfarende utfordringer (problemområder) under intervjuene. Eksempler er legen som svarer «nei, det er flaut, jeg kan for lite om dette...» og flere sykepleiere som sier de mangler kunnskap om smittevern / smitteoverføring.

Tilfredsstillende kunnskap ble sett på som avgjørende for gjennomføring av korrekte smitteverntiltak. I samsvar med tidligere forskning pekte helsepersonell på at undervisningen måtte følges opp fortløpende med påminnelser og tilbakemelding på praktisk utførelse (Seibert et al., 2014). Sykepleiere og leger sier at de ikke blir fulgt opp og korrigert.

7.2.2 Teamlæring- Å lære av hverandre

Sentrale myndigheter understreker at samarbeid og teamarbeid bør være en viktig drivkraft i et akuttmodtak (Kunnskapssenteret, 2015; Helsedirektoratet, 2014).

Det pekes på at teamarbeid, trygghet og støtte i fagmiljøet vil fremme pasientsikkerhet. Det samme støtter Olsen et al. (2015) som vektlegger viktigheten av teamarbeid i hverdagens kliniske og etiske utfordringer i et akuttmodtak.

Wadel (2008) peker på at to-person-team er uformelle og er mest utbredt i organisasjoner som i et sykehus. De har et stort læringspotensiale, inneholder mer enn en sosial relasjon og har stor verdi for den lærende organisasjon (Wadel, 2008). Det er lite forskning på området fordi disse mye har vært sett på som en sosial relasjon.

Forutsetningen for teamarbeid er at ansatte får tilgang til hverandre i en travel hverdag. Sykepleier sa at «det heter» at de skal gå to og to, men at det sjeldent lot seg gjøre fordi det var travelt. Hun pekte på at det var gode læringsmuligheter i å jobbe i team for gjennom å studere hva andre gjorde, fikk hun mulighet for å reflektere over egen praksis og fikk mulighet til å gi andre tips. Legene sier at de ikke arbeider i team og at de går alene og en av de ferske legene erkjenner at vedkommende prøver seg frem når det gjelder smitte, men ser at å jobbe i team med sykepleier fremmer læring og økt kunnskap.

Senge (1991) peker på at det er et stort, ofte ubrukt potensiale som ligger i samarbeidende læring. Jacobsen (2008) og Wadel (2008), støtter dette når de peker på at den viktigste læringen foregår i daglig praksis i uformelle relasjoner mellom kolleger. Det vil derfor være viktig at det legges til rette for samarbeidende læring (Senge, 1991).

Cox et al. (2014) peker på at dårlige vaner kan brytes ved at sykepleiere jobber sammen og sjekker hverandre slik som ved intravenøse medikamenter. Gjennom å drille hverandre kan det skapes positive bølger for overføring av kunnskap. O'Leary & Mhaolrunaigh (2012) hevder at kunnskap om faglige retningslinjer og et tverrfaglig samarbeid med leger fører til redusert smitterisiko. Sykepleier setter ord på at det å gå i team virker skjerpene og at de unngår å spre smitte. De sier at de får til en bedre arbeidsfordeling slik at de enklere greier å holde skille mellom rent og urent når de er to. Dette bekrefter Kari Martinsen da hun understreker at faglig skjønn tilegnes gjennom praktisk erfaring og ved hjelp av mønsterlæring. Gjennom å bli korrigert i konkrete praktiske situasjoner, vil en tilegne seg faglig skjønn. Dette er en form for taus kunnskap som seinere uttrykkes i en intuitiv forståelse av situasjonen (Kirkevold, 1992). Lege sier at hun bevisst observerer sykepleiere for å lære, men hun registrerer at sykepleiere har ulik utøvelse. Mitchell et al (2014) viser til at mindre erfarne sykepleiere stoler tungt på informasjon fra annet helsepersonell (O'Leary, Mhaolrunaigh, 2012). Studien her viser også at legene i stor grad stoler på sykepleiere. Sykepleiere må dermed være bevisste på at de er en rollemodell og premissleverandør for kunnskapsbasert praksis

Wadel (2008) peker også på verdien av å ha med studenter i et praksisfellesskap. Gjennom naive spørsmål skapes det en bevisstgjøring av egen kunnskap og det gis dessuten mulighet for å hente fram taus kunnskap. Den som blir utfordret må lete etter begrunnelser for selvfølgeligheter som en kanskje ikke har reflektert særlig over. En fersk lege i studien sier at å få praktisk opplæring med sykepleier vil øke pasientsikkerheten.

Senge (1991) understreker at læring gjennom samarbeid i slike grupper fremmer en felles visjon og det øker muligheten for gode resultater. Det er ofte slike uformelle læringsforhold som utgjør den viktigste læringsmessige arena i lærende organisasjoner (Senge, 1991).

Det er risiko for at mentale modeller om at teamarbeid er mer tidkrevende enn å arbeide alene blir etablert som en sannhet. Konsekvensen er at en unngår teamarbeid på feil faktagrunnlag (Senge, 1991). Helsepersonellet gjentar flere ganger at dårlig tid er grunnen til at de ikke jobber mer i team til tross for oppfordringer fra ledelsen. Dette viser at helsepersonellet fokuserer ensidig på tid og ikke evner å se sin utøvelse i systemperspektiv.

7.2.3 «Å være ansvarlig for egen læring»

Å lære er et sentralt begrep i Senges systemtenkning (1991) og betyr mer enn å tilegne seg kunnskap i tradisjonell forstand. Utvikling av læring og kunnskap skapes i samhandling mellom mennesker og grupper i det daglige liv i organisasjonen (Senge, 1991; Sintef, 2013;) Dette er et «nyere» perspektiv på læring og kunnskapsdeling fordi utgangspunktet er et felles ansvar, der leder har hovedansvaret (Senge 1991, Jakobsen, 2008). Sykepleiere og leger erkjenner at de har et ansvar for å ha kunnskap om smitteforebygging og om ARB, men de peker på at ledelsen også har et ansvar.

Basert på flere sammenfallende utsagn fra helsepersonell, er inntrykket at infeksjonsforebygging vies lite oppmerksomhet i akuttmottak. Sykepleiere og leger sier at det er mangelfullt system for opplæring innen smittevern. Funn i studien peker på at intervjuobjektene føler at de «må ordne opp selv» og intra -interprofesjonell kunnskapsoverføring bli da konsekvensen.

Sykepleier peker på at smittevern ikke er tema på fagdager. «Det har ikke har vært hygienekontakt det siste året». (De fleste poster og avdelinger på sykehuset har en hygienekontakt). Det er ingen som følger opp at e-læringskurs blir gjennomført. Sykepleiere etterlyste et «årshjul» med aktuelle tema der smitteforebygging blir inkludert.

Leger gav uttrykk for at det ville vært viktig for pasientsikkerheten at de vanligste problemstillingene i forhold til smitte jevnlig ble tatt opp på initiativ fra ledelsen. Det er viktig at ansatte blir møtt av ledelsen på den usikkerheten de har om smitteoverføring fordi det å tro uten å ha faktakunnskap kan være en fare for pasientsikkerhet gjennom at det innarbeides og spres feilinformasjon. Et eksempel fra akuttmottaket viser at sykepleier på eget initiativ søkte kunnskap på sengepost som viste seg å være feil. Det synes som at det er en forventning om at den enkelte tar mer «ansvar for egen læring» enn det som burde forventes.

Ledelsen i organisasjonen har ansvar for et system som bidrar til å opprettholde et forsvarlig kunnskapsnivå blant ansatte. Det er en forutsetning at ledere driver kunnskapsledelse og deltar i lærings- og utviklingsarbeid. Samtidig er det viktig at helsepersonell bidrar med engasjement slik at det kan skapes en god kultur og for felles læringsprosesser (Senge, 1991). Helsepersonell er sentrale i «ledelse» i en lærende organisasjon, men system og oppfølging rundt å skape en lærende organisasjon skal forankres hos den formelle ledelsen (Senge, 1991). Leger og sykepleiere sier at i mangel på felles læringsprosesser og et lite funksjonelt kvalitetssystem, så er den viktigste kunnskapskilden hverandre (mester – svenn strategi). Når helsepersonell er i tvil om faglige spørsmål, spør de kolleger, heller enn å søke kunnskapsbaserte retningslinjer. Dette samsvarer med funn i studien til Mitchell et al. (2014). Dette viser at ledere i større grad må inkludere infeksjonsforebygging til å være et kjerneområde innen pasientsikkerhet.

Kartlegging og oppfølging av kompetanse er en viktig del av kunnskapsledelse (Senge, 1991, Lindberg et al., 2011). Det er et paradoks at de fleste skåret høyt på egenrapportert smitteforebyggende atferd. Forskning viser til at validerte spørreskjema kan være nyttig for ledelsen for å avdekke faktiske kunnskapshull om ARB hos helsepersonell og basert på denne kartleggingen drive målrettet opplæring. Funn viser at det ikke er slike kartleggingsinitiativ og heller ikke audits i dette akuttmottaket slik vi

ser er mer utbredt i Sverige der dette gjennomføres jevnlig i nærmest alle akuttmottak (Yanagizawa – Drott et al.,2015)

Veileder for akuttmottak peker på at det mangler målinger i akuttmottak. Selv om det ikke foreligger nasjonale kvalitetsindikatorer for akuttmottak bør det etableres verktøy for å overvåke kvalitet (Helsedirektoratet, 2014). Helsepersonell etterlyser tettere oppfølging av ledelsen. Liang et al. (2014) støtter at hyppige påminninger og tilbakemeldinger fra ledere revitaliserer kunnskap og motiverer helsepersonell til infeksjonsforebygging i praksis.

