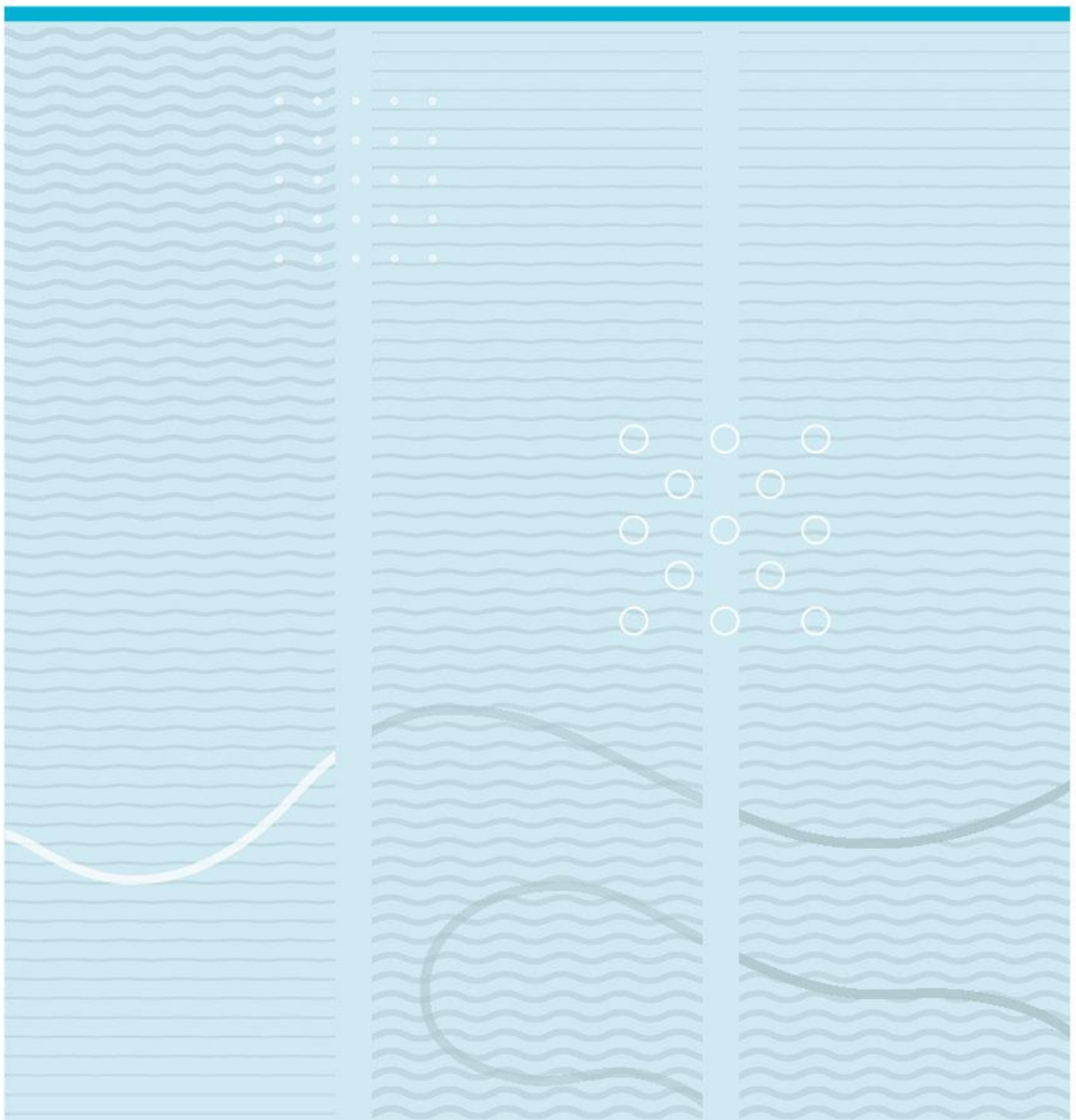


Heidi Solum Hermansen & Ingri Seip

Heia Sabotøren!

En observasjonstudie om basale smittevernrutiner i et akuttmottak



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2019 Heidi Solum Hermansen & Ingri Seip

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) er ansvarlig for over 90% av pasientskadene, og skyldes som oftest manglende pasientsikkerhet. Pasientens smitte- og immunstatus kan være ukjent ved ankomst til akuttmottak, og på grunn av faren for krysskontaminering av smitte, er det svært viktig at klinisk helsepersonell er dyktige når det gjelder basale smittevernrutiner.

Ved hjelp av feltarbeid og observasjon som metode, har hensikten vært å få frem her-og-nå-situasjonen i bruken av basale smittevernrutiner i et akuttmottak. Dette som et ledd i et mulig kvalitetsforbedrende arbeid på egen arbeidsplass. Da selvrapportert atferd ofte er markant forskjellig fra observert atferd, har feltarbeidet gitt førstehånds data gjennom observasjon og etnografiske samtaler. Data ble samlet inn i tre omganger; ett døgn av gangen i løpet av fem måneder fordelt på sommer, høst og vinter. Gjennom å veksle på å sitte i et undersøkelsesrom på et somatisk akuttmottak, fikk vi oversikt over alt som skjedde på rommet i løpet av et døgn.

Resultatene viste at overholdelse av basale smittevernrutiner var dårlig uansett kontekst, noe som ga behovet for å prøve og forstå hva vi hadde sett, hørt og følt. Gjennom en kvalitativ innholdsanalyse av feltnotatene, så vi at dette handlet om kunnskap, holdninger og handlinger/atferdsmønstre. For å overholde basale smittevernrutiner må helsepersonell ha kunnskap om rutinene og hvordan man utfører dem korrekt, i tillegg til en holdning preget av ansvarsfølelse. Men selv der helsepersonell både kan og vil, hindres etterlevelsen, fordi virksomheten er lagt opp slik at det ikke er mulig å håndheve rutinene korrekt.

Abstract

Hospital-acquired infections (HAI) are responsible for over 90% of patient injuries and are most often the result of poor patient safety. The patient's infection and immunization status may be unknown upon arrival to the emergency room. The risk of cross-contamination of contagions makes it extremely important that clinical health personnel are skilled in standard precautions preventing infections.

Through fieldwork and observational methodologies, the intent has been to present a "here and now" situation in the use of standard precautions for infection control in an emergency room, as a part of a possible quality improvement initiative at the authors' own workplace. Due to the fact that self-reported behavior often deviates substantially from observed behavior, fieldwork provides firsthand data collection through observation and ethnographic interviews. Data was collected during three 24-hour periods over the space of five months to ensure seasonal variations across summer, autumn and winter. Through sitting on a rotational basis in an examination room at a somatic emergency room, we gained an overview over everything occurring in the room during each 24 hour period.

The results revealed that adherence to standard precautions was poor regardless of context, prompting a need to attempt to understand what we had seen, heard and felt. Through a qualitative content analysis of the field notes, we observed that this was about knowledge, attitudes, and behavioral patterns. In order to maintain basic standard precautions, healthcare personnel must be knowledgeable regarding routines and how to perform them correctly, in addition to an attitude characterized by a sense of responsibility. Even in cases where healthcare personnel are willing and able, it remains impossible to correctly adhere to basic routines due to structural and organizational factors.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract	5
Innholdsfortegnelse	7
Takketale	10
1 Innledning	13
1.1 Vår forforståelse.....	13
1.2 Hensikt og redegjørelse for problemstilling	14
1.3 Relevans for rollen som avansert klinisk sykepleier	14
2 Teoretisk rammeverk	16
2.1 Sykehusinfeksjoner.....	16
2.2 Basale smittevernrutiner	18
2.3 Forsvarlighet.....	20
2.4 Pasientsikkerhet	22
2.4.1 Pasientsikkerhetskultur	22
2.4.2 Pasientsikkerhet i akuttmottak.....	23
3 Metode	24
3.1 Om feltarbeid	24
3.2 Begrunnelse for valg av metode.....	25
3.3 Forskerrollen – vår tilstrebelse av refleksivitet.....	26
3.3.1 Oss og dem - om feltarbeid i egen kultur	27
3.3.2 Dualiteten oss.....	28
3.3.3 Om å bruke seg selv som forskningsverktøy	29
3.4 Forskningsetiske vurderinger	30
3.4.1 Innhenting av tillatelser og samtykker	30
3.4.2 Å ville gjøre godt - om hensynet til deltakerne	32
3.5 Analyseprosessen	34
4 Resultater	35
4.1 Kontekst: beskrivelse av feltet.....	35
4.2 Håndhygiene	37
4.3 Hostehygiene.....	43
4.4 Personlig beskyttelsesutstyr	45

4.4.1	Beskyttelse av hender	45
4.4.2	Beskyttelse av munn, nese og øyne	45
4.4.3	Beskyttelse av arbeidstøy og hud.....	45
4.5	Renhold	47
4.6	Pasientnært utstyr.....	51
4.7	«Hva er dette her?»	52
5	Diskusjon	54
5.1	Kunnskap.....	54
5.1.1	«Hva er det dere egentlig observerer?».....	54
5.1.2	«Dette har jeg lært av hygienesykepleier. Tror jeg»	54
5.2	Holdning.....	57
5.2.1	«Vi har ikke tid».....	57
5.2.2	“Vi tenker tid og minutter i mottaket”	58
5.2.3	«Om å bry seg nok».....	60
5.3	Handling og adferdsmønstre.....	61
5.3.1	«Sånn gjør jeg det da».....	61
5.3.2	«Sånn gjør vi det her»	62
5.3.3	«Kom som du er og bli som oss».....	63
5.3.4	“Talk the talk, walk the walk”	64
6	Avslutning.....	66
6.1	Studiens relevans	67
6.2	Studiens svakhet.....	67
6.3	Forslag til videre studier	67
	Etterord.....	69
	Litteraturliste	70
	Oversikt over figurer	75
	Vedlegg.....	76
	Vedlegg 1: Eksempel fra innholdsanalysen	76
	Vedlegg 2: Godkjenning fra personvernombudet	76
	Vedlegg 3: Informasjonsskriv til helsepersonell	76
	Vedlegg 4: Informasjonsskriv til pasienter.....	76
	Vedlegg 5: Epost-korrespondanse vedrørende publisering av sykehusets navn.....	76

Takketale

Først og fremst en enorm takk til verdens beste kolleger som frivillig lot seg bli utsatt for stresset med å bli observert, som deltok i samtaler og som kom uoppfordret med tanker om temaet. Og i samme slengen; takk for at dere gjør det gøy å dra på jobb! En like stor takk til avdelingssykepleier Aslaug Henneseid, som omfavnet studien og tilrettela så godt hun kunne for at vi skulle få all mulig informasjon vi trengte. Som svarte på utallige mail med spørsmål fra undertegnede, og som var tidenes portåpner med å uttrykke sin støtte og poengtere viktigheten av studien på avdelingen. Fagsykepleier Tommy Båtstrand må også her nevnes. Vi sier igjen det vi skrev etter at du hadde svart på nok et spørsmål: Hva skulle vi gjort uten deg a' ... Personvernombud Henriette Henriksen som prioriterte tid til å hjelpe oss da vi trengte det som mest, sendes også en hilsen.

Dyp takknemlighet til vår fantastiske, engasjerte veileder Edda Aslaug Johansen, som ved hver veiledning peppet oss opp og ga oss ny mot, inspirasjon og giv til nesten å forandre verden! It's been a pleasure! Tusen takk til vår metode-inspirasjon, Anne Marie Sandvoll, som tok seg tid til å gi fantastisk bidrag til «veien videre» etter de to første observasjonsdøgnene. Det samme gjelder førsteamanuensis Beate Lie Sverre; den halvannentime lange skype-samtalen tidlig i prosessen ga oss både bekreftelse på at vi hadde valgt riktig metode, og småprat om fuglehund satt oss i en euforisk tilstand som fortsatt faktisk sitter litt i ...

En stor takk til «de uvitende», det vil si ukjente i helsefag-miljøene, som leste gjennom oppgaven og ga oss tilbakemelding fra et annet ståsted, i tillegg til kritisk blick på å/og-feil ...

Verdens beste medstudenter; på grunn av dere kan vi glatt si vi kunne tatt tre år til på dette studiet. Hvor heldige var ikke vi som kom i en klasse med "alle-skal-med-holdning" og ønske om å gjøre hverandre gode ... vi er så utrolig glad i dere alle sammen.

Tusen takk til alle lærerne på USN tilknyttet studiet; det har i hvert fall ikke stått på dere for at vi skal gjennomføre dette her! En stor takk også til bibliotekarene på Campus Drammen, vårt andre hjem denne perioden.

Til vår fine, tålmodige ungeflokk Sara, Tale, Noor, Sara og Ole, som har hatt forståelse for at deres mødre må «gjøre leksene for å bli ferdig med skoe'rn» - belønning vanker snart! Til Mannfolka våre; Christian og Bengt. Dere er like ulike som undertegnede er, men på hver deres måte har dere hjulpet oss enormt med å komme gjennom.

Kjære Ingri, kjære Kode-mor! Det skal godt gjøres å finne to som utfyller hverandre så godt som vi gjør. For denne oppgavens del har våre forskjeller vært en fordel av en annen verden. Studien hadde eksempelvis ikke vært gjennomførbar hvis vi hadde hatt samme døgnrytme. Det har også gagnet stort at der du er god på å tenke *før* du snakker, er min styrke at jeg er god på å tenke *etter* ... Det ble sagt en gang at på grunn av våre likheter og ulikheter så burde vi få et barn sammen. Dette er vel det nærmeste vi kommer et felles barn! Takk for utallige timer med "drøvtygging og ballkasting" for å få til noe bra. Jommen har det vært moro og!

Kjære Heidi, takk for nå! Du har vært en kilde til forskrekkelse, fryd, masse latter og litt komfortsone-angst, men totalt sett mest glede! Takk for tålmodigheten! Jeg skal strikke noe fint til deg mens jeg tenker på neste prosjekt!

Drammen, 14 mai 2019

Heidi Solum Hermansen og Ingri Seip

1 Innledning

I denne delen går vi gjennom bakgrunnen for valg av tema og problemstilling for oppgaven.

1.1 Vår forforståelse

For mange år siden startet vi samme dag i ny jobb ved et somatisk akuttmottak. Med ulik erfaring i bagasjen, opplevde vi en kulturkollisjon i møte med denne nye verdenen som akuttmottaket var. Vi måtte omstille oss til en arbeidsplass med fokus på å handle raskt og riktig, til tider i situasjoner med høy aktivitet og stor pasienttilstrømning. Da arbeidsplassen var et aktivt læringssted, fikk vi raskt bredere faglig kunnskap i tillegg til økt handlingskompetanse. Et godt kollegialt miljø både mellom og på tvers av profesjoner, bidro til at vi ble bedre til å vurdere klinisk det store mangfoldet av ulike pasientgrupper akuttmottaket tar imot. Samtidig merket vi at vi mistet noe på veien. Fra tidligere å jobbe på arbeidsplasser med blant annet høyt fokus på hygiene, oppdaget vi begge etterhvert en endring i oss selv i utførelsen av basale smittevernrutiner. I situasjoner hvor det står mellom liv og død skal helsepersonell kunne sin ABC, og utførelsen av håndhygiene kan og bør bli nedprioritert. Dessverre tok vi oss i å glemme håndhygienens også i roligere situasjoner. Gjennom samtaler med kolleger forsto vi at vi ikke var de eneste, og vi har hatt et ønske om å ha smittevern som fokusområde på avdelingen.

Et akuttmottak fyller funksjonen som inngangsport til sykehuset for pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp, og tar imot pasienter i alle aldre og med svært ulike sykdomsbilder og immunforsvar. Symptomer og tentativ diagnose kan være noe annet enn det pasienten i utgangspunktet ble meldt inn med, og ofte er pasientens smitte- og immunstatus ukjent. På grunn av faren for krysskontaminering av smitte til andre pasienter og de ansattes egen sikkerhet, er det svært viktig at klinisk helsepersonell er dyktige når det gjelder basale smittevernrutiner, også der det i utgangspunktet ikke er kjent smitte.

1.2 Hensikt og redegjørelse for problemstilling

For å bedre både pasientsikkerheten og sikkerheten til våre kolleger rundt smittevern, har vi hatt et ønske om å gjøre kvalitetsforbedrende arbeid på vår avdeling. Da var det nødvendig å først identifisere hva som faktisk foregår i den gitte konteksten.

Ved hjelp av feltarbeid og observasjon som metode, har hensikten vært å få frem kunnskap gjennom å beskrive bruken av basale smittevernrutiner i et akuttmottak.

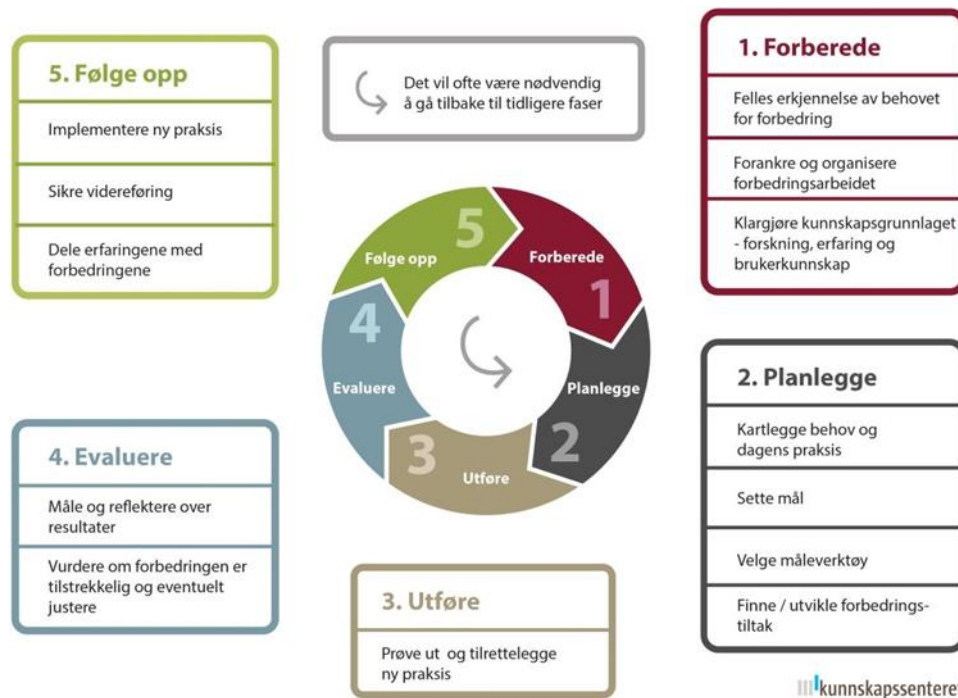
Problemstillingen ble: *Hvordan overholdes basale smittevernrutiner i akuttmottak?*

1.3 Relevans for rollen som avansert klinisk sykepleier

En avansert klinisk sykepleier (AKS) skal ifølge Fagerström (2019) naturlig observere områder i sykepleien som må forbedres og utvikles. Ser vi på Kunnskapscenterets modell for kvalitetsforbedring, er man avhengig av både en fase for forberedelse og planlegging før man kan tilrettelegge for en mulig ny praksis, se figur 1 (Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, 2015b). For å omsette oppdatert kunnskap til praksis må kvalitetsforbedrende arbeid være basert på forsknings- og erfaringsbasert kunnskap, samt pasient-/brukerkunnskap (Stubberud, 2018). Hva som er god kunnskapsbasert praksis i forhold til basale smittevernrutiner, vil derimot i hovedsak lene seg på forskningsbasert kunnskap. Her vil erfaring- og brukerkunnskap være lite relevant (Fagernes, 2010).

