

Håndhygiene i klinisk praksis En kvalitativ studie om etterlevelse

Nora G Elsebutangen



Masteroppgave ved det medisinske fakultet
Institutt for helse og samfunn
Avdeling for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

17.12.2013



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
 sykepleievitenskap.
 Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Nora G Elsebutangen	Dato: 17.12.2013.
Tittel og undertittel: Håndhygiene i klinisk praksis En kvalitativ studie om etterlevelse	
Sammendrag: Formål: Studiens hensikt var å avdekke faktorer sykepleiere opplever påvirker utførelse av håndhygiene. Teoretisk forankring: Rådende litteratur i forhold til etterlevelse av håndhygiene, og hva som påvirker gjennomføring av håndhygiene. I tillegg belyses problemstillingen ved hjelp av teoretiske perspektiver rundt håndhygiene, historisk utvikling og definisjoner. Metode: Studien design var utforskende og benyttet individuelle intervju som metode for innsamling av data. Elleve intervju ble gjennomført med sykepleiere fra intensiv- og postoperative avdelinger. Et strategisk utvalg med maksimal variasjon ble benyttet for å rekruttere sykepleiere. Analyse av data ble utført ved å benytte systematisk tekstkondensering. Funn: Flere faktorer påvirket grad av etterlevelse av håndhygiene. Disse var tid til rådighet, vurdering av risiko for smitte, engasjement i jobben og lederkontroll. Noen faktorer var mer fremtredende, slik som liten tiltro til viktigheten av å utføre håndhygiene i forskjellige situasjoner og at håndhygiene var den enkeltes ansvar. Beskyttelse mot smitte overfor pasienter og en selv, lederstyrte tiltak. og tilgjengelighet til å utføre håndhygiene fremmet etterlevelsen. Konklusjon: Faktorer som begrenser etterlevelse var tvil om viktigheten av å utføre håndhygiene, tidspress, nedsatt engasjement i jobben og at etterlevelse var den enkeltes ansvar. Det var ikke vanlig å kommentere andres håndhygiene. Faktorer som pasientens sårbarhet, og lederstyrte tiltak fremmet etterlevelse av håndhygiene. Helsetjenesten trenger både ledere og ansatte som tar ansvar for etterlevelse av håndhygiene, og samtidig ser på atferden innenfor det sosiale miljøet og samspillet i gruppen.	
Nøkkelord: håndhygiene, etterlevelse, mellommenneskelige relasjoner, personlig område, privat, integritet, profesjonalitet.	



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
 sykepleievitenskap.
 Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Name: Nora G Elsebutangen	Date: 17.12.2013
Title and subtitle: Hand hygiene in clinical practice. A qualitative study of compliance.	
Abstract: Purpose: The aim of the study was to gain insight into the factors that nurses experience influencing the performance of hand hygiene. Literature review: Current literature concerning compliance with hand hygiene, and what affects the implementation of hand hygiene. The research question was explored further by studying relevant theoretical perspectives concerning hand hygiene, historical development and definitions. Method: A descriptive design was used with individual interviews in the collection of data. Eleven interviews were conducted with nurses from intensive care and postoperative departments. Strategic and maximum variation sampling methods were used in combination to recruit nurses for the study. Data analyses were performed by applying principles from Malterud's systematic text condensation. Results: Several factors influenced compliance of hand hygiene, such as time enough to perform hand hygiene, assessment of the risk of infection, involvement in work and leadership. Further, there was little faith in the importance of performing hand hygiene in different situations, and hand hygiene was considered an individual responsibility. Reducing the risk of infection for patients and themselves, leadership controlled measures and availability for hand hygiene promoted compliance with hand hygiene. Conclusion: Factors that reduced compliance was doubt about the importance of hand hygiene, not enough time to perform hand hygiene, reduced involvement in work and that compliance was an individual responsibility. It was not usual to comment on other's hand hygiene. Factors such as the patient's vulnerability, and managed controlled initiatives promoted compliance with hand hygiene. Institutions need both managers and employees to take responsibility for compliance with hand hygiene, and at the same time see the behavior within the social environment and the interaction in the group.	
Key words: infection control, hand hygiene, interpersonal relations, personal space, private, integrity, professionalism.	

Forord

Det har vært en spennende, interessant og lærerik prosess å skrive masteroppgaven.

Det er mange jeg vil takke for at oppgaven nå er ferdig skrevet. Først av alt vil jeg rette en takk til sykepleierne som delte av sine erfaringer og tanker som gjorde denne studien mulig. Jeg ønsker også å rette en takk til deres ledere som var velvillige til gjennomføringen av intervjuene på den enkeltes arbeidsplass. Det er også grunn til å rette en takk til prøverespondentene.

Jeg vil også takke alle mine kolleger som har interessert seg for studien og for progresjonen. Dette har bidratt sterkt til at det var mulig for meg å ferdigstille masteroppgaven.

En stor takk går til min veileder førsteamanuensis Randi Nord ved Avdeling for sykepleievitenskap, for veiledningen hun har gitt igjennom denne prosessen. Hun har bidratt med inspirerende refleksjoner, faglige råd og konstruktive tilbakemeldinger.

Jeg vil også rette en takk til Bjørg Marit Andersen, Egil Lingaas og Geir Bukholm for deres bidrag på hver sin måte, som gjorde det mulig for meg å skrive denne oppgaven.

Fremfor alt vil jeg takke mine barn, Ine Marie og Helene Andrea, for den tålmodigheten som dere har vist når jeg var midt opp i skrivingen.

Takk til deg Jens for den du har vært i denne prosessen, uten deg hadde ikke dette vært mulig.

Ski, 2013

Nora G Elsebutangen

Innhold

Sammendrag	iii
Forord	v
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt og forskningsspørsmål	3
1.3 Oppbygning av oppgaven	3
1.4 Litteratursøk	3
1.5 Forskningsstatus på området	4
2 Helsetjeneste assosierte sykdommer	7
2.1 Prevalens	7
2.2 Håndhygiene	8
2.3 Smitteoverføring via hender	10
2.4 Retningslinjer	12
3 Kvalitativ metode	14
4 Design og metode	15
4.1 Utforskende design	15
4.2 Kvalitative forskningsintervju	16
4.3 Utvalg	16
4.4 Struktur på intervju	19
4.5 Intervjuet	20
4.5.1 Metodologiske overveielser	21
4.6 Transkribering	23
4.7 Etiske overveielser	24
4.8 Egen forforståelse	25
4.9 Analyse	26

4.9.1	Helhetsinntrykk.....	27
4.9.2	Meningsbærende enheter.....	27
4.9.3	Kondensering.....	29
4.9.4	Sammenfatning.....	29
5	Presentasjon av funn.....	32
5.1	Begrenset interesse for retningslinjer i håndhygiene.....	32
5.1.1	Tidkrevende.....	32
5.1.2	Liten tiltro til retningslinjer.....	33
5.2	Risikovurdering.....	36
5.2.1	Pasientens helsetilstand.....	36
5.2.2	Selv beskyttelse.....	39
5.3	Etterlevelse er den enkeltes ansvar.....	40
5.4	Engasjement.....	42
5.5	Lederskap.....	43
5.5.1	Tilstedeværelse av ledelse.....	44
5.5.2	Leder initiativ.....	45
5.5.3	Tilgjengelighet av desinfeksjonsmidler	46
6	Drøfting av funn.....	48
6.1	Begrenset interesse for retningslinjer i håndhygiene.....	48
6.2	Risikovurdering.....	53
6.3	Etterlevelse er den enkeltes ansvar.....	59
6.4	Engasjement.....	65
6.5	Lederskap.....	67
6.6	Kliniske implikasjoner	72
6.7	Konklusjon	73
	Litteraturliste.....	75

Liste over vedlegg

Vedlegg I Informasjonsskriv til klinikkjentensten på sykehuset

Vedlegg II Informasjonsskriv med samtykke skjema

Vedlegg III Intervjuguide

Vedlegg IV Svar fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste

Vedlegg V Svar fra Personvern ved sykehuset

Tabeller

Tabell 1 Eksempel på andre, tredje og fjerde analysetrinn - side 31

© Nora G Elsebutangen

År: 2013

Tittel: Håndhygiene i klinisk praksis.
En kvalitativ studie om etterlevelse

Forfatter Nora G Elsebutangen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet

KAPITTEL 1 INNLEDNING.

Denne studien utforsker sykepleieres erfaring med hvilke faktorer som påvirker etterlevelse av håndhygiene i klinisk praksis.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Sykehusinfeksjoner er fryktede komplikasjoner for alle typer av sykehusinnleggelse. Prevalensundersøkelsen høsten 2011 (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, (FHI), 2011) viser at høstens forekomst av sykehusinfeksjoner viser liten endring fra tidligere år.

I handlingsplanen fra Helse- og omsorgsdepartementet for å forebygge sykehusinfeksjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004) ønskes det en økt oppmerksomhet rundt sykehusinfeksjoner, og at kampen mot disse infeksjonene skal vinnes. Tidligere er tiltaksplan for å motvirke antibiotika resistens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000) utarbeidet. Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotika resistens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) viderefører strategien og styrker innsatsen som er gjennomført gjennom de to foregående handlings og tiltaksplanene.

I arbeidet med handlingsplanen for å forebygge sykehusinfeksjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004) var det avdekket et stort behov for bedre kunnskaper om forebygging av sykehusinfeksjoner. Regjeringen viste i 2011 til pasientsikkerhetskampanjen ”Trygge hender” (Helse- og omsorgs departementet, 2011). Kampanjen skulle konsentreres om noen få områder hvor det er kjent behov for forbedringer, som blant annet sykehusinfeksjoner.

Helt siden den første organisering av sykepleie som fag ved Nightingale, var hygiene et sentralt spørsmål. Allerede i slutten av forrige århundre beskrev sykepleieren Florence Nightingale (1820-1910) betydningen av helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid for barn og familier (Simonsen, 1986). Nightingale så tidlig en sammenheng mellom hygiene og sykdom. Hun arbeidet for å forbedre den hygieniske standarden på sykehus og mente at ren luft, rent vann og renslighet var viktige hygieniske faktorer. Ved å være renslig og ivareta

egen håndhygiene kunne overføring av smittsomme sykdommer forebygges (Simonsen, 1986; Carrier-Walker, 2009). Under Krimkrigen (1854-1856) gjennomførte hun strenge hygieniske tiltak og førte statistikker som viste at hygieniske tiltak var effektive for å forebygge infeksjoner. Rikke Nissen videreførte Nightingales prinsipp om hygiene i boken "Lærebog i Sykepleie" (1877/2000). Den ble benyttet i utdannelsen for diakonisser her i landet. Infeksjonsforebygging har i dag en sentral plass innen sykepleierutdannelsen. Hygiene og smittevern er et eget pensumsfag på grunnutdanning i sykepleie og er et av hovedemnene på videreutdannelsen i intensivsykepleie.

Det viktigste enkelt tiltaket for å forebygge smittespredning, er god håndhygiene blant helsepersonellet. De senere årene har det vært årlige kampanjer og tiltak rettet inn mot etterlevelse av håndhygiene, som for eksempel markering av den internasjonale håndhygienedagen 5. mai.

Mye av forskningen rundt håndhygiene har vært knyttet til iverksatte tiltak for å øke etterlevelsen, mens det har vært mindre forskning på hvilke forhold som påvirker sykepleiere i etterlevelse av håndhygiene etter retningslinjer. Jeg ønsket derfor ut i fra min bakgrunn som sykepleier innen smittevern, å spørre sykepleiere om hva de mener påvirker etterlevelse av håndhygiene. Sykepleiere utgjør den største yrkesgruppen ved norske sykehus og med den utbredte pasientkontakten de har gjennom sitt arbeid, vil det være informativt å få innsikt i hva de selv mener påvirker etterlevelse av håndhygiene.