Funn fra studien viser at kunnskap ikke er satt i system. Senge (1991) peker på at systemtenkning er viktigere enn noensinne i dag fordi organisasjoner er blitt mer komplekse. Akuttmottaket på casesykehuset er en kompleks organisasjon og funn i studien viser at kunnskap henger tett sammen med de andre elementene som holdning, struktur, politikk etc. Som diskutert i drøftingen av kultur og holdning over så styres legene som arbeider i akuttmottak fra avdelinger. Det kan gjøre det vanskelig å skape felles arena for diskusjon og tverrfaglig samarbeid (læringsnotat, kunnskapssenteret) og også å beholde kunnskapen. Studier viser at leger føler seg fremmedgjort. I et uforutsigbart miljø, er det spesielt viktig at personale kjenner trygghet gjennom faglig kompetanse og gjennom kjennskap til system, ressurser og personer.

Bate (2008) i likhet med Senge erkjenner at kunnskap og holdning glir over i hverandre. Linda Lai (2004) knytter også kunnskap og holdning sammen når hun definerer kompetanse. Våre holdninger har en direkte virkning på de muligheter vi har for å lære og for hvordan vi bruker kunnskapen (Senge, 1991). Funn i studien støtter om denne sammenhengen mellom kunnskap og kultur og holdning da eksempler viser at sviktende kunnskap og usikkerhet blant leger innen fagfeltet medfører opphopning av pasienter fordi leger utsetter å behandle smittepasienter. Lindberg et al. (2011) viser til denne forbindelsen i sine funn som indikerer at jo mer kunnskap sykepleier har, desto større personlig ansvar tar vedkommende for å forebygge smittespredning. Dette bekrefter at kunnskap må ses i et systemperspektiv, noe som er i tråd med Bates (2008) rammeverk og Senges (1991) systemtenkning.

Det aktuelle helseforetaket er tydelig i sine mål og strategier om at de ønsker å være en fremtidsrettet kompetanseorganisasjon. Kontrasten er stor mellom Nightingales medarbeidere tilbake på 1800 tallet som mangler både kunnskap, vitebegjærighet og

engasjement til helsepersonell i casestudien som understreker at de ikke er fornøyd med å tro, men de vil vite for de vil lære mer. De er i en livslang læringsprosess og grunnlaget for en lærende organisasjon ligger godt til rette i form av at ønske om læring er et bevisst valg (Senge, 1991).

7.2.4 Fysisk utforming, teknologi, struktur og politikk

I intervjuet avdekket sykepleiere og leger utfordringer med fysisk romkapasitet, datasystemer, tidspress og utfordrende ansvarlinjer. Disse har jeg kalt ytre faktorer fordi helsepersonell på mikronivå, især de som behandler pasienten har liten innflytelse på disse.

7.2.5 Utfordrende romløsning

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2013) viser til at utforming av bygninger påvirker adferd og smittemulighet, slik som avstand mellom senger, tilgang til håndvask og annen hånddesinfeksjon og utforming av pasientrom. For å hindre smittespredning er det viktig at bygningsmassen er hensiktsmessig innrettet slik at pasienter, personell og besøkende beskyttes mot unødvendig smitte. Sykepleier sier at hun blir minnet om håndhygiene når hun ser dispenseren på veggen idet hun går ut fra triage. Tilgang på håndhygiene har direkte innflytelse på håndhygieneatferd og risiko for smittespredning (FHI, 2016).

Studiene som er foretatt på området viser ingen klare sammenhenger, men det antydes at personalets håndhygiene synker når det er overfylle rom og trangt mellom sengene. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2013). Deltakerne i studien peker på at en må fange opp smittepasient før de blir lagt i triage siden de ligger så tett og åpent og uten isoleringsmulighet.

Smitteoverføring er en faktor som alltid må inngå i planlegging og utforming av arealer. Statens Serumintitutt (2013) viser til undersøkelser som bekrefter at det lettere oppstår smitteoverføring mellom personale, pasienter og utstyr på flersengs-stuer fremfor enerom (Ulrich & Zimring, 2008). Årsaken er at flere pasienter oftere deler utstyr og inventar. Dessuten husker personale oftere å utføre håndhygiene når de veksler fra pasient til pasient på enerom sammenlignet med flersengsrom.

Helsetilsynet sin rapport fra 2007 peker på at det på generell basis ofte ikke er nok plass i akuttmottaket for å sikre forsvarlig pasientbehandling.

Helsetilsynet henvender seg til ledelse på makronivå og understreker at det er ledelsens ansvar å følge opp at krav i helselovgivningen blir oppfylt. 9 år etter synes denne problemstillingen å være like aktuell. Deltakerne i studien bekrefter dette og viser i flere sammenhenger til ytre faktorer som areal og romløsninger virker negativt på smitteforebygging.

Senge, (1991) understreker at vi presterer best når vi har en ekte følelse av ansvar. Dersom vi opplever at vi ikke har mulighet for å kunne påvirke omgivelsene våre, kan dette føre til håpløshet som igjen undergraver motivasjonen. Å ha en følelse av at andre styrer våre handlinger, er demotiverende Senge, (1991).

Personalet uttrykker at de ikke synes det er greit når de må la smittepasienter vente i triage. «Det skulle vært et rom til alle I en slik situasjon har ikke helsepersonell makt innenfor systemet til å utøve behandling og pleie slik som de selv synes er riktig. De vil kunne føle seg tvunget til å følge et system uten å ha muligheter for å endre situasjonen, noe som kan føre til at vedkommende opplever avmakt.

Studien viser at ansatte behandler, vurderer pasientplassering og tilrettelegger så godt det lar seg gjøre i lokaler som ikke er tilpasset antallet pasienter. Ansatte forsøker å finne løsninger som forårsaker minst mulig smittefare ved at pasienten får på seg munnbind i triage, trekker ut skjerm Brett mellom sengene, bruker annenhver seng om mulig og forsøker å få rom i behandlingsområdet så snart som mulig.

7.2.6 Utfordrende datasystemer

Helsepersonell på casesykehuset har tilgang til systemer som er ment å brukes til kvalitetsforbedringsformål. De fleste deltakerne sier at de ikke bruker dette fordi det er vanskelig å finne frem, det tar lang tid og retningslinjene er omfattende. Dette gjelder kvalitetssystemer som fungerer som oppslagsverk og avviksmeldingssystemer. Legen sier at han av og til bruker kvalitetssystemet på sengepost, men det er lite tid til å bruke dette i akuttmottak.

Helsetilsynet sin rapport fra 2007 viser til at mer enn halvparten av foretakene har mangelfulle systemer for å melde/følge opp uønskede hendelser knyttet til

pasientbehandling i akuttmottak. Slike avviksregistreringer skal brukes til forbedringsarbeid og utvikling av pasientbehandlingen.

På casesykehuset finnes det som sagt systemer for disse formålene, men helsepersonell gir uttrykk for at disse systemene blir svært lite brukt. Årsaker som helsepersonell peker på er knyttet til kompetanse, tid og brukervennlighet. Det blir altså ikke meldt tilstrekkelig fra om avvik som dreier seg om svikt i daglige rutiner i tilstrekkelig grad. Dette har innflytelse på læring og kontinuerlig forbedring.

Forskere viser til at elektroniske støttefunksjoner kan være et nyttig verktøy for implementering av infeksjonsforebyggende strategier (Liang et al, 2014). Det vises eksempelvis til at en oppnår bedre etterlevelse av å bruke munnbind når det ved rekvirering av influensaprøver kommer opp en påminnelse om munnbind. Ledelsen ved case sykehuset bør gjøre en helhetlig vurdering av om nåværende systemene faktisk støtter opp om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i pasientbehandling.

7.2.7 Tidspress

Å drive med god smitteforebygging krever tid og oppmerksomhet fra helsepersonellet. Travelhet er en faktor som mange vil kunne føler som en trussel for god smitteforebygging. Studien viser at i situasjoner med tidspress og høy aktivitet så er ikke helsepersonellet ved case sykehuset i stand til å utøve god smitteforebygging. Betydningen av å ha tilstrekkelig tid i infeksjonsforebyggingsarbeidet blir beskrevet av flere. Mangel på tid i smitteforebygging samsvarer med funn i annen forskning.