Et av de sentrale kompetanseområdene i AKS er å styrke pasientsikkerheten gjennom forskning og utvikling, og gjennom utdanningen vil en ha opparbeidet seg kompetanse til å drive systematisk kvalitets- og utviklingsarbeid (Fagerström, 2019). Med en forskningskompetanse på både grunnleggende og utvidet nivå, vil en AKS kunne påvirke at forskningsresultater blir klinisk relevante og brukbare (Fagerström, 2019; Polit & Beck, 2008).

Denne studien har gitt oss muligheten til å klargjøre kunnskapsgrunnlaget og kartlegge dagens praksis når det kommer til basale smittevernrutiner på arbeidsplassen.



Figur 1: Kunnskapscenterets modell for kvalitetsforbedring (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015b, s. 18)

2 Teoretisk rammeverk

2.1 Sykehusinfeksjoner

Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI), også kalt sykehusinfeksjoner, er infeksjoner oppstått på grunn av behandling eller opphold i helseinstitusjon, og basert på nasjonale prevalensundersøkelser er det estimert at rundt 50 000 pasienter årlig rammes i norske sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013). Fremfor alt handler smittevern om pasientsikkerhet; over 90% av pasientskadene skyldes HAI og tilskrives oftest manglende pasientsikkerhet (Andersen, 2016).

Konsekvensene av HAI kan bli alvorlige både for pasienten og hans pårørende, i tillegg til ringvirkningene det har for helsevesenet og samfunnet forøvrig. En følge er de økonomiske konsekvensene det gir i form av økte utgifter til behandling, bemanningsbehov, ventelister og økt sykefravær i arbeidslivet. For pasienten kan det være snakk om ubeskrivelige lidelse, i verste fall varige skader og død (Fagernes, 2010). I I-land er sykehusinfeksjoner den fjerde hyppigste årsaken til død i befolkningen (Andersen, 2015). HAI bidrar også til overforbruk av antibiotika, som igjen kan føre til resistensutvikling hos mikroorganismer (Stordalen, 2015).

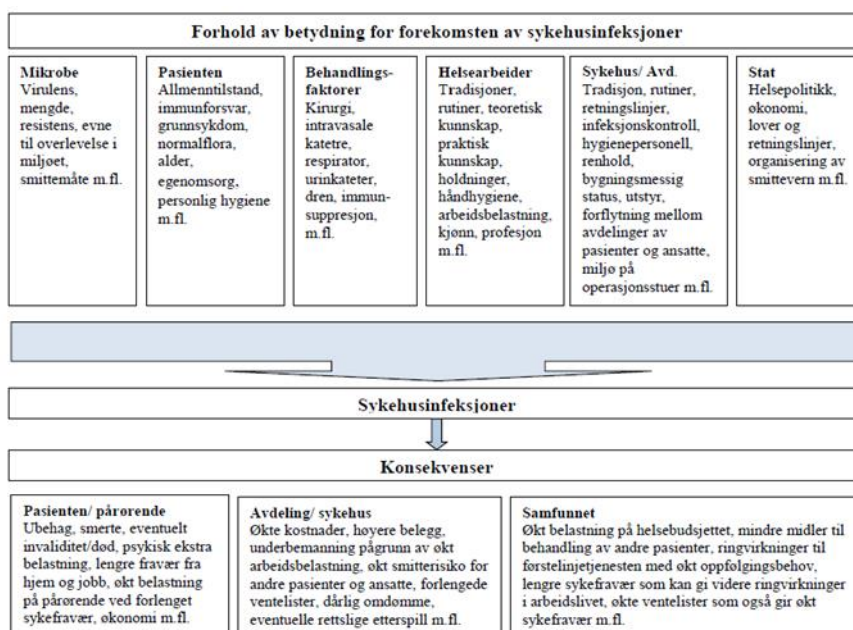
Den vanligste kilden til HAI er forårsaket av mikrober fra pasientens egen mikrobeflora, men smitekilden kan også være andre pasienter, helsearbeidere, besøkende, instrumenter og utstyr og sykehusmiljøet forøvrig (Fagernes, 2010; Stordalen, 2015).

Det er vanskelig å skille mellom ulike årsakssammenhenger til sykehusinfeksjoner, da de er komplekse og mangfoldige, se figur 2 (Fagernes, 2010). Risikoen for å få en sykehusinfeksjon påvirkes av faktorer som mikrobens evne til å fremkalle sykdom, samt mengde og overlevelse i miljøet. I de fleste tilfeller er smittespredning betinget av et relativt stort antall mikrober, men ved visse infeksjoner eller under spesielle forhold skal det bare noen få mikroorganismer til (Stordalen, 2015). NORO-virus regnes eksempelvis som et høyinfeksiøst virus, hvor det kun trengs 1-18 viruspartikler for å fremkalle sykdom, mens robuste enterokokker tåler både høy varme, salt, galle og desinfeksjonsmidler. Disse bakteriene finnes som normalflora i tarm og perineum hos

alle mennesker, og der mye biologisk materiale er tilstede kreves gode rutiner for renhold. Pasienter kan blant annet blir smittet på rom der det ikke er rengjort etter en enterokokkinfeksjon (Andersen, 2015).

Forhold rundt pasienten som immunforsvar, grunnsykdom, alder og personlig hygiene har også betydning, videre hvilken type behandling som gis (Fagernes, 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Bruk av blærekateter er for eksempel årsak til rundt 80% av urinveisinfeksjoner i sykehus (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2019). Kjente og veldokumenterte faktorer i omgivelsene som øker risikoen for HAI, er tilfeller med overbelegg og korridorpasienter, underbemanning, svingdørspasienter og bygningsmessig status. Bygningsskader og mangel på toaletter, isolater og ensengsrom, er eksempler på faktorer assosiert med svekket smittevern (Andersen, 2016). Forhold ved personellet, som manglende renhold og basale hygienetiltak, forverrer risikoen for sykehusinfeksjoner, se figur 2 (Fagernes, 2010).

Under flere av de nevnte faktorene kan det forventes forverring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Den medisinske utviklingen gjør at behandlingen blir stadig mer komplisert med utstrakt bruk av teknisk utstyr, samt medikamenter som svekker pasientens immunforsvar (Fagernes, 2010). Ved manglende tiltak forventes det derfor økning i forekomsten av sykehusinfeksjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Uønskede mikrober som tidligere har vært lite utbredt i Norge spres blant annet gjennom stor reiseaktivitet, og dårlig hygiene, manglende rutiner, effektivisering og innsparinger gjør at disse mikrobene får innpass i sykehusene. Dette dreier seg også om multiresistente bakterier som MRSA, VRE og ESBL, og i befolkningen vil det til enhver tid være symptomfrie bærere av slike bakterier (Andersen, 2015). Under antibiotika-behandling risikerer disse å få en betydelig økning i antall bakterier, som lett kan spres til andre pasienter via helsepersonell og utstyr. Sykehuset fungerer som et drivhus for resistente bakterier, noe som stiller høye krav til smittevern og renhold (Helse Nord, 2016).



Mette Fagernes 2009 ©

Figur 2: Årsaksforhold og konsekvenser ved sykehusinfeksjon. Gjengitt med tillatelse. (Fagernes, 2010, s. 8).

Det er estimert at minst 20 - 30% av sykehusinfeksjonene kan forhindres med relativt enkle tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Andersen (2015) hevder man har vært så overveldet av antibiotikaens helbredende effekt at smitteforebyggende tiltak har blitt «glemt». Resultater av dårlig hygiene og renhold har i stedet blitt behandlet med dyre antibakterielle midler. En sentral del av smittevernarbeidet er i vår tid forsvarlig hygiene med utgangspunkt i basale smittevern rutiner samt påvisning, reduksjon og fjerning av uheldig bruk av antibakterielle midler (Andersen, 2016).

2.2 Basale smittevernrutiner

Selve grunnmuren i kampen mot sykehusinfeksjoner er de basale smittevernrutinene (figur 3). Basert på prinsippet om at alle kroppsvæsker som blod, sekreter, ekskretter (bortsett fra svette), slimhinner og ikke-intakt hud kan inneholde smittestoffer, skal grunnreglene for rutinene gjelde i arbeid med alle pasienter, uavhengig av mistenkt eller bekreftet smittestatus. God gjennomføring vil forebygge smitteoverføring til og mellom pasienter, samt beskytte helsepersonell mot smitte. I hvilken grad man blir utsatt for eksponering av smittestoffer ved pasientkontakt, bestemmer omfanget av

rutinene (eksempelvis bruk av beskyttelsesutstyr eller ikke) (Folkehelseinstituttet, 2019).

Basale smittevernrutiner	
Håndhygiene	Hånddesinfeksjon med alkoholdbasert middel 20-30 sekunder/ håndvask ved synlig tilskitnede hender 40-60 sekunder: Før kontakt med pasienten, før rene/aseptiske oppgaver, etter risiko for kontakt med kroppsvæsker, etter kontakt med pasienten og etter kontakt med pasientens omgivelser
Hostehygiene	Unngå hoste/nyse direkte mot andre. Dekk til munn+nese med papir som umiddelbart kastes. Vurder munnbind, og utfør håndhygiene etter kontakt med luftveissekreter.
Pasient-plassering	Vurder enerom på bakgrunn av sykdom/ immunstatus/ manglende personlig hygiene. Enkelte smittestoffer krever isolering av pasient.
Personlig beskyttelses-utstyr	Hansker ved kontakt med kroppsvæsker, slimhinner, ikke-intakt hud, forurensede gjenstander, sår/eksem på hendene. Beskyttelsesfrakk/munnbind og/eller visir ved fare for sprut av kroppsvæsker og lignende.
Pasientnært utstyr	flergangsutstyr rengjøres/desinfiseres/steriliseres, før det brukes til andre pasienter
Renhold og desinfeksjon	ved søl av kroppsvæsker fjernes dette, og området desinfiseres med egnet desinfeksjonsmiddel.
Avfallhåndtering	smittefarlig avfall skal håndteres på en forsvarlig måte.
Sengetøy og tekstiler	Forurenset med kroppsvæsker: behandle som smittetøy, Synlig tilskitnet arbeidstøy byttes straks.
Trygg injeksjons-praksis	Bruk aseptisk teknikk og sterilt injeksjonsutstyr og sterilt infusjonsett
Desinfeksjon av hud	før penetrasjon av hud med intravaskulære katetre. Synlig tilskitnet hud vaskes alltid først før desinfiseres
Beskyttelse mot stikkskader	Håndter skjærende og stikkende utstyr så skader unngås; engangsutstyr kastes umiddelbart i kanylebokser. Disse forsegles når de er ¾ fulle

Figur 3: Forenklet oversikt over grunnregler for basale smittevernrutine, utviklet fra smittevernveilederen (Folkehelseinstituttet, 2019).

Ved visse typer smittestoff, må pasienten isoleres. Ved ankomst til akuttmottak er derimot pasientens diagnose og smittestatus sjelden kjent. Pasienter meldt inn med magesmerter, kan vise seg å ha gastroenteritt istedenfor appendicitt. Mistanke om pneumoni kan vise seg å være influensa, og i flere tilfeller kan sårinfeksjon skyldes MRSA. Siden mikrober aktivt må overføres for at smitteoverføring skal skje, er det normalt ikke risiko for smitte hvis basale smittevernrutiner blir overholdt (Hernæs, 2017).

For at smitte skal forekomme, må alle faktorene i smittekjeden være på plass, se figur 4. Ved hjelp av basale smittevernrutiner er hensikten å bryte smittekjeden; når ett av leddene blir brutt, opphører betingelsen for at infeksjonssykdom oppstår og spres (Stordalen, 2015).



Figur 4: Smittekjeden (Stordalen, 2015, s. 29)

2.3 Forsvarlighet

I begrepet faglig forsvarlighet ligger både en faglig, etisk og rettslig norm på minstestandard av hva som kan godtas for å sikre pasientsikkerhet og god kvalitet på tjenesten (Norsk Sykepleierforbund, 2013). Helsepolitikk, økonomi, lover og retningslinjer er med på å påvirke forekomsten av HAI, og smittevern reguleres gjennom lover og forskrifter. Dessuten er det utarbeidet en rekke nasjonale veiledere og retningslinjer med veiledende minstestandard på hvordan forebygge, håndtere spesielle rutiner, smittesituasjoner og smittevernstiltak (Andersen, 2015).

Smittevernloven med tilhørende forskrifter, pålegger for eksempel alle helsearbeidere et ansvar for smittevernarbeid (Smittevernloven, 1994; Stordalen, 2015).

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) sier at helsetjenester som tilbys skal være forsvarlige, og Helsepersonelloven (1999) pålegger helsepersonell å yte forsvarlig praksis:

«Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999 2.1 § 4).

Den enkelte helsearbeider er selv ansvarlig for å opptre forsvarlig i sin yrkesutøvelse, og dette innebærer en uttalt forventning om kunnskapsbasert praksis (Fagernes, 2010). Forsvarlighetskravet er ikke en fast målbar standard, da det stadig er utvikling i kunnskap (Norsk Sykepleierforbund, 2013). Arbeidet skal være i samsvar med gjeldende faglige normer og lovbestemte krav, altså en forventning om å følge nasjonale veiledere og retningslinjer (Helsedirektoratet, 2012). Fagernes (2010) påpeker at erfaring og utdanning avgjør hva den enkelte regner som forsvarlig praksis, i tillegg til konteksten man befinner seg i. Blant annet kan to sykepleiere ha ulike kvalifikasjoner selv om begge er sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2013). Ved alle helseutdanninger er det omfattende læringsmål knyttet til smittevern, særlig gjelder dette sykepleiefaget. Det mangler derimot å sette smittevern strukturert inn i undervisningen for helseprofesjonene, og helsetjenestens undervisningsbehov støttes ikke av undervisningen som gis ved utdanningene (Helse Nord, 2016).

Når det gjelder den konkrete situasjonen, handler det om forutsetninger og handlingsalternativer den enkelte har der og da for å kunne yte forsvarlig helsehjelp (Helsedirektoratet, 2012). Faktorer som underbemanning, overbelegg eller en øyeblikkshjelp-situasjon, vil påvirke vurderingen og i noen tilfeller kunne medføre en tvungen modifikasjon i forsvarlighetskravet (Helsedirektoratet, 2012; Norsk Sykepleierforbund, 2013). Helsepersonells selvstendige plikt til forsvarlighet må sees i sammenheng med Helsepersonelloven §16 og Spesialisthelsetjenesteloven §2-2. Her har ledere og eiere av norske helseforetak et lovpålagt systemansvar til å tilrettelegge for at helsepersonell kan være i stand til å overholde denne plikten, som sikring av rutiner og tilstrekkelig faglig bemanning (Norsk Sykepleierforbund, 2013).

Et klart tegn på manglende forsvarlighet er når pasienten blir utsatt for unødvendig skade eller lidelse, og manglende kompetanse og svikt i rutiner og retningslinjer

tillegges stor betydning her. Norsk Sykepleierforbund påpeker at en av konsekvensene av dette kan bli at pasienter får påført infeksjoner (Norsk Sykepleierforbund, 2013).

2.4 Pasientsikkerhet

Et av helsemyndighetenes overordnede mål er færre pasientskader og bedre pasientsikkerhet (Stubberud, 2018). Som tidligere nevnt dreier sykehusinfeksjoner seg i bunn og grunn om pasientsikkerhet. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014) s. 8 definerer pasientsikkerhet som *“vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser”*.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) pålegger virksomheten til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (§ 3-4a). Det siste tiåret har helsemyndighetene hatt økt satsing på systematisk kvalitetsarbeid som et tiltak for å bedre pasientsikkerheten (Meld. St. nr. 10, 2012-2013; Meld. St. nr. 11, 2014-2015; NOU 2015;11). Gjennom det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet *“I trygge hender 24-7”*, er seksten prioriterte områder for forbedring definert. Relatert til smittevern finner vi i hovedsak forebygging av urinveisinfeksjoner og postoperative sårinfeksjoner, samt blodbaneinfeksjoner relatert til sentralt venekateter (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2019).

2.4.1 Pasientsikkerhetskultur

Med pasientsikkerhetskultur menes hva ansatte og ledere på en arbeidsplass vurderer til «å være innenfor og utenfor grensene for akseptabel klinisk og organisatorisk praksis» (Helsedirektoratet, 2016 s.7; Pasientsikkerhetsprogrammet, 2019).

Pasientsikkerhetskulturen gjenspeiles i arbeidsplassens verdier, holdninger og oppfatninger, men også i handlinger, atferdsmønstre, rutiner, organisering og kompetanse. Et av målene med pasientsikkerhetsprogrammet har vært nettopp å styrke pasientsikkerhetskulturen, da man ser det har sammenheng med trygg behandling (Helsedirektoratet, 2016).

Et viktig aspekt ved pasientsikkerhetskulturen, er muligheten for å ta opp kritikkverdige forhold uten at det skaper problemer. Helsepersonell har gjennom helsepersonelloven

§ 17 lovpålagt meldeplikt om forhold som kan medføre skade på pasientens helse eller liv. I tillegg er de også pliktig å si ifra hvis en kollega ikke utfører arbeidet på en faglig forsvarlig måte (Helsepersonelloven, 1999; Norsk Sykepleierforbund, 2013).

I 2015 ble det utviklet en undersøkelse (ForBedring) for helhetlig kartlegging av pasientsikkerhetskulturen og HMS i virksomheten (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017). Et av underpunktene her handler om smittevern på arbeidststedet.

2.4.2 Pasientsikkerhet i akuttmottak

Høyt volum av pasienter i alle ulike kategorier og med uavklarte diagnoser, er bare noe av kompleksiteten bak hvorfor akuttmottak betraktes som en høyrisikosone for pasientsikkerhet (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015b). Fokus på effektivitet og høyt tempo preger avdelingen, og helsepersonell må være forberedt på uforutsette endringer som krever plutselige omprioriteringer (Taylor, Rush, & Robinson, 2015). Hyppige kliniske beslutninger tas raskt, og til tider med begrenset informasjon om pasienten (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015b)

Kapasitetsproblemer, forsinket behandling, feildiagnostisering og manglende tilsyn, samt kommunikasjonssvikt, ukultur, rutinebrudd og mangel på system er punkter som har blitt pekt på i forbindelse med manglende pasientsikkerhet i akuttmottak. Så langt vi kan se, er ikke smittevern nevnt som tema (Holmberg, 2013; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015a; Statens Helsetilsyn, 2008).

3 Metode

En kvalitativ forskningstilnærming med et feltmetodisk design ble brukt til studien. Observasjonsdata ble samlet inn i tre omganger; ett døgn av gangen i løpet av fem måneder fordelt på sommer, høst og vinter. Vi vekslet på å sitte på et undersøkelsesrom i et somatisk akuttrom, fra syv om morgenen til halv åtte neste dag. Slik fikk vi oversikt over alt som skjedde på rommet i løpet av et døgn.

Alt personell som var innom rommet i løpet av dette døgnet ble observert. I hovedsak sykepleiere, leger og bioingeniører, men også portører og renholdspersonell. Vi satt i hvit uniform på en stol hvor vi hadde best oversikt over situasjonen, uten å være i veien. Et stort klistremerke med «observatør» ble klistret på brystet. Fortløpende feltnotater ble nedtegnet underveis. Med tilgang til en hybelleilighet på sykehuset, ble notatene med tilhørende refleksive notater skrevet inn direkte i et felles tekstdokument mens det fortsatt var friskt i minnet, og vi hadde mulighet til å hvile. Etnografiske samtaler ble tatt både mellom og i det aktuelle døgnet.

I dette kapittelet vil vi gå nærmere inn på metoden valgt for studien, samt forskningsetiske hensyn og betraktninger rundt forskerrollen.