Identifisering av faktorer som påvirker atferden blant sykepleiere er viktig, for å kunne lede utviklingen av intervensjonsprogram som er hensiktsmessig for å optimalisere utøvelse av håndhygiene i klinisk praksis. Studier med dette som formål vil derfor kunne være et vesentlig bidrag i det videre arbeidet mot en kunnskapsbasert, faglig og forsvarlig praksis, knyttet til håndhygiene.

1.2 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med studiet er å avdekke faktorer som påvirker etterlevelse av håndhygiene. Perspektivet er sykepleierens refleksjoner og oppfatninger i forhold til etterlevelse av håndhygiene, som et infeksjonsforebyggende tiltak. Det foreligger begrenset viten om hvilke faktorer som sykepleiere selv mener påvirker etterlevelse av håndhygiene. Det å utforske sykepleieres kliniske erfaring knyttet til etterlevelse av håndhygiene, vil kunne bidra til økt kunnskap om hva som fremmer og begrenser etterlevelse.

På bakgrunn av ovenstående tematikk er problemstillingen:

Hvilke faktorer påvirker etterlevelse av håndhygiene i klinisk praksis?

Forskningsspørsmålene er:

Hva begrenser etterlevelse av håndhygiene?

Hva fremmer etterlevelse av håndhygiene?

1.3 Oppbygning av oppgaven

Etter denne innledningen følger en litteraturgjennomgang som tar for seg forskningsstatus på området for etterlevelse av håndhygiene. I kapittel to omtales helsetjenesteassosierte sykdommer, prevalens og håndhygiene. Kapittel tre omhandler kvalitativ metode. Kapittel fire omtaler design og metode, utvalg, transkribering, etiske betraktninger, forforståelse og hvilken analyse som er benyttet. Kapittel fem presenterer resultatene fra studien. Resultatene vil bli diskutert i kapittel seks, samt kliniske implikasjoner for praksis, og til slutt en oppsummering av hovedpunktene i studien.

1.4 Litteratursøk

For å finne frem til tidligere forskning på området ble det søkt i PubMed, Cinahl, Medline, Ovid og Svemed med blant annet følgende søkeord; hand hygiene, infection control, change, attitude, behavior, compliance, nursing, hand hygiene/ or hand disinfection/group affection, interpersonal relations/ or disclosure/ or inter professional relations/, communication/ or

communication barriers/ personal space/, privacy or private or dignity or disclose, integrity, personal, professionalism, responsibility og moral. Søkeordene er brukt i ulike kombinasjoner.

1.5 Forskningsstatus på området

I hele verden er det over en million mennesker som har en sykehusinfeksjon til enhver tid (Verdens helseorganisasjon, (WHO), 2010). En sykehusinfeksjon påfører pasienter unødvendig lidelse og kan i verste fall være livstruende. Infeksjoner hos pasienter gir også risiko for at personell i helsetjenesten kan bli smittet, som igjen kan føre til at personellet kan bli forhindret fra å utøve sitt yrke. Slike infeksjoner har stor økonomisk og ressursmessig betydning for sykehusdrift. Et redusert antall sykehusinfeksjoner vil kunne redusere sykehuskostnadene, frigjøre betydelig kapasitet i helsetjenesten til andre prioriterte oppgaver, bedre kvaliteten på behandlingen og redusere risikoen for smitte til ansatte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

Infeksjonsforekomsten i Norge er relativt uendret fra tidligere år, viser resultater fra prevalensundersøkelser av sykehusinfeksjoner (FHI, 2012). Prevalens for sykehus i 2012 var på 5,4 % og det vil si at én av 19 pasienter hadde en helsetjenesteinfeksjon. Overvåkningsavdelinger hadde høyest prevalens. Halvparten av alle livstruende nosokomiale blodinfeksjoner og lungebetennelse forekommer i intensivavdelinger til tross for at intensivavdelinger representerer bare 15 til 20% av alle sykehussenger.

Pasienter som får intensivbehandling har komplikasjoner som følge av kirurgi, ulykker, infeksjoner og alvorlige pusteproblemer. Intensivbehandling innebærer tett konstant oppmerksomhet fra et team av helsearbeidere. Skjermer, intravenøs, parenteral ernæring, katetre, ventilatorer og annet utstyr er vanlig på intensive og overvåkningsavdelinger. Dette kan opprettholde livet, men kan også øke risikoen for infeksjon. Den høye prevalensen for overvåkingsavdelinger gjenspeiler alvorlighetsgrad av pasientenes tilstand og typen behandling de mottar (FHI, 2011).

Undersøkelser viser at sykehusinfeksjoner er en av de hyppigste komplikasjonene hos hospitaliserte pasienter (Borg, 2003) og er den hyppigste dødsårsaken hos akutt kritisk syke

(Peterson og Walker, 2006). Det er i de senere årene internasjonalt sett, en rask økning av forekomsten av bakterier som er mer resistente enn tidligere. Et økende antall bakterier som er resistente mot antibiotika kompliserer behandlingen av alvorlige infeksjoner. Av den grunn bør det være et effektivt fokus på forebygging og kontroll av infeksjoner i intensiv- og post-operative avdelinger. Livreddende behandling innebærer ofte bruk av antibiotika og til dels i store doser og bredspektret, som kan medføre at resistensutvikling gir typiske sykehusbakterier bedre mulighet til overlevelse (Pittet et al., 2000). Antallet pasienter smittet med Meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), har økt betydelig (FHI, 2009). MRSA og *Clostridium difficile* var alene ansvarlig for rundt 9000 dødsfall i England i 2007 (Dyson, Lawton, Jackson og Cheater, 2011).

Årsakene til infeksjonene er sammensatte og det er ikke mulig å fjerne risikoen for sykehusinfeksjoner helt. Det viktigste en helsearbeider kan gjøre for å forebygge smitte i helsetjenesten er å følge de basale smittevernrutinene i helsetjenesten, for å hindre smitteoverføring. Flere studier har vist en sammenheng mellom etterlevelse av håndhygiene og et redusert antall sykehusinfeksjoner (Pittet, 2000; Larsen, Early, Cloonan, Sugrue og Perides, 2000; Lam, Lee og Lau, 2004; Pittet et al., 2006; Ling og How, 2012).

God håndhygiene anses for å være den mest effektive metoden for å forebygge sykehusinfeksjoner (Peterson og Walker, 2006; Ott og French, 2009; Boyce og Pittet, 2011). Det er holdepunkter for å hevde at riktig gjennomført håndhygiene reduserer sykehusinfeksjoner med 20-30 % (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) mens Boyce og Pittet (2002) mener en reduksjon helt opp mot 30 – 50 %.

Fagernes (2010) fant en større forekomst av *Enterobacteriaceae* på hendene til ansatte som bar ringer, enn de som i tråd med retningslinjer for håndhygiene, ikke brukte ringer. Boyce og Pittet (2002) viste til studier som dokumenterte at barn på en prematuravdeling i en periode med utbrudd av *Enterobacter Cloacae*, hadde en firedoblet økt risiko for å få en sykehusinfeksjon. En studie fant at *Staphylococcus Aureus* (*S. Aureus*) kunne finnes på hendene til 21% av intensiv personell (Ayliffe, Babb, Davies og Lilly, 1998). Kunstige negler kan i større grad være kolonisert med gram negative bakterier og gjærsopp. Flere studier har vist at kunstige negler hadde flere bakterier etter utført håndhygiene enn naturlige (Passaro et al., 1997; Hedderwick, McNail, Lyons og Kauffman, 2000). En studie har rapportert en

forbindelse med neglelakk som var mer enn fire dager gammel og sykehusinfeksjoner (Parry, Grant, Yukna, Adler-Klein, Mcleod et al., 2001).

I Norge ble de første nasjonale anbefalinger om håndhygiene utgitt av Statens institutt for folkehelse i 1990. WHO lanserte i 2005 den første globale kampanjen «ren omsorg er bedre omsorg». Flere sykehus i Norge har skriftlige og nettbaserte retningslinjer for riktig utført håndhygiene og det er gjennomført håndhygiene kampanjer (Førland og Iversen, 2005). Den lave etterlevelsen av håndhygiene skyldes ikke at viktigheten av håndhygiene ikke er kjent (Haas og Larsen, 2008).

Det er gjort flere studier som viser at til tross for både kunnskapen som er tilgjengelig og den relative enkle prosedyren for utførelse, er etterlevelsen av håndhygiene vanligvis under 50 % (Sax, Uckay, Richet, Allegranzi og Pittet, 2007; Ott og French, 2009; Creedon, 2005). Andre undersøkelser har vist at personell med direkte pasientkontakt bare utfører håndhygiene i halvparten av de arbeidssituasjonene hvor slik hygiene er påkrevd (Sax et al, 2007). Det er få holdbare funn på hvilke tiltak som har en god effekt på å øke etterlevelsen av håndhygiene over lang tid (Gould, Drey, Moralejo, Grimshaw og Chudleigh, 2008). Manglende evne til å motivere helsepersonell til å etterleve anbefalingene tyder på at atferd er sammensatt av flere faktorer. Naokoba og Hayward (2001) gjennomgikk systematisk 21 studier som konkluderte med at en mangesidig tilnærming for å øke etterlevelsen av håndhygiene, er mer effektiv enn en tilnærming som involverer en enkelt type intervensjon. Disse funnene er ikke støttet av nyere publisert funn, som indikerer at flere tiltak samtidig ikke sannsynligvis er mer vellykket enn en enkelt intervensjon for å endre praksis (Grol og Grimshaw, 2003). Gould et al. (2008) foretok en gjennomgang på studier fra Cochrane for å fastslå om det finnes effektive strategier for å forbedre håndhygienerutiner. De fant fire studier, men ingen av studiene var av høy kvalitet. Det var ikke tilstrekkelig bevist hvilke strategier som forbedret håndhygiene rutiner. Det å innføre alkoholbasert håndhygiene ledsaget av utdanning eller opplæring er ikke nok, men hvis det benyttes flere strategier, inkludert involvering av ansatte i planlegging av aktiviteter eller bruke sosiale markedsføringsstrategier, kan det være nyttig.

Det er krevende å opprettholde positive forandringer og det pekes på at det tar lang tid å omsette ny kunnskap til handling (Ott og French, 2009). Det er ingen automatikk i at kunnskapen anvendes når praktiske problemer skal løses (Sie, Thorstad og Andersen, 2008).

Informasjon fører ikke nødvendigvis til økt kunnskap og økt eller endret kunnskap fører ikke nødvendigvis til endret holdning, og endret holdning trenger ikke å føre til en endret atferd (Wilhelmsen, 1997).

Det har vært mange kampanjer rettet inn mot håndhygiene og få har vært vellykket (Jumaa, 2005). Effekten av kampanjer og andre tiltak avtar etter kort tid og etter seks måneder er utføringen av håndhygienetiltak på samme nivå som før kampanjen (Pittet, 2000).

Gjennomgang av internasjonale studier viser at det hovedsakelig er forsket på evaluering av tiltak, som er satt i gang for å få kontroll over sykehusinfeksjoner (Reeves et al., 2009). Det er gjort få studier med intervju, som undersøker faktorer som påvirker infeksjonsforbyggende atferd (Nicol, Watkins, Donovan, Wynaden og Cadwallader, 2009).

KAPITTEL 2 HELSETJENESTE ASSOSIERTE INFEKSJONER.

Helsetjeneste assosierte infeksjoner (sykehusinfeksjoner) er infeksjoner som oppstår under eller etter som følge av et opphold ved en helseinstitusjon (FHI, 2004). Smittevern i helseinstitusjoner omfatter all virksomhet som har til hensikt å forebygge slike infeksjoner og bygger på de sykehushygiene standardtiltak. Basale smittevernrutiner gjelder ved arbeid med alle pasienter, uavhengig av mistenkt eller bekreftet diagnose eller antatt infeksjonsstatus. Smittevernrutiner skal både forebygge smitte til og mellom pasienter og beskytte helsepersonellet mot smitte. Basale smittevern rutiner er personlig beskyttelsesutstyr, renhold, desinfeksjon og håndhygiene. Håndhygiene er det viktigste enkelt tiltaket for å forebygge smittespredning i helsetjenesten.