I en review (Ward, 2011) om sykepleieres etterlevelse av infeksjonsforebygging vises det til begrunnelse for ikke utførelse; tid, forglemmelse, avbrytelse i pasientbehandlingen

Helsepersonellet ser en klar sammenheng mellom mangel på tid og de identifiserte kvalitetsutfordringene. Inntrykket gjennom intervjuet er at sykepleiere er svært opptatt av drift, «det som tar tid» og pasientflyt. Deltakerne viser til at de ikke har tid til å jobbe i team, noe som kan redusere kvaliteten på arbeidet. Sykepleier og lege peker på at mange pasienter og travelhet kan føre til snarveier og slurv og dårlig etterlevelse av basale smittevernrutiner. Det vises også til tidsaspektet når det gjelder pasientenes liggetid og at en ofte utsetter å ta hånd om smittepasienter fordi en vegrer seg og er

usikre for hvordan en skal håndtere dem, dette fører til opphopning i venterom og i triage, som igjen medfører økt travelhet pga mange pasienter.

Tidsaspektet er et gjennomgående tema som blir referert til utallige ganger i løpet av samtalene. Som drøftet under kunnskap så er det en fare for at det skapes mentale modeller som betraktes som sannheter om at tid er roten til brorparten av opplevde kvalitetsutfordringer. En deltaker sier at selv om det hun gjør ikke akkurat er etter boka, så må det ses opp mot den praktiske hverdagen, tidsaspektet brukes som et rettferdiggjørende argument.

Som beskrevet under kapittel 8.3.1 over så viser Senge (1991) til at mennesker presterer best når de har en ekte følelse av ansvar. Dersom de opplever at de ikke har mulighet for å kunne påvirke omgivelsene, kan dette føre til håpløshet som igjen undergraver motivasjonen. På samme måte opplever jeg at deltakerne i studien har det. Det er demotiverende at ikke forholdene ligger til rette for at de kan utføre faget sitt på en forsvarlig måte. Dersom en lar dette spre seg i organisasjonen kan det føre til at de ansatte resignerer og mister motivasjonen til å forbedre seg. Prosessen med å arbeide kunnskapsbasert kan blir undergravd og nedprioritert da ytre faktorer som eksempelvis tid overskygger alle gode initiativ og ønske om faglig utvikling.

I en ideell situasjon så ville en på bakgrunn av tilbakemeldinger fra helsepersonell tilført flere ressurser for å yte bedre behandling. Men slik er ikke virkeligheten. Som i alle andre organisasjoner så må ledelsen forholde seg til begrensinger i form av eksempelvis budsjetter og andre føringer. Utfordrende prioriteringer må gjøres som legger sterke føringer for pasientbehandlingen. Men ledelsen har likevel et visst handlingsrom innenfor de rammene som er satt. Som Senge (1991) viser til, dersom helsepersonellet opplever at de tas med på råd, at de konsulteres i arbeidet med å effektivisere, identifiserer tidstyver etc, så tror jeg at motivasjonen ville økt betraktelig og dermed også effektiviteten.

En interessant observasjon er at en av deltakerne var åpne på at selv om en har god tid så er det ikke sikkert en ivaretar arbeidsprosessene på en bedre måte enn man gjør når det er travelt. Dette kan skyldes at en har tillagt seg uvaner og at en har latt en ukultur bygge seg opp over tid.

Sykepleiere viser til at ledelsen har tatt fatt i utfordringen og et godt eksempel er innføring av MRSA hurtigtest. Studien viser at sykepleier er opptatt av å ta MRSA-

hurtigst så raskt som mulig i pasientforløpet. De er opptatt av drift og pasientflyt og understreker fordelene med å slippe isolering og smitteutvask. Hurtigst er et tiltak som helsepersonellet verdsette høyt og de gir uttrykk for at de også kunne tenke seg dette på kveldstid. Det er fint å observere at helsepersonellet ser at tiltak virker og at de engasjerer seg for å påvirke egen hverdag.

Sykepleier sier at det er smitteforebyggende å være to i forbindelse med urinveiskateterisering, men at det ikke alltid er tid se på det jeg har skrevet under drøfting

7.2.8 Utfordrende ansvarslinjer

En utfordring som leger og sykepleiere refererer til flere ganger er samarbeidet med henvisende instanser. Dette er en del av de ytre faktorene som helsepersonell og ledelse på mikronivå har liten innflytelse på. Helsedirektoratet (Nasjonale faglige retningslinjer, 2014) beskriver at det skal være «et system med beskrivelse av gjensidige forventninger og krav for å sikre et godt samarbeid med henvisende instanser». I intervjuene understreker helsepersonell at det er en utfordring at innleggende lege/ legevakt ofte ikke melder til akuttmottak at det kommer smittepasient. Dette tyder på at systemet ikke fungerer etter hensikten og det kan være risiko for smittespredning. Studien viser at når ikke pasientene er merket er det risiko for at helsepersonellet garderer seg og dermed isolerer unødvendig. Deltakerne sier at smitteisolering glir lett dersom innleggende lege melder smittepasient på forhånd. Det er avgjørende med tid til planlegging for å kunne klargjøre et smitterom slik at pasienten kan tas imot direkte på rommet. Hvis ikke blir de liggende i triage og smitterisikoen øker betydelig.

Denne problemstillingen bør løftes fra akuttmottak til ledelse på et høyere nivå for å sikre at informasjon og retningslinjer når innleggende leger. Før en oppnår forbedringer på området, så er det tiltak som kan iverksettes lokalt i akuttmottaket for å mitigere denne risikoen. Blant annet er det et pågående prøveprosjekt med lege i triage som kan bidra til å gjøre disse medisinske vurderingene på pasienter som ikke er merket fra henvisende instans.

Fra egen erfaring er det ikke alltid slik. Pasienten blir sittende på et trangt venterom, gjerne med munnbind, i påvente av et ledig smitterom i behandlingseenheten. Andre ganger har innleggende lege glemt å bemerke i innleggelsesskrivet at pasienten har smitte. Må være meldt på forhånd slik at pasienten kan komme direkte inn på rom.

En viktig observasjon fra denne studien og drøftingen av ytre faktorer er at en ser at det hele ikke er satt i system. Romløsning, datasystemet, tilgjengelig tid, organisasjonsstruktur og ikke minst den overordnede politikken skal harmonere med menneskene som skal bruke det med sine personlige holdninger, preferanser og væremåter. Tidspress kan eksempelvis bidra til at holdningene og kulturen blir påvirket i negativ forstand da helsepersonellet resignerer. At personellet ikke bruker datasystemet og melder inn avvik påvirker muligheten til å lære av tidligere feil og bygger opp under en rådende kultur om at det er i orden å ikke følge vedtatte retningslinjer. Drøftingen over viser altså at disse ytre faktorene må se på i et systemperspektiv.

Lov om helsepersonell er relevant fordi den pålegger helsepersonell en plikt til å følge forsvarlig praksis, noe som innebærer en selvstendig plikt til å ta hensyn til smitteforebyggende tiltak i arbeidet Smittevernplan, (Helse Vest 2012-2015)

Min observasjon er at ytre faktorer ikke ligger til rette for at sykepleier kan ivareta denne plikten da vi ser at verken romløsninger, tid en har til rådighet, struktur, datasystemer etc. støtter opp om en god utøvelse av arbeidet. De ytre faktorene styres på makronivå og ledelsen bør helt klart identifisere tiltak basert på systemtenkning som kan iverksettes for å møte kvalitetsutfordringer på en bedre måte i fremtiden.

7.3 Styrker og svakheter ved studien

Det ble benyttet både fokusgruppeintervju samt individuelle intervju ved datainnsamling. Helsepersonell fra de to mest sentrale gruppene i akuttmottak ble valgt for å øke mulighetene for å belyse forskningsspørsmålet fra flere forskjellige synsvinkler (Thagaard, 2013; Tjora, 2012). Dette gjorde det mulig å analysere samspillet dem i mellom samt sammenlikne informasjon fra de to respektive grupper. Studien er dermed utført på et bredt og variert informasjonsgrunnlag, noe som styrker studien. Ledelsens refleksjoner rundt problemstillingen kunne vært nyttig og mangel på sådan kan anses som en svakhet. Det ble foretatt et individuelt intervju av leder, som i ettertid dessverre ble forkastet grunnet høy gjenkjennelsesfare.

I daglig virke som hygiesykepleier jobber jeg mye med problemstillinger innen smitteforebygging. Kombinert med en fortid som sykepleier i akuttmottak er fagområdet og utøvelsen av smitteforebygging i studiens kontekst godt kjent. Dette sees på som en styrke fordi kunnskap gir mulighet for å avdekke flere nyanser gjennom gode oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne forforståelsen åpner samtidig for en mulighet for at den påvirker det som faktisk blir sagt (Malterud, 2012).

Problematikken rundt forforståelse i prosessen er belyst i punkt 5.2.

Min kombinerte rolle som forsker, hygiesykepleier og tidligere ansatt i akuttmottaket kan utgjøre en svakhet med studien da deltakerne kan anse forsker som en «myndighetsperson» eller tidligere kollega og dermed ikke gi objektive og reelle betraktninger. Videre kan disse nevnte relasjoner ha lagt føringer på deltakelse i studien.

Brorparten av tidligere forskningslitteratur om smitteforebygging i akuttmottak er utført ved bruk av kvantitativ forskningsmetode. Jeg har derimot ønsket å få frem dybden og variasjonene i meningsinnholdet til deltakerne slik de opplever det. Dette samsvarer med Graneheim & Lundman (2004) sin forståelse av kvalitativ forskning. Det oppnås et bedre bilde sett «innenfra».