3.1 Om feltarbeid

Feltarbeid, eller etnografi, brukes i stadig større grad som forskningsstrategi innen medisin og helsefag, og er regnet som en av de mest sentrale kvalitative metodene for å tilegne seg førstehånds erfaringer (Fangen, 2010; Hilden & Middelthon, 2002). Selv har vi særlig blitt inspirert av doktorgradsavhandlingen til Sandvoll (2013), som ved denne metoden studerte skjult pleiepraksis i sykehjem.

Sentralt i etnografisk forskning står deltagende observasjon (Hilden & Middelthon, 2002). Dette innebærer mer enn å bare se hva som skjer. En feltarbeider deltar i folks liv over en viss periode, og samler inn data ved å bruke alle sine sanser (Fangen, 2010; Hammersley & Atkinson, 2007). Metoden innebærer en kombinasjon av observasjon,

samtaler, analyse av dokumenter og introspeksjon. Etnografi forteller noe om det som oppleves, føles og erfares av forskeren (Fangen, 2010; Hagen & Skorpen, 2016).

Den etnografiske samtale oppstår gjerne spontant, og lar deltakeren få rom til å snakke friere enn ved et standardisert intervju (Hagen & Skorpen, 2016). Ved å spørre om ting som er observert, kan man videre vurdere om det er samsvar mellom hva informantene svarer og det man har sett (Fangen, 2010). Dialogen har i tillegg mulighet til å fungere som en metodisk triangulering, en test av validitet, samtidig som den kan skape rom for refleksjon og ny innsikt (Hagen & Skorpen, 2016; Hammersley & Atkinson, 2007; Hilden & Middelthon, 2002). Av og til kan det være gunstig å lytte til hva som blir sagt uoppfordret (Hagen & Skorpen, 2016), mens i andre situasjoner er det mer gunstig å bruke ledende spørsmål for å sjekke påliteligheten i svarene deltakerne gir, samt gyldigheten av våre tolkninger (Kvale, 1997, her hentet fra Fangen, 2010). I en slik samtale bør man ha etablert en relasjon til deltakerne, og være bevisst hvilke påvirkninger man kan ha som forsker. Videre kreves det at forskeren har trent opp evnen til å memorere i de situasjonene notering ikke er optimalt (Fangen, 2010).

3.2 Begrunnelse for valg av metode

Fokusgruppeintervju ble brukt som metode i en masteroppgave fra 2016 om infeksjonsforebygging i et akuttrom. Forfatteren foreslår blant annet å bruke direkte observasjon i videre forskning rundt temaet (Wathne, 2016). Selvrappertert atferd er ofte markant forskjellig fra observert atferd (Haas & Larson, 2007). Hva folk sier er ofte en dårlig prediksjon på hva de faktisk gjør, sier Jerolmack og Khan (2014), og hevder forskning med bruk av intervjuer og spørreskjema er av begrenset verdi når man skal forklare faktisk atferd. Selvrappertert atferd vil ikke gi en korrekt gjengivelse av det som har skjedd, fordi individets ståsted blir farget av holdninger og hans forståelse av situasjonen. Derimot kan forskeren via feltarbeid få førstehånds data gjennom observasjon i stedet for å stole på informantenes beskrivelser av hva de gjør (Jerolmack & Khan, 2014). Samtidig er det mye av helsepersonells arbeid som ikke kan observeres direkte, som kunnskap og resonnement underliggende deres vurderinger. Beretningene er derfor ikke ubetydelige, og man må stole på hva de sier for å forstå hva de gjør (Johannessen, 2018). Becker (1996) skriver at en av etnografiens fordeler nettopp er at

forskeren kan plassere beretningene inn i sammenhengen med hva informantene gjør fra dag til dag.

3.3 Forskerrollen – vår tilstrebeelse av refleksivitet

Malterud (2017) beskriver refleksivitet som forskerens forutsetninger og tolkningsrammer. Det handler om å være bevisst hvordan forforståelse og rolle påvirker både forskningsprosessen og produktet. Hele veien har vi hatt som mål å være transparente gjennom kontinuerlige refleksjoner over hvordan vi, som det menneskelig datainnsamlingsverktøy, har påvirket både kontekst og tolkningsarbeidet (Hagen & Skorpen, 2016; Malterud, 2017).

I startgropen av denne studien var tanken at vi skulle gjennomføre ikke-deltagende observasjon, og det var også dette som ble beskrevet i informasjonsskrivet til de ansatte (Vedlegg 3). Thagaard (2018) skriver at der det er grunn til å tro forskerens nærvær vil endre dataene vesentlige, kan observasjon uten deltagelse være å foretrekke. Arbeidet skulle foregå mest mulig slik det ville gjort om vi ikke hadde vært tilstede. Fangen (2010) beskriver en skala som går fra kun observere til kun å delta. Begge har sine ulemper. Ved å kun å delta blir forskerdimensjonen fraværende, mens ved kun å observere vil det være vanskelig å forstå kommunikasjonen og de interne kodene. Sistnevnte kunne vi forsvare ved at dette var et miljø vi kjenner svært godt, ikke minst kunne vi forstå *språket* og *konteksten* bedre enn en som kom utenfra. For å vite hva som er relevant å være oppmerksom på, må forskeren inneha kunnskap dersom det skal observeres fra sidelinjen (Thagaard, 2018). Etterhvert som vi innhentet erfaringer fra pilotforsøk, i tillegg til at kunnskapen om feltarbeid økte, innså vi det mye av litteraturen påpeker: at selv i en rolle som ren observatør er en likevel aktør som påvirker, opplever og tolker (Fangen, 2010; Hagen & Skorpen, 2016; Hammersley & Atkinson, 2007). Skjervheim (1996) hevder at en verken kan være en absolutt deltaker eller en absolutt tilskuer. Idealet er derimot et tilstedeværende subjekt engasjert i den andre. Det deltagende aspektet tar for seg forskerens måte å arbeide i feltet; den komplekse balansen mellom å ikke virke for forstyrrende samtidig som man er tilstede, deltar i samhandlingen og observerer hva som skjer (Fangen, 2010). Da man uansett aldri helt vil klare å fjerne påvirkningskraften en har på situasjonen, prøvde vi heller å forstå effekten. Deltakernes

reaksjoner ble interessante data i seg selv (Hammersley & Atkinson, 2007). Likevel etterstrebet vi i høyest mulig grad å være “usynlige”, blant annet tok vi i ulike situasjoner stilling til om vi skulle notere mens vi observerte, eller om vi heller burde memorere godt og notere etterpå. Vi deltok med tilstedeværende observasjon; vi observerte på nært hold det de andre gjorde.

Dobbeltrollen som tekstskaper og teksttolker er hensiktsmessig ved at forskeren kjenner til konteksten, og dermed kan gi mening til handlingen i den sammenheng den kom i. Samtidig er det risiko for at forskeren legger egne opplevelser, verdier og fordommer inn i det informantene sier (Brekke, 2006). For å bevisstgjøre oss dobbeltrollen var vi tydelige i feltnotatene hva som var våre tanker, følelser og refleksjoner knyttet til hva vi så og hørte. Inspirert av Fangen (2010) ble feltnotatene merket (O) for observasjoner, etnografiske samtaler med (S) og reflektive notater med (R).

3.3.1 Oss og dem - om feltarbeid i egen kultur

Fangen (2010) hevder det er en fordel å ikke ha samme rolle i feltet som de som skal studeres. Forskjelligheten, og statusen som novise, gjør at en mer naturlig vil få tilgang til informasjon fordi man spør og undrer seg over ting. For vår studie anså vi det som nevnt viktig at vi ikke var helt utenforstående; for å kunne observere bruk av basale smittevernrutiner må en ha både praktisk og teoretisk kunnskap om konteksten, og om hva som er korrekt eller feil utførelse. Samtidig kan en diskutere hvilken innvirkning det hadde at feltet var egen arbeidsplass, og at alle informantene var mennesker vi i ulik grad hadde et forhold til. Ville vår visshet om at arbeidet kunne komme til å bli lest av kolleger gjøre noe med hvordan vi formet teksten? Vi har drøftet faktumet at dette dreier seg om mennesker vi skal fortsette å jobbe med, og som vi ønsker å ha et godt forhold til også i fremtiden. Før observasjonene gikk vi gjennom hvordan vårt forhold til deltakerne kunne påvirke hvilken måte data ble nedtegnet, og hvordan eventuelle skjulte og åpne holdninger kunne komme fram. Noen av informantene ser vi på som store forbilder. Kunne våre holdninger føre til at vi så mer etter «feil» hos andre enn hos disse? Hadde vi mer respekt for noen i lys av deres erfaring, kompetanse og

samspill med pasientene? Bevisstheten rundt dette har vært sterk hos oss begge fra start til slutt.

Metodens ideal er å finne balansepunktet mellom kunnskap nok til å møte feltet på en gunstig måte, og utvikle høyest mulig grad av nærhet, samtidig som man har et åpent sinn og klarer å skape en analytisk distanse. Risikoen var om vi var for nær feltet, det som litteraturen kaller «go native» (Fangen, 2010). Inspirert av dette tok vi en grundig selvransakelse rundt forhåndsforståelse/fordommer, samt leste stor mengde relevant litteratur, for å oppnå en viss analytisk distanse. Selv om vi følte vi hadde en oppnådd balanse, var dette muligens ikke tilfellet. I de refleksive feltnotatene har vi gjentatte ganger brukt ordet «vi» og ikke «de/dem». På den andre siden har vi feltnotater som beskriver at vi plutselig føler oss som en utenfra. Det beskrives glede for at vi er to om dette, at vi ellers hadde følt oss veldig alene selv blant mennesker vi kjenner godt. Videre er det påfallende at de gangene ordet «vi» er brukt, er i de tilfellene hvor det er snakk om mangelfull kvalitet på basalt smittevern. Vi har tolket det dithen at selv om vi føler vi har utviklet et analytisk skille, gjemmer vi oss ikke bak forsker-rollen der vi observerer noe negativt. Vi forstår at vi er en del av dette, og at det vi observerer også omhandler oss.

3.3.2 Dualiteten oss

Som to forskjellige individer, med ulik bakgrunn, men med flere felles verdier, så vi faren for at vi ville legge merke til ulike ting under observasjonene. Det ville styrket undersøkelsens pålitelighet om vi begge observerte samtidig for deretter å fremarbeide en enighet om hva vi faktisk observerte (Polit & Beck, 2008). Samtidig sto vi da i langt større risiko for å påvirke settingen gjennom vårt blotte nærvær (Repstad, 2007). Det ble derfor gjennomført gjentatte øvelser og piloter for å kontrollere samstemmighet om hva vi faktisk observerte.

Et av tiltakene for å sikre høyest mulig grad av «lik» observasjon var øvelse på feltnotater. Inspirert av Hagen og Skorpen (2016) sjekklister over hva feltnotater bør inneholde, skiserte vi et skjema fordelt over to sider i notatblokkene. Skjema inneholdt ruter med symboler. Symbolene representerte faktorer vi under pilotene hadde sett var

særlig nødvendig å ha fokus på, men det var også ruter for andre observasjoner, sitater eller beretninger fra informantene. For eksempel fikk dørhåndtaket egen rute, og her ble det markert hver gang det ble berørt av kontaminert hånd. Utstyrstralle, veneflontralle, høyskap, scoop og annet utstyr, bord, tastatur, vinduskarm fikk alle sin plass. Vi noterte også ned tidspunkt, triage, samt om sykepleieren hadde flere pasienter og om stemningen opplevdes rolig eller hektisk både på avdelingen og på rommet. Pasientens smittestatus eventuelt manglende immunforsvar krysset vi av på, men ingen andre opplysninger om pasienten. Feltarbeidet kan innebære å samle inn kvantitativ data, blant annet i form av å telle (Hagen & Skorpen, 2016). Dette gjorde vi hyppig, for eksempel antall sekunder (1001-1002-1003) håndsprit ble utført. Våre refleksjoner, fortolkninger, tanker og følelser ble stort sett ikke notert inn i notatblokken, men nedtegnet i tekstdokumentet rett etter observasjonsøkten, mens det fortsatt følte sterkt på kroppen.

Det var flere metodiske fordeler med å være to, nettopp fordi vi hadde ulike «briller». Å være feltarbeider i egen kultur øker faren for at man ikke setter spørsmålstegn ved forhold som tas for gitt (Hammersley & Atkinson, 2007). Analyse- og skriveprosessen foregikk i tospann, og vår stadige metaforiske ballkasting ga oss en distanse vi ikke hadde fått ved å være alene.

I tillegg var det kun ved å være to det var mulighet til å være tilstede et helt døgn. Da vi avløste hverandre hadde vi en gjennomgang på hva den andre hadde sett, samt at vi leste gjennom hverandres notater. Slik åpnet vi for å oppdage ulike meninger i samme data. Fordi vi avløste hverandre kunne nestemann kontrollere dataene ved eksempelvis å spørre samme informant om samme tema, men på en annen måte. Misforståelser fikk mulighet til å bli rettet opp i, og vi fikk en måte å kontrollere observasjonene på.

3.3.3 Om å bruke seg selv som forskningsverktøy

Selv etter å ha utført flere pilotforsøk, var vi ikke forberedt på hvilken intens opplevelse rollen som feltarbeider ble. Alle sanser ble brukt både bevisst og ubevisst, og særlig første døgnet var vi fullstendig skjerpet på alle detaljer, redde for å gå glipp av viktige

funn. I ettertid så vi at følelsene vi hadde opplevd å få ble viktige data, både ubehagsfornemmelser og oppstemthet (Hagen & Skorpen, 2016).

Hammersley og Atkinson (2007) poengterer at det som gjør en observerende, er hvordan en lar disse inntrykkene, fra hele sanseapparatet, bli til bevisste refleksjoner og dermed empiriske data. Gjennom språket kan vi så plassere den inn i analytiske kategorier. Selve prosessen med å være et menneskelig datainnsamlingsverktøy (Hagen & Skorpen, 2016) var mer krevende enn vi hadde forestilt oss. Ikke bare fordi det ble oppstykket med hvile, men det følte intens å være kontinuerlig «på» og prøve å finne en sammenheng mellom hva vi så, hørte og følte. Fra å starte med å gå bredt ut, notere ned og krysse av for hver minste detalj første observasjonsdøgn, sirklet vi oss etterhvert inn mot områder vi så var av særlig betydning det siste døgnet. Her ble deltagerens beretninger også mer sentralt. Å arbeide på denne måten er i metodens ånd (Hammersley & Atkinson, 2007).

3.4 Forskningsetiske vurderinger

3.4.1 Innhenting av tillatelser og samtykker

Tillatelse til å gjennomføre prosjektet ble gitt av avdelingsledelsen og personvernombudet i aktuelle helseforetak (Vedlegg 2). Det ble gitt godkjenning til ikke å anonymisere hvilket sykehus som var gjenstand for studien, da vi så våre beskrivelser gjorde det vanskelig å sikre fullstendig anonymitet (Vedlegg 5). Vi har likevel latt være å navngi sykehus, i tilfelle resultatene ved en mulig publikasjon kunne virke skadelidende for avdelingens anseelse. I tillegg ble personvernombudet informert da vi av praktiske grunner måtte utsette studien med få uker, samt for godkjenning av å inkludere renholdsarbeidere og portører i studien.

Pasienten var ikke gjenstand for observasjon, men fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien, med forespørsel om tillatelse av vår tilstedeværelse (Vedlegg 4). Det var krav om at pasienten skulle være samtykkekompetent over 18 år og ikke tilhøre en ekstra sårbar gruppe, for eksempel suicidale pasienter. Der pasienten var så syk at det ikke var mulig å informere, snakket vi med pårørende.

Alle ansatte med tilknytning til avdelingen fikk tilsendt informasjonsskriv på mail med informasjon om studiens formål og utførelse, hvor forsikring om anonymisering og mulighet til å reservere seg fra deltagelse ble forelagt (Vedlegg 3). Ingen personlige opplysninger om den ansatte ble nedtegnet. Siden klokkeslett var oppført kunne vi gå tilbake i avdelingens datasystem hvis noen i ettertid skulle ønske å trekke seg. Videre ble informasjonsskrivet hengt opp på flere steder i avdelingen. Under felles daglige møteplass for leger og sykepleiere, ble de gjort oppmerksomme på hvorfor vi var tilstede denne dagen og igjen informert om anonymitet og mulighet til å motsette seg deltagelse. Vi fremhevet hver gang at vi på ingen måte var ute etter «å ta noen», men at dette var veien vi gikk for å kunne jobbe med kvalitetsforbedrende tiltak om temaet i fremtiden. De som ikke ønsket å delta kunne gi beskjed til koordinerende sykepleier. På den måten visste vi ikke hvem eller hvor mange som eventuelt sa nei, og det sikret eventuelle kolleger som muligens syntes det var vanskelig å reservere seg direkte til oss. At samtykke var innhentet ble dobbeltsjekket av oss personlig før de gikk på undersøkelsesrommet. Gjennom koordinerende kunne pasienter og helsepersonell som ikke ønsket å bli observert fordeles til andre undersøkelsesrom.

Hos to personer følte vi de opplevde så sterkt ubehag av å bli observert, at selv om de hadde sagt ja til deltagelse ble det feil å inkludere dem i studien. En annen gang var det tydelig at sykepleieren ikke ønsket ekstrabelastningen av å bli observert. Da hun var åpen på at hun var redd for å ødelegge noe for oss ved å ikke delta, fikk vi ordnet at hun kunne bruke et annet rom. Videre så vi at det ble svært vanskelig å anonymisere assistentene. Feltnotatene vi hadde relatert til dem ble derfor utelatt i studien. På tross av mail og gjentatt muntlig informasjon, oppdaget vi at det ikke alltid var budskapet kom fram. Dette gjaldt i hovedsak legene. Noen kom i etterkant og spurte hva vi egentlig hadde observert. Ordene «basalt smittevern i akuttmottak» ble da igjen gjentatt, i tillegg til at vi henviste til mailen og igjen ga muligheten til å trekke seg fra studien. Vi gikk ikke i detalj i hva som ligger i begrepet, men sa vi gikk bredt ut og ville se på helheten som hadde betydning for basalt smittevern.

3.4.2 Å ville gjøre godt - om hensynet til deltakerne

Det å bli observert kan være en kilde til engstelse og stress, særlig gjelder dette i situasjoner som kan være personlig avslørende eller ydmykende (Fangen, 2010; Hammersley & Atkinson, 2007). Poengtering av anonymisering har stått sterkt. Her tror vi det har vært en styrke at vi kjente deltakerne. Vi har bevisst unnlatt i feltnotatene å nedtegne ord og uttrykk som er typisk for noen å bruke. Dette fordi vi ikke ønsket at våre kolleger kunne få en formening om hvem som har vært informant. Da vi startet prosessen med å lese feltnotatene, oppdaget vi at vi i flere tilfeller hadde glemt hvilke deltagere som var knyttet til de ulike situasjonene, og at vi ikke klarte å gjenkjenne dem. Dette har vi tolket som et tegn på at vi har klart å anonymisere bra. Videre er det kun de som var på jobb de aktuelle døgnene som vet når vi var tilstede. Et annet tiltak som har bidratt til anonymisering har vært å dele opp helsepersonellet i kjønn. Ved hjelp av mynt og kron ble alle leger "han", sykepleiere "hun", renholdspersonalet "han" og portører og bioingeniører "hun".

Under pilotene observerte vi hverandre, og fikk kjenne på ubehaget det kan gi å bli observert. Det ga oss en viktig innsikt. Særlig tenkte vi på helsepersonell som ikke hadde jobbet der lenge, som kanskje hadde mer enn nok med pasienten og huske på alt man skal gjøre. For å trygge både dem og alle, presiserte vi at vi kun observerte faktorer som hadde betydning for basalt smittevern, og ikke samspillet med pasienten eller medisinske vurderinger. Til sykepleiere som hadde jobbet der lenge og som viste tegn til nervøsitet, minnet vi på hvor mange pasienter vi i fellesskap hadde tatt imot gjennom årenes løp. Presiseringen om at vi selv satt i glasshus virket å ha en positiv effekt.