2.1 Prevalens

Nasjonalt folkehelseinstitutt har siden 1999 fulgt forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner i norske sykehus gjennom prevalensundersøkelser. I forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten (2005) og forskrift om norsk overvåkingssystem for antibiotika bruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (2005), er det bestemt at alle sykehus skal delta på prevalensundersøkelser to ganger årlig og eventuelt ytterligere to frivillige. I disse

undersøkelsene beregnes andelen pasienter med en helsetjenesteassosiert infeksjon (HAI) i Norge på én utvalgt dag. Hensikten med prevalensundersøkelsene er å få oversikt over forekomsten av HAI og bruk av systemisk antibiotika i norske helseinstitusjoner. De fire vanligste typer, urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, postoperativ sårinfeksjon og blodbaneinfeksjoner registreres ved disse undersøkelsene.

Prevalensen av HAI varierte fra 0 til 20,1 % mellom de ulike spesialitetene og var høyest for kirurgisk intensiv- og postoperativ. Av de HAI som ble registrert på intensiv- og postoperative avdelinger var 35,4 % nedre luftveisinfeksjoner, mens like mange var postoperative sårinfeksjoner. Overvåking er viktig for å få oversikt over forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner, identifisere risikofaktorer og sette i verk forebyggende tiltak. Prevalensundersøkelser gir kun et øyeblikksbilde av infeksjonsforekomsten, og det er derfor viktig at institusjonene generelt har en oppmerksomhet rundt infeksjonsforekomst.

2.2 Håndhygiene

Ordet hygiene er avledet fra navnet Hygiea, som var den greske gudinnen for healing. I moderne behandling refereres hygiene vanligvis til renslighet, og spesielt til praksis som fører til fravær eller reduksjon av skadelige smittestoffer (Jumaa, 2005).

Håndvask har sannsynligvis alltid hatt en stor betydning. Hendene ble vasket delvis av symbolske og religiøse årsaker, for velvære og for å bli fysisk ren. Rituell håndvask var en del av en religiøs eller kulturell praksis, men å rengjøre hendene var forbundet mer med estetikk enn for å forebygge infeksjoner. Under Svartedøden på 1400 tallet var det innen grupper som praktiserte rituell vask en lavere sykdomsforekomst enn andre grupper (Jumaa, 2005). Før 1800-tallet visste man ikke at mikrober var årsak til infeksjoner og at infeksjoner kunne forebygges ved håndhygiene. Å rengjøre hendene med antiseptiske midler kom sannsynligvis på 1900 tallet.

Semmelweiss viste rundt år 1840 en sammenheng mellom høy dødelighet av barsel-feber og manglende håndhygiene (Boyce og Pittet, 2002). Semmelweiss innførte hånddesinfeksjon med klorkalk og utviklet en praktisk metode som hindret overføring av smittestoffer til

barselkvinnene. Resultatene fra Semmelweis sine studier brukes også i dag, for å illustrere betydningen av håndhygiene i bekjempelsen av smittsomme infeksjoner.

Selv om håndhygiene med såpe og vann i generasjoner har vært vurdert som et mål for en personlig hygiene, er den spesielle forbindelsen med håndvask og smittespredning kun vært rapportert gjennom de siste to hundre årene. Etablering av håndvask som smitteforebyggende tiltak ble først etablert i 1961 i USA (Boyce og Pittet, 2002). I 1975 publiserte amerikanske Centers for Disease Control and Prevention for første gang, skriftlige retningslinjer for håndhygiene. Norsk helsetjeneste har i mange år benyttet håndvask med vann og såpe for å forebygge overføring av smittestoffer i forbindelse med pleie og behandling av pasienter. De første nasjonale anbefalingene i Norge om håndhygiene ble utgitt av Statens institutt for folkehelse i 1990 (FHI, 2004). Håndvask utføres først og fremst når hendene er synlig tilsølt eller forurenset, eller ved mulig tilstedeværelse av mikrober som ikke lar seg fjerne ved bruk av desinfeksjon, som Norovirus og *Clostridium difficile*.

Hånddesinfeksjon er mer effektivt, raskere og billigere enn vask av hendene med såpe og vann. Det er godt dokumentert at innføring av hånddesinfeksjon bidrar til en større reduksjon av sykehusinfeksjoner sammenliknet med bare håndvask (FHI, 2004).

Håndhygiene innebærer det å bli ren, men det er også en faglært håndhygiene som omfatter mer enn det å bare bli ren. Mange lærer i oppveksten å vaske hendene blant annet før en skal spise, mens det å utføre håndhygiene på sykehus er for å kvitte seg med smittestoff. I denne oppgaven blir terminologien håndhygiene referert til håndvask med såpe, eller antiseptisk såpe (såpe med bakteriedrepende middel) og hånddesinfeksjon med sprit. Med en profesjonell håndhygiene menes bruk av håndvask eller alkoholbasert hånddesinfeksjons-middel, med en teknikk som rengjør/desinfiserer hudoverflaten på hendene (FHI, 2004). Overføring av mikrober er større når hendene er våte. Det å tørke hendene er derfor viktig for å avslutte en profesjonell håndhygiene.

Effekten av håndvask er avhengig av tidsbruk og hvor grundig den utføres. For å oppnå 99 % mikrobereduksjon, må håndvask utføres i 30 (helst 60) sekunder og hånddesinfeksjon utføres i 15 (helst 30) sekunder. Hendene skal være fri for ringer, smykker, neglelakk og kunstige

negler. En håndvask som vanligvis varer 5–8 sekunder har dårlig mikrobiologisk effekt og bare 50–75 % av mikrobene fjernes (FHI, 2004).

God håndhygiene i helseinstitusjoner dreier seg om å vite når det skal utføres. Retningslinjer beskriver situasjoner hvor håndhygiene er påkrevd. Håndhygiene skal utføres umiddelbart før rent arbeid og etter urent arbeid, umiddelbart før og etter stell av pasienter, før og etter undersøkelse eller utførelse av aseptiske prosedyrer og etter bruk av hansker.

I norsk litteratur benyttes både ”compliance”, ”adherence” eller det oversettes med etterlevelse (Steinhaus, 2003). Etterlevelse defineres som å etterkomme, respektere og overholde (Gundersen, 1972). I denne oppgaven defineres ”compliance” eller etterlevelse, som utført håndhygiene etter retningslinjene.

2.3 Smitteoverføring via hender

Normalflora finnes på menneskets hud og slimhinne. Helsearbeideres hender kan spille en rolle i smitteoverføring til pasienter. Smitteveien deles inn i en direkte kontakt med smitekilden og en indirekte kontakt via et mellomledd, som for eksempel pasientens omgivelser.

Bakteriefloraen deles også inn i en permanent og en midlertidig flora. Den midlertidige floraen består av mikroorganismer som forurenses hendene ved kontakt. Denne floraen omfatter ofte mikrober forbundet med sykehusinfeksjoner, som *S. Aureus* og *Escheria Coli* (*E. Coli*) (Nielsen og Østergaard, 2012). Virus er ikke en del av normalfloraen og er derfor inkludert i den midlertidige floraen. Midlertidige bakterier lar seg lett fjerne ved korrekt håndhygiene (Kampf og Kramer, 2004).

Midlertidige mikrober antas ofte å være i mindretall på huden, men utgjør allikevel trolig en større smitterisiko. Midlertidige bakterier vil sannsynligvis overføres lettere fordi den sitter mer overfladisk (Kampf og Kramer, 2004) og vil ofte være mer virulente enn den permanente. Det antas allikevel at en permanent flora byttes ved fysisk kontakt og at bakterier fra ens personlige permanente flora gjenfinnes midlertidig hos andre personer etter hudkontakt. Det

samme antas å være gjeldende ved forflytning av bakterier fra pasientens normalflora til andre steder på pasientens kropp hvor de ikke inngår i normalfloraen (Fagernes, 2010).

Den permanente floraen utgjør sannsynligvis en mindre smitterisiko enn den midlertidige. Den lar seg ikke så lett fjerne, men den reduseres midlertidig ved bruk av for eksempel hånddesinfeksjon. Overgangen mellom midlertidig og permanent bakterieflora kan være glidende og vanskelig å definere (Kampf og Kramer, 2004).

Mikrober som kan føre til nosokomiale infeksjoner har ulike evner til å overleve på hud og i miljøet utenfor vertsorganismen. Enkelte mikrober kan overleve i tørt miljø, eller som små dråpekjerner i luften. Disse mikrobene har som regel ikke evne til å formere seg, men kan under rette omstendigheter fremkalle sykdom. Andre mikrober kan imidlertid overleve i fuktig miljø og har evne til å formere seg. Det er begrenset kunnskap om hvilke type aktivitet, som mest sannsynligvis resulterer i kontaminering av hender og overføring av patogener (sykdomsfremkallende) mikrober (Jumaa, 2005). Helsearbeidere kan ha nosokomial flora på hendene, selv om de utfører "rene" prosedyrer, som blodtrykksmåling og berøring av pasientens arm eller skulder.

Dersom mikroben(e) overføres til et område den kan kolonisere, vil det øke risikoen for infeksjonssykdom (Nielsen og Østergaard, 2012). Gram negative staver (GNS) kan overleve i miljøet og kan utføre en risiko for indirekte kontaktsmitte. Det antas at Gram positive organismer, som *S. Aureus*, overlever bedre på hud enn GNS, som *E. Coli*. *S. Aureus* er påvist på hender over 150 minutter etter kontaminering. GNS er også potensielt patogen og mange GNS er kjent for å forårsake helsetjenesteassosierte infeksjoner (Ayliffe et al., 1998). Studiet til Kampf og Kramer (2004) viste til en forekomst av *S. Aureus* på helsearbeideres hender fra 10.5 % til 78.3 % og forekomst av GNS var angitt fra 21 til 86.1 %. I en studie av Degre, Hovig og Rollaug (2008) viste mikrobefloraen på en helsearbeiders hender, at det var en signifikant forskjell mellom håndfloraen til helsearbeider og kontrollgruppens hender. Helsearbeiders håndflora bestod i større grad av *S. Aureus* og GNS, bakterier som ofte er årsak til sykehusinfeksjoner. Undersøkelser viste også at sykehuspersonalets håndflora varierte i sammensetningen fra avdeling til avdeling (Rayan og Flournoy, 1987).

Den eksakte risikoen for smitteoverføring er usikker og avhenger sannsynligvis av flere

faktorer som mikrobemengde, mikrobens virulens, hvor på kroppen mikroben angriper og kroppens motstandskraft mot mikroben (FHI, 2004). Den direkte kontakten innebærer en høy risiko for forurensing av hendene. Det er mindre kjent hvilken smitteeffekt indirekte kontakt har (McArdle, Lee, Gibb og Walsh, 2006).

Gitt gode forhold, kan en bakterie under optimale forhold ha en fordoblingstid hvert 20. minutt. Det svarer til at en bakterie på ti timer potensielt kan bli til en milliard bakterier. I praksis er ikke omstendigheter optimale slik at bakteriene formerer seg ubegrenset (Nielsen og Østergaard, 2012). Temperaturen, næringsstoffer og surhetsgraden av miljøet kan være utilstrekkelig for veksten av bakterier. Bakterier må ha tilstrekkelig med næringsstoffer og i tillegg er temperatur, vann, oksygen og surhetsgrad avgjørende for bakteriens vekstmulighet. Det kommer til et stadium hvor bakteriene mangler næringsstoffer, det skjer en opphopning av avfallsstoffer og til slutt dør bakterien. Til tross for at bakterier dør, er det er allikevel bakterier på hendene og de kan spres til omgivelsene.