Det er en svakhet at jeg i mangel på nok nordisk litteratur har lagt en del amerikansk forskning til grunn.

Oppgaven favner bredt og det kan være utfordrende å trekke ut essensen av et så stort materiale. Dermed anses det som en styrke å ha benyttet Graneheim og Lundmans

metode i analysearbeidet. Dette har gitt meg en induktiv tilnærming selv om studiet har et deduktivt design.

Det anses som en styrke at studien støtter funn fra internasjonal og nordisk forskning. Funnene avdekker nye ubesvarte problemstillinger som kan gi grobunn for nærmere undersøkelser fra andre. Resultatene av studien vil kunne ha interesse for ansatte i akuttmottak og for virksomheten som helhet.

8 Konklusjon

Målet med studien har vært å få en dypere forståelse for leger og sykepleieres erfaringer med infeksjonsforebygging i et akuttmottak. Intervjuer med helsepersonell har gjort det mulig å kartlegge hvordan kunnskapsledelse og smittevern vektlegges. Det konkluderes med at det er utfordringer på alle Bate et al. (2008) sine kvalitetsområder som kunnskap, holdning & kultur og struktur & politikk, fysisk & teknologi.

Holdning og kultur

Deltakere i studien avdekket at det er store variasjoner i holdning til smittevernrutiner. De savner et tydeligere system, en bedre rollefordeling og gode rollemodeller både i ledelsen og blant likemenn. De innrømmer at det i dag ikke er kultur for å si fra når prosedyrer ikke blir fulgt. Funnene indikerer at det er en kultur/subkultur der høyt fokus på drift og rask pasientflyt bidrar til slurv med basale smittevernrutiner. Dette tyder på at kulturen i avdelingen kan være i konflikt med pasientsikkerhetskultur for smitteforebygging.

Kunnskap

Studien viser at det er varierende og mangelfull basal kunnskap samt svikt i praktisk smitteforebygging blant leger og sykepleiere. Det avdekkes mangelfull kunnskapsledelse og manglende system for kunnskapsformidling til leger og sykepleiere. Helsepersonell ga uttrykk for at de syntes det var for lite fokus på smittevern og at utøvelse og kompetanse innen smittevern ikke ble fulgt opp. Helsepersonellet har et sterkt ønske om påfyll av kunnskap om smitteforebygging, men opplever forventninger fra ledelsen om å ta ansvar for egen læring. Sykepleiere verdsetter å jobbe i team og ser på det som læringsarena, men tidspress gjør dette vanskelig. Helsepersonellet hadde likevel en optimistisk grunntone og sykepleiere hadde et «vi» fokus som signaliserte en positiv vilje til økt samarbeid på tvers av profesjoner i organisasjonen for å øke kvaliteten i utøvelsen.

Fysisk utforming, teknologi, struktur og politikk

Helsepersonell viser til overbelegg, dårlig tid og arealutfordringer som årsaker til svikt i basale smittevernrutiner. Funn tyder på at ytre faktorer ikke er tilstrekkelig tilrettelagt for optimal utøvelse av smitteforebygging. Travelhet var en faktor som ble reist gjentatte ganger som en trussel mot god smitteforebygging. Uklare ansvarlinjer ble også vektlagt og flere oppga at innleggende lege ikke melder pasienters smittestatus. Dette øker smittefaren. Studien viser at tidspress og høy aktivitet, og trange ventelokaler har negativ innflytelse på helsepersonells utøvelse av god smitteforebygging. Disse utfordringene har helsepersonell lite innflytelse på. Ledere bør adressere dette i fremtidig forbedringsarbeid.

Anbefaling

Kartleggingen har avdekket at smittevern ikke er forankret som fagfelt i akuttmottak og at det er behov for å iverksette tiltak for å endre på det. Gjengivelsen av leger og sykepleieres erfaring med infeksjonsforebygging vil kunne bidra til et målrettet infeksjonsforebyggende arbeid i akuttmottak. Resultater fra studien viste at «mye henger sammen med mye». På grunnlag av denne studien er det en sentral anbefaling at systemtenkning må ligge til grunn for alt fremtidig forbedringsarbeid. Det hjelper lite å ta tak i isolerte problemstillinger når hensikten er å få til varig og kontinuerlig forbedring. Ledelsen er helt sentral i å gi retning for forbedringsarbeidet og etterspørre resultater. Dersom ledelsen evner å samle helsepersonellet om en felles visjon kan det gi inspirasjon til å skape en bedre virkelighet slik som en «En smittefri vei gjennom akuttmottak».

Implikasjoner for praksis

I forbindelse med forbedringsarbeid må kunnskapsledelse og kulturbygning prioriteres av ledelsen. Som anbefalt må smittevern som fagfelt løftes. Ikke bare i akuttmottak, men også i utdanningsinstitusjoner. Det bør være en felles læringsarena for sykepleiere og leger, både for de med kort fartstid men også for de med lengre erfaring. Dersom ledelsen lykkes med å skape en felles visjon så tror jeg det vil ha en selvforsterkende effekt der økt motivasjon, vilje til å jobbe i team og lysten til å lære vil bidra til å skape

en lærende organisasjon. Viktige oppgaver blir å veilede mer i praksis, tettere oppfølging av etterlevelse og etablere verktøy for å kunne måle kvaliteten i utøvelsen av smittevern. Dette kan bidra til å motivere og veilede helsepersonell og ledelsen i forbedringsarbeidet.

Forslag til videre forskning

Det kunne vært nyttig å bruke andre metoder som direkte observasjon av utøvelse av fag, teste kunnskap med bruk av validerte spørreskjema og bruke pasienter (brukeren) som informasjonskilde. Videre kunne det det vært interessant å forske på hvilke kvalitetsindikatorer det er formålstjenlig å styre etter i arbeidet med å løfte smitteforebygging i et akuttmottak. Det å gjøre sammenlignende analyser (benchmarking) med andre akuttmottak for å identifisere sterke og svake sider og lære av hverandre kunne vært nyttig.

9 Etterord

Jeg vil understreke at denne studien primært har lagt vekt på utfordringer innen smitteforebygging. En vektlegging av utfordringer kan forrykke balansen mellom det som fungerer godt og områder for forbedring. Det kan være en risiko for at dette fokuset skaper et negativt helhetsbilde av virkeligheten i et akuttmottak. Dette er ikke ønskelig og stemmer heller ikke med realiteten.

Parallelt med denne studien, er det igangsatt positive tiltak innen smittevern i akuttmottak. Hygienekontakt er på plass og det har vært gjennomført intern undervisning etter «årshjul» både av hygienekontakt og hygiesykepleier.

Ønsket er at denne gode spiren til forbedring er opptakten til en prosess der ledere og helsepersonell vil inspirere hverandre til å arbeide mot en felles visjon «en smittefri vei gjennom akuttmottak».

10 Litteraturliste

- Aase, K. (2010). *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Andersen. B. Marit., (2015), *Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus, Del 1. Mikrobiologi og smittevern*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Barbosa-Silva, M. & Barros, A. (2006). Indications and limitations of the use of subjective global assessment in clinical practice: an update. *Current Opinion In Clinical Nutrition And Metabolic Care*, 9(3), 263-269.
- Bate, P., Mendel, P., & Robert G. (2008) *Organizing for Quality. The improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States*. Oxon: Radcliffe
- Bate, P., Mendel, P., & Robert, G. (2008) *Organizing for Quality*. RAND Reports, Research highlights, Hentet fra http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9329/index1.html
- Berland, A., Berentsen, S. B., & Gundersen, D. (2009). Sykehusinfeksjoner og pasientsikkerhet, *Vård i Norden*, 91, 29
- Borg, M. A. (2014). Cultural determinants of infection control behavior; understanding drivers and implementing effective change. *Journal of Hospital Infection* 86, 161-168
- Carter, J. E., Pouch, S. M., & Larson E. L. (2014) Common Infection Control Practices in the Emergency Department; A Literature Review. *American Journal Infection Control*, 42(9), 957-962
- Clements, A., Halton, K., Graves, N., Pettit, A., Morton, A., Looke, D., & Whitby, M. (2008). Overcrowding and understaffing in modern health-care systems: key determinants in methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* transmission. *Lancet Infection Disease*, 8, 427-434
- Cloete, L., Matheson, L., Mitchell, B. G., Say, R., Wells, A., & Wilson, F. (2014). Australian graduating nurses' knowledge, intentions and beliefs on infection prevention and control; a cross-sectional study. Australia