For at informantene ikke skulle føle de var kontinuerlig til gjenstand for observasjon, presiserte vi at det var kun gjøremål i forbindelse med det aktuelle rommet vi var interessert i å gjøre observasjoner. Etnografiske samtaler ble stort sett notert under samtale i observasjonsdøgnet, og i svært høy grad ble det spurt om vi kunne bruke sitater til studien. Vi hadde også noen etnografiske samtaler de dagene vi var tilstede som arbeidstaker selv og ikke forsker. Fordi relasjonen og dynamikken kan bli annerledes avhengig av hvilken rolle man er i, var vi ekstra nøye på å spørre om samtalen kunne bli en del av forskningsmaterialet (Hagen & Skorpen, 2016). For å være

sikker på at vi hadde tolket rett, ble ofte notatene lest høyt opp eller gjengitt til aktuelle person. «Forstår vi deg rett når vi har skrevet her ...» var ord vi da brukte. De gangene det ikke kom fram i feltnotatene at vi hadde gjort dette, ble disse informantene kontaktet i ettertid og spurt om tillatelse. Videre ble sitater og handlinger forsøkt klargjort ved å spørre «Jeg har forstått det sånn, hva tenker du om det?» Dette for å sikre at det var deltakernes stemme som ble hørt, ikke bare vår egen tolkning.

Underveis i prosessen ble det reflektert over hva vår avdekking kunne medføre av konsekvenser både for deltakerne personlig, samt avdelingens og sykehusets anseelse. Vi tenkte også på hvordan mennesker som har sykehuset som lokalsykehus kunne påvirkes ved en eventuell publisering, og som sagt valgte vi å anonymisere feltstedet så godt som mulig. Vi spurte oss selv om det vi utsatte informantene for kunne rettferdiggjøres? (Hammersley & Atkinson, 2007). Svaret ble at til tross for hvor nære mange av deltagerne stod oss, var vi på pasientens «side». Studiens rettferdiggjørelse ble en mulig bedring av pasientsikkerheten.

I feltmetodikken har det blitt hevdet at forskning innebærer utnytting av de som studeres, at de får lite eller ingenting igjen for å gi fra seg informasjon (Hammersley & Atkinson, 2007). Innenfor sykepleievitenskapen det påpekes hvordan forskning skal bidra til bedre kvalitet på sykepleien (Norsk Sykepleierforbund, 2017-2020). Vi har prøvd å sikre at deltagerne ikke skal bli utnyttet, og føler vi kan argumentere for at de får mye igjen. Det er resiprositet ved at økt fokus på basalt smittevern ikke bare bidrar til bedre pasientsikkerhet, men også sikkerheten for helsepersonell. Deltagerne har også hatt mulighet til å forme studien, ved at alle har blitt oppfordret til å dele tanker de har om tema, eller spurt direkte «har du noen tanker om hva du mener er viktig som du tenker må med, i forhold til basalt smittevern i akuttmottaket?» Videre har vi stilt oss til disposisjon for å drive med kvalitetsforbedrende tiltak i avdelingen på bakgrunn av studien. Vi har et ønske om å gjøre godt, noe som skal være målet i all feltmetodikk (Hagen & Skorpen, 2016; Hammersley & Atkinson, 2007).

3.5 Analyseprosessen

Særtrekk ved metoden er det Fangen (2010) referer til som førstegrads fortolkning; viktige deler av analysearbeidet foregår samtidig med innsamling av data, noe som gjør at videre dataarbeid dermed blir påvirket av de midlertidige analysene. Utgangspunktet var å utføre en deskriptiv studie der vi beskrev hva vi så i forhold til utførelse av basalt smittevern i akuttmottaket. Etter et døgn observasjon kom imidlertid behovet for å prøve og forstå hva vi så, hørte og følte, og særlig under siste døgn ble de etnografiske samtaler prioritert i den retningen.

Feltnotatene fra observasjonsdøgn ble først strukturert inn i Folkehelseinstituttets oppdeling av basale smittevernrutiner (figur 3). Så inkluderte vi teksten fra etnografiske samtaler utenom observasjonsdøgn, til sammen 72 sider. Observasjonene ble deretter fortolket som en sammenhengende fortelling (Fangen, 2010). Sammen med innhentede dokumenter ble teksten lest gjentatte ganger, for å få innsikt i helheten og sammenhengen i de innsamlede data. Deretter analyserte vi teksten ved hjelp av Graneheim og Lundmans kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004). Meningsbærende enheter i teksten ble identifisert og kondensert ned til henholdsvis beskrivelse nær tekst, og tolket mening. Så ble enheten videre merket med sub-tema, for videre arbeid med tematisering (eksempel fra innholdsanalysen, Vedlegg 1).

4 Resultater

Her presenterer vi hva vi så, hørte og følte i løpet av tre observasjonsdøgn. Materialet vi hadde var rikt, ergo det måtte tas et valg over hvilke områder det er rom for å vise. Vi landet på punktene innenfor basalt smittevern som vi ser kan være mest aktuelt for avdelingen: håndhygiene, personlig beskyttelsesutstyr, hostehygiene, renhold og pasientnært utstyr.

4.1 Kontekst: beskrivelse av feltet

Studien ble gjennomført på vår arbeidsplass; et somatisk akuttmottak med både lokal- og regionsfunksjon, som i 2018 tok imot over 31000 pasienter. Avdelingen har ansatt helsesekretærer, assistenter, hjelpepleiere og 72 sykepleiere/spesialsykepleiere i turnus. Annet helsepersonell i arbeid på akuttmottaket har sitt ansettelsesforhold på andre avdelinger eller klinikker. Dette er bioingeniører, radiografer, portører og leger innenfor de ulike fagfelt, som går vakter eller blir tilkalt til akuttmottak. Ledelsen består av seksjonsoverlege, avdelingssjef, avdelingssykepleier og assisterende avdelingssykepleier, i tillegg til to fagsykepleiere. Noen sykepleiere har fått egne ansvarsområder, eksempelvis har avdelingen en hygienekontakt. På hvert vaktlag er det satt en sykepleier ansvarlig for å koordinere pasientflyten.

Det er høy turnover blant helsepersonell tilknyttet avdelingen. Blant annet ansettes nytt kull med turnusleger to ganger i året, som har sitt hovedvirke i akuttmottaket. Sesongvikarer er hyppig brukt, og det er svært ofte hospitanter eller studenter i praksis tilstede.

Avdelingen er delt opp i skadepoliklinikk, observasjonspost, samt en korridor med syv undersøkelsesrom og en syv-sengs ventesone bemannet med sykepleier. Ofte er det korridorpasienter på grunn av mangel på undersøkelsesrom. Videre finnes det akuttstue, hvor det er mulighet til å ta imot inntil fem kritisk syke og/eller skadde samtidig. På ventearealet sitter polikliniske pasienter, pårørende og stabile pasienter til innleggelse som venter på sengeplass. De fleste som blir innlagt som øyeblikkelig hjelp

ligger en god stund i akuttmottaket før de går til sengepost. Andre svært kort, men gjennomsnitt ligger på ca fire timer.

Til tross for oppussing og ombygging er ikke det fysiske miljøet på akuttmottaket optimalt til å håndtere verken pasientmengden eller smittepasienter. Det er ofte overbefolket, skyllerom som ikke skiller systematisk mellom rent/urent og som kun har en dekontaminator, det finnes ingen smitterom med sluse og det er få pasienttoaletter.



Figur 5:Oversikt over pasientgangen i akuttmottaket. Fritt etter Holmberg (2013).

Avdelingens overordnede mål er «kvalitet i alle ledd». I tillegg er det for sykepleietjenesten formulert at profesjonell sykepleie skal gis gjennom omsorg, samarbeid, kommunikasjon og service. Siste årene har det vært gjennomført flere store endringer over kort tid, både i forhold til rutiner og arbeidsoppgaver, ombygging og

pasientmengde. Lean-metoden er implementert; en kvalitetsforbedrings-metode med hovedformål å gjøre arbeidsprosesser og pasientforløp mer effektive. Tanken bak er at ressursene i helseforetaket utnyttes bedre, gjennom å eliminere sløsing av administrative rutiner (Stubberud, 2018).

ForBedrings-undersøkelsen fra 2018 viser tegn til et miljø preget av høyt engasjement og nær kontakt med nærmeste leder. Arbeidsforhold, fysisk miljø og topplers rolle i pasientsikkerhetsarbeidet er forhold det imidlertid skåres betydelig lavere på enn i resten av helseforetaket. Arbeidsbelastningen totalt rangeres som høy, og medarbeiderne er svært delt i oppfatningen av hvordan det arbeides med smittevern.

I avdelingen finnes såkalte smittetraller med beskyttelsesutstyr og informasjonsplakater vedrørende smitterom. Folkehelseinstituttets informasjonsplakater om håndhygiene sees flere steder. På undersøkelsesrommene er det håndvask med tilgjengelig såpe og håndsprit. Det er også spritdispenser utenfor hvert rom. På et av undersøkelsesdøgnene var håndsprit utilgjengelig inne på rommet. Inne på rommet finnes et høyskap med tekstiler og utstyr (eksempelvis håndklær, bleier, kladder, putevar, stikkklaken med mer), en veneflontralle med flere hyller for utstyr til innleggelse av veneflon og intravenøshåndtering, en utstyrstralle med flere hyller med utstyr som termometer, målebånd, lommelykt, elektroder, pussbekken, saks med mer. Alle rom har en skrivepult med data og telefon. Vinduene er noen steder tapet med gaffateip, gardiner henger oppe og vinduskarmen samt skrivebordet blir av og til brukt som oppbevaringssted for pasientens klær/dyne etc. Flere stoler finnes i rommet, stort sett alle kan vaskes. Kun en tøy-stol ble observert. Scoop med tilhørende utstyr for overvåking, i tillegg til oksygen og luftuttak med sug, finnes på alle rom. Videre observeres vegghengt otoskop, oftalmoskop og elektronisk spatel.

4.2 Håndhygiene

Selv om håndhygiene var det helsepersonellet i stor grad forbandt med studien, var det påfallende å se at flertallet ikke klarte å gjennomføre i nærheten av korrekt. I tillegg var mange åpne om at de hadde mer fokus på utførelse av håndhygiene fordi vi satt der og

observerte, men selv hos disse var det særdeles mangelfull etterlevelse, eller ikke utført korrekt.

Håndsprit framfor håndvask, var stort sett håndhygienen som ble valgt. Antall helsepersonell som utførte hånddesinfeksjon korrekt, kunne vi etter tre døgnns observasjon telle på under en hånd. Fra feltnotatene leser vi fra ett av døgnene:

(O) Ingen utførte tilstrekkelig antall sekunder håndsprit: 2 sekunder på det minste, 10 sekunder på det meste. Kun en som tok to dusjer.

Som et resultat av kortvarig hånddesinfeksjon var dørhåndtaket ofte vått av sprit. Videre var det påfallende hvor mange som åpenbart «tok seg i det» fordi vi satt der. Flere var på vei ut døren, før de stoppet opp, snudde og gikk tilbake for å ta håndsprit:

(O) ... åpner døra og er på vei ut, snur seg og ser på meg, hviler blikket kort på observatørskiltet, går tilbake til vasken, tar litt sprit. Spriter hendene i tre sekunder.

Det var tydelig hos enkelte at håndhygienen ble utført tilfeldig og uten noen systematisk tanke om hvor den burde komme, noe vi begge opplevde som reaksjon på vår tilstedeværelse:

(O) ...er merkbart nervøs over å bli observert, bekrefter selv dette etterpå. Spriter seg ofte, men helt vilkårlig. Av og til to ganger på rad, på under ett minutt, selv om hun ikke har gjort annet enn å prate med pasienten.

Andre lot seg tilsynelatende ikke merke av at vi satt og observerte:

(O) Sykepleier med ansvar for pasienten har ikke håndhygiene i det hele tatt før rom, ut av rom, eller mens opphold på rom.

Sistnevnte sykepleier ga uttrykk for at hun syntes studien vår var viktig og spennende, og at hun hadde fått mer fokus på smittevernrutiner på bakgrunn av dette. Med seg hadde hun en sykepleier på opplæring som utførte håndhygiene. Selv utførte hun ikke håndhygiene verken før eller etter hun hilste på pasienten, tok EKG, la veneflon, hang opp intravenøs væske, brukte scoopet og tok målinger av pasienten, tok på ulikt utstyr fra utstyrstralle eller hentet tekstiler fra tøyskapet. Tupfere og tapedispenser i veneflontrallen ble kontaminert da hun gikk for å plukke opp dette i forbindelse med blodgass-taking. Da hun var ferdig med sykepleieoppgavene på undersøkelsesrommet, gikk hun ut av rommet og satte seg for å dokumentere på en datamaskin i korridoren, en annen gang rett til medisinrommet. Multiple kontaktpunkter ble med andre ord kontaminert. Hun hadde kun denne ene pasienten, pasienten var stabil med en middels hastegradskode, og det var rolig stemning i avdelingen.

I feltnotatene våre står det skrevet fra samme tidsperiode, at vi får opplyst at det ligger en pasient på naborommet med svært lavt immunforsvar, hvor blodverdiene viser nøytropene på 0.00. Han observeres trillende forbi i seng med munnbind på, og i feltnotatene står nedskrevet:

(R) (...) mattilsynet har mulighet til å stenge en restaurant på dagen hvis de finner manglende renhold som går på sikkerheten løs. Er smittevern i den bransjen bedre regulert enn på sykehus hvor det ligger mennesker med lavt immunforsvar?

Nevnte sykepleiers manglende etterlevelse av håndhygiene var ikke et unikt eksempel. Dette var bare ett av flere observasjoner på total manglende etterlevelse av håndhygiene. Under følger et eksempel fra lege:

(O) ...tar masse på pasienten. Pasienten har et sår på leggen som kun er dekket av en stripe kirurgisk tape, og som ikke dekker hele såret. Under undersøkelse legger han (legen) hele frakken sin opp i såret. Kommer nær såret med hendene og tar seg så i lomma der han har tre oppslagsbøker. Bruker egen reflekshammer hentet fra lomma, som brukes flere steder på bar hud, og legger tilbake i

lommen. Tar på et tidspunkt opp egen mobil og sjekker noe på den. Bruker lommelykt fra utstyrstralle. (...) ... har ingen form for håndhygiene verken før eller etter eller under mottak av pasient. Går rett fra pasient til telefonen ved dataene (i korridor) for å ringe bakvakt.

Videre observerte vi en høy andel helsepersonell som berørte sitt eget ansikt, nakke og hals under samhandling med pasienten:

(O) ...tar på mange kontaktpunkter på båren, undersøker pasienten på bena og pasientens synlige møkkete føtter. Tar seg til stadighet i ansiktet, bak nakken, klør seg på ryggen under uniformen, gnir seg i øynene, gnir seg på kinn, tar til stadighet under nesene, holder seg på leppen, har på et tidspunkt fingrene i munnen for så å ta på pasienten igjen. Tar på calling. Ingen håndhygiene på forhånd, under eller på vei ut av rommet. Går rett ut til telefonen for å svare på calling.

På tre døgn så vi kun to stykker som viste med hele sin atferd at utførelsen av håndhygiene lå i ryggmargen; det ble gjort på automatikk og uten at de stoppet opp. Den ble korrekt utført og stort sett alltid til riktig tid.

Positivt funn var at ingen bruk av armbåndsur ble observert. Bruk av fingerring(er) ble kun observert hos en sykepleier og en bioingeniør, sistnevnte forklarte dette med at hun nettopp hadde kommet hjem fra ferie.

De få gangene det ble utført håndvask istedenfor hånddesinfeksjon, var det nesten alltid av leger etter en undersøkelse. Håndvasken ble da utført nøye, men svært ofte ble vannet skrudd av med de rene hendene som dermed ble kontaminert igjen. Rett etter håndvasken tok disse legene og utførte ny håndhygiene med håndsprit.

På et flertall av rommene er det håndsprit rett utenfor rommet. I de situasjonene vi hadde mulighet fulgte vi derfor med når noen gikk direkte ut uten å utføre håndhygiene, for å se om de spritete seg der. Det var sjeldent tilfelle. Det vi så var at

aktuelle leger gikk direkte til legekantoret, der de satt seg ved dataen eller svarte på calling. Sykepleiere gikk til skyllerommet med prøvemateriale, bekken/urinflasker, tekstiler eller søppel, til medisinerommet for å hente legemidler eller satt seg ved datamaskinene for å prate med kolleger, ringe eller dokumentere. Vi har bemerket i feltnotatene at de som utførte håndhygiene inne på rommet, fikk hendene kontaminert sekundet etter når de tok på dørhåndtaket på vei ut. For enten var det kontaminert av helsepersonell som ikke utførte håndhygiene, som ventet med håndsprit til de var utenfor døren eller som utførte dårlig kvalitet på håndhygiene. I tilfellene hvor rommet ble brukt som smitterom ble stadig dørhåndtaket tatt på med kontaminerte hansker, stort sett i de tilfellene sykepleierne hadde glemt noe og skulle be andre hente ting for seg. Håndhygiene ble senere utført inne på rommet, men sekundet etter igjen kontaminert fordi de tok på samme dørhåndtak:

(O) Sykepleier som har pasienten tar på dørhåndtaket med kontaminerte hansker seks ganger for å enten gi beskjed, hente noe, kjøre ut ekg-maskin.. må blant annet skifte blodtrykksmansjett, roper ut om noen kan hente (...) Av mennesker som tar på håndtaket med rene hender uten å sprite seg etterpå er tre i løpet av en times tid.

Håndhygiene ble sjeldent utført når noen kun var innom for å rydde rommet eller fylle på utstyr. Vi hadde en sterk forforståelse om at etterlevelse av håndhygiene ville være redusert i tilfeller hvor pasienten var svært dårlig og man måtte handle raskt, eller i tilfeller hvor det var stor pågang av pasienter eller lite personell på vakt. Det viste seg derimot at det ikke var så mye forskjell. Det var ikke bedre etterlevelse av håndhygiene hos en pasient med høy triage kontra en lav, det spilte heller ingen rolle om det var hektisk i avdelingen, eller om helsepersonellet opplevde situasjonen som stressende. Fra feltnotatene hentes følgende eksempel:

(O) Ingen utfører noen form for håndhygiene før arterielt blodgass og venefloninnleggelse, og akkurat på denne pasienten har jeg ingen problem med å forstå det, han så ut som han kunne dø når som helst (...) Etter 20 minutter med behandling kommer han seg, samtidig ser lege i journal at pasienten er

mulig smitte-eksponert (...) til tross for at pasienten er bedre, ser man ingen endring i basalt smittevern, annet enn at det blir utført håndhygiene før kontrollblodgass (...) Dette er eneste pasient i avdelingen.

Vi kan belyse det videre med observasjon som knytter basale smittevernrutiner opp mot travelhet:

(O) Siden det er pasienter på akuttstua er det tidvis bare en sykepleier på tolv pasienter som er inneliggende. Dette speiles på ingen måte i at basale smittevernrutiner ble fulgt verken i større eller mindre grad.

(R) Alt jeg har sett hittil i løpet av observasjonsperioden tilsier at hvor travelt det er, eller ikke travelt, har ingenting å si i forhold til hva slags nivå vi klarer å holde på hygiene vi utfører. Dette gjelder alle grupper helsepersonell.