Friske mennesker har en naturlig resistens i forhold til infeksjoner. Huden virker som en beskyttelse mot invasjon av mikrober, og vi har også fagocyterende celler som er i stand til å oppløse fremmede mikrober. Pasienter på sykehus har i større eller mindre grad redusert motstandsdyktighet av forskjellige grunner. Slike tilstander kan medføre at pasientens forsvar mot inntrengen av mikrober gjennom hud og slimhinner blir redusert på grunn av uttørrede slimhinner, sår, inngangsporter som kanyler og urinkateter, immun suppressive medikamenter og forstyrrelse i hormonbalansen. Det gjør pasienter mindre i stand til å stå imot infeksjoner (Degre et al., 2008).

2.4 Retningslinjer

En retningslinje er systematisk utviklede anbefalinger for å støtte fagpersoners og pasienters beslutninger om relevant behandling for en klinisk problemstilling (Helsedirektoratet, 2011). I denne systematiske prosessen inngår en grundig gjennomgang av tilgjengelig kunnskap på det aktuelle området. Råd som utarbeides etter en systematisk prosess kvalifiserer til å være nasjonale, ”normerende” dokumenter. Retningslinjer er informasjon, en kunnskapskilde, basis for utdanning, verktøy i praksis, informasjon til pasienter og politikk. Det er grunnlaget for

kvalitetsvurderinger. Nasjonale faglige retningslinjer skal sikre høy kvalitet og riktige prioriteringer og redusere uønsket variasjon (Helsedirektoratet, 2011).

Retningslinjer er ment som et hjelpemiddel og er ikke rettslig bindende, men kan langt på vei være styrende. Veilederen i håndhygiene gir retningslinjer og anbefalinger i arbeidet, klargjør gjeldende bestemmelser på feltet, og viser gode måter å følge opp disse bestemmelsene på. Formålet med veilederen er å stimulere til forbedring av håndhygiene i helsetjenesten.

Helsepersonelloven (1999) sier at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til forsvarlighet. Helsepersonell skal i tråd med dette avveie om retningslinjer passer til den enkelte problemstilling. Det er nødvendig med balanse mellom behovet for å gi utøverne overordnede faglige signaler, og behovet for selvstendig medvirkning, utøvelse og ansvar.

Hvis retningslinjer ikke følges bør en være forberedt på å begrunne sitt valg.

Helsepersonelloven (1999) pålegger helsepersonell en plikt til å yte forsvarlig praksis. Dette betyr at helsepersonell har en selvstendig plikt til å etterleve faglig anerkjente normer for håndhygiene og dermed verne seg selv og pasientene mot smitteoverføring. Helsetilsynsloven (1984) pålegger helseinstitusjoner å ha et system som sikrer at virksomheten utføres i samsvar med gjeldende lover og forskrifter og i henhold til aksepterte faglige standarder.

Det foreligger i dag ingen konkrete felles nasjonale retningslinjer når det gjelder håndhygiene ved landets helseforetak. Nasjonalt folkehelseinstitutt kom i 2004 med en nasjonal veileder for håndhygiene (FHI, 2004). Mange helseforetak bruker denne som grunnlag for sine retningslinjer og rutiner når det gjelder håndhygiene. Nasjonal veileder i håndhygiene er retningslinjer som denne studien referer til når det gjelder hvordan håndhygiene skal etterleves.

KAPITTEL 3 KVALITATIV METODE.

Studiens hensikt var å utforske sykepleieres oppfatninger om hva som påvirker etterlevelse av håndhygiene og en kvalitativ metodisk tilnærming var hensiktsmessig. Det er utviklet mange spørreskjema som kartlegger håndhygiene og forvaltningen av det og selv om en del er kjent om etterlevelse av håndhygiene, så er det fortsatt noe som er ubesvart. Det er ikke gjort studier knyttet til hva slags forhold sykepleiere har til håndhygiene, til enten å gjøre eller ikke å gjøre som retningslinjer anbefaler. Det er fremdeles uklart hva sykepleiere mener om håndhygiene.

Kvalitative studier blir benyttet fordi noen aspekter av et fenomen er dårlig forstått, og forskeren ønsker å utvikle forståelse av det (Polit og Beck, 2008, s. 82). Kvalitativ metode er velegnet når en søker å få fram opplevelser, erfaringer og oppfatninger av et definert tema. Oddli og Kjøs (2009) hevder at kvalitativ metode egner seg for studiet av menneskelige og sosiale opplevelser, meninger, holdninger, prosesser og er spesielt knyttet til samhandling og relasjoner, som alle er sentrale komponenter i klinisk kunnskap. En undersøkelse av oppfatninger og forståelser vil kunne si noe om hvorfor resultatene av forskningen ikke er implementert i klinisk praksis. Det kan oppnås økt forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2001). Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres, men om resultatene kan brukes til å bedre forstå lignende grupper eller fenomener (Malterud, 2011). Det har implikasjoner for sykepleien å kunne identifisere fenomener som påvirker gjennomføring av håndhygiene, for å kunne rette tiltak for øket etterlevelse mot de områdene.

Kunnskap om smitte og smittevern er grunnleggende for utøvelse av omsorg som bidrar til bedre helse for pasienten. Samtidig er det et økende krav til kvalitet og fornuftig ressursbruk i helsevesenet og en økt etterspørsel etter fokus på metoder for å redusere kostnadene. Ved å se på forskningsfunn fra kvantitative studier kan en kvalitativ studie innenfor samme tema utfylle tidligere studier. Det kan gi forskningsfunn som bidrar til tiltak som sikrer at pasienten får behandling i henhold til beste tilgjengelige kunnskap og praksis. Kvalitativ metode er derfor velegnet for å finne fram til og presentere beskrivelser og forståelser av handlinger.

KAPITTEL 4 DESIGN OG METODE.

Dette kapitlet inneholder en presentasjon av studiens design og metode. Denne studien har et kvalitativt utforskende design. Et strategisk utvalg med maksimal variasjon ble benyttet for å rekruttere sykepleiere. Det er benyttet kvalitative forskningsintervju som datainnsamlingsmetode. Videre beskrives fremgangsmåte for analyse av data og forskningsetiske overveielser.

4.1 Utforskende design

Begrepet ”design” defineres av Polit og Beck (2008) som den overordnede planen som skal generere svar på forskningsspørsmålene. Designet søker mot en sammenhengende beskrivelse og forklaring av prosessen og det fenomenet som studeres. Design for studien velges ut fra eksisterende kunnskap om temaet det forskes på (Nord, 1998). Hva sykepleiere selv mener påvirker håndhygiene, er et område hvor det ser ut til å mangle kunnskap. Brink og Wood (1998) hevder at utforskende design egner seg der hvor lite eller ingen forskning har vært gjort på det som man studerer, og at det kan bidra til å fremskaffe innsikt, forståelse og mening med det som studeres. Designet søker mot en helhetlig beskrivelse og forklaring av de fenomener som skal studeres.

Litteratursøk gjort forut for studien er lagt til grunn for valg av design, idet den viste at selv om det var forsket en del på håndhygiene er det få studier som omhandler sykepleierens egne perspektiv om etterlevelse av håndhygiene. I tillegg finnes det få norske studier som omhandler emnet. Felles for de fleste tidligere studier innen emnet, er at de er kvantitative og er knyttet til effekten av iverksatte tiltak for å oppnå en økt etterlevelse. Det kan se ut som at det mangler kunnskap og en helhetlig forståelse om hva sykepleiere selv mener begrenser eller fremmer etterlevelse av håndhygiene. Denne studien kan bidra til økt innsikt i mindre belyste sider ved etterlevelse av håndhygiene og gi et bredere grunnlag for kunnskapsutvikling og iverksettelse av tiltak for å øke etterlevelse av håndhygiene.

4.2 Kvalitative forskningsintervju

Jeg har valgt kvalitative individuelle forskningsintervju som datainnsamlingsmetode. Formålet med et intervjuet var å lytte og samle informasjon for å få innsikt i respondentens egen forståelse og oppfatning av hva som påvirker utøvelsen av håndhygiene. Intervju er godt egnet når man ønsker å forstå individuelle årsaker og den enkelte respondent får anledning til å reflektere uten å bli påvirket av andres meninger. Intervjuets styrke er at man kan gå i dybden i forhold til den individuelle respondentens tanker og meninger rundt et tema. Det er gjennom samtale at en får vite noe om den andre personens opplevelser og den verden de har rundt seg. Når intervjueren og respondenten er alene, kan det skapes en trygg atmosfære. Det kan bidra til at respondenten lettere åpner seg og gir ærlige svar, i motsetning til ved fokusintervju, hvor det er flere tilstede, noe som kan ha en normerende effekt på en gruppe deltagere (Kvale og Brinkmann, 2009). Fokusintervju gir mulighet for at respondenter irettesetter og konfronterer hverandre. Deltagernes erfaringer kan bli mer troverdige fordi enkeltindividene i gruppen vet at resten av gruppen kan følge opp det vedkommende sier på en måte som kan avsløre sprik mellom det uttalte og det faktiske. Om en forsker i et individuelt intervju hadde utfordret respondenten i samme grad som respondenter kan i et fokusgruppeintervju, kunne stemningen i intervjuet fort blitt opplevd av respondenten som ubehagelig, påtrengende og truende (Kidd og Parshall, 2000; Patton, 2002). Datatruverdigheten øker gjennom den sosiale kontrollen som kan opptre i gruppene. Denne sosiale kontrollen finnes ikke i individuelle intervju.

4.3 Utvalg

I det følgende beskrives utvalg og utvalgsstrategi samt valgte inklusjonskriterier. Målgruppe for en studie er den gruppe av mennesker som svarene i studien føres tilbake til. Utvalg i kvalitativ forskning bruker teknikker som ikke baserer seg på sannsynlighetsutvalg, fordi målet ikke er å generalisere om en fordeling av erfaring eller prosess (Patton, 2002). En kombinasjon av strategisk utvalg med maksimum variasjonsutvalg ble benyttet for å rekruttere sykepleiere. Formålet er å få et høyest mulig kvalitativt innhold i informasjonen. Maksimum variasjonsutvalg kan være nyttig når man vil forsøke å beskrive en sentral tematikk hvor det er stor variasjon. Mulige mønstre, som viser seg ved maksimum

variasjonsutvalg, har en spesiell styrke eller betydning fordi den kommer fra et heterogent respondentutvalg (Patton, 2002).

Et strategisk utvalg vil også være å foretrekke hvis utvalget som skal trekkes er lite.

Utvalgsmetoden bør da skje ut fra hva som virker som de mest interessante utvalgssteder (Kvale og Brinkmann, 2009). Sykepleiere på intensiv- og postoperative avdelinger har i gjennomsnitt lengre ansiennitet enn på generelle avdelinger, flere har tilleggsutdannelse og det kan derfor antas at de samlet sett har en god kunnskapsbase.

Utvalget vil ha mye å si for validiteten og gyldigheten av funnene, eller i hvilken grad studien undersøker det den er ment å undersøke (Kvale og Brinkmann, 2009). Erfaringene til sykepleiere i de miljøene hvor det ofte er kontakt mellom pasienter og sykepleiere var av spesiell interesse. Sykepleierne fra intensiv- og postoperative avdelinger vil sannsynligvis ha en mer spisset erfaring med håndhygiene og kontaktsmitte. Intensiv- og postoperative avdelinger har pasientgrupper, som på grunn av sin tilstand er avhengige av tett oppfølging fra helsearbeidere, og derav ofte kontakt mellom ansatte og pasient. Intensiv- og postoperative avdelinger hadde høyest forekomst av sykehusinfeksjoner under prevalens. Jeg ønsket at begge komponentene, både direkte og indirekte pasientkontakt skulle være tilstede i miljøet og i en større grad enn på generelle sengeposter.

Jeg sendte søknad om tilgang til forskningsfelt til kirurgisk, medisinsk, kvinne og barn klinikker på et universitetets sykehus (Vedlegg I).