- Cox, J. L., Simpson, M. D., Letts, W., & Cavanagh, H.M.A. (2014) Putting it into Practice: Infection control professionals perspective on early career nursing graduates microbiology and infection control knowledge and practice.
- Creamer E., Dorrian S., Dolan A., Sherlock O, Fitzgerald-Hughes D., Thomas T, Walsh J., Shore A., Sullivan D., Kinnevey P., Rossney A..S., Cunney R., Coleman D., & Humphreys H. (2010). When are the hands of healthcare workers positive for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*? *Journal of Hospital Infection*, 75, 107-111
- Cunningham, S., Copp, G., Collins, B., & Bater, M. (2006). Pre-registration nursing students' experience of caring for cancer patients. *European Journal Of Oncology Nursing*, 10(1), 59-67.
- Dealey, C., Moss, H., Marshall, J., & Elcoat, D. (2007). Auditing the impact of implementing the Modern Matron role in an acute teaching trust. *Journal Of Nursing Management*, 15(1), 22-33.
- De Bono, S., Heling, G., & Borg, M.A. (2014). Organizational culture and its implications for infection prevention and control in healthcare institutions. *Journal of Hospital Infection*
- Departementene (2015), Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015 – 2020.
- Departementene (2008), Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008 - 2012).
- Eaker, R., & Gonzalez, D. (2007). Leading in professional learning communities. *National FORUM of Educational Administration and Supervision Journal*, 24(1), 6-13.
- Ellis., S. (2012). Role of emergency nurses in controlling infection. *Emergency nurse*, Volume 20, number 8

- Eldemir-Shearer D., Walters C., Watson H., Watson K., Williams E.W. & William Johnson. (2014). The compliance of healthcare workers with universal precautions in the emergency room at the university hospital of the west Indies. *West Indian Med J 2014: 63 (3): 217*
- Elmqvist, C., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2012). Trapped between doing and being; First provider's experience of "front line" work. *International Emergency Nursing, 20, 113-119* (SciVerse ScienceDirect, Elsevier)
- Erasmus, V., Daha T., & Brug, H. (2010) Systematic review of studies on compliance with handhygiene guidelines in hospital care. *Infect. Control Hosp. Epidemiol, 31(3), 283-294.*
- Eveillard, M., Kempf, M., Belmonte, O., Pailhoriès, H., & Joly-Guillou, M. (2013). *Reservoirs of Acinetobacter baumannii outside the hospital and potential involvement in emerging human community-acquired infections.*
- Gammon, J., Heulwen, M. S., & Gould, D. (2007) A review of the evidence for suboptimal compliance of healthcare practitioners to standard/Universal infection control Precautions
- Gillespie, M. & Melby, V. (2003). Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal Of Clinical Nursing, 12(6), 842- 851.*
- Gould, D., Drey, N., Moralejo, D., Grimshaw, J., & Chudleigh, J. (2008). Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. *Journal Of Hospital Infection, 68(3), 193-202.*
- Graneheim, U. H. (2016) Kvalitativ innehållsanalys. *Forelesningsnotat, april 2016, Stavanger*
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, prosedures and measures to achive trustworthiness. *Nurse Education Today, 2004*
- Griffiths, P., Hughes, J., Rafferty, A.M., Renz, A. (2009). Impact of organization and management factors on infection control in hospitals; a scoping review. *Journal*

- Hall, L., Doran, D., & Pink, G. (2004). Nurse Staffing Models, Nursing Hours, and Patient Safety Outcomes. *JONA: The Journal Of Nursing Administration, 34*(1), 41-45.
- Helsedirektoratet. (2014). Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak. Nasjonale faglige retningslinjer, IS-2236. Hentet 03.11.16 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/789/Faglige-og-organisatoriske-kvalitetskrav-for-somatiske-akuttmottak-IS-2236.pdf>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan*. (St.meld. nr 16 2011–2015). Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012) *God kvalitet – trygge tjenester*. (St.meld nr. 10 2012-2013). Oslo
- Helse Stavanger. (2013). *Strategiplan for Helse Stavanger HF, 2013-2017*. Stavanger
- Helse Vest. (2012). *Smittevernplan, Strategi for å forebygge og handtere sjukehusinfeksjonar*. Stavanger
- Holmberg, J. C. (2013). *En tryggere vei inn i sykehuset? Helsepersonells opplevelse av pasientsikkerhet i et akuttmottak*. (Masteroppgave), Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Representralen, Universitetet i Oslo
- Hugonnet, S., Harbarth, S., Sax, H., Duncan, R., & Pittet, D. (2004). Nursing resources: a major determinant of nosocomial infection?. *Current Opinion In Infectious Diseases, 17*(4), 329-333.
- Jacobsen, C.F. (2008). *Nye perspektiver på læring og kunnskapsutvikling i organisasjoner*.
- Kvale, S., Anderssen, T. M., Brinkmann, S., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvarv, S. (2010). *Vitenskapsteori – tradisjoner, posisjoner og diskusjoner*. Oslo; Novus Forlag
- Lai, L. (2004). *Strategisk kompetansestyring*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

- Langlo, N. M. F., Orvik, A. B., Dale, J., Uleberg, O. & Bjørnsen, L. P. 2013. The acute sick and injured patients: an overview of the emergency department patient population at a Norwegian University Hospital Emergency Department. *European Journal of Emergency Medicine*
- Levett-Jones, T., Lathlean, J., Higgins, I., & McMillan, M. (2009). Staff - student relationships and their impact on nursing students' belongingness and learning. *Journal Of Advanced Nursing*, 65(2), 316-324.
- Liang, S. Y., Marschall, J., Schuur, J. D., & Theodoro, D. L. (2014). *Annals of Emergency Medicine, Volume 64, No.3.*
- Lindberg, M., Carlsson, M., Høgman, M., & Skytt B. (2011). The Multidrug-Resistant Bacteria Attitude Questionnaire; validity and understanding of responsibility for infection control in Swedish registered district, haematology and infection nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 2011
- Lunde, L., & Moen, A. (2014). Sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier. *Tidsskriftet Sykepleien*
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlag
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo; Universitetsforlaget
- Molven, O. (2012). *Helse og jus*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Muntlin, Å., Carlsson, M., Säfwenberg, U., & Gunningberg, L. (2011). Outcomes of a nurse- initiated intravenous analgesic protocol for abdominal pain in an emergency department: A quasi-experimental study. *International Journal Of Nursing Studies*, 48(1), 13-23.
- Nasjonalt forskningsetisk komite (2010). Kvalitativ forskning. Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>

- Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Nasjonal veileder for håndhygiene. (2016)
Smittevern 23.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2006). Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta.
Smittevern 15.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2009). MRSA-veilederen. *Smittevern 16.*
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2015). Folkehelse i Norge 1814 – 2014.
Hentet 14.11.16 fra
<https://fhi.no/sys/sok/?term=helsetilstanden+i+historisk+perspekti>
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2015). Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus -høsten 2015. 2015. Hentet 1.3.16 fra:
<http://www.fhi.no/dokumenter/eeab7b667e.pdf>.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2013). Effekt av enerom sammenlignet med kontaktsmitteisolat. Systematisk oversikt. *Rapport fra Kunnskapssenteret nr 20-2013*
- Nortvedt, P.(1998). *Sykepleiens grunnlag. –Historie, fag og etikk*. Oslo: Tano Aschehoug.
- O’leary, D. & Mhaolrúnaigh, S. (2011). Information-seeking behaviour of nurses: where is information sought and what processes are followed?. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(2), 379-390.
- Olsen, Ø. E., Husebø S. E., Qvindesland S. A. & Lorentzen, H. (2015) Redefining clinical leadership for team-course development
- Parmeggiani, C., Abbate, R., Marinelli, P., & Angelillo, I. (2010). Healthcare workers and health care-associated infections: knowledge, attitudes, and behavior in emergency departments in Italy.
- Paolo M. Di., Ban K. M., Alessandro, B., Fowler, K. E., Saint, S., Manelli. F., & Arbor, A., (2010) Assessing the sustainability of hand hygiene adherence prior to patient contact in the emergency department; A 1- year postintervention evaluation. *Infection Control and Epidemiology, Elsevier*

- Phillips, E. & Pugh, D. (2010). *How to get a PhD* (1st ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Pittet, D., Hugonnet, S., Harbarth, S., Mourouga, P., Sauvan, V., Touveneau, S., & Perneger, T. (2010). *Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene*.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia, Pa; Lippincott Williams & Wilkins.
- Powers, D., Armellino, D., Dolansky, M., & Fitzpatrick, J. (2016) Factors influencing nurse compliance with standard precautions, *American Journal of Infection Control*.
- Randle, J. & Clarke, M. (2011). Infection control nurses' perceptions of the code of hygiene. *Journal Of Nursing Management*, 19(2), 218-225.
- Seibert, D., Devoe, M. C., Speroni, G. K., Jacobsen, K. H., & Kyeung, O. M., (2014). Preventing transmission of MRSA: A qualitative study of health care workers attitudes and suggestions. *Major article, Elsevier, American Journal of Infection Control*
- Senge, P. M., (1991). *Den femte disiplin. Kunsten å skape den lærende organisasjon*. Oslo: Egmont hjemmets bokforlag
- Seto, W. (1995). Staff compliance with infection control practices: application of behavioural sciences. *Journal Of Hospital Infection*, 30, 107-115.
- Sinkowitz-Cochran, R., Burkitt, K., Cuedon, T., Harrison, C., Gao, S., & Obrosky, D. et al (2012). The associations between organizational culture and knowledge, attitudes, and practices in a multicenter Veterans Affairs quality improvement initiative to prevent methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *American Journal Of Infection Control*, 40(2), 138-143.
- Sintef (2013). Rapport; Kultur og systemer for læring. En kunnskapsoversikt om organisatorisk læring og sikkerhet. A24120. Trondheim

Stangeland, S.,(2015, 2. oktober) En langsom tsunami av multiresistens. *Stavanger Aftenblad*

Statens Serum Institut (2013) Nationale infeksionshygiejniske retningslinjer for nybygning og renovering i sundhedssektoren. *Danmark; Central enhet for infeksionshygiejne,*

St. meld. Nr. 16. 2002-2003. *Resept for et sunnere Norge*. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003/id196640/sec1>

St. meld. Nr. 10. 2012-2013. *God kvalitet – trygge tjenester*. Hentet fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025>

St. meld. Nr. 29. 2012-2013. *Morgendagens omsorg*. Hentet fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id=723252>

Thagaard, T. (2013) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. (4. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

Tidsskrift Norsk Legeforening (2010) *Look to Norway – men hvor lenge?* (nr.15, 130: 1484-6).