I situasjoner ved undersøkelse med rektaleksplorasjon og etterfølgende hemofec-prøve, observerte vi leger som ga uttrykk for stor usikkerhet rundt best praktisk utførelse av hygiene. Eksempelvis utførte ingen håndhygiene før de tok på seg hansker, og selve hemofec-flaskene ble som regel kontaminert av brukte hansker. Papiret de smurte avføringen på, ble lagt på ulike steder inne på undersøkelsesrommet: pasientens seng, skrivebordet, vasken og på toppen av utstyrstrallen (sammen med eller over lommelykt, termometer, målebånd og reflekshammer). Hos flere var det tydelig at de tenkte på hva som var lurt å gjøre, for det var plutselig ingen flyt i undersøkelsen lenger:

(O) ... går til utstyrstralle tar opp hemofec-flasker og ser det er lite igjen. Går ut til et annet rom for å hente nye hemofec-flasker, ingen håndhygiene før eller etter han kommer tilbake. Tar på hansker, utfører rektaleksplorasjon, tar avføring på et papir som han har gjort klart på forhånd, ligger oppe på vasken. Kaster hansken. Utfører ikke håndhygiene. Tar hemofecprøven. Kaster så papiret med hender uten hanske. Tar tak i hemofec-flaskene, snur seg og skal sette det på utstyrstralle. Tar seg i det, legger hemofec ned på vasken igjen, vasker

hendene i seks sekunder, tar så på flaskene igjen og setter de på plass. Snakker med pasienten, står inntil sengen. Gå så ut uten å gjennomføre ny håndhygiene.

Et av døgnene gjorde vi et bevisst valg av observasjonsrom, da vi uker før hadde oppdaget at spritdispenseren på undersøkelsesrommet var ødelagt. Den eneste måten for håndhygiene inne på rommet var å vaske hendene. Første sykepleier som oppdaget dette under observasjonsdøgnet, møtte motstand fra kollega da hun prøvde å få fikset det:

(S) «Jeg fikk vite at det krevde at speilet måtte skrus ned og da måtte teknisk vakt tilkalles, og det var jo ikke katastrofe at den var ødelagt. Jeg sa meg uenig, at det faktisk var litt katastrofe, og spurte om vi eventuelt kunne sette en flaske med sprit på vasken. Da fikk jeg beskjed at det gikk ikke, for det hadde vi ikke. Selv om det står en her ved dataene (i korridor), men den aner ingen hvor kommer fra.»

Alle som ble observert inne på rommet denne dagen, gav uttrykk for overraskelse over at det ikke var sprit inne på rommet. Det ble spøkt med at det var vi som hadde ødelagt den for å få flere funn. På dette døgnet ble rommet også brukt til pasienter med kjent smitte. Noen valgte konsekvent å vaske hendene på rommet, andre kontaminerte dørhåndtaket med hendene, og spritet seg med håndsprit utenfor rommet. Det var også de som ikke utførte håndhygiene i det hele tatt, selv ved smitterom. Hansker ble tatt av og kastet, men håndhygiene ikke utført etter dette. Først da nattevaktene kom på jobb, ble det gjort et forsøk på å løse problemet. Fire sykepleiere armert med skrutrekkere prøvde å fikse det, men endte tilslutt med å melde det inn til teknisk vakt og lete etter en flaske med håndsprit.

4.3 Hostehygiene

I løpet av alle tre observasjonsdøgn var det pasienter som hostet tilstede. De ble aldri tilbudt håndhygiene av helsepersonellet i den forbindelse, vi hørte heller ingen vurdere om pasienten skulle ha på seg munnbind på vei til avdelingen. Pasientene hostet stort sett ut i luften, både med og uten ekspektorat. Av og til i et papir eller ned i et

pussbekken. Det ble ikke observert håndhygiene fra helsepersonell etter at de kastet eller plasserte dette pussbekkenet et annet sted.

En av legene som ble observert hadde første dagen tilbake etter å ha vært syk med influensa. Han hostet fortsatt, og så ikke ut til å være i form. Det ble observert at han på vei inn til en pasient med risiko for lavt immunforsvar, hostet i hendene uten å utføre håndhygiene etterpå. Før han fikk åpnet døren, ble han stoppet og informert og forespurt om deltagelse i studien:

(O) Skal til å gå inn på rommet, men tar seg i det og sier «her bør jeg sikkert bruke munnbind». Tar på seg munnbind og går inn, skal til å gå bort til pasienten, stopper opp, tar seg i det, snur og går og spriter hendene først i fem sekunder. Støtter underarmene på nattbord og skriver i papirene. Undersøke pasienten med stetoskop fra lommen. Går til utstyrstralle og henter lommelykt og spatel. Ser inn i pasientens munn, legger utstyr tilbake, kaster spatel. Skal til å gå tilbake til pasienten, tar seg i det og snur for å sprite hendene. Sjekker så føtter og fotpulser, sjekker deretter pasientens ansikt og lymfeknuter på halsen. Vasker hendene kort, men nøye, munnbind fortsatt på. Går tilbake til pasienten, holder hendene på enden av sengen, tar imot medisinliste fra pasientens pårørende, noterer på journalen, støtter seg på bordet. Går ut, utfører ikke håndhygiene. Tar av seg munnbind utenfor, kaster det i en søppelkasse ca 6 meter unna. Ser han hoster i hendene idet han går inn på legekontor og setter seg ved dataen der.

Samme lege gikk senere inn for å utføre rektaleksplorasjon av samme pasient. Denne gang uten munnbind, eller håndhygiene verken før han gikk inn til pasienten eller på vei ut.

4.4 Personlig beskyttelsesutstyr

4.4.1 Beskyttelse av hender

Bruk av hansker ble kun observert på smitterom eller når pasienten skulle ha hjelp på dostol, urinflaske eller måling av rektaltemperatur. En gang hos en lege som ble usikker på hva vi la i begrepet basalt smittevern, men da uten at det var indikasjon for hanskebruk. Aldri så vi bruk av hansker ved innleggelse av veneflon eller blodgass-takning. Svært sjeldent så vi utførelse av håndhygiene før hanskene ble tatt på. Av og til etter at hanskene ble tatt av, men aldri da hanskene ble skiftet mellom arbeidsoppgaver hos samme pasient.

På smitterom ble samme hanskepar brukt fra start til slutt, med andre ord også i arbeid fra skittent til rent. Hos pasient som eksempelvis fikk hjelp på dostol, ble samme hansker brukt til å ta imot papir pasienten hadde tørket seg med (sykepleieren sa dekontaminatoren ikke «*fikset slik papir*») for deretter å ta på scoop, måle vitalia, sette skjerm Brett på plass, åpne skapet og hente utstyr. Dette gjentok seg hver gang pasienten måtte bruke dostol:

(O) Som tidligere blir ikke hansker skiftes når hun tar papiret pasienten har tørket seg med og kaster det i søpla.

4.4.2 Beskyttelse av munn, nese og øyne

Bruk av visir ble aldri observert, men slik vi vurderte det var det ingen åpenbare situasjoner hvor dette var nødvendig. Munnbind med strikk bak ørene ble som sagt brukt to ganger for å beskytte pasienten fra smitte; henholdsvis en nøyttropen pasient og hos en lege som hostet. Ellers brukte helsepersonell munnbind på smitterom hos en pasient med hemoptyse, hvor det var mulig MRSA. Noen helsepersonell hadde munnbindet på feil vei.

4.4.3 Beskyttelse av arbeidstøy og hud

Engangsbeskyttelsesfrakker som blå stellefrakk og gul smittefrakk, ligger tilgjengelig på to lett flyttbare smittetraller i korridoren. I løpet av tre døgn med observasjoner, så vi

kun en person som brukte blå stellefrakk. Det var bioingeniør på vei inn til smitterom, og hun fikk straks beskjed av sykepleier å gå og skifte til gult da blå var uegnet på smitterom.

På smitterom brukte alt helsepersonell gule smittefrakker, som ble kastet mellom hvert bruk inne på pasientens rom. Beskyttelsesutstyret på smitterom ble tatt av på flere ulike måter, men aldri slik prosedyren tilsier. Ingen utført håndhygiene slik man skal mellom hvert ledd, og rekkefølgen var ofte feil.

Sykepleiere vi snakket med var åpne om at noen brukte blå stellefrakker på smitterom om sommeren, fordi det var uaktuelt for dem å stå med de gule på et varmt rom. En lege uttalte at de gule frakkene var uegnet, fordi de var for tette.

Under en etnografisk samtale med to sykepleiere ble følgende sagt dem imellom:

(S) Sykepleier 1: -det burde være stellefrakk på alle rom, det savner jeg. Det er ingen som bruker stellefrakk her (...) hadde vært mye enklere hvis det hadde ligget på rom. Meg: -hvordan var det på post? Sykepleier 1: - der hadde vi jo sånne «slakterforkle» i mellomgangen rett utenfor pasientrommet. Sykepleier 2: -Det er mye som er ille her.. det er så mange situasjoner man har lært man skal bruke stellefrakk, men hvor mange bruker det når man legger inn kateter her for eksempel? Eller skifter på sengen? Sykepleier 1: -du skal egentlig putte skittentøy i plastpose og før du tar det med ut av rommet.. Sykepleier 2: - Men her (demonstrerer ved å holde armene langt ut og hodet bakover med en grimase) holder vi jo alt bare i hendene. Jeg føler vi er flinkere til å bruke stellefrakk på obs-posten. Når du kommer inn her så er det som du er på en annen plass. Jeg vet ikke hva grunnen er. Sykepleier 1: -Latskap!

Samtalen ble avbrutt av calling, men sykepleieren ble spurt om å utdype «å være på en annen plass» etterpå:

(S) - Når man er på obs-posten så faller det seg så naturlig å bruke stellefrakk. En blir påvirket av hva andre gjør.

Sykepleieren som mente det handlet om «latskap», sa hun mente ikke latskap som «i å være lat», men at terskelen for å gå ut av rommet for å hente stellefrakk var større enn å bare gjøre seg ferdig med arbeidsoppgavene.

4.5 Renhold

Avdelingen har de siste årene fått ansatt egne ufaglærte assistenter som går i sykepleierstillinger, med ansvar for å rengjøre rommet og fylle opp utstyr hver morgen på hverdager. I helgene er det sykepleierne som utfører disse morgenrutinene. Fra prosedyren til sykepleiere om «mottak av pasient» står det at de skal «sørge for at undersøkelsesrommet blir klargjort til neste pasient», men ikke noe mer utfyllende om hva som legges i dette.

Våre observasjoner viser en svært mangelfull rengjøring av rom og pasientnært utstyr. Det ene observasjonsdøgnet ble ikke rommet vasket av renholdspersonalet i det hele tatt. De ble observert på avdelingen, men var aldri inne på undersøkelsesrommet. Gulvet var synlig møkkete. Det eneste som ble rengjort på morgenen dette døgnet var scoopet med blodtrykksmansjett, SpO₂-måler og overvåkningsledninger med bruk av én EasyWhipe engangsklut. Nattbord ble første gang rengjort dette døgnet kl 14:00, men kun da en overflaten med bruk av EasyWhipe. I løpet av denne perioden hadde det vært inntre pasienter, og nattbordet hadde vært i flittig bruk. Datatastatur, datamus, telefon, skrivebord, utstyr på utstyrstralle, kontaktpunkter generelt på rommet - dette ble ikke rengjort i det hele tatt dette døgnet.

Det var ikke et unikt eksempel. Utstyret på utstyrstrallen som stadig var i bruk, ble ikke observert rengjort under noen av de tre observasjonsdøgn. Verken på morgenen eller mellom pasientene. I helgen ble det ikke utført renhold av sykepleier på morgenen overhodet, det som ble prioritert var å fylle på utstyr. Dette til tross for at det var særdeles rolig i avdelingen hele dagvakten, og mye av tiden satt sykepleierne og pratet

seg imellom. På direkte spørsmål om renhold og helg svarte en sykepleier fra dagvakten:

(S) «Det er sånn det er i helgen, vi har ikke tid. Vi må prioritere å fylle på (utstyr), vi er så få på jobb»

Under en etnografisk samtale fra et annet døgn, hadde en annen sykepleier fortalt:

(S) «Om det blir rengjort eller ikke i helgene kommer helt an på hvem som er på vakt»

Følelsene våre over den manglende rengjøringen kommer tydelig fram i feltnotatene:

(R) Det betyr altså, hvis ikke det er en ILDSJEL på jobb, at rommet risikerer å ikke bli rengjort på flere dager? Hvis det kommer en nøytropen pasient mandag kl 07, og får på seg en SpO2-klype sist MULIGENS rengjort fredag morgen ... Der har du pasientsikkerheten sin der..

Renholdspersonalet var tilstede på rommet de to andre observasjonsdøgnene, og særlig en vikar som aldri hadde vært på akuttmottaket før gjorde en svært nøye og grundig jobb. På spørsmål om prosedyre og rutiner, svarte han at fordi han aldri hadde vært her før, og ikke visste hva eller hvem som vasket her dagen i forveien, tok han alt slik han var sikker på at det ble gjort ordentlig. Da det ble observert bruk av gulvnære vifteovner, tok vi et annet døgn et tørt papirtørkle på gulvet langs veggene. Det var skitt, og mye støv.

Ut fra våre observasjoner betydde å klargjøre rommet til neste pasient fjerning av avfall, skifte av beskyttelsesutstyr på båren og at scoop-utstyr ble hengt pent på plass:

(O) Ingen rengjøring av rom før neste pasient tas inn, selv om det da har gått 1 time og 5 minutter uten noen pasient på rommet og svært rolig avdeling.

På tre døgn var antall ganger scoop-utstyret ble vasket mellom pasient ni ganger. Dette endret seg ikke i forhold til om var mye eller lite å gjøre på avdelingen på tidspunktet; flertallet av sykepleierne som ikke gjennomførte renhold av pasientnært utstyr hadde kun den ene pasienten akkurat da.

I flesteparten av tilfellene hvor rommet ble ryddet mer enn å tømme søppel og legge på nye tekstiler på båren, var det likevel ofte mangelfullt. Kontaktpunkter på skap, nattbord, utstyr som var blitt brukt; sjelden eller aldri så vi dette bli rengjort. Ringesnoren som vi ofte observerte oppi pasientens seng, eller under puten, så vi kun bli rengjort et par ganger utenom vask etter kjent smitte. Det var scoop-utstyret som var i fokus, men kun utstyret, ikke selve skjermen som gjentatte ganger ble kontaminert.

Sykepleier som ikke hadde jobbet på avdelingen så lenge, oppsøkte oss med følgende informasjon:

(S) «Bruk av plastforkle! Det er ingen flinke til å bruke her! Og renhold mellom pasienten er så dårlig. Folk sier at «vi vasker ikke mellom pasientene». Jeg vasker med Oxiwhipes istedenfor de vanlige vi egentlig skal bruke.. Det tar mere. Der jeg jobbet før spritet vi mellom hver pasient. Det var heller ikke tilstrekkelig, men bedre enn ingenting».

Selv om sykepleierne var åpne på at det ikke er vanlig at man vasker mellom hver pasient, så flere at dette var et problem:

(S) «Vi pratet om dette på vaktrommet i dag tidlig. Problemet er jo scoop og nattbord, det er jo der det ligger, at dette ikke blir vasket mellom hver pasient siden det ikke er tid til det. Det kommer jo inn en ny pasient med en gang(...) og så har vi ikke fysiske arealer til å gjøre det ordentlig. Vi har blant annet ikke sluse».

Tid og fokus på effektivitet ble brukt som argument flere ganger:

(O) sykepleier vasker over scoop og tømmer søppel. Jeg spør om hun alltid pleier å gjøre dette. Hun sier først med et blunk, «nei, det er fordi du står her nå. Nei, altså jeg pleier å prioritere å kjøre opp pasienten først, gir da beskjed om at jeg rydder når jeg kommer ned. Men da er det ofte at det er ny pasient på rommet allerede før jeg rekker å komme ned».

Noen ganger så vi at rommet ble startet rengjort av ansvarlig sykepleier etter at pasienten ble sendt til post. Så kom koordinerende og fortalte at hun måtte ta en annen pasient med en gang, slik at hun ikke rakk gjøre seg ferdig. Ingen fortsatte da dette arbeidet, noe som gjorde at kontaktpunkter ikke ble rengjort.

Hos en pasient med mulig smitte skjedde følgende etter pasient var gått til post:

(O) Rommet er ikke ryddet eller vasket, og etter en times tid kommer en sykepleier som har sittet mye på pauserommet og tar det nattevakter kaller «søppelrunden». Tømmer og rydder seg gjennom avdeling, også rom (observasjonsrom). Kveiler opp scoop-utstyr som fram til da har ligget i en haug på gulvet, vasker dem ikke. Kaster søppel fra veneflontralle, deretter inni høyskapet etter ny pose. Ingen håndhygiene. Det ligger fortsatt noe søppel på gulvet.

Mangel på tid som argument sto i kontrast til det vi observerte, da det var sjeldent rolig under alle tre observasjonsdøgn. En sykepleier som også jobber flere steder enn akuttmottaket, ga følgende vurderinger rundt dette:

(S) (...) har tenkt mye på dette med hygiene, noe hun villig vekk innrømmer at hun aldri gjorde før. På spørsmål om hvorfor hun har endret dette sier hun at de der har vasket hendene svært grundig og sett på dem under UV lys: «det var skikkelig ekkelt». På spørsmål om hvorfor hun tror det er så forskjell mellom (annen arbeidsplass) og akuttmottak svarer hun først at det er fordi vi har så liten tid i akuttmottaket. Så tar hun seg i det og sier «jeg har jo ikke dårlig tid nå.

Jeg vet ikke helt, det blir bare ikke til at jeg gjør ting ordentlig her. Selv om jeg gjør jo det nå som du sitter og ser på meg. Men så er jo denne pasienten ikke noe smittepasient. Men det er jo ikke pasientene vi får inn på (sier annen arbeidsplass) heller og egentlig er det jo akkurat det samme (...) jeg vet ikke hvorfor jeg tenker annerledes om det, jeg tenker vel kanskje ikke». Hun mener det er definert mer hva som er hennes ansvar på andre arbeidsstedet - at det er DITT ansvar at hygienen er optimal, noe hun aldri tenkte på da hun bare jobbet i mottak.

Det var også en sykepleier som mente sykepleierne var flinke til tross for det hun kalte «*kummerlige forhold*». Hun påpekte at de utførte renhold som ikke burde falle under deres arbeidsoppgaver, og savnet at det ble satt mer i system:

(S) «Hvorfor gjør ikke renhold det, å vaske over (data)mus, dørhåndtak og lignende? Og hva med de stengene (som åpner dørene), det er ikke noe system på at det blir rengjort. Jeg spriter callingen for hver gang. (...) Renhold tar ikke og vasker bæsje eller blod, det må VI gjøre, vi i hvitt! Tror du vi går og skifter etter at vi har vasket do?? Jeg har vasket mye do opp gjennom årene altså! Hvorfor skal de spare på renholdspersonalet? De er så viktige!»

4.6 Pasientnært utstyr

Dette punktet går hånd i hånd med renhold; pasientnært utstyr ble sjelden rengjort mellom hver pasient og kontaminert multiple ganger av alle typer helsepersonell.

Dette være seg utstyret i utstyrstralle, særlig termometer og lommelykt, men også som nevnt scoop med påfølgende utstyr. Veneflontralle og utstyrstralle ble tatt ut av rommet da det var snakk om smitte, men vegghengt otoskop som ble brukt ble aldri rengjort selv i tilfeller med kjent smitte.

Utstyr som blodtrykksmansjett og termometer ble ofte brakt ut og inn av rommet, da det manglet på naborom. Pose med elektroder ble hyppig gravd rundt i med kontaminerte hender.