Det tok tid å få svar fra alle klinikkene, men fordi jeg ønsket å få respondenter fra så mange spesialavdelinger som mulig, en maksimal spredning, purret jeg en gang på min henvendelse. Jeg sendte en forespørsel til avdelingene gjennom klinikkleder. Det ble gitt skriftlig informasjon om studiet til de aktuelle avdelingene og en forespørsel til aktuelle sykepleiere gjennom avdelingssykepleier. Jeg mottok svar fra alle klinikkene og alle bortsett fra en avdeling, ga meg tillatelse til å benytte sykepleietjenesten som forskningsfelt. Sykepleiere som var interessert kunne ta kontakt med meg pr. telefon eller pr. mail for mer informasjon og for å gi endelig samtykke til å delta. Den enkelte kunne dermed fritt gjøre seg opp en mening om de ville delta og deltagelsen ville være anonym for andre på avdelingen.

Jeg intervjuet til sammen elleve sykepleiere fra intensiv- og postoperative avdelinger. Det var respondenter både fra kirurgiske og medisinske intensivavdelinger og postoperativ avdeling.

Pasientgruppene på avdelingene hadde en aldersspredning fra små barn til voksne. Tre av respondentene sa at de var valgt ut av ledelsen. Etter informasjon fra ledelsen på avdelingen meldte fem sykepleiere sin interesse som ble videreformidlet gjennom avdelingsledelsen, og tre tok direkte kontakt med meg pr. mail.

Respondentene representerte et utvalg som hadde stor bredde både i ansiennitet og alder. Gruppen besto av sykepleiere som var fra nyutdannet og i 20 årene til sykepleiere med opp til 30 års praksis, og som var i 40-50 årene. Fem sykepleiere hadde spesialutdannelse i intensiv og de hadde rundt seks års praksis som spesialsykepleiere, mens total ansiennitet på spesialavdelingen var noen år lengre. De aller fleste jobbet i 100 % stilling, bare enkelte på lavere prosentandel. Samlet sett så hadde flesteparten av respondentene jobbet i flere år på intensiv- og postoperative avdelinger, men hadde bred praksiserfaring også fra andre avdelinger og andre sykehus. Det var kun kvinner som ble intervjuet.

Fem sykepleiere tok selv kontakt med meg for å avtale tid for intervju, mens to av avdelingssykepleierne ga meg navnet på respondentene, totalt seks sykepleiere, og de avtalte tidspunkt for intervjuet. I et tilfelle kunne jeg ikke intervju fordi den aktuelle respondenten var opptatt, men intervjuet fant sted på et senere tidspunkt. Jeg hadde i utgangspunktet tenkt at gruppen skulle bestå av tilsammen fra seks til ti sykepleiere fra intensiv- og postoperative avdelinger. Jeg mottok etter hvert svar fra elleve sykepleiere. Jeg valgte å intervju alle elleve fordi jeg ønsket mer informasjon rundt et tema som hadde kommet fram under de andre intervjuene. Etter å ha intervjuet elleve respondenter opplevde jeg at jeg ikke fikk noen ny informasjon og søkte derfor ikke etter flere respondenter.

Det kan være et mulig utvalgsbias fordi respondenter kan være utvalgt fra ledelsen, selv om kun tre av respondentgruppen fortalte at de var det. De andre ville kanskje ikke ha meldt seg selv, men sa seg villige til å bli intervjuet fordi det var en henstilling fra ledelsen om å stille som respondent. Jeg fikk god informasjon fra alle elleve og det kom fram klare formeningar om hva de opplevde som påvirket etterlevelse av håndhygiene. Jeg fikk ikke inntrykk av at noen av respondentene var motvillige til intervjuet.

For å sikre studiens validitet var det nødvendig å skape grundig forståelse for hensikten med prosjektet hos respondentene. Alle sykepleierne som deltok i studien mottok et

invitasjonsskriv med invitasjon til deltakelse (Vedlegg II). Håndhygiene ble oppfattet som et kjent tema og det ble ikke uttrykt noe ønske om ytterligere informasjon om emnet. I utgangspunktet skulle utvalget bestå av sykepleiere fra intensiv- eller postoperativavdeling i full stilling. Jeg frafalt ønsket om at respondenter skulle ha full stilling fordi sykepleiere uansett stillingsprosent har erfaring med håndhygiene. Det var ikke krav om spesialutdanning.

4.4 Struktur på intervju

Jeg valgte en intervjuform som var semi-strukturert. Det semi-strukturerte ved intervjuet var en temaguide som ble utformet fra det kvalitative forskningsintervju. Semi-strukturerte intervjuer vil ifølge Kvale og Brinkmann (2009) inneholde en oversikt over emner som skal dekkes og forslag til spørsmål. Den er et hjelpemiddel for å holde fokus på det som utforskes og er konstruert for å kartlegge eller utdype nyanser eller variasjon av emnet. En intervjuguide er et manuskript som strukturerer intervjuforløpet. En intervjuguide vil ta hensyn til det kvalitative intervjuets to dimensjoner; den teoretiske med hensyn til relevans for forskningsprosjektets problemstilling, samt den dynamiske for å skape en god intervjuinteraksjon. For å kunne stille relevante spørsmål er det nødvendig med god teoretisk kunnskap om feltet.

Temaguiden ble utformet med tanke på å avdekke kunnskap som kan gi svar på forskningsspørsmålene, hva som fremmer og som begrenser etterlevelse av håndhygiene. En intervjuguide ble utarbeidet på bakgrunn av teorien om planlagt handling. Teorien er utviklet av Fishbein og Ajzen (1975) og Ajzen (1985, 2005). Ifølge teorien er det bakgrunnsfaktorer for egne holdninger til den aktuelle handlingen, hva en tror andre viktige personer mener om handlingen og følt kontroll over handlingen, som må påvirkes for å endre handlinger. Temaguiden er utledet fra tidligere studier som har benyttet teorien om planlagt handling hvor de har sett på etterlevelse (De Wandel, Maes, Labeau, Vereecken og Blot, 2010; Jang et al., 2010; Sax et al., 2007; Whitby, Mclaws og Ross, 2006). (Se Vedlegg III) Intervjuguidens temaområder var holdning, motivasjon, norm, mestring og tilgang til håndhygiene. Spørsmålene reflekterte det som jeg hadde til hensikt å søke og få kunnskap om. For å sikre at studien undersøkte det den sier den skal undersøke, forholdt jeg meg til de forhåndsdefinerte temaområder som var i intervjuguiden og jeg styrte datainnsamlingen. Jeg fulgte ikke spørsmålene ordrett fra temaguiden og jeg spurte heller ikke etter deres egen etterlevelse. I

intervjuguiden blir ordet ”du” brukt, men ingen av spørsmålene var rettet mot respondentens etterlevelse. Jeg la generelt vekt på å stille åpne, upersonlige, ikke ledende spørsmål, relatert til miljøet eller praksis istedenfor dem selv og om mulige episoder som kunne belyse temaet.

4.5 Intervjuet

Rommet som intervjuene skal foretas i bør velges nøye og skal ideelt sett være så nøytralt som mulig, være komfortabelt, uforstyrret og lett å finne frem til (Kvale og Brinkmann, 2009). Akustikken bør også være slik at lydopptaket blir godt (Polit og Beck, 2008). Det bør være rom som er godt skjermet for støy og avbrytelser. Lokalene som ble benyttet lå i tett tilknytning til driften, men var skjermet for aktiviteten på avdelingene.

Jeg foretok prøveintervjuer med en kollega og et nært familiemedlem som hadde jobbet på sykehus for en stund siden. Det gjorde det mulig å teste ut spørsmålene og reflektere over min egen rolle som intervjuer. Jeg fikk også testet ut det å delvis styre et intervju i den retningen som jeg ønsket. Erfaringene fra intervjuene samt arbeidet med utvikling av en halvstrukturert intervjuguide, kan sees på som en måte å sikre validitet på.

Alle intervjuene ble utført i sykepleiernes arbeidstid. Tidspunktet for intervjuene ble i de fleste av tilfellene satt av respondenten ut i fra hva som passet i forhold til driften. I to av tilfellene ble vi kortvarig avbrutt, men det forstyrret ikke intervjusituasjonen. Flesteparten av intervjuene varte i rundt 45 minutter, med unntak av to intervju, hvorav det ene varte i 30 minutter og det andre i 75 minutter. Jeg hadde opprinnelig til hensikt å gjøre skriftlige notater under intervjuene, i tillegg til lydbånd. Jeg oppfattet imidlertid raskt at notater ble et avbrudd i intervjusituasjonen, mest for respondenten som stoppet opp da jeg skrev, slik at jeg heller valgte å fokusere kun på intervjupersonen og hva som ble sagt. Jeg valgte i stedet, da jeg hadde forlatt intervjurommet, å skrive ned umiddelbare refleksjoner rett etter at intervjuet var ferdig.

Intervjuene ble transkribert ferdig fortløpende og i de fleste av tilfellene hadde jeg en grovanalyse ferdig før neste intervju. Dette bidro til at jeg var mer forberedt foran neste intervju. Jeg ble oppmerksom på spørsmål som det var enten et ja eller nei svar til, fordi det

blir vanskelig å følge opp. Jeg ble også oppmerksom på hvordan jeg skulle formulere oppfølgingsspørsmål. Intervjuene ble gjennomført i løpet av to måneder.

Det å reflektere på intervjuet er en viktig del av intervjuet og innen kvalitativ metode. Refleksivitet er en kontinuerlig prosess og ved å gjennomgå intervjuet før jeg gikk videre til neste intervju, hadde jeg anledning til å justere spørsmålsstillingen.

Kvale og Brinkmann (2009) hevder at kvalitet på det originale intervjuet er avgjørende for den senere analyse, verifisering og rapportering av intervjuet. Validitet er hvorvidt en intervjustudie undersøker det den er ment å undersøke, om oppnådd forståelse er vel dokumentert og at det en logisk sammenheng i kunnskapsoppbyggingen. Polit og Beck (2008) hevder at for å øke validiteten til studiet kan forskerens forståelse deles med deltageren, for å se om den er i samsvar med deltagerens opplevelse. Jeg oppsummerte til slutt i intervjuet, for å få bekreftet det som jeg hadde oppfattet med respondenten. Kvale og Brinkmann (2009) sier at et viktig kvalitetskjenne tegn i et intervju er at det i stor grad tolkes mens det pågår og at intervjueren forsøker å verifisere sine tolkninger av intervjupersonenes svar i løpet av intervjuet. Jeg spurte respondenten når jeg ville ha en bekreftelse på om at jeg hadde forstått rett.

4.5.1 Metodologiske overveielser

Generelt opplevde jeg at stemningen under intervjuene var god og avslappet og til tider munter. Håndhygiene i seg selv er i utgangspunktet ikke et alvorlig tema.

Noen spørsmål og tema skapte imidlertid uro hos enkelte av respondentene. Tema rundt manglende etterlevelse som for eksempel hva som kunne føre til at etterlevelse av retningslinjer ikke ble fulgt, skapte uro enkelte ganger. En uttrykte tydelig frustrasjon, med å si at;

”Jeg synes du stiller så vanskelige spørsmål, du burde heller gå på en infeksjonsavdeling der hadde du fått svar på spørsmålene dine.”

Jeg ble oppmerksom på at det kunne se ut som om etterlevelse av håndhygiene var et emne som berørte et personlig område, egen etterlevelse og det angikk også respondentens kolleger

og deres etterlevelse av håndhygiene. Det kan tenkes at det ikke var helt greit å skulle svare på noe som kunne angå deres egen atferd, eller kollegers etterlevelse. Det var i tillegg en konstellasjon av en som i egenskap av sitt yrke kunne smittevern og spørsmål som kunne virke som en utspørring. Det kunne også være at de ønsket å svare det som var ansett å være riktig og å fremstille gruppen eller seg selv på en best mulig måte. For de fleste av respondentene var det imidlertid tilsynelatende ukjent hvilken bakgrunn jeg hadde. Jeg var klar over at min bakgrunn kunne ha en innvirkning på intervjuet for de som kjente meg, men jeg for min del opplevde selv at jeg klarte å bevare nysgjerrigheten etter ny kunnskap.