Tjora, A., (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Tønnessen, R. (2014). *Kvaliteten på teamarbeid i akuttmottak*. (Masteroppgave) Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Universitetet i Agder.

Ulrich, R., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H., & Choi, Y. et al. (2008). A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61-125.

- Wadel, C. (2008). *En lærende organisasjon. Et mellommenneskelig perspektiv*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Ward, D. J. (2011). The role of education in the prevention and control of infection: A review of the literature
- WHO. (2012) The evolving threat of antimicrobial resistance. Options for action. Executive Summary.
- World medical association declaration of Helsinki, (1964). Hentet fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>
- World Health Organization. (2009). WHO guidelines on hand hygiene in health care. Hentet fra http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf
- World Health Organization. (2009). Hentet fra http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf.
- Yanagizawa-Drott, L., Kurland, L., & Schuur, J. D. (2015). Infection prevention practices in Swedish emergency departments; results from a cross-sectional survey. *European Journal of Emergency Medicine*, 2015, DOI 10.1097/MEJ

11 Vedlegg

11.1 Vedlegg 1: Intervjuguide

Sykepleiere i akuttmottak

1. Hvordan opplever ansatte at de forebygger smitte med ARB gjennom et pasientforløp (i akuttmottak)?

- Forebygge smitte mot ARB i et pasientforløp der det ikke er påvist smitte
 - Venterom – triage
 - Samhandling mellom triage – behandlingsrom
 - Arbeidsflyt
 - Organisering, ansvarshavende
- Basale smittevernrutiner
 - Håndhygiene – ringer/klokker – pasientplassering – plastforkle - etc.
- Hvordan identifiserer du pasient med MRSA/ESBL?
 - Rutinespørsmål? – andre kanaler
 - Ansvar for identifisering (formelt ansvar – innleggende lege - ambulanspersonell – mottakslege – sykepleier - delt ansvar - ikke definert)
- Fortell om en gang da alt glei lett ved isolering ved f.eks. MRSA, ESBL
 - Informasjonsoverføring mellom sykepleier – sykepleier og lege- sykepleier
 - Hvordan velge smitteregime – hvem bestemmer? (smitteplakat)
 - Arbeidsflyt, arbeide enkeltvis eller to og to
 - Organisering
 - Ansvarshavende og deres rolle
- Fortell om en gang da det var vanskelig å følge retningslinjer for smittevern
 - Hvem støtter / gir råd? Kollega, Ledere..
 - Travelt / overbelegg – ikke ledig isolat – venterom - pasient med spørsmål om bærerskap allerede ligger i triage?
- Er det forhold som påvirker hvordan du hindrer smitte med ARB
 - Lokaler og fysisk utforming
 - Organisering (lege-sykepleier)
 - Ledelse – hvem ser – måling – har dette betydning?
 - Kunnskap
 - Kultur

2. Hvordan tenker ansatte om eget ansvar med å forebygge at pasienter blir smittet med ARB i akuttmottak?

- Egen tro på at håndhygiene, hvor du plasserer pasient, plastforkle er effektivt mot smitte med ARB
- Tro på at korrekt isolering mot smitte er gjennomførbart i akuttmottak
 - Egen tro på - holdning
 - Føle forpliktelse, engasjement
 - Rollemodeller – kan det pekes på en? Betydning?
 - Lære av hverandres feil – åpent miljø
 - Føle ansvar for å si ifra
 - Også ved travelhet
 - Akkord med egen kunnskap om smitte - frustrasjon?

- Egen etterlevelse av smitteverntiltak for MRSA /ESBL
- Trygghet på egen kunnskap om hvordan smittespredning skjer ved MRSA / ESBL og til å forebygge ARB – mestringsfølelse
- Hvor mener du ansvaret er plassert for at du har tilstrekkelig kunnskap om f.eks. hvordan smittespredning med MRSA / ESBL skjer
 - Eget ansvar – ledelsen – delt ansvar...hvem eier dette?
 - Hvordan skaffer du deg kunnskap -På intranett – EQS – E-læringskurs - via leder i akuttmottak, pasienthistorier, hygienekontakt, kollega, smittevern, MRSA-plakat, andre kanaler
 - Oppfølgende kunnskap – system for dette (årshjul)?
 - Introduksjonsprogram nyansatte om ARB?
- Sammenhengen for deg mellom kunnskap og hva du gjør / valg av tiltak?
 - Andre forhold som har betydning for riktig utførelse
- Ledere og formidling av smitteverntiltak
 - Rollemodeller – kunnskapsformidling – engasjement - synergimeldinger – utfordringer – informasjon – tas opp på møter
 - Er det viktig?
- Konsekvenser for smitte med ARB til pasienter i sykehuset?
- Tenker dere på at dere kan bli smittet med MRSA / ESBL?
- Faglig samarbeid med legene?
 - Diskuteres uenighet – har du diskutert – er det kanaler for dette?

3. Hvilke forhold bør prioriteres og vektlegges for å styrke pasientsikkerheten mot smitte med ARB i akuttmottak? Dersom du skulle velge ut et område.....

- Er det mulig å få til forbedringer - optimisme?
- Hvem «eier» ansvaret?
- Det viktigste forbedringsområdet for forebyggelse av ARB?
 - Det viktigste du kan gjøre
 - Det viktigste ledelsen / ledere kan gjøre
 - Det viktigste legen kan gjøre
- Holdninger, engasjement
 - Etterlevelse, basale smittevernrutiner
- Kunnskap
 - Hvordan skjer smittespredning – smitte, bærerskap, screening
 - Basale smittevernrutiner - isolering
- Organisatoriske forbedringer
 - Arbeidsform (to og to)
 - Informasjonsoverføring gjennom avdelingen (pasientopplysninger, merking av journal, dataløsning)
 - Ansvarshavende – legesamarbeid – Avd. for Mikrobiologi
- Fysiske/ praktiske forbedringer?
- Hvordan har denne prosessen vært?

11.2 Vedlegg 2: Matrise av meningsenheter og kondensert meningsinnhold

Det er laget matrise for intervju med sykepleiere (88 sider) og leger (30 sider) i excel verktøy.

Sykepleier matrise:

Master analyseverktøy vers 9 - Excel

A	B	C	D	E	F	G
Ansatt		Kondensert meningsinnhold	Kunnskap GUL	Fysisk utf. & tekn. ORANJE	Kultur-holdning GRØNN	Struktur & Politikk BLÅ
1	Meningsenhet					
1A2	: Men og at der var et rom med sluse f.eks. her nede...det har vi ikke for nå. spørsmål om boss ute boss inne?...altså. På avdelingen har du en sluse der bossen står, men her har du bossen stående på gangen der alle går fram og tilbake...1A1 Det var meningen at me skulle bygge sluse, men eg vet ikkje ka det blir...1A4 det hadde vært greit og hatt disse pasientene (med ARB) på et rom med sluse...1A2 Det er ikke optimisme i forhold til rom.	Det burde vært sluse med et ordentlig isolat. Her står bossen på gangen...		Fysisk utf. & tekn		
70	1A3 Det er klart at dersom en smittepost hadde fungert så kunne noen bedre blitt tatt mot der...Da 21 fungerte var det noen pasienter som gikk direkte opp til avdelingen...og det var bra når det gjelder smitte, så kan legen gå opp der heller. : De burde ikke ha stengt den avdelingen	Understreker at 21 burde vært åpen fordi det er redusert smitterisiko når pasienten går direkte opp til isolasjonsposten.		Fysisk utf. & tekn		Struktur & Politikk
71	1A3 Det er fokus på forbedringer. Vi har fått til mange forbedringer det siste året. Det har gjerne ikke vært så mange forbedringer - fokus på hygieneom ådet. Det har vært mest fokus på det medisinskeog organisering. 1A1 det med lege i triagen er bra...og plan for høy aktivitet - hvilke tiltak me kan gjøre når vi har så mange pasienter...	Optimisme til forbedringer. Vi har fått til mange forbedringer det siste året. Plan for høy aktivitet og leger i triage				Struktur & Politikk
72	1A4 Eg følger ikke det er noe fokus på det (smittevern), rett og slett...det er heller andre ting vi fokuserer på...så ler de litt...helt ærlig ikke	Opplever ikke at det er fokus på smittevern	Kunnskap		Kultur-holdning	Struktur & Politikk
73	1A1 Det er jo egentlig litt belastende med de smittepasientene, de krever ressurser og tid - fyller opp. 1A2 Og nå du da har 3 til 4 som ligger inne og du skal rydde og vaske etter de så...ja, de krever mye...ikke pasienten, men situasjonen krever mye.	Smittepasienter er belastende for de krever ressurser og tid...og de fyller opp - og det skal vaskes ut.		Fysisk utf. & tekn	Kultur-holdning	Struktur & Politikk
74	1A2 Av og til kan det være at noen har sagt de på smitte før de kommer inn til oss...at der står et kryss med smitte i akuttdatabasen.	Av og til blir vi varslert gjennom akutt-databasen at det er smitte				Struktur & Politikk
75	3A1 I triage tar me målinger og sånn og da tørker me som regel av utstyret etter me har brukt...og så er det jo mye sprit...jeg har ikke helt oversikt på når jeg spriter meg...jeg gjør det automatisk...du har boksen på vegg og så tar du automatisk på vei ut. 3A2 Den er faktisk litt i ryggmargen for de aller fleste...ja, om du ikke helt har oversikt på...3A1 du tenker ikke at nå skal du egentlig sprite hendene før du gjør en prosedyre eller nå skal du vaske de... (det går automatisk). Tror du det er gjeldende på mandagsvelden når vi springer... (spør 2A2). Nei - jo når eg springer i gangen	Tørker ikke konsekvent av utstyr i triage. Blir "minner" på håndhygiene når en ser spriddispenser på vegg. Sier at håndhygiene er i "litt i ryggmargen", men utfører ikke systematisk håndhygiene.	Kunnskap		Kultur-holdning	
76						