En bioingeniør kom uoppfordret og spurte om plassering av tuffere var et tema, altså om det var greit å plassere den på uniformen før den ble tapet på pasienten. Hun påpekte at arbeidstøyet var rent på begynnelsen av vekten, men «*vi er jo borti så mye rart utover dagen*». Selv bet vi oss merke i at boksen med tuffere på veneflontrallen ble fylt opp og tatt i med kontaminerte hender. Den kirurgiske tapen ble også stadig kontaminert. Samme bioingeniør hadde også gjort seg tanker om staseslangen, om den kunne fulgt pasienten hele oppholdet ved å henge på sengen, slik som en navnelapp. Fra feltnotatene ser vi at dette er en ide vi har omfavnet, da staseslangene stadig ble observert på alle tenkelige steder på rommet og til tider liggende lenge i pasientens seng. Bortsett fra én gang på smitterom, så vi ikke at noen tok staseslangen med ut for å vaske den.

Observasjoner knyttet til pasientmappen kan også tas under her. Plastmappen med pasientens dokumenter ble kontaminert av alt helsepersonell relatert til pasienten, og var på vandring rundt om i avdelingen: på nattbord, skrivebord, utstyrstralle eller veneflontralle inne på rommet, til medisinerom, legekontor, sykepleiernes arbeidsstasjon i korridor – før mappen tilslutt ble lagt i sengen under hodeputen ved overflytting til sengepost.

4.7 «Hva er dette her?»

Utgangspunktet var å utføre en deskriptiv studie der vi beskrev hva vi så i forhold til helsepersonells utførelse av basalt smittevern i akuttmottaket. Veldig raskt tvang det seg fram et «hva er dette her?». Vi kjenner våre kolleger som dyktige, oppegående og samvittighetsfulle, men allerede under første døgn så vi at på hygiene feilet det fullstendig:

(R) Du sendte meg nettopp en sms som svar på hvordan det gikk med deg. Klokken er 17:48 og du skriver: «Jeg får bare hakk i plata, for det er samme sørgelige historien ift hygiene og smittevern som gjentar seg og gjentar seg.» Vil det si at vi under halvveis i første døgn allerede har en metning?

Med andre ord; kvaliteten på basale smittevernrutiner var ikke god.

Innholdsanalysen ga oss tre temaer til diskusjon: kunnskap - holdninger - handlinger og atferdsmønstre. I oppgavens neste del ser vi på både individuelle og organisatoriske faktorer knyttet til disse temaene.

5 Diskusjon

5.1 Kunnskap

5.1.1 «Hva er det dere egentlig observerer?»

Under internrevisjon om smittevern utført på sykehuset høsten 2018 framkom det ulik forståelse av basale smittevernrutiner. Vi synes det er interessant å merke seg at flertallet av våre deltakere først tenkte det dreide seg om kjent smitte, og at fokuset lå på smitterom, isolering og manglende rengjøring fra renholdspersonell. Kun et fåtall forstod betydning av basalt:

*(O) Lege går raskt inn på rommet uten synlig håndhygiene først. Jeg rekker så vidt å spørre om mulighet til å være tilstede ifm studien om basalt smittevern i akuttmottak. Han ser på meg og smiler og sier; -er det smitte her? -BASALT smittevern, sier jeg tilbake. Han: -er det hansker? Sprit? Er det hansker? -Basalt, sier jeg tydelig og smiler. Han smiler stort, og tenker tydeligvis hardt på hva jeg mener. Hilses så på pasienten: -Ja, jeg er *navn og tittel* også har vi en sånn basal smittevern her med oss ... med litt hansker og sånn. (...) Legen går tilbake til hanskestativet, mens han smiler og tar på seg altfor små hansker og sier - men hva mener du med basalt? - Hva legger du i basalt smittevern? sier jeg -Vi kan jo prate mer utenfor etterpå, så kan du avgjøre da om det er greit eller ikke? sier jeg (...) Utenfor etterpå informerer jeg om studien, og spør hva han legger i basalt smittevern? -Det er sånn håndhygiene, og munnbind, og sprit og sånn ... og hansker, smiler han. -Hva menes med det da? spør han.*

5.1.2 «Dette har jeg lært av hygienesykepleier. Tror jeg»

En forutsetning for kvalitet og dermed pasientsikkerhet, er rett kompetanse på rett plass. Vel og merke kompetanse som stadig holdes ved like og utvikles (Stubberud, 2018). Hvor får man kunnskap fra? Avdelingen har temaet smittevern på opplæringsplanen for nyansatte. Repetisjon foregår på aktuell avdeling som en times internundervisning av hygienesykepleier en dag i året. Med andre ord; kun de som er på jobb denne timen får undervisning. Videre er det en pakke med obligatoriske e-

læringskurs for alle nyansatte, der et av dem er om basale smittevernrutiner. Vi lurte på om helseforetaket mener de har ryggen fri fordi undervisningen er nedtegnet som obligatorisk e-kurs. E-læringskurs gir mulighet til å nå mange (Aursand, Dahle, & Dahl, 2014; Flo, 2010) men spørsmålet er om de gir faktisk endring i praktisk utførelse (Adams, 2004; Hagen & Hembre, 2017). Å utføre basale smittevernrutiner kan sammenlignes med å gire når man kjører bil; det må automatiseres slik at bevisstheten kan brukes til å lese trafikkbildet rundt seg. I et akuttmottak er det mange «trafikkbilder» som gjerne må leses samtidig. Basale smittevernrutiner må derfor ligge i ryggmargen til utøveren. Det kan diskuteres om man lærer prosedyrene godt nok til at de automatiseres, og om de automatiseres riktig (Bjørk, 2006; Bjørk & Kirkevold, 1999; Nordberg et al., 2011) For at basale smittevernrutiner skal automatiseres er kontinuerlig læring, både teoretisk opplæring, praktiske øvelser, og stadige påminnelser viktig (Arntz et al., 2016).

Legene gir uttrykk for manglende undervisning om tema både på studiet og som opplæring på arbeidsplassen. Gjennom en intensiv introduksjonsuke får turnuslegene tre kvarter med undervisning av hygienesykepleier. Etnografiske samtaler med legene viser at undervisningen ikke var tilstrekkelig; de savnet mer praktisk øvelser. Dette er i overensstemmelse med at praktiske øvelser har betydning for læringsutbyttet for studenter innen helsefag (Kulberg, 2014).

Samtidig er legeinformantene våre åpne på at de ikke så viktigheten av tema verken under studiet eller introduksjonsuken; de druknes i informasjon om temaer som oppleves langt mer tungtveiende. Fra vårt materiale kan det se ut som legene spør sykepleierne om hvordan ting skal gjøres, mens sykepleiere sier de spør legene eller andre sykepleiere. Både leger og sykepleiere oppgav at e-håndboken var komplisert og tidkrevende å finne informasjon i. Interessant å merke seg er at de etterspør informasjon om praktisk utførelse av smittevernrutiner kun når det er kjent smitte. Ingen nevner selv basale smittevernrutiner som kunnskapstema. Dette samsvarer med Wathnes (2016) funn.

Sjelden ble noe annet enn kollegaer oppgitt som kunnskapskilde når det gjaldt smittevern, dette finner man også i annen litteratur (Lam, Kwong, Hung, & Pang, 2016; Wathne, 2016). Denne tilliten til kollegers kunnskap står i kontrast til hva sykepleierne forteller om opplæring av nyansatte. De forteller at fokuset på hygiene er helt avhengig av hvem man har fått opplæring av, og navngir ansatte som utmerker seg både positivt eller negativt. En av informantene kom uoppfordret og sa:

(S) «jeg vet hva jeg gjør og også hva jeg gjør dårlig» (i forhold til basale smittevern). «Det spiller ingen rolle om det er rolig eller mye å gjøre, problemet er at man er en dårlig rollemodell»

Denne informanten selvrapporterte høy grad av kunnskap om basale smittevernrutiner, og vedkommende er også anerkjent som generelt svært kunnskapsrik og erfaren. Det samme er navngitte ansatte som ble oppgitt som uheldig å ha opplæring med i forhold til hygienefokus. Det kan hende de innehar riktig kunnskap om tema. Imidlertid kan det også hende at de, som en del andre vi har observert, *tror* de kan, mens det i virkeligheten er feil.

En sykepleier vi observerte var meget engasjert i temaet, og hun gav i motsetning til de fleste andre uttrykk for å ha en plan både i forhold til rengjøring, bruk av beskyttelsesutstyr og håndhygiene. Problemet var bare at det ofte ikke var riktig det som ble sagt og gjort. Her illustrert med feil utførelse av håndtering av brukt beskyttelsesutstyr (Folkehelseinstituttet, 2010).

(O) Hun snur seg og sier «legg merke til hvordan jeg tar av meg!» Demonstrerer hvordan hun tar av munnbindet bak øret med kontaminert hanske. - Alltid hanskene til sist! sier hun.

Tillit til hverandres kompetanse er i utgangspunktet en positiv ting, men nedarvelse av kunnskap på denne måten ikke nødvendigvis av god kvalitet (Lam et al., 2016).

5.2 Holdning

5.2.1 «Vi har ikke tid»

Hagen og Skorpen (2016) skriver at hvis vi har en samtale der noe som blir sagt ikke stemmer med det vi nettopp har observert, skal vi ikke fristes til å konkludere med at vedkommende snakker usant eller er ignorant om egen livsverden. Dette kan heller sees som viktige data knyttet til diskrepansen mellom det folk gjør, og det de sier de gjør.

Etnografiske samtaler oppga blant annet manglende tid som årsak til hvorfor smittevern var dårlig på avdelingen, men vi så i løpet av tre døgn ingen forskjell på etterlevelse. Det var ingen endring i situasjoner hvor det var stressende kontra rolig, hvor det var få pasienter kontra stor pågang, hvor det var høy bemanning kontra mindre personell på jobb. Det var påfallende rolig på avdelingen under alle tre observasjonsdøgn, kun enkeltepisoder som kunne oppleves som stressende eller krevde raskt intervensjon. Både koordinerende, den enkelte sykepleier og vi var alltid samstemte om aktivitetsnivå i avdelingen på spørsmål om dette. Ofte hadde sykepleierne kun den ene pasienten.

Vi har spurt oss selv hvorfor mangel på tid så hyppig blir oppgitt som grunn. Sykepleiere vi valgte å konfrontere utsagnet med, hadde ingen umiddelbare svar å gi. Etter disse samtaler har vi reflektert om «mangel på tid» kan være uttrykk for noe annet, nemlig følelsen av opplevd stress selv i rolige perioder. Gjennom etnografiske samtaler beskriver noen sykepleiere en følelse av å aldri finne roen selv når det ikke er pasienter på avdelingen:

(S) «Jeg er hele tiden på alerten, for du vet aldri når det kommer noe inn, du vet aldri når du plutselig får en oppgave som kanskje vil kreve mye av deg»

De beskriver det de mener er særegent ved å jobbe i akuttmottak; at man jobber i en beredskapsavdeling og at man har liten innvirkning på egen arbeidshverdag. Denne opplevelsen bekreftes i rapporten «Mens vi venter» (Statens Helsetilsyn, 2008).

Sykepleiere forteller at de prioriterer å få pasienten ut, og før man har rukket å komme tilbake for å rydde er det en ny pasient på plass eller andre arbeidsoppgaver tildelt. Slik vi forstår sykepleierne prioriteres det som er nødvendig ut fra et effektivitetsperspektiv, selv i stille perioder. Rengjøring av pasientnært utstyr er det første som blir nedprioritert. Videre er «vi må hvile når vi kan» et utsagn vi ofte har hørt under studien. Fokuset ligger ikke på smittevern, men at alt skal være klart før en eventuell krise. Flere sier de er konstant beredt på å plutselig måtte reagere raskt, andre gir uttrykk for en følelse av tidspress selv når det er all mulighet for å jobbe sakte. Artikkelen til Taylor et al. (2015) understøtter dette ved å beskrive en forventning blant sykepleierne om at det plutselig kunne dukke opp en livstruende krise som ville kreve høyest grad av prioritering. Basal sykepleie ble i slike situasjoner alltid nedprioritert (Taylor et al., 2015). Dette samsvarer også med funnene til Wathne (2016), som indikerte aktuelle akuttmottaks kultur/subkultur, hvor høyt fokus på drift og rask pasientflyt bidro til slurv med basale smittevernrutiner.

Avdelingens beredskapsfokus påvirker holdningen til de ansatte på det basale, både i forhold til smittevern og sykepleie. Under avdelingens grunnlagsdokument «Menneskelige ressurser» angis ferdigheter virksomheten mener er nødvendig for å ivareta kvaliteten på pasientbehandlingen: evnen til rask omstilling, fleksibilitet og mestring av stort arbeidspress og mentalt stress.

5.2.2 “Vi tenker tid og minutter i mottaket”

Kvalitetsforbedring begrenses av vurderinger knyttet til økonomi, samt praktiske og etiske hensyn. Dette gjør at områder for forbedring må prioriteres deretter (Fagernes, 2010). Avdelingen har høyt fokus på stadig utvikling og forbedring av pasientbehandling i forhold til akuttmedisin, noe som er viktig da akuttmedisin og akuttmottak har alle kjennetegn som disponerer for høy grad av medisinske feil (Croskerry & Sinclair, 2001). Et av fokusområdene for 2018 var på aktuelle avdeling nettopp smittevern. Få andre tiltak ble satt i gang annet enn minimumskrav lik andre år: en times internundervisning av hygienesykepleier for de som var på dagvakt den dagen, samt en mail med linker til smittevern-relaterte prosedyrer. Derimot var det høyt fokus på sepsis og FICB-blokade, og da blant annet i form av registrering som gikk på hvor lang tid det tok før pasienten

fikk behandling. Etnografiske samtaler med sykepleierne viste frustrasjon over fokuset på alt som skulle måles og føres flere forskjellige steder. Dette økte stressnivået og var «*nok en ting som må gjøres*».

Det er begrenset hvor mange områder det er praktisk mulig å ha fokus på samtidig. Vi har gjort oss tanker om det er lettere å ha fokus på ting som er mer målbart og med større synlige konsekvenser for effektmålet, nemlig økt pasientsikkerhet. Det er enklere å nå et mål når det er tallmessig målbart, og avdelingen har ikke noe tydelig verktøy for å måle kvaliteten på basale smittevernrutiner.

I medarbeiderundersøkelsen ForBedring fra 2018 scorer de som jobber i akuttmottaket tydelig lavere enn resten av helseforetaket på spørsmålet om topplers rolle i pasientsikkerhetsarbeidet. Det kan synes som våre informanter opplever at de blir fortalt hyppig alt som er viktig, som skal settes særlig fokus på og som trekkes fram på daglige møter. Fra et helsepersonell ble det sagt:

(S) (...) «men vi kan ikke pakke alt øverst i sekken, derfor må vi ta personlige valg, og da taper hygien, det basale, det kjedelige.»

Dette synet gjenfinnes i artikkelen fra et akuttmottak i Hong Kong, om implementering av nye retningslinjer om smittevern (Lam et al., 2016).

I den grad det er fokus på smittevern, er det interessant å merke seg at det som kommer fra organisasjonen stort sett handler om kjent eller mistenkt smitte. Opplysning rundt og oppfordring til influensavaksine til helsepersonell var også høy. Etnografiske samtaler med flere helsepersonell ga uttrykk for en forståelse at det lå en skjult verdi bak; at tilbudet ikke kom på bakgrunn av pasientsikkerhet, men for å hindre at de ansatte selv ble syke. Forskning viser at vaksinen ikke har sikker effekt, og ikke hindrer smitteoverføring, komplikasjoner eller sykehusinnleggelser (Jefferson, Jones, Doshi, & Del Mar, 2009; Smith & Shay, 2006). Videre har vaksinen **kun** svak effekt på sykefravær. Fordi vaksinen generelt sett ikke har sikker beskyttende effekt burde det legges større vekt på smitteverntiltak (Andersen, 2015).

5.2.3 «Om å bry seg nok»

Hos noen av deltakerne tyder vårt materiale på manglende forståelse av hvor viktig basalt smittevern er for pasientene. Vi tenker dette kan skyldes kampen mot en usynlig fiende. Blant annet ble det aldri observert bruk av beskyttelsesfrakk, og kun hvis uniformen ble synlig tilsølt ble den skiftet. For da var den plutselig uren. Hansker ble brukt ved kjent mistanke om smitte eller ved stell med urin og avføring, men da uten tanke bak at hanskene kontaminerte multiple kontaktpunkter i rommet etterpå. Fuller et al. (2011) viser at korrekt håndhygiene faktisk reduseres ved at helsepersonellet bruker hansker, og foreslår som en mulig forklaring at helsepersonellet føler seg beskyttet med hanskene på. Videre har vi fundert på om den manglende forståelsen skyldes de usette konsekvensene; pasientene forsvinner til en annen avdeling og mulige sykehusinfeksjoner, tromboflebitter og lignende blir ikke rapportert tilbake. Ville helsepersonellet valgt å handle annerledes hvis de faktisk så negative utfall direkte basert på deres atferd?

Om holdning til renhold i helg sa en av informantene:

*(S) «den rekker vi ofte ikke, da har vi ikke tid, det er ikke bemannet til det at vi rekker å vaske i helgene hvis det kommer pasienter (...) Bortsett fra *navngir sykepleier*. Hun klarer å få det til uansett.»*

På spørsmål om hvorfor denne ene sykepleieren klarte det i motsetning til de andre, svarte samme person at denne sykepleieren hadde nok større ansvarsfølelse og så viktigheten. Dette stemmer med funnene til Pittet et al. (2004) der et av hovedelementene som predisponerte for god håndhygiene i et akuttmottak var at helsepersonellet selv tenkte på det som viktig. Det er viktig med en rotfestet kultur der alle må bidra og kjenne et personlig ansvar (Bergsagel, 2019).

Det kan synes som avdelingen har en kultur som er så høyspesialisert og travel at det går utover fokuset på det basale. Etnografiske samtaler viser at dette gjelder ikke bare basale smittevernrutiner, det gjelder også basal, grunnleggende sykepleie. Noen av deltakerne ga uttrykk for at det basale ikke hadde samme verdi som situasjoner med

høy akuttmedisinsk hastegrad. Dette kan videre gjenspeiles med deltakernes syn på hvem som burde ha ansvar for rengjøring; flere uttrykte at renhold ikke burde være en sykepleieoppgave.

5.3 Handling og adferdsmønstre

Hvordan man handler og opptrer rundt smittevern dreier seg om både kunnskap og holdninger. Her vil vi prøve å belyse hva som svikter der helsepersonell både innehar kunnskap og «*bryr seg nok*», men fortsatt ikke klarer å overholde basale smittevernrutiner.

5.3.1 «Sånn gjør jeg det da»

Overskriften er sitering av den eneste sykepleier vi observerte rengjorde undersøkelsesbåre, i tillegg til nattbord, scooputstyr og ringesnor. Gjengs oppfatning var at dette ikke var en prioritert oppgave, for «man hadde ikke tid». Avdelingens prosedyre for mottakssykepleier viser hvor fokuset ligger: «*sørge for at undersøkelsesrommet blir klargjort til neste pasient*». Hva som ligger i dette blir altså opp til den enkelte, og estetikk synes viktigere enn hygiene.

Uklare rutiner kan forklare den mangelfulle etterlevelsen. Hvis det ikke er en rutine å vise til, er det da legitimt å forvente at det skal gjøres? Samtidig; fra en nylig publisert artikkel i Tidsskriftet Sykepleien påpekte intervjuobjektene at hygienerutiner må bli oppfattet som logisk og overkommelige, i tillegg til å bli noe selvsagt og naturlig for den enkelte. Uten dette vil ikke all verdens nedfelte rutiner hjelpe (Bergsagel, 2019). Fagprosedyrer blir ikke alltid tatt i bruk, særlig der det er for mange prosedyrer å forholde seg til, eller de blir oppfattet som et hinder mot egen faglig vurdering og lokal praksis (Stubberud, 2018). Også i konklusjonen til den tidligere nevnte internrevisjonen om smittevern, anbefales forbedring og forenkling av dokumenter og prosedyrer i e-håndboka, for at innholdet skal være lettere tilgjengelig for de som skal bruke prosedyrene.