Etter en vurdering så endret jeg spørsmålsstillingen, samt at jeg hadde en mer utførlig innledning til intervjuet. Jeg hadde tidligere startet intervjuene med å spørre om det var gjennomførbart å utføre håndhygiene i tråd med retningslinjer. Da svarte respondentene helt enkelt ja. Jeg hadde tidligere fulgt opp spørsmålet med å spørre at det kan virke ut fra forskning som at håndhygiene ikke gjennomføres slik retningslinjer anbefaler. Jeg startet nå intervjuene med å vise til prevalens av sykehusinfeksjoner, og om de hadde noen forslag til tiltak som kunne gjøres for å øke etterlevelsen av håndhygiene. Jeg startet spørsmål med hva og hvordan og ikke hvorfor. Jeg poengterte at jeg ikke var ute etter hva de gjorde, men at de var representant for en spesialavdeling som var kjent for å være hektisk og at det ofte var kontakt mellom pasient og pleiere. Selv om jeg endret spørsmålsstillingen, så var det allikevel ikke til å unngå at det på et tidspunkt i enkelte av intervjuene, ble litt anspent. Jeg opplevde å få utsagn som;

”Her er vi alle flinke og smitte kan komme fra andre steder.”

Jeg gikk ikke videre på flere spørsmål rundt emne som hadde gitt meg slike svar. Respondenter åpnet seg mer og det ble en lettere stemning da jeg sa at jeg var nesten ferdig med intervjuet men at jeg ønsket kun noen supplerende opplysninger om det var fysisk mulig å gjennomføre håndhygiene. Jeg fikk vite om episoder i relasjon til håndhygiene tidlig i intervjuet, men fortellinger kom først etter det sistnevnte spørsmålet. Respondentens kroppsspråk tilsa også at de slappet av da.

Jeg la mye vekt på at intervjuet ikke dreide seg om respondentens håndhygiene, men at jeg ønsket informasjon om etterlevelse av håndhygiene fra en spesialavdeling. Det var likevel ikke til å unngå at respondenter relaterte til seg selv og egen håndhygiene i løpet av intervjuet.

Det er ikke lett å løse det dilemmaet som består i å ønske om så mye kunnskap som mulig, samtidig med at man respekterer intervjupersonenes integritet (Kvale og Brinkmann, 2009). Gode intervjupersoner er samarbeidsvillige og motiverte. Slike intervjupersoner kan virke behagelige for intervjueren, men de er ikke nødvendigvis de som gir mest innsikt i forskningstemaet.

4.6 Transkribering

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og deretter transkribert. Transkriberingen tok tid, men for ikke å miste noe av innholdet ønsket jeg å transkribere intervjuet sin helhet. Det ble gjort endringer til skriftlig språk uten å endre mening av det som var sagt. Muntlig form ble oversatt til skriftlig, ved å notere pauser. Det bidro til å sette inn detaljene i en sammenheng og til å huske intervjuet slik det var. Jeg reduserte "fyllord" som gjentatte "eh" og liknende, ved at de ble redigert vekk. Jeg noterte i parentes refleksjoner og om stemningsleiet endret seg vesentlig. Jeg tilstrebet å oppnå høy validitet med en naturlig korrekt gjengivelse.

Jeg forsikret meg om at transkripsjonene var nøyaktige, og at de på en valid måte reflekterte helheten i intervjupersonens erfaring med fenomenet. Dette ble gjort ved at jeg hørte på lydbåndene to ganger. Jeg transkriberte samtidig med at jeg hørte på intervjuet første gang. Deretter hørte jeg gjennom opptaket en andre gang samtidig som jeg fulgte med på den transkriberte teksten og rettet opp og skrev kommentarer og refleksjoner. Ved selv å transkribere intervjuet blir man kjent med materialet og det er lettere å være oppmerksom på språk, tonefall og pauser, som kan ha betydning for hvilken mening man kan finne i materialet. I tillegg ble jeg oppmerksom på meg selv som intervjuer, slik at jeg kunne lære av det som jeg hadde gjort og kunne benytte andre teknikker eller innfallsvinkler i de neste intervjuene. Hver respondent ble nummerert etter lydbåndopptakerens fil angivelse som A 1, B1, C1.

4.7 Ethiske overveielser

Det ble innhentet godkjenning fra ledelsen på de aktuelle klinikkene for gjennomføring av studien. Studien fokuserer på utøvelse av håndhygiene blant helsepersonell og pasienten er ikke forskningssubjektet. Det var planlagt å bruke lydbåndopptak i studien, derfor ble det innhentet godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) til å gjennomføre studien (Vedlegg IV) og det ble søkt om godkjenning fra personvernombudet på sykehuset (Vedlegg V) hvor det skulle søkes om tilgang til forskningsfeltet.

Respondentene fikk skriftlig informasjon om studien (Vedlegg II). Deltakelsen i studiet var frivillig. Deltakerne kunne kontakte intervjuer hvis behov og de kunne trekke seg uten at det ville få konsekvenser for dem. Det var utarbeidet skjema for informert samtykke. Et informert samtykke innebærer at intervjupersonene informeres om studiens overordnede mål, om hovedtrekkene i prosjektplanen og om mulige fordeler og ulemper med å delta. Jeg benyttet skjema for samtykke som personvernet på sykehuset hvor jeg jobber har lagt ut på sykehusets nettsider. Informasjonsbrevet forklarte hva studien innebar, hensikten med forskningen og at resultatene skulle brukes i en masteroppgave. I informasjonsbrevet ble det informert at masterstudenten var under veiledning av erfaren forsker, samt hvilket institutt og universitet forskeren var ansatt ved. Erklæring om samtykke ble vist til sykepleierne før intervjuet startet og signert av respondentene.

Konfidensialitet i forskning innebærer at man ikke offentliggjør personlige data som kan avsløre intervjupersonens identitet (Kvale og Brinkmann, 2009). Det ble ivaretatt ved at utsagn som er brukt i oppgaven er aidentifisert. Sitatene ble gjengitt slik at det heller ikke vil være mulig å spore noen utsagn tilbake til den enkelte deltaker. Samtykkeerklæringene og lydbånd vil inntil makulering og sletting, bli oppbevart i et eget låsbart skap.

Kvale og Brinkmann (2009) hevder at konsekvensene av en intervjustudie både bør vurderes ut fra hensynet til mulig skade som kan påføres intervjupersonene og de forventede fordelene. I det informerte samtykket ble det informert om at studien ikke ville ha noen direkte nytte for intervjupersonen selv. Ved å aidentifisere deltageren var det ikke forventet spesielle ulemper for deltakerne ved at de kunne oppleve å bli konfrontert med utsagn som er sitert i oppgaven.

Respondentene ble intervjuet mens de var på jobb, så ingen økonomiske utgifter ble påregnet for den enkelte. Avdelingen kan ha blitt berørt av mindre personell på vakt. Respondenten valgte tid og sted og intervjuet fant sted på et kontor i nær tilknytning til avdelingen. Intervjuet fant sted på et tidspunkt hvor det var minst sårbart at respondentene forlot driften. Det antas at intervjuet ikke har hatt økonomiske konsekvenser for avdelingene. Jeg valgte å ikke gjennomføre intervjuene på mitt eget arbeidssted av to grunner. Den ene grunnen var at det er en smittevernavdeling og jeg ønsket ikke at min bakgrunn skulle kunne påvirke respondentene. Jeg prøvde å skape en upartisk atmosfære under intervjuene. Den andre grunnen var at mitt arbeidsted var et stykke unna spesialavdelingene, og ville medføre at respondentene ville være lengre borte fra driften enn om intervjuene fant sted i nærheten av arbeidsstedet deres.

Noe informasjon er utelatt mens annen informasjon er forandret på i presentasjonen, med den hensikt å styrke personvernet. Det har allikevel vært en klar forutsetning at dette ikke skulle svekke helhetsforståelsen av funn.

Det kom fram under studien, at enkelte av intervjuene ble preget av personlig nærhet og det setter krav til intervjuerens følsomhet med hensyn til hvor langt man kan gå med sine spørsmål. Jeg gikk videre til neste spørsmål i intervjuguiden når jeg fikk inntrykk av at spørsmål kunne vekke reaksjoner knyttet til egen person. Widerberg (2001) påpeker hvor viktig det er å ikke krenke en persons integritet. I intervjusituasjonen innebærer det at intervjueren ikke presser respondenten til å si mer enn vedkommende selv ønsker, selv om det innebærer at man ikke får tilgang til viktig informasjon.

4.8 Egen forforståelse

I følge Kvale og Brinkmann (2009) er forforståelse viktig i all forskning og spesielt i kvalitativ forskning, etter som funn oppstår i interaksjon mellom intervjuer og respondent. Malterud (2011, s. 40) omtaler forforståelse som *”den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet før prosjektet starter”* og at *”innholdet i denne ryggsekken påvirker hele veien måten vi samler og leser våre data på”*.

Min forforståelse hviler på litteraturgjennomgang, egen sykepleieutdanning, sykepleiepraksis og livserfaring. En viktig side ved forskerens rolle er det vitenskapelige ansvar, forholdet til

intervjupersonene og forskeruavhengigheten (Kvale og Brinkmann, 2009). Min egen tilknytning til miljøet kan føre til, at det som er ikke er likt med mine egne erfaringer kan bli neglisjert og at man dermed mister viktig informasjon som ikke er i samsvar med egne forventninger til funn. Jeg har lang erfaring med smittevern både ut i fra min yrkespraksis som hygiesykepleier, men også som operasjonssykepleier. Dette innebærer at jeg kjenner fagområdet, men jeg kjenner ikke til driften i en intensivavdeling. Dette kan være en styrke, for da vil jeg være åpen for nye innfallsvinkler på forskningsspørsmålet, men det kan også representere en potensiell bias. Man kan stå i fare for å virke undrende til svarene og ta parti for pasienten og systemet som sådan. Kvale og Brinkmann (2009) hevder at en intervjuundersøkelse er en moralsk hendelse, fordi den personlige interaksjonen i en intervjusituasjon påvirker respondenten. Dette var jeg klar over og som krevde gjennomtenkning før, under og etter intervjuene. Jeg presenterte meg ikke med tittel og benyttet ikke min kunnskap innen håndhygiene i løpet av intervjuene. Jeg var bevisst på en søken etter svar på forskningsspørsmålene som kunne gi en dypere forståelse av fenomenet som studeres.

De to intervjuene, som jeg foretok før jeg intervjuet respondenter, klargjorde for meg at jeg var interessert i kunnskap om etterlevelse av håndhygiene. Det er viktig å frigjøre seg fra forforståelsen for å se muligheten for tilstedeværelsen av andre og udokumenterte begrunnelser. Å klargjøre slike tanker på forhånd kan bidra til en større refleksivitet i form av at innholdet i forforståelsen blir klarere. Ved ikke å være klar over sin egen rolle kan en forsker ubevisst påvirke respondenter, slik at de ikke kommer med opplysninger som under andre forhold ville ha kommet fram.