? Slog Wahne

A	B	C	D	E	F	G
Personell			Kunnskap GUL	Fysisk utf. & tekn. ORANJE	Kultur-holdning GRØNN	Struktur & politikk BLÅ
Meningssenheter		Kondensert meningssinnhold				
13	Kand 1 Det synes jeg er kjempe greit (at sykepleier gir beskjed om hanske utenpå mansjetten) fordi vi hadde ikke lært det på forhånd for hvordan skal vi kunne lære det da...jeg hadde ikke lagt merke til hvordan man gjorde det. Det er helt greit for man er ganske sær om en ikke kan ta imot konstruktiv kritikk.	Er glad for konstruktiv kritikk og påminnelse om hun gjør noe feil.	Kunnskap		Kultur-holdning	
	Kand 1 Ja, hvordan får en greie på det (om det er MRSA, ESBL ved innkomst) da?...det er aldri jeg som setter meg inn (til pasient) og prøver å finne om det er smitte som jeg skal være oppmerksom på her, men det er jo hvis man vet helt klart at pasienten har vært innlagt i sykehus i utlandet.. så er det automatisk. Det står som oftest på forhånd..Nei, det (rutine på å spørre etter MRSA, ESBL) har vi ikke, men det kan jo være at det av og til er blitt glemt og det ikke blir oppdaget før vi finner det ut og da må man jo ...Nei (ingen rutine på å spørre etter MRSA, ESBL), ...hvis det ikke står i sykehistorien fra før av at pasienten har vært...på legavakt i Spania for to måneder siden...og hvis ingen har fått fram det før jeg får det fram da må en kanskje gå ut og si at en må smitteisolere her, men som regel har man en anelse før jeg som lege kommer inn.	Følger ikke at hun har ansvar for å dekke ARB, ingen rutine, men tilfeldig identifisering av smittepasient			Kultur-holdning	Struktur & politikk
14	Kand 1 Ja, det (forbinder med antibiotikaresistente bakterier) er den mer tjillin...MRSA ja...og så er det vel...jeg vet nesten ikke..ESBL, ja.... Det er nok ofte slik at når en jobber i turnus , så kan en gå glipp av noen morgentøyer og sånn, så det kan jo ha vært på et morgentøye eller noe som ikke jeg har vært for det ...så jeg kan ikke si det for sikkert at det (undersvisning om ESBL, VRE) aldri har vært gjennomgått.	Er usikker på ARB og om det har vært gjennomgått i turnusperioden.	Kunnskap			Struktur & politikk
15	Kand 1 Nei. Det gjør jeg faktisk ikke..(Føler seg tryggt i kunnskapen i forhold til hva som skal gjøres når det kommer pasient med ARB). Det (MRSA)følger jeg er litt mer kjent. Det er den man alltid har hørt om. Det er ting(ESBL, VRE) jeg har hørt om selvølgelig, men det har gått liksom på automatikk at vi har testet for disse mikroberne når man har fått inn de med mistanke...de blir testet for ESBL, MRSA og VRE tror jeg...Jeg kan for lite om det..enkelt og greit.	Følger ikke trygghet på hvordan hun skal forholde seg til pasient med ARB. MRSA er enklere, mer kjent.	Kunnskap			
16	Kand 1 Ja, jeg har vært inne i EOS. Av og til kan det være litt problematisk å finne sidene. Nei, du vet vi har ikke tid, vet du..(å bruke når det er uklare spørsmålstillinger)	Ikke tid til å bruke EOS ved vanskelige problemstillinger. Kan være vanskelig å finne frem.	Kunnskap			Struktur & politikk
17	Kand 1 Kandidat: Alle synes det er tiltak med isolering. Det er fordi du må ta på deg mer og du kan ikke ha med deg notater inn og så finner du ikke utstyret der inne, så må du ringe på sykepleier for å be dem om å hente ting som ikke var på rommet da du hadde kommet deg inn....ting tar mye lenger tid, men alle respekterer at når det er isolering så er de fleste veldig flinke til å respektere de tiltakene som det krever.	Alle synes det er et tiltak med isolering fordi det tar lengre tid, en blir avhengig av andre og finner ikke utstyret. De fleste respekterer isoleringstiltakene.			Kultur-holdning	
18	Kand 1					

Lege matrise:

11.3 Vedlegg 3: Godkjennelse av masterprosjekt – MA 59

Vedlegg 4: Godkjenning fra forskningsavdeling

<p> HELSE STAVANGER Stavanger universitetssjukehus Forskingsavdelingen</p> <h3>Notat</h3> <p>Til: Ragnhild Wathne</p> <p>Fra: Fagsjef Kirsten Lode</p> <p>Kopimottakere: Divisjonsdirektør Hans Tore Frydnes, Fagdirektør Sverre Uhlving</p> <p>Date: 23.10.2015 Arkivref: 2015/9835 - 102728/2015</p> <hr/> <h4>Godkjennelse av masterprosjekt - MA59</h4> <p>Masterprosjektet: «Hvordan opplever ansatte i akuttmottak at de forebygger smitte med antibiotikaresistente bakterier (ARB) til pasienter i avdelingen»</p> <p>Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA59.</p> <p>Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av masterprosjektet.</p> <p>Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:</p> <ul style="list-style-type: none">- prosjektet må gjennomføres i henhold til protokollen og ved endringer må endringsmelding sendes- dersom prosjektet er godkjent av REK, må søknad og godkjennelse av REK følges- foreligger det godkjennelse fra Personvernombud må likeledes denne følges- behandling av helse- og personopplysninger skjer i samråd med og innenfor det formål som er beskrevet- ved tilgang til registre, skjer dette i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene- data lagres aidentifisert på helseforetakets forsknings/kvalitetsserver etter de regler som gjelder for bruk av denne- dersom innhentning av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkedokumentet oppbevares- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt <p>Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.</p> <p style="text-align: right;">Side 1 av 2</p>	<p>Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av våre data, må tillatelse fra Forskningsavdelingen innhentes.</p> <p>Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.</p> <p style="text-align: right;">Side 2 av 2</p>
--	---

11.4 Vedlegg 4: Godkjenning fra forskningsavdeling

Notat

Til:
Divisjonsdirektør Hans Tore Frydnes
Fagdirektør Sverre Uhlving
Juridisk rådgiver Ina Trane

Fra:
Fagsjef Kirsten Lode

Kopimottakere:
Ragnhild Wathne

Dato: 28.09.2015
Arkivref: 2015/9835 - 95762/2015

Søknad om godkjenning av masterprosjekt i akuttmottak

Det vises til søknad om godkjenning av masterprosjektet:

"Hvordan opplever ansatte at de forebygger smitte med antibiotikaresistente bakterier til pasienter i akuttmottak?"

som finnes i ePhorte: 2015/9835-1

Saken ble mottatt per epost og behandlet i møte av representanter fra Forskningsavdelingen, Personvernombud og juridisk rådgiver.

Forskningsavdelingen anbefaler at prosjektet startes i henhold til protokoll da nødvendige tillatelser foreligger. Dersom divisjonsdirektør/systemansvarlig for journal har innvendinger mot dette ber vi om å få dem innen 3 virkedager. I motsatt fall vil oppstartstillatelse bli gitt.