Vårt inntrykk av avdelingens rutiner rundt renhold av pasientnært utstyr, er at de enten er fraværende eller ullent skrevet. Vi kan sammenligne den med kirurgens prosedyre

ved innleggelse av subrapubiskateter; det er som det heller skulle stått «hjelp pasienten å tømme blæra» istedenfor detaljert beskrivelse av korrekt praksis. Det er opp til den enkelte å vurdere hva som er faglig forsvarlig utførelse i den enkelte settingen. Vi spør oss, i forhold til basale smittevernrutiner, blir det gjort en vurdering i det hele tatt og på hvilket grunnlag? Funnene våre indikerer en risikovurdering som ikke er basert på kunnskapsbasert praksis, men estetikk i form av hvordan pasienten lukter og ser ut.

Selv om avdelingen har vage beskrivelser rundt renhold av pasientnært utstyr, er helseforetakets prosedyre om basale smittevernrutiner klar: pasientnært utstyr skal rengjøres omhyggelig eller desinfiseres mellom pasienter. Det oppstår altså en konflikt mellom avdelingens effektivitetsfokus kontra prosedyren om basale smittevernrutiner.

5.3.2 «Sånn gjør vi det her»

Sitatet over er hentet fra en lege som beskrev hvor ulikt ting ble gjort fra avdeling til avdeling. Da han begynte i jobben måtte han finne ut hvordan det ble gjort her. Dette samsvarer med portørenes uttalelser; de ser at ting blir gjort ulikt mellom avdelingene og annerledes enn hva de har lært er korrekt atferdsmønster:

(S) «Hygienesykepleier sier vi ikke skal bruke hansker for vi er ikke kontakt med pasienten. Men hvor mye er det som egentlig smitter? De (pasienten) har jo vært på rommet og dere er på rommet og dere tar på mye forskjellige ting her, også på sengen. Og sykepleierne sier jeg bør ha på hansker, det er litt forvirrende. Er smitten «gått over» da?»

Samtidig fant vi at også innad i avdelingen var «sånn gjør vi det her» ulikt. Etnografiske samtaler med helsepersonell viser en avdeling som hele tiden har fokus på å strekke seg for å bedre kvaliteten. Men fokuset på pasientsikkerheten ligger i form av forbedring av effektivitet og målbare størrelser. Videre er det tydelig at det har vært så mange endringer de siste årene, at personellet er slitne av endringer, og at det kjennes umulig å få med seg alt:

(S) «... der jeg jobbet før hadde vi bra rutiner, og der var de veldig flinke og opptatt av hygiene. Her er det.. ja, jeg føler meg som vikar på egen arbeidsplass. Det er som at man ikke rekker å bli god i noe før det skjer noe nytt.»

Det kan virke som at endringsviljen fører til en fragmentert avdeling, med stadig nye og endrede rutiner som gjør at de ansatte føler seg fremmedgjort. Siden rutiner stadig endres blir det vanskelig å vite hva «sånn gjør vi det her» er. Igjen; atferden får ikke mulighet til å bli automatisert.

5.3.3 «Kom som du er og bli som oss»

Flere av deltakerne ga uttrykk for at hygiene ikke var avdelingens stolthet:

(O) «Vil dere virkelig gjøre dette, vil dere virkelig se hvor grisete det er her?»

Det ble allikevel med tanken; under etnografiske samtaler selvrapporterte helsepersonell et annet atferdsmønster når de jobber andre steder enn akuttmottaket. Årsaken til hvorfor smittevern håndteres ulikt kunne ikke den enkelte forklare, annet enn at man så på hva de andre gjorde.

(S) (...) når du kommer inn her så er det som du er på en annen plass.

Våre funn indikerer en minoritet som må legge vekk mye av sine tidligere handlingsmønstre og holdninger, for å bli lik majoriteten. Majoriteten eier makten til å definere situasjonen, det er deres normer som blir dominerende og om de ikke selv vil, trenger ikke minoriteten lyttes til (Dahl, 2013).

Basale smittevernrutiner er noe mange har i seg når de starter i akuttmottaket, men så dør det på veien i en iver etter å gli inn. I en sosialiseringssprosess holder de fleste en lav profil i begynnelsen (Bang, 2011). Videre ble tema beskrevet som tabubelagt område å gi tilbakemelding på:

(S) «... man må tørre å si fra (...). Vi skulle vært mer åpne mer for det, i teorien er vi det, men trynet blir vrent når man får en kommentar. Det er en personlig ting, du går inn på en intimgrense, du sier jo nesten den andre er en skitten person (...).»

Hva som har betydning for hvordan en handler er omdiskutert (Godin, Bélanger-Gravel, Eccles, & Grimshaw, 2008). Annen forskning viser imidlertid at gjeldende kultur rundt smittevern ga nye sykepleiere signaler om at dette hadde mindre betydning i avdelingen og derfor kunne nedprioriteres (Bang, 2011; Cox, Donna Simpson, Letts, & Cavanagh, 2014).

5.3.4 “Talk the talk, walk the walk”

“You can talk the talk, but can you walk the walk?” betyr at selv om man innehar kunnskap, viser handlingen om det er samsvar med det som blir sagt (Cambridge University Press, 2019). Forskning viser at helsepersonell i akuttmottak har høy grad av kunnskap om smittevern, er positive til viktigheten av det, men likevel har lav grad av compliance (Parmeggiani, Abbate, Marinelli, & Angelillo, 2010). Våre funn viste mangelfull utførelse av basale smittevernrutiner, og noen tilfeller kunne forklares med manglende kunnskap; de eide ikke «the talk». I andre tilfeller dreide det seg om holdning; smittevern opplevdes ikke viktig nok til å bli prioritert. Men der det både er kunnskap og holdning tilstede, hvilke faktorer er da gjeldende for at helsepersonell ikke «walk the walk»?

Selv om det finnes prosedyrer og retningslinjer i organisasjonen, selv om det er utviklet meldesystemer for å si fra om avvik - betyr ikke det at ledelsen kan vaske sine hender og si de er rene. Andersen (2016) skriver at omfanget av sykehusinfeksjoner dreier seg om valg og prioriteringer både helsemyndighetene og ledelsen i sykehusene tar. Aktuelle akuttmottak er en hektisk avdeling med tidvis stort overbelegg i forhold til bemanning og lokaler, med dårlig funksjonalitet på skyllerom, bygningskader med kloakklekkasjer, ingen isolater og få toaletter. Dette er forhold ingen enkelt helsepersonell råder over (Andersen, 2018). Der både kunnskap og personlige ansvarsfølelse er tilstede, umuliggjøres «walk the walk».

Helsepersonell vi snakket med uttrykte glede over studiens tema, for med de forventede resultatene måtte ledelsen ta tak og legge forholdene til rette slik at det ble praktisk mulig å utføre kvalitet på hygiene. *“Vi kan ikke få dette bedre når det ikke er tilrettelagt”* og *“kummerlige forhold”* ble oppgitt som grunn til hvorfor hygienen var dårlig. Enkelte fremhevet kutt i midler til rengjøring som en slagside i arbeidet med smittevern, og reflekterte rundt hvordan toppledelsen ikke så viktigheten av renholdspersonell. Manglende renhold og smuss i miljøet fører til opphoping av resistente mikrober og øker faren for smittespredning, men likevel er renhold stadig utsatt ved innsparinger (Andersen, Rasch, Kvist, et al., 2009; Boyce, 2007; Dancer, 1999; Denton et al., 2004). Samtidig var det svært få av våre deltakere som uttrykte, både i tanker og gjerninger, hva manglende rengjøringspersonell innebar for sykepleiernes arbeidsoppgaver:

(S) ... inntil vi får renholdspersonell, så er det faktisk min jobb, det er min jobb å sikre pasienten.

Vedkommende beskrev kolleger som ba henne *«droppe å gjøre så mye ekstra»*, og at terskelen for å si fra ble preget av dette. Litteratur vi har lest konkluderer med at endring av atferd i smittevernarbeid er ledelsens ansvar (Andersen, Rasch, Hochlin, Tollefsen, & Sandvik, 2009; Bang, 2011; Griffiths, Renz, Hughes, & Rafferty, 2009). «Walk the walk» handler til gjengjeld om å tørre og være et godt forbilde for upopulære tema. Om å ta jobben det er med å gå i motstrøm mot en kultur hvor basale smittevernrutiner ikke er rotfestet som viktig. Det handler om å være en av de som er med på å definere *«sånn gjør vi det her»* for å sikre pasientene fra skade.

Etter et observasjonsdøgn ble disse refleksjonene nedtegnet:

(R) Vi må rope «Heia sabotøren!» Heia ildsjelen som går sine egne veier, som går i motstrøm mot gjeldende kultur og manglende rutiner, men som med dette saboterer smittekjeden og bidrar til økt pasientsikkerhet.

6 Avslutning

For å unngå sykehusinfeksjoner og oppnå god pasientsikkerhet, kreves det at helsepersonell ivaretar basale smittevernrutiner. Studien fra Stavanger påpekte at sykepleiere og leger forklarte svikt i smittevernrutiner med tidspress, overbelegg og arealutfordringer (Wathne, 2016). Vår forforståelse var at etterlevelse av håndhygiene ville være redusert i tilfeller hvor pasienten var svært dårlig og man måtte handle raskt, eller i tilfeller hvor det var stor pågang av pasienter eller lite personell på vakt. Det vi derimot så var at det var ingen forskjell. Etterlevelsen av basale smittevernrutiner var dårlig uansett kontekst.

Vi kan ikke se annet, etter å ha levd med feltnotatene og kondensert de ned, at dette handler om kunnskap, holdninger og handlinger/atferdsmønstre. Alle områder i en pasientsikkerhetskultur. Innehas ikke korrekt kunnskap om basale smittevernrutiner evner man heller ikke utføre det, selv med høy grad av velvillighet og ønske om å gjøre godt. Mangles ansvarsfølelsen på tross av kunnskap, bidrar dette til manglende etterlevelse. Til slutt har man de som både kan og vil, men hindres fordi virksomheten er lagt opp slik at det ikke er mulig å håndheve rutinene korrekt. Det må ikke svikte på noen av disse tre hvis basale smittevernrutiner skal kunne utføres med god kvalitet. Et refleksivt notat beskriver tankegangen vår etter siste observasjonsdøgn:

(R) (...) det er å tenke på å gjøre det, er det integrert i deg, så tar det ikke lenger tid. Men man må tenke tanken, en må skjønne hvorfor, også må en gjøre det. Og det vil fortsatt glippe av og til, men man er mye mer innafør da.

Det som var avgjørende for etterlevelsen av basale smittevernrutiner i de ulike situasjonene vi observerte, var hvilken enkeltperson som var tilstede. Enkeltpersonene som hadde det i ryggmargen, men som også fungerte som en sabotør fordi de valgte å gjøre det *de* mente var riktig og viktig, selv om det bestred avdelingens fokus og annet helsepersonells prioritering.

6.1 Studiens relevans

Kunnskap forplikter. Gjennom studien har vi fått økt kunnskap om hvordan basale smittevernrutiner overholdes i akuttmottaket. Resultatene var for oss overraskende og skuffende. De basale smittevernrutiner er selve hjørnesteinen i forebyggingsarbeidet i kampen mot sykehusinfeksjoner og antibiotikaresistens, og krever kontinuerlig oppmerksomhet. Skal vi bedre pasientsikkerhet og forebygge skaden som hyppigst blir påført pasienter i helsevesenet, kreves det handling i alle ledd. Både på personlig plan og organisatorisk.

6.2 Studiens svakhet

I oppgavens metodedel ble det tatt opp fordeler og ulemper ved å være to om denne studien, samt diskutert hvordan å forske på egen arbeidsplass, på mennesker vi har kjennskap til i varierende styrke, kan være en svakhet for studien. Vi mener at i en slik studie med aktuelle tema, er det nødvendig at forskeren har nær kjennskap til feltet for å ha mulighet til å se hva som er faglig forsvarlig praksis i ly av kontekst. Det hadde styrket studien å velge et annet og ukjent akuttmottak.

At vår tilstedeværelse har påvirket deltakernes atferd er utvilsomt, og kan således være en svakhet. Fordelen med metoden er likevel at den representerer en mer reell praksis enn selvrapportert atferd.

6.3 Forslag til videre studier

Pasienten var ikke til gjenstand for vår observasjon, ei heller hadde vi søkt om tillatelse til å bruke data med pasient som informant. Flere pasienter med lang fartstid i sykehus nevnte derimot at helsepersonell utførte gjøremål så forskjellig, og dette kunne vært interessant å sett nærmere på. Videre ville lignende observasjonsstudier som denne på sengepost vært spennende, for å se om det er ulik atferd fra akuttmottak. De fleste pasienter på sykehus opplever møter med ufaglærte portører, en yrkesgruppe som så å si er overalt på sykehuset. Deltagende observasjon av portører tror vi kunne gitt interessant forskning også rundt andre temaer enn smittevern.

I startfasen undersøkte vi muligheten til å inkludere måling med bakteriemedium på kontaktpunkter før og etter ett undersøkelsesdøgn. Det viste seg å være praktisk og økonomisk vanskelig for denne studien, men for videre forskning tror vi det kan gi et viktig bidrag. I kampen mot en usynlig fiende er det kanskje nødvendig med visuelle bilder og tall for å øke etterlevelsen av basale smittevernrutiner. Det har lenge vært stor oppmerksomhet rundt håndhygienes betydning for HAI, men våre funn indikerer også at fokus på renhold i akuttmottak burde løftes opp til videre forskning.

Andre tema for videre studier som har dukket opp er hvor helsepersonell i et akuttmottak finner kunnskap. Videre om hvilke tanker organisatorisk toppnivå har rundt diskrepansen mellom pålagte rutiner og det økende presset på effektivitet.

Etterord

Vi ønsker å presisere at selv om resultatene viser stort forbedringspotensiale rundt basale smittevernrutiner i akuttmottak, så forteller deltakernes velvillighet til å by på sine svakheter mye om hvor dedikerte de er, og om deres ønske om å gjøre godt. De fleste var klar over at hygienen ikke var avdelingens stolthet, men de stilte opp og utsatte seg frivillig for stresset det er å bli observert.

Selv om vi var tilstede for å observere basale smittevernrutiner, var det umulig å ikke få med seg helsepersonellens utrolige kompetanse og engasjement i møte med den akutte syke. Dette gjorde at på tross av resultatene fra studien, kan si at vi er stolte av arbeidsplassen vår.

Selve oppgaven tar ikke mål av seg til å gjøre mer enn å løfte opp tema, oppgavens omfang begrenset oss fra å gå mer i dybden. Men prosjektet i seg selv ser har åpenbart bidratt til økt fokus på smittevern og hygiene i avdelingen. Manuelle håndspritdispensere har blitt byttet ut med automatiske, nye søppeltraller med hjul og uten lokk har blitt tilført og de vegghengte søppelstativene med lokk brukes nå til plastavfall. Bruk av beskyttelsesfrakk er tatt opp på personalmøte (av andre enn oss) og spørsmål om det blir lettere å bruke dem hvis de er tilgjengelige på rommet har blitt diskutert. Videre har flere helsepersonell fra alle observerte yrkesgrupper kommet til oss og fortalt de har blitt mer oppmerksomme, og at det har vært tema til diskusjon på vaktrom.

Litteraturliste

- Adams, A. M. (2004). Pedagogical underpinnings of computer -based learning. *Journal of advanced nursing*, 46(1), 5-12.
- Andersen, B., Rasch, M., Kvist, J., Tollefsen, T., Lukkassen, R., Sandvik, L., & Welo, A. (2009). Floor cleaning: effect on bacteria and organic materials in hospital rooms. *Journal of Hospital Infection*, 71(1), 57-65.
- Andersen, B. M. (2015). *Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus : Del 1 : Mikrobiologi og smittevern* (B. Del 1). Bergen: Fagbokforl.
- Andersen, B. M. (2016). *Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus : Del 2 : Praksis og teori* ([Rev. utg.]. utg. B. Del 2). Moss: Elefantus forl.
- Andersen, B. M. (2018). Helseskandalen. Hentet fra Manifest Tidsskrift nettsted: <https://www.manifesttidsskrift.no/helseskandalen/>
- Andersen, B. M., Rasch, M., Hochlin, K., Tollefsen, T., & Sandvik, L. (2009). Hospital-acquired infections before and after healthcare reorganization in a tertiary university hospital in Norway. *Journal of public health*, 31(1), 98-104.
- Arntz, P., Hopman, J., Nillesen, M., Yalcin, E., Bleeker-Rovers, C., Voss, A., . . . Wei, A. (2016). Effectiveness of a multimodal hand hygiene improvement strategy in the emergency department. *American journal of infection control*, 44(11), 1203-1207.
- Aursand, H. E., Dahle, K. E., & Dahl, I. B. (2014). *Bruk av e-læring i spesialisthelsetjenesten-hva nå?* Universitetet i Agder; University of Agder.
- Bang, H. (2011). *Organisasjonskultur* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Becker, H. S. (1996). The epistemology of qualitative research. *Ethnography and human development: Context and meaning in social inquiry*, 27, 53-71.
- Bergsagel, I. (2019). Her er det håndhygiene til fingerspissene: Selv pårørende tar av ringer og klokker. Hentet fra <https://sykepleien.no/2019/01/her-er-det-handhygiene-til-fingerspissene-selv-parorende-tar-av-ringer-og-klokker>
- Bjørk, I. T. (2006). Nyutdannede sykepleieres manglende praktiske sykepleieferdigheter. *Klinisk sygepleje*, 20(04), 23-30.
- Bjørk, I. T., & Kirkevold, M. (1999). Issues in nurses' practical skill development in the clinical setting. *Journal of nursing care quality*, 14(1), 72-84.
- Boyce, J. M. (2007). Environmental contamination makes an important contribution to hospital infection. *Journal of hospital infection*, 65, 50-54.
- Brekke, M. (2006). *Å begripe teksten: om grep og begrep i tekstanalyse*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Cambridge University Press. (2019). *Cambridge Dictionary*. Hentet 13/5 2019, fra <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/talk-the-talk-walk-the-walk>
- Cox, J. L., Donna Simpson, M., Letts, W., & Cavanagh, H. M. (2014). Putting it into practice: infection control professionals' perspectives on early career nursing graduates' microbiology and infection control knowledge and practice. *Contemporary nurse*, 49(1), 83-92.
- Croskerry, P., & Sinclair, D. (2001). Emergency medicine: a practice prone to error? *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 3(4), 271-276.
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker : innføring i interkulturell kommunikasjon* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Dancer, S. J. (1999). Mopping up hospital infection. *Journal of hospital infection*, 43(2), 85-100.
- Denton, M., Wilcox, M., Parnell, P., Green, D., Keer, V., Hawkey, P., . . . Murphy, P. (2004). Role of environmental cleaning in controlling an outbreak of *Acinetobacter baumannii* on a neurosurgical intensive care unit. *Journal of Hospital Infection*, 56(2), 106-110.
- Fagernes, M. (2010). *Mellom vilje og viten : en studie om smitterisiko, atferd og holdninger knyttet til bruk av fingerringe blant helsearbeidere*. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Fagerström, L. (2019). *Avansert klinisk sykepleie* (1. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Flo, J. (2010). *Fleksibel læring: utvikling av ny videreutdanning for sykepleiere: sårforebygging, behandling og lindring: 15 studiepoeng: et pedagogisk og faglig utviklingsprosjekt*.
- Folkehelseinstituttet. (2010, 19.01.2019). *Basale smittevernrutiner for heletjenesten - veileder for helsepersonell*. Hentet 6/5 2019, fra <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/09.-basale-smittevernrutiner-i-hels/#personlig-beskyttelsesutstyr>
- Folkehelseinstituttet. (2019). *Smittevernveilederen*. Hentet 6/5 2019, fra <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/>
- Fuller, C., Savage, J., Besser, S., Hayward, A., Cookson, B., Cooper, B., & Stone, S. (2011). "The dirty hand in the latex glove": a study of hand hygiene compliance when gloves are worn. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 32(12), 1194-1199.
- Godin, G., Bélanger-Gravel, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2008). Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science*, 3(1), 36.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Griffiths, P., Renz, A., Hughes, J., & Rafferty, A. M. (2009). Impact of organisation and management factors on infection control in hospitals: a scoping review. *Journal of Hospital Infection*, 73(1), 1-14.
- Haas, J. P., & Larson, E. L. (2007). Measurement of compliance with hand hygiene. *Journal of Hospital Infection*, 66(1), 6-14. doi: 10.1016/j.jhin.2006.11.013
- Hagen, A. L., & Skorpen, G. S. (2016). *Hjelp, jeg skal på feltarbeid!: håndbok i etnografisk metode*: Cappelen Damm Akademisk.
- Hagen, L. K., & Hembre, H. E. (2017). *Er e-læring riktig kurs? : hva mener de ansatte? : Universitetet i Agder ; University of Agder*.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in practice*: Routledge.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012-2013). *God kvalitet - trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. (Meld.St. 10). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013, 25/4 2013). *Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012)* Hentet 02/05 2019, fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/nasjonal-strategi-for-forebygging-av-inf/id518972/>