4.9 Analyse

Det eksisterer ingen universelle regler for analyse av kvalitative data (Kvale og Brinkmann, 2009; Polit og Beck, 2008). Til analyse av data har jeg valgt systematisk tekstkondensering slik det presenteres av Malterud (2011). Det transkriberte materialet utgjorde 77 sider og jeg ønsket en metode som var godt egnet til analyse av et omfattende materiale. Systematisk tekstkondensering er en analysemetode beregnet for kvalitativt forskningsmateriale. Analysemetoden er inspirert av Giorgis (1985) fenomenologiske analyse og modifisert av Malterud (2011). Selv om Giorgi arbeider innenfor rammen av fenomenologi kan

analysetrinnene også brukes i annet kvalitativt design. Systematisk tekstkondensering er velegnet å benytte i en tversgående analyse av et relativt stort materialet fra flere respondenter. Metoden er en god fremgangsmåte i analyse av data og opprettholdelse av forsvarlig metodisk fasthet. Trinnvis analyse underveis i datainnsamlingen styrker muligheten for å skjerpe studiens fokus og problemstilling og letter totaloversikten i materialet. Systematisk tekstkondensering følger fire trinn; 1) helhetsinntrykk, - fra villniss til tema, 2) identifisere og sortere meningsbærende enheter, 3) kondensering, - fra kode til mening, 4) sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser.

4.9.1 Helhetsinntrykk

Jeg leste igjennom tekstmaterialet for å få et helhetsinntrykk og jeg så etter tema som på en eller annen måte representerte kunnskap som kunne si noe om hva som begrenser og fremmer etterlevelse av håndhygiene. Jeg prøvde å legge bort egen forforståelse og referanseramme, og være i størst mulig grad åpen for nye funn i datamaterialet for å ivareta kvalitetskriteriet refleksivitet. Hensikten er ifølge Malterud (2011) å kunne gjengi respondentens historie på en lojal måte. Jeg gjorde notater under lesingen, noterte i margin tema som kom frem, men jeg unngikk å systematisere. Først da jeg hadde lest alt, oppsummerte jeg inntrykkene jeg hadde fått for å danne meg et bilde av innholdet og hovedtemaer. Hvert av temaene representerte foreløpige ideer om ulike sider av den stillingen jeg skulle belyse. I denne innledende delen av analysen formulerte jeg temaer og plukket frem relevant tekst som hadde kunnskap om problemstillingen.

4.9.2 Meningsbærende enheter

I det andre trinnet startet jeg med en systematisk gjennomgang av materialet, for å identifisere meningsbærende enheter. Jeg valgte ut tekst som på en eller annen måte representerte kunnskap om ett eller flere tema fra første trinn. Hvert av disse temaene representerte ulike sider av problemstillingen som skulle belyses. I Giorgis (2009) metode innebærer dette en systematisk gjennomgang av materialet, linje for linje og at hele teksten deles inn i meningsbærende enheter. Malterud (2011) hevder at hele teksten anses ikke som meningsbærende enheter. Jeg valgte ut tekst som på en eller annen måte bar med seg kunnskap om ett eller flere tema fra første trinn som sa noe om problemstillingen. Hvert av disse temaene representerte ulike sider av problemstillingen som skulle belyses. Samtidig som jeg merket de meningsbærende enhetene i teksten begynte jeg å systematisere dem. Dette

kalles koding. Kodearbeidet tar i utgangspunktet sikte på å identifisere og klassifisere alle meningsbærende enheter i teksten.

De meningsbærende enhetene i teksten som hadde sammenheng med temaene fra første analysetrinn ble gruppert etter felles meningsinnhold. Samtidig som jeg skilte ut meningsbærende enheter i teksten, lette jeg etter nøkkelord som jeg kunne kode teksten med. Koder brukes som grunnlag for sorteringer av meningsbærende enheter. Det foregikk hele tiden en vurdering av eventuelle nye koder, dobbeltføring av temaer som kunne være en kode og koder som ikke sa noe om problemstillingen i studiet. Kodene ”individuelle avgjørelser” og ”ingen korrigerer” ble til koden ” avgjøres av hver enkelt”. Enkelte av kodene hadde undergrupper, som omfattet nyanser som beskrev forskjellige aspekter av koden. Andre koder var; omfattende, manglende troverdighet, personlig, tidsbegrensninger, kjedelig, beskytter seg selv, lederstyrt, viktig og bevisst i jobben.

Kodeprosessen er ikke lineær, men går fram og tilbake. Jeg arbeidet med å utvikle koder som på en mest mulig relevant måte kunne representere de meningsbærende enhetene. Da dette arbeidet var gjennomført hadde jeg fjernet en god del fra mine tidlige intuitive notater og noen nye var kommet til. Jeg fortsatte med å justere de opprinnelige temaene til mer presise koder og overveide hvorvidt kodene representerte fenomener av noenlunde samme klasse og frasorterte temaer som var fremmedelementer og dermed ikke relevante. Hele tiden forsøkte jeg å holde meg til problemstillingen. Alle temaene med underpunkter ble sortert inn i en tabell med meningsbærende enheter fra hver enkelt deltager, for å kunne se sammenhengene og systematisere mellom de ulike meningsbærende enhetene. Rent teknisk merket jeg de forskjellige kodene med forskjellige farger. Det viste meg visuelt hvor de ulike tekstbitene tilhørte. Utvalgte illustrerende sitater fra de transkriberte intervjuene ble markert for å kunne benyttes senere i presentasjon av funn. De utelatte sitatene og temaene ble deretter igjen gjennomgått flere ganger, for å se om disse kunne tilføre analysen noe nytt. Kodingen innebærer en systematisk dekontekstualisering, der deler av teksten ble hentet ut av sin opprinnelige sammenheng for senere å kunne leses i sammenheng med beslektede tekstelementer. Jeg hadde det opprinnelige materialet tilgjengelig hele tiden. Det er opp mot denne helheten jeg tilslutt vurderte funnene.

4.9.3 Kondensering

I analysens tredje trinn abstraherte jeg kunnskapen som var etablert i andre analysetrinn ved å identifisere og kode de meningsbærende enheter. Jeg kondenserte de meningsbærende enheter som var kodet sammen. Jeg la til side de delene av materialet hvor jeg ikke hadde identifisert meningsbærende enheter. De kondenserte meningsbærende enhetene var nå sortert i grupper etter koder. Når dette var gjort var materialet redusert til et dekontekstualisert utvalg av sorterte og meningsbærende enheter. Jeg hadde ikke lenger 77 tekstsider men satt igjen med fem kodegrupper som sa noe om problemstillingen. Innenfor enkelte av kodegruppene var det nyanser som beskrev forskjellige meningsaspekter. Jeg sorterte derfor materialet innenfor disse kodegruppene i subgrupper.

Jeg kondenserte og fortettet innholdet ved å utvikle et ”kunstig sitat” – et artefakt forankret i data. Hensikten med det kunstige sitatet, er å omsette det konkrete innholdet i gruppen til en mer generell form som er sterkt forankret i data, og at det skal fungere som et arbeidsnotat for videre sammenfatning. Denne beskrivelsen skulle bære med seg det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene ved å omsette dem i mer generell form. Hele tiden var jeg oppmerksom på hva disse tekstene kunne fortelle meg om problemstillingen. Jeg valgte også ut noen sitater som på forskjellig måte illustrerte det som var abstrahert.

4.9.4 Sammenfatning

I analysens fjerde trinn satte jeg bitene sammen igjen, rekontekstualiserte. Jeg sammenfattet det som jeg hadde funnet, gjenfortalte funnene som var abstrahert i trinn 3, en sammenfatning som var lojal til intervjuene. Den analytiske teksten ble utviklet med utgangspunkt i kondensatene og de utvalgte sitatene fra hver kode eller subgruppe i form av en fortelling i tredjepersons form. Denne analytiske teksten representerte resultatene i min studie. Før den siste organiseringen og framstillingen av funnene ble svarene sjekket om de stemte overens med de transkriberte intervjuene, som lå til grunn for analysen. Det skjedde gjennom en systematisk gjennomgang av data som kunne motsi funn og konklusjon. Dette påpekes som vesentlig både fra Patton (2002) og Malterud (2011). Når den analytiske teksten var etablert, gikk jeg tilbake til de meningsbærende enhetene for å finne sitater som var identifisert under analysetrinn to. Disse sitatene utgjør først og fremst en illustrasjon, en dokumentasjon og som forankring til materialet. Til slutt ble kode og eventuelle undergruppe gitt en betegnelse som

representerte en innsikt i det aktuelle emnet, og som var sluttresultatet. Den analytiske teksten fra hver kodegruppe fikk en ”overskrift” som sammenfattete det det handlet om.

Validering av funnene er gjennomført ved å rekontekstualisere resultatene opp mot det opprinnelige materialet. Jeg hentet fram den opprinnelige teksten for å bli minnet på hva som egentlig ble sagt. Jeg leste tekstmaterialet og så systematisk etter data som motsa den konklusjonen jeg hadde kommet fram til. Den endelige framstillingen av studiens funn, slik den presenteres i kapittel 5 med overskrifter, fortløpende tekst og sitater er et resultat av gjentagende analyse og gjennomgang av datamaterialet.

Eksempel på andre, tredje og fjerde analysetrinn.

Meningsbærende enheter	Kode	Kondensering	Analytisk tekst	Tema
Når det går fort så skranter det på håndhygiene, det er det viktigste som kommer først.	Redde liv, prioritet	Det viktigste kommer først, og da skranter det på håndhygiene.	Å redde liv kommer foran håndhygiene.	Risiko vurdering
Når det er hektisk, da går det litt på kompromiss med håndhygiene.		Når det er hektisk blir det kompromiss med håndhygiene.		
Når det smeller så smeller det, da tenker en kun ABC.		En tenker kun på ABC		
De følger ikke retningslinjene, kanskje fordi de har lagt til seg vaner, eller uvaner, og det er litt den holdningen at det går fint, den her pasienten tåler litt.	Pasientens helsetilstand	De som ikke følger retningslinjene, følger kanskje sine vaner og mener at pasienten tåler litt.	Hvis retningslinjene ikke følges kan årsaken være vaner, en holdning om at pasienten tåler kontakt uten at håndhygiene er ivaretatt.	
Det er en utbredt hanskebruk, og en overdreven hanskebruk, for det er et instinkt i deg at du skal beskytte deg.	Egen beskyttelse	Det er en utbredt hanskebruk fordi jeg skal beskytte meg.	Faren for å bli smittet fører til at det benyttes hansker i stor grad som beskyttelse.	

KAPITTEL 5 PRESENTASJON AV FUNN.

Temaene gir en oversikt over hva som virker inn på etterlevelse av håndhygiene. Funnene viste også at det var en sammenheng mellom temaene. Tid blir kommentert både under den anbefalte tidsbruken det tar å utføre håndhygiene etter anbefalinger, og tiden som er til rådighet når man jobber på en avdeling med akutt kritisk syke pasienter. Risikovurdering har en sammenheng med pasientens tilstand, og en vurdering om hvor viktig det er å følge retningslinjer overfor alle pasienter. Funnene som følger er illustrert med sitater fra respondenter. Leger og pasienter blir i studien omtalt som han.

5.1 Begrenset interesse for retningslinjer i håndhygiene

Funn i studien viser at det var en generell oppfatning at håndhygiene var enkelt, elementært og ikke vanskelig å utføre. Til tross for det så mente flere av respondentene at retningslinjer i håndhygiene var for omfattende til at de kunne gjennomføres. Retningslinjer var både i omfang for når det skulle gjøres, hvordan det skulle utføres og den anbefalte tidsbruken, for omfattende til at de ble etterlevd. Det var også tvil om at en måtte rengjøre hendene i alle de tilfeller som retningslinjer viser til.

5.1.1 Tidkrevende

Anbefalinger om når håndhygiene skal gjennomføres i forhold til de daglige gjøremål, ble oppfattet som vanskelig å følge. Ved å følge retningslinjer ville håndhygiene ta tid fra andre gjøremål. Flere av respondentene mente at mye av tiden på en intensivstue ville gå med til å utføre håndhygiene. Hvis retningslinjer skulle etterleves hadde de blitt stående og desinfisere hendene hele tiden, for enten så tar de i utstyr som kan være infisert, eller så har de kontakt med pasienten, eller er i kontakt med pasientens omgivelser.