11.5 Vedlegg 5: Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Britt Sætre Hansen
Institutt for helsefag Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 08.09.2015 Vår ref: 44324 / 3 / KH Deres dato: Deres ref:



Haukøllveggen gate 23
N-5017 Arenes
Stavanger
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 96 50
red@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Orgnr: 985 321 884

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.08.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

44324	<i>Hvordan opplever ansatte i akuttmottak at pasientsikkerheten med å hindre smitte med multiresistente bakterier ivaretas i akuttmottak?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Britt Sætre Hansen</i>
<i>Student</i>	<i>Ragnhild Wathne</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker SegadalKjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Aukningskontorene / Distribut Office
OSLO NSD: Universitetet i Oslo, Postboks 1075 Blindern, 0116 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. red@nsd.no
BERGEN NSD: Bergen teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2801 Sandnessen. Tel: +47 23 59 13 07. kjersti.haugstvedt@iuh.uib.no
TRONHEIM NSD: NTNU, Universitetet i Trondheim, 7037 Trondheim. Tel: +47 77 64 43 36. rednsd@iuh.uib.no

11.6 Vedlegg 6: Eksempel på litteratursøk i aktuelle databaser

Emne: Ovid Results - Medline - cross infection prevention - compliance/adherence/teamwork/communicaton/attitude

Ovid Technologies, Inc. Email Service

Search for: 9 and 10

Results: 40

Database: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>

Search Strategy:

- 1 exp Emergency Service, Hospital/ (56491)
- 2 (emergency adj (room* or department* or ward* or unit* or service* or care)).tw. (81929)
- 3 1 or 2 (107908)
- 4 Cross Infection/pc [Prevention & Control] (20163)
- 5 (((cross or health care associated or healthcare associated or hospital or nosocomial) adj infection*) and prevention).tw. (2782)
- 6 (infection prevention or (infection* and precaution)).tw. (2711)
- 7 4 or 5 or 6 (23421)
- 8 3 and 7 (222)
- 9 limit 8 to ((danish or english or norwegian or swedish) and last 10 years) (130)
- 10 (compliance or adherence or teamwork or communication or attitude*).mp. (778466)
- 11 9 and 10 (40)

11.7 Vedlegg 7: Informasjonsskriv til ansatte

Invitasjon til å være med i en kvalitativ studie

Jeg vil med dette informasjonsskrivet invitere deg til å være med i et prosjekt som handler om dine erfaringer med å forebygge at pasienter i akuttmottak blir smittet med antibiotikaresistente bakterier (MRSA, ESBL). Jeg håper at du tar deg tid til å lese gjennom denne informasjonen der jeg beskriver hvorfor dette prosjektet utføres og hva det innebærer for deg om du vil være med. Dersom du ønsker mer informasjon, er E-postadresser og telefonnummer til min veileder på Universitetet i Stavanger og til meg som kontaktperson på slutten av skrivet.

Tema og hensikt med prosjektet

Hensikten med oppgaven er å få kunnskap om tanker og erfaringer som du har med hvordan dere forebygger at pasienter blir smittet med antibiotikaresistente bakterier (ARB). Det er nyttig om du kan fortelle om forhold ved helsepersonell, miljø og organisasjon som du mener kan ha betydning for å forebygge smittespredning.

Det overordnede målet er at de erfaringer, kunnskap og tanker som du / dere har på området, fører til kvalitetsforbedring og til økt pasientsikkerhet i akuttmottak.

På hvilken måte kan jeg bli involvert i prosjektet?

Ansatte i akuttmottak:

Dersom du vil være med i studien, vil du bli spurt om å delta i et fokusgruppeintervju som tar ca. en time. Hensikten med intervjuet er å få tilbakemelding fra dere på noen åpne spørsmål om temaet. Det er positivt om du husker hendelser eller deler av historier som du kan fortelle om.

Fokusgruppeintervju

Avdelingsleder vil invitere fire til seks ansatte i akuttmottak til gruppeintervju med meg og en medstudent. Dersom du ønsker å delta, vil samtalen ta ca. en time. Vi vil gjerne ta samtalen opp på bånd fordi det vil hjelpe meg med forståelse og videre bearbeiding av materialet. Du vil også få et samtykkeskjema som jeg vil be deg om å signere dersom du takker ja til å delta i intervjuet.

Leger som er tilknyttet akuttmottak og sykepleiereledere i akuttmottak

Dersom du vil være med i studien, vil du bli spurt om å delta i et intervju som tar ca. 30 minutter. Hensikten med intervjuet er å få tilbakemelding på noen åpne spørsmål på aktuelt tema fra leger i medisinsk og kirurgisk divisjon samt fra sykepleiereledere i akuttmottak. Det er positivt om du husker hendelser eller deler av historier som du kan fortelle om.

Individuelle intervju

Seksjonsoverlegen i respektiv medisinsk eller kirurgisk divisjon, vil invitere enkelte ansatte leger som er tilknyttet akuttmottak til individuelle intervju der jeg leder samtalen. Sykepleiereledere i akuttmottak vil tilsvarende bli invitert til intervju. Jeg vil gjerne ta samtalen opp på bånd fordi det vil hjelpe meg med forståelse og videre

bearbeiding av materialet. Du vil også få et samtykkeskjema som jeg vil be deg om å signere dersom du takker ja til å delta i intervjuet.

Deltakelse er frivillig og vil være konfidensielt

Deltakelse i individuelle intervju og i fokusgruppeintervju vil være konfidensielt og er frivillig. Dersom du skulle ønske det, har du full mulighet for å trekke deg underveis. Alle som vil være med i fokusgruppen blir minnet om at det som blir sagt i intervjuet ikke skal snakkes om utenfor den aktuelle settingen. Data fra lydopptak, vil bli anonymisert og overført til skriftlig materiale som lagres på en passord-beskyttet datamaskin der ingen andre har tilgang. Innsamlete opplysninger som lydfiler, samtykkeskjema og koblingskoder til individuelle intervju, vil lagres nedlåst til de blir destruert ved prosjektslutt i juni 2016.

Studien er en masteroppgave ved Universitetet i Stavanger og vil derfor bli en del av databasen «Universitetet i Stavanger Brage». Prosjektleder har taushetsplikt og alt datamateriale vil være anonymisert når det rapporteres fra studien.

Etiske aspekter

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), prosjektnummer 44324. Den er også godkjent av Personvernombudet og forskningsavdelingen ved Stavanger universitetssykehus, samt til divisjonsdirektør for akuttmottak på Universitetssykehuset i Stavanger.

Hvorfor delta – hva kan du bidra med?

Helsedirektoratet understreker at spredning med ARB i sykehus er en økende reell trussel mot behandlingsmuligheter, helse og pasientsikkerhet. Med bakgrunn i at sykehusinfeksjoner er den skaden som oftest blir påført pasienter i helsevesenet (WHO), er det viktig med kontinuerlig oppmerksomhet på forebyggende tiltak mot spredning med ARB.

Ansatte i akuttmottak kan bidra med unik praksiskunnskap og dermed skape grunnlag for kvalitetsforbedring og økt pasientsikkerhet på området med å forebygge smitte med ARB.

Jeg håper at det kan være av interesse for deg å delta og håper på positiv tilbakemelding.

Ønsker du mer informasjon?

Takk for at du leste denne informasjonen. Dersom noe er uklart eller du ønsker mer informasjon om studien, kan du ringe eller sende e-post til Ragnhild Wathne, wara@sus.no, telefon 97708628 eller 90794276. Du kan eventuelt ta kontakt med veilederen min på universitetet, Britt Sætre Hansen, britt.s.hansen@uis.no om du skulle ønske det.

Kontaktpersonen i avdelingen gir tilbakemelding til meg om hvem som vil være med i prosjektet.

Vennlig hilsen

11.8 Vedlegg 8: Samtykkeskjema

Samtykkeskjema

for ansatte som vil delta i intervju og som er ansatt eller tilknyttet akuttmottak (leger)

Forskningsprosjektet handler om ansatte sine tanker og erfaringer med å forbygge at pasienter i akuttmottak blir smittet med antibiotikaresistente bakterier

Prosjektleder: Britt Sætre Hansen

Medstudent: Gunhild Bakkalia Bjørnå

Vennligst skriv signaturen din nederst på arket og initialene dine i høyre kolonne for å bekrefte at du vil delta i prosjektet og for at du har lest invitasjonen

Initialer

Jeg har fått utlevert informasjonsskrivet og jeg har lest om prosjektet	
Jeg vet at jeg har mulighet for å trekke meg underveis i intervjuet uten at dette på noen måte har negative konsekvenser for meg	
Jeg er informert om at det brukes lydopptaker under intervjuet	
Jeg er informert om at det er en medstudent til stede under fokusgruppeintervjuet	
Jeg vet at lydfiler og samtykkeskjema oppbevares nedlåst og blir anonymisert. Disse makuleres når studien avsluttes sommer 2006	
Jeg vil delta i forskningsprosjektet som er beskrevet over	

Vennligst fyll ut skjemaet under

Alder i år	
Arbeidserfaring som sykepleier / lege (i år totalt)	
Lege (turnuskandidat – assistentlege)	
Arbeidserfaring i akuttmottak (i år)	
Spesialsykepleier (anestesi – intensiv – opr. - akutt sykepleier)	
Offentlig godkjent sykepleier	
Ansvarshavende sykepleier (ja – nei)	

Deltakers navn
Signatur

Dato

Masterstudent

Dato

Signatur