- Helse Nord. (2016). *Smittevernplan 2016-2020*. Hentet 12/5 2019, fra <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202017/20170222/Styresak%2014-2017-1%20Smittevernplan%202016-2020%20og%20Tuberkulosekontrollprogram%202016-2020%20for%20Helse%20Nord,%20vedlegg%201.pdf>
- Helsedirektoratet. (2012). *Helsepersonelloven med kommentarer*. (IS-IS-8-2012). Hentet fra <https://lovdata.no/static/ROO/is-2012-0008.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016). *Pasientsikkerhetskultur i norsk helseforetak og sykehus. Undersøkelser gjennomført i 2012 og 2014*. (IS-2406). Oslo: Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. LOV-1999-07-02-64*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hernæs, N. (2017). Omringet av smitte. Hentet fra https://sykepleien.no/2017/11/omringet-av-smitte?fbclid=IwAR0_cmG4S8tu0GndxbK4Bp0tg80b8A2UOOL1LhTr7faC1h3Wm mK0LrFQs0
- Hilden, P. K., & Middelthon, A.-L. (2002). Tema-Forskningsmetoder-Kvalitative metoder i medisinsk forskning--et etnografisk perspektiv. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 122(25), 2473-2476.
- Holmberg, J. C. (2013). *En tryggere vei inn i sykehuset? Helsepersonells opplevelse av pasientsikkerhet i et norsk akuttinntak*.
- Jefferson, T., Jones, M., Doshi, P., & Del Mar, C. (2009). Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 339, b5106.
- Jerolmack, C., & Khan, S. (2014). Talk is cheap: Ethnography and the attitudinal fallacy. *Sociological Methods & Research*, 43(2), 178-209.
- Johannessen, L. E. (2018). Between standardisation and discretion. The priority setting of triage nurses.
- Kulberg, J.-H. (2014). Studenter lærer mer når oppgavene er praktiske. Hentet fra <https://forskning.no/sykepleie-partner-skole-og-utdanning/studenter-laerer-mer-nar-oppgavene-er-praktiske/524432>
- Lam, S. K., Kwong, E. W., Hung, M. S., & Pang, S. M. (2016). Bridging the gap between guidelines and practice in the management of emerging infectious diseases: a qualitative study of emergency nurses. *Journal of clinical nursing*, 25(19-20), 2895-2905.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Meld. St. nr. 10. (2012-2013). *God kvalitet - trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. nr. 11. (2014-2015). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2014). *Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 24-7 2011-2013*. Hentet fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/attachment/2925?download=false&ts=146d75913d2>

- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2015a). *Akuttmottak - risikosone for pasientsikkerhet*. (9999). Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2015/akuttmottak_risikosone_for_pasientsikkerhet.pdf
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2015b). *Modell for kvalitetsforbering - utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*. (9975). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid.pdf>
- Nordberg, L. K. B., Orlien, S. M. S., Kirkebak, J. L., Rosseland, N. L., Svenkerud, B. A., Ringerud, I. M., . . . Bratberg, Å. (2011). *Gå og vask henda dine, sa jæ*.
- Norsk Sykepleierforbund. (2013). *Faglig forsvarlighet*. (3. utgave). Hentet fra https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig_forsvarlighet.pdf
- Norsk Sykepleierforbund. (2017-2020). *Politisk plattform for forskning*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/3339295/cache=20171804141037/Politisk%20plattform%20Forskning%20revidert%20utgave%20endelig%20versjon..pdf>
- NOU 2015;11. (2015). *Med åpne kort - Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse-og omsorgstjenestene*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/daaed86b64c04f79a2790e87d8bb4576/no/pdfs/nou201520150011000dddpdfs.pdf>
- Parmeggiani, C., Abbate, R., Marinelli, P., & Angelillo, I. F. (2010). Healthcare workers and health care-associated infections: knowledge, attitudes, and behavior in emergency departments in Italy. *BMC infectious diseases*, 10(1), 35.
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2017). *ForBedring - kartlegging av sikkerhetskultur i spesialisthelsetjenesten*. fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/attachment/4305?download=false&ts=15c1b0e4cce>
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2019). *I trygge hender 24-7*. Hentet 6/5 2019, fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>
- Pittet, D., Simon, A., Hugonnet, S., Pessoa-Silva, C. L., Sauvan, V., & Perneger, T. V. (2004). Hand hygiene among physicians: performance, beliefs, and perceptions. *Annals of internal medicine*, 141(1), 1-8.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed. utg.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse : kvalitative metoder i samfunnsfag* (4. rev. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sandvoll, A. M. (2013). " Vi berre gjer det": Beskrivingar av skjult pleiepraksis i sjukeheim.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*: Aschehoug.
- Smith, N. M., & Shay, D. K. (2006). Influenza vaccination for elderly people and their care workers. *The Lancet*, 368(9549), 1752-1753.
- Smittevernloven. (1994). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer LOV-1994-08-05-55*. (LOV-1994-08-05-55). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. LOV-1999-07-02-61*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

- Statens Helsetilsyn. (2008). *MENS VI VENTER -forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene?* (2/2008). Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter/2008/helsetilsynetrapport2_2008.pdf
- Stordalen, J. (2015). *Smittevern og hygiene : den usynlige fare* (5. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet : sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Oslo: Gyldendal.
- Taylor, B. J., Rush, K. L., & Robinson, C. A. (2015). Nurses' experiences of caring for the older adult in the emergency department: A focused ethnography. *International emergency nursing*, 23(2), 185-189.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Wathne, R. (2016). *En smittefri vei gjennom akuttmottak-Leger og sykepleieres erfaringer*. University of Stavanger, Norway.

Oversikt over figurer

Figur 1: Kunnskapscenterets modell for kvalitetsforbedring.....	15
Figur 2: Årsaksforhold og konsekvenser ved sykehusinfeksjon.....	18
Figur 3: Forenklet oversikt over grunnregler for basale smittevernrutiner.....	19
Figur 4: Smittekjeden	20
Figur 5:Oversikt over pasientgangen i akuttmottaket... ..	36

Vedlegg

Vedlegg 1: Eksempel fra innholdsanalysen

Vedlegg 2: Godkjenning fra personvernombudet

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til helsepersonell

Vedlegg 4: Informasjonsskriv til pasienter

Vedlegg 5: Epost-korrespondanse vedrørende publisering av sykehusets navn

Vedlegg 1:

Eksempel fra innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundmann (2004):

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet, beskrivelse nær tekst	Kondensert meningsbærende enhet, tolkning av underliggende mening	Subtema	Tema
(S) <i>“Ofte sier jeg fra, men da blir jeg den bithcen. Da blir man hun der som pirker på alle andre (...)en gang sa jeg ifra til en lege som bar både ring og armbåndsuret, han tok av seg ringen, men ikke klokka, men da følte jeg at jeg hadde brukt opp kvota til å si noe mer den dagen”.</i>	Å si ifra om at noe er feil: føler seg som en bitch, og kan ikke si ifra for mye.	Ubehag ved å påpeke andres feil.	Å gå motstrøms mot gjeldende kultur.	HANDLING OG ADFERDS-MØNSTER
(O) (...) <i>Han sier at han føler seg helt lost ift smittevernhandtering, og at han bare prøver å gjøre så godt han kan, men stort sett så spør han sykepleierne, og gjør som de sier.</i>	Kan ikke smittevernhandtering, men stoler på sykepleierne	Henter kunnskap hos kollegaer	Hvor man henter kunnskap fra	KUNNSKAP
(O) «men det er jo ikke smitte her»	Finner ikke skilt om smitte utenfor rommet, ingen tanke på basale smittevernsrutiner	Tenker at pasienten enten er smittefarlig eller ikke	Risiko-vurdering	KUNNSKAP
(O) «Jeg blir jo mye mer bevisst på det når dere sitter her da»	Har mer fokus på basale smittevernrutiner når man vet man blir observert	Tenker lite på basale smittevernrutiner ellers i arbeids-hverdagen	Lavt fokus på smitte-vern	HOLDNING

Vedlegg 2:

Godkjenning fra personvernombudet



Vestre Viken HF, [redacted] og
Akuttmottak
Henriksen

Dato: 11.07.2018
Saksbehandler: Henriette

Direkte telefon: 41764786
Vår referanse: 16/00117-126 /

000

Deres referanse:
Ingri Seip og Heidi S. Hermansen

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for «Basal smittevern i akuttmottak»

Det vises til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er en formell tilråding fra Personvernombudet. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før innsamlingen av opplysningene / databehandlingen kan begynne.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 5 har Datatilsynet, ved oppnevning av personvernombud ved Vestre Viken HF, fritatt helseforetaket fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til helseforetakets personvernombud.

Databehandlingen tilfredsstiller forutsetningene for melding gitt i personopplysningsforskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon.

Prosjektets formål

Til tross for oppussing og ombygging er ikke det fysiske miljøet på akuttmottaket optimalt til å håndtere verken pasientmengden eller smittepasienter. Sjelden vet vi hva som feiler pasienten på forhånd, og symptomer og tentativ diagnose er ofte noe annet enn det pasienten i utgangspunktet ble meldt inn med. Ikke sjeldent har pasienter vist seg å ha gastroenteritt og ikke andre tilstander som gir magesmerter. Under slike forhold er det særlig viktig at helsepersonell overholder basale smittevernrutiner, både med tanke på egen sikkerhet, men særlig i forhold til faren for krysskontaminering. Derimot er det av og til viktigere at andre prioriteringer enn håndhygiene kommer først; når det står mellom liv og død skal man kunne sin ABC og ikke vaske hendene før man gir frie luftveier. Dessverre merker vi en «alt-skal-skje-så-fort-holdning» også er gjeldende der det ikke er akutt fare for liv og død, og der det absolutt er tid til nødvendig håndhygiene før prosedyre. Vi er overbevist om at det er ingen vond vilje som ligger bak når vi har observert kolleger som bryter flere hygieniske prinsipper i møte med pasienter med både kjent og ukjent smitte. Vi merker i tillegg endringen i oss selv og hvor ofte det glipper. Kan det ha noe med kulturen i avdelingen å gjøre? Vi ønsker å gjennom en induktiv, åpen og ustrukturert observasjon samle inn data i tre omganger, ett døgn av gangen. Rent praktisk tenker vi å sitte på ett rom i mottak, og fortløpende ta feltnotater av hva vi observerer, for deretter å analyserer dataene i tiden etter

hver enkelt innsamling. Det er altså ikke pasienten selv som er gjenstand for observasjon, men helsepersonell som er innom akuttmottaket det gjeldende rommet aktuelle døgn. Når det er sagt har vi satt som inklusjonskriteriet at det på rommet ikke skal være pasienter som tilhører en ekstra sårbar gruppe. Dette vil gjelde suicidale pasienter eller annen sterk psykiatrisk bakgrunn. Pasienten skal være samtykkekompetent over 18 år. For de pasienter som skulle være så dårlig at det ikke er mulig å informere om studien vår og spørre dem om det er greit at vi er der (det være seg hemodynamisk ustabile pasienter, komatøse eller generelt bare preget av høy feber) tenker vi det er greit å snakke med pårørende. I forhold til de vi faktisk skal observere inkluderer vi alt av helsepersonell som naturlig vil være innom, erfaringsmessig vil det si sykepleiere, leger og bioingeniører, og som har sagt ja til at det er greit å delta. De vil ikke bli kategorisert annet enn som disse tre titlene, ingen nærmere detaljer om tittel vil bli nevnt.

Ad rekrutteringstid vil alle ansatte som har naturlig virke i akuttmottaket få tilsendt informasjon om studien via mail ca. tre uker før studien starter. Det vil også bli hengt opp informasjonsskriv på vaktrom, og igjen direkte kontakt de aktuelle døgnene med særlig informasjon om mulighet til å reservere seg.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er Vestre Viken HF ved administrerende direktør.
2. Avdelingsleder, samt klinikkens forskningsansvarlig har godkjent studien.
3. Behandling av helse- og personopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
4. Data lagres som oppgitt i meldingen. Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av Personvernombudet.
5. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
6. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
7. Studien er frivillig og basert på reservasjonsrett. Innmeldte informasjonsskriv benyttes.
8. Data som inngår i denne studien vil være anonyme slik at det ikke vil være mulig å finne tilbake til personen som opplysningene angår, verken via kodeliste eller at opplysningene i seg selv avslører hvem personen er.
9. Publisering i tidsskrift forutsettes å skje uten at deltagerne kan gjenkjennes direkte eller indirekte
10. Prosjektslutt er satt til 1.5.2019. Når formålet med prosjektet er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i sykehusets offentlig tilgjengelig database over forsknings- og kvalitetsstudier.

Med vennlig hilsen

Henriette Henriksen
Informasjonssikkerhetsleder- /Personvernombud
Administrasjon og kommunikasjon
Stabsavdelinger VV HF

Vedlegg 3:

Informasjonsskriv til helsepersonell



Informasjon om forskningsprosjekt i Akuttmottaket

Kartlegging av basalt smittevern på akuttmottaket

Vi er mastergradsstudenter i avansert klinisk sykepleie ved Universitetet i Sørøst Norge og ansatt i Akuttmottaket [redacted] sykehus. Vi skal nå i gang med å skrive masteroppgave om basalt smittevern i akuttmottak.

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å kartlegge dagens praksis om hvordan basale smittevernsrutiner i akuttmottaket utføres i kontakt med pasienter med og uten kjent smitte.

Dette er en kvalitativ, ikke-deltakende observasjonsstudie. Vi kommer til å bytte på å sitte på et rom i akuttmottaket i 24 timer av gangen, i tre omganger, for å samle data. Vi kommer ikke til å se på pasientens sykdom eller behandling utover det som har betydning for grad av smittevern. Vi skal heller ikke delta i pasientbehandlingen, vi skal bare observere.

Hva innebærer deltakelse i studien

Alle ansatte vil være anonyme gjennom hele forskningsprosessen. Det vil være relativt mange leger og sykepleiere (evt andre yrkesgrupper som for eksempel bioingeniør eller radiograf) involvert i studien og det vil derfor ikke være mulig å gjenkjenne hverken ansatte eller pasienter i ettertid. Prosjektet er planlagt gjennomført i akuttmottaket på [redacted] en gang på sommeren, en gang på høsten og en gang i vintersesongen 2018.

Hvis vi lurer på noe, eksempelvis om man har noen tanker rundt noe spesielt, så spør vi hvis det framstår som dette ikke er til hinder for videre arbeid for den enkelte deltaker. Det er ikke meningen at dette skal medføre noe ekstra arbeid for de ansatte, og vi er heller ikke ute etter å «ta noen». Dette er kun for å kartlegge dagens praksis, slik at vi senere kan jobbe kvalitetsforbedrende med smittevern i akuttmottaket.

Ansatte har rett til å reservere seg fra deltakelse. Vi håper likevel flest mulig vil delta slik at vi kan få en best mulig studie.

Forskningsprosjektet er godkjent av personvernombudet i Vestre Viken HF.

Prosjektleder er spesialsykepleier og ph.d Edda Johansen, hun er også vår veileder og ansatt ved Universitetet i Sørøst Norge

Har du spørsmål til studien ta kontakt med

Heidi Solum Hermansen tlf 92838219 og mailadresse heisolher@gmail.com, eller

Ingri Tollefsen Seip tlf 48280098, mailadresse ingriseip@gmail.com

Vedlegg 4:

Informasjonsskriv til pasienter



Studie om basal smittevern

Til deg som kommer til akuttmottaket

Vi holder for tiden på med en undersøkelse om basal smittevern i Akuttmottaket. Undersøkelsen er en del av en Masteroppgave i Avansert Klinisk Sykepleie.

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å kartlegge dagens praksis knyttet til basal smittevern i akuttmottak. Studien innvirker ikke på den behandlingen du får.

Studien er et observasjonsstudium. Det vil si at når helsepersonell er inne hos deg på undersøkelsesrommet i akuttmottaket, vil det være en observatør tilstede.

Observatøren er også sykepleier, men er kun tilstede for å observere helsepersonell som er i kontakt med deg. Du som pasient vil ikke være tema for denne studien, kun helsepersonell.

Alle data som samles inn er anonyme. Ingen personopplysninger registreres og man vil ikke kunne gjenkjenne deltakere på noe tidspunkt i studien.

Deltakelsen er frivillig. Dersom du ikke ønsker å delta trenger du ikke oppgi noen grunn, bare si fra til sykepleieren når du blir hentet inn.

Fordeler og ulemper

Det er hverken fordeler eller ulemper for deg som pasient, da undersøkelsen ikke påvirker den behandlingen du får. Hensikten med studien er å sikre kvaliteten på behandlingen som gis i fremtiden.

Forskningsprosjektet er godkjent av personvernombudet i Vestre Viken HF og veileder og prosjektleder er Ph.D Edda Johansen ved Høgskolen i Sørøst Norge og ansatt ved Vestre Viken.

Prosjektleder Ph.D Edda Johansen

Mastergradsstudent AKS Heidi Solum Hermansen og Mastergradsstudent AKS Ingri Seip

Vedlegg 5:

Epost-korrespondanse vedrørende publisering av sykehusets navn

smittevernsrutiner i akuttmottak" >



Innboks



Heidi Solum Her... 08.09.2018

til Henriette, ingri ▾



Hei igjen! Vi er i full gang med vår observasjonsstudie, men har ett spørsmål ift anonymisering. Er det greit i oppgaven å avsløre at studien er gjort ved [redacted] sykehus, eller bør dette anonymiseres på en eller annen måte? Avdelingens fysiske miljø er eksempel på relevant opplysning som bør beskrives i oppgaven, men som dermed kan avsløre hvor studien er gjort. Hva tenker du om det? Det vil jo ikke omhandle sensitive opplysninger, og avdelingssykepleier er svært positiv til studien.

Med vennlig hilsen Heidi S. Hermansen og Ingri Seip



Henriette Henrik... 09.09.2018

til meg, ingri ▾



Informasjon om hvor studien er gjennomført, er helt greit.

Henriette