”Det tar for mye tid, hvis man tar den tiden det tar å gjøre det, da tar det tid fra andre ting.”

Proseduren for hvordan håndhygiene skal utføres tok for lang tid. De mente selv at de fikk rengjort hendene godt ved en vanlig håndvask, og teknikken som prosedyren viste til var for

omfattende. Det var heller ikke vanlig å vaske hendene i 30-60 sekunder. En vanlig håndvask omfattet ikke prosedyren som er anbefalt for å få rengjort hele hånden og de mente at de fikk vasket det som var aktuelt. Det samme gjaldt for bruk av sprit. Tidsbruk og teknikk som er anbefalt ved bruk av sprit, ble heller ikke brukt ifølge respondenter. Bruk av sprit opplevdes som et godt middel for å bli kvitt mikrober, men de fulgte ikke med på hvor lang tid de brukte på å ”sprite” hendene. Det var spesielt håndflatene som ble spritet. En respondent sa at de ønsket nok å gjøre det riktig, men at ”sekundene” var lengre enn de trodde. Ved synlig smuss som en ville fjerne ved hjelp av håndvask så ble håndvasken mer omfattende, men teknikken ble heller ikke nå benyttet.

5.1.2 Liten tiltro til retningslinjer

Respondenter ga uttrykk for tvil om kunnskapen som retningslinjer i håndhygiene var basert på stemte. Det var manglende tiltro til hvor viktig det var å følge retningslinjer.

Flere av respondentene mente av leger ikke utførte håndhygiene. Leger ble oppfattet som kunnskapsrike og at de visste mye om smitte og mikrober. Det var observert at leger gikk fra pasient til pasient uten å utføre håndhygiene. Når de ikke utførte håndhygiene ble håndhygiene på en måte ikke så viktig ved pasientkontakt som retningslinjer tilsa.

Respondenter mente at det manglet bevis for at utelatt håndhygiene kunne få konsekvenser. Det var ikke vanlig å se på personalets atferd som kilden til kryssmitte, mellom pleiere og pasient, selv om de mente at kunnskapen var der. Håndhygiene er ikke en målbar faktor for den er usynlig.

”En kan ikke komme på jobb og si at du vasket ikke hendene dine i går så den pasienten har så, så mye i CRP i dag.”

Noen ansatte ble så redde for pasienter med spesielle mikrober, at de unngikk kontakt med pasienten. De stolte ikke på kunnskapen om smitteveier og hvordan de kunne kvitte seg med mikroberne for å unngå å få mikroberne på egen hud. En respondent opplevde at ved kjent og relativt farlig smitte, så var det de samme sykepleierne som håndterte pasientene, mens andre unngikk disse pasientene.

Fordi man ikke kan se bakterier og virus så var det akkurat som at de ikke eksisterte. De ble på en måte ufarlige. Respondentene viste til at kollegaer som brukte ring på arbeidsplassen ikke tok forskningen rundt ring og bakterier på hendene til seg. Det var gjerne de som hadde jobbet i mange år, som ikke ville ta den av seg. Enkelte ville ikke ta av ringen i garderoben på jobben, for de var redd for å miste ringen og det var heller ikke aktuelt å la den være hjemme når man gikk på jobb. Giftringen var en del av identiteten deres. Det at en kunne være en smittespreder ved bruk av ring, trodde man ikke på og det var ikke tilstrekkelig begrunnelse for å gå uten ring på jobb.

Hvis noen hadde fått beskjed av kolleger om at de påførte pasienten smitte så hadde de blitt mer forsiktige. Da hadde man vært flinkere til å holde orden rundt pasienten og å ”sprite” over pasientens omgivelser for å fjerne mulig kontaktsmitte. Hvis personell hadde mer kunnskap om hvordan bakterier smittet, så hadde man blitt mer observant på smittepunkter rundt seg.

”Vi ser ikke helt vitsen, men det er kanskje fordi vi ikke vet.”

Respondentene var mer påpasselige og forsiktige der de visste at det var oppvekst av spesielle mikrober. Ved kjent smitte, som ved Noro virus, var det utbredt kjennskap til at håndvask og ikke sprit førte til en fjernelse av viruset fra hendene. Hvis det var kjent smitte så mente respondenter at de ville ha skjerpet seg.

Flere av respondentene mente at det først og fremst var personell fra smittevernavdelingen sin oppgave å informere om smittevern. På en annen side så opplevdes den informasjonen som smittevernpersonell gav, som overdreven, lite holdbar og kjedelig. Hygienepersonell som har til oppgave å gi råd og informere om smittevern, var til tider gjenstand for muntre kommentarer. De hørte på rådene om håndhygiene som ble gitt, men la ikke særlig vekt på disse. Hygienepersonell hadde fått et rykte på seg å være et slags lekepoliti, som kom og kakket personell i nakken av og til.

”Det kan minne litt om mora mi liksom, masing. Har du vasket hendene dine nå?”

Det var ingen på avdelingen som informerte om forskningsfunn innen håndhygiene. Respondenter mente at folk var mett av håndhygiene og at kolleger heller ville lære mer om andre emner som kunne løfte en faglig. Det var ikke interesse for å søke mer kunnskap om hygiene, fordi det var en utbredt oppfatning om at håndhygiene kunne man fra før av. Håndhygiene var noe som en forventet at alle kunne, det var lært fra barnsben av eller gjennom utdannelsen.

Håndhygiene var ikke et tema på morgenmøter eller fagseminar. Håndhygiene tapte mot en høyere interesse for mer fagkunnskap rettet spesielt mot pasientgruppen som var på avdelingen. Mer kunnskap relatert til diagnoser som pasientgruppen hadde der de jobbet, ville kunne heve dem faglig. I prioriteringen mellom hvilke seminarer de ønsket å delta på, så var det den diagnose-rettede fagkunnskapen som sto høyest. Det var viktig på en spesialavdeling, fordi det hadde stor betydning at en hadde kompetanse til å håndtere pasientgruppen på en god måte. Det var ellers ofte begrenset anledning til å søke på fagrelatert kunnskap på nett mens de var på jobb, og hvis de hadde tid til overs så var det ikke håndhygiene det ble søkt etter. Det var generelt liten interesse for selv å søke mer kunnskap om håndhygiene. Håndhygiene ble oppfattet som et kjedelig tema.

”Det er ikke hygiene det smeller av.”

Selv om de skulle ønsket mer undervisning innen håndhygiene, så måtte de prioritere for det var vanskelig å delta på flere seminarer på grunn av høyt tidspress på jobben. Det var vanlig å få gå på ett seminar i året, noen ganger flere, men det var sjelden. Resultatet ble at mer fagspesifikke tema ble prioritert når de fikk anledning til å delta på seminar.

Fagutviklingssykepleier på avdelingene tok imot forslag til tema som kunne tas opp på møter og seminarer. Håndhygiene var ikke et tema som ble tatt opp. Personell fikk heller ikke ”linker” til forskningsfunn, som kunne gjøre det lettere å finne oppdatert kunnskap om håndhygiene på nettet.

Det var en utbredt oppfatning at personalet på intensiv- og postoperative avdelinger var flinke til å utføre håndhygiene. Årsaken til sykehusinfeksjoner kunne være fra andre smittekilder og det var forslag til hvorfor det var sykehusinfeksjoner. Disse kunne være som

følge av at pårørendes vesker som først var satt på gulvet ble satt i senga til pasienten, det kunne være portører eller røntgenpersonell som ikke utførte håndhygiene, utstyr som var umulig å få helt rent, usikkerhet om sengen og sengestativ var vasket godt nok på sengesentralen og om legene spritete over stetoskopet sitt.

5.2 Risikovurdering

Funn i studien viste at det ble vurdert om håndhygiene skulle utføres. Tidsfaktoren for å ha mulighet til å utføre håndhygiene var viktig. Det omfattet pasientens tilstand, om det var tid nok til å utføre håndhygiene slik situasjonen var og hvor sårbar pasienten var. Det ble også vurdert om situasjonen kunne utgjøre en smitterisiko for en selv. Hvis den gjorde det, så beskyttet man seg selv med hansker først og fremst.

5.2.1 Pasientens helsetilstand

Funn i studien viste at det ble gjort vurderinger om håndhygiene kunne utelates. Situasjonen avgjorde om en skulle utføre håndhygiene før en gjorde noe annet. Det å yte hjelp ved akutte situasjoner var viktigere enn først å utføre håndhygiene. Det ble også vurdert om hvor sårbar og mottagelig pasienten kunne være for smitte, og om pasienten representerte noen smittefare for omgivelsene og en selv.

Det var mange som fortalte at når det skjer noe så kommer aktiviteten rundt hendelsen foran utførelse av håndhygiene. Spesielt ved akutte situasjoner så viker håndhygiene til fordel for livreddende handlinger. Det er et høyt tempo når mye skal skje på en gang. Tilstedeværelse av mye utstyr og flere folk som kommer til, kunne føre til at det ble trangt rundt pasienten. Det ble også forventet at når noen ber om hjelp så tenker en kun på å redde liv, og hopper over håndhygiene.

”Det viktigste kommer først, og det er ABC.”

Det var lett å glemme seg bak at det var hektisk. Øyeblikkelig hjelp er en relativ betegnelse, og det kan være glidende overganger mellom det som haster og det som kan vente litt. Det var ikke hektisk så ofte og det var mulig å ivareta håndhygiene spesielt med bruk av sprit. Det var imidlertid slik at når noe opplevdes som akutt så skulle fokuset være på pasienten og ikke på

håndhygiene. Det virket som at håndhygiene ikke var like viktig. En annen mente at en kunne gjemme seg bak uttrykket øyeblikkelig hjelp som begrunnelse for ikke å utføre håndhygiene.

Egne erfaringer og hva som var vanlig på avdelingen, ga grunnlag for en vurdering om etterlevelse av håndhygiene ut i fra hvilke konsekvenser det kunne få for pasienter. Det ble vurdert hvor sårbar pasienter var og hvor viktig det var å utføre håndhygiene før pasientkontakt. Pasienter som ble oppfattet som friske, robuste og sterke ville tåle en kontakt uten at håndhygiene ble utført i forkant. Det var en oppfatning om at det bestandig var en eller annen form for smitte i samfunnet og at det var umulig å unngå alt.

”Det er litt den holdningen at det går fint, den her pasienten tåler litt.”

Hvis en pasient ikke hadde kjent smitte, så tenkte en ikke like mye på smitte og håndhygiene. Det var en oppfatning på intensiv- og postoperativ avdelinger at hudkontakt var viktig for pasientene. Mange av pasientene på disse avdelingene var så ”gjennomtestet” at personalet viste til enhver tid hvilke bakterier de hadde. Det tar imidlertid noen dager fra prøven er tatt til svaret foreligger. Tiltakene rundt smitte trer i kraft først når de mikrobiologiske svarene foreligger. Inntil da blir pasienten vurdert som en person som ikke representerte noen smittefare for omgivelsene.

”Hadde vi visst at pasienten hadde den bakterien så kunne jeg ha beskyttet meg og ikke blitt smittet.”

Håndhygiene ble ikke alltid utført etter pasientkontakt, når pasienter ble oppfattet som lik dem selv, familie og kolleger og ikke representerte noen fare for smitte. I slike tilfeller var det ikke noen grunn til å utføre håndhygiene etter pasientkontakt, for kontakten representerte ikke noen smittefare for omgivelsene og en selv.

Hvis noen ansatte hadde blitt smittet av en mikrobe på avdelingen, var det mye følelser knyttet til det. Det opplevdes som ugreit og man følte seg utsatt. Hvis personale hadde blitt smittet av en bakterie, så hadde respondenter inntrykk av at de mente at smitten skyldtes jobben, miljøet eller andre kolleger. De koblet ikke smitte med egen håndhygiene.

”Jeg tror ikke at man tenker linker mellom håndhygiene, man tar det litt i fra seg.”

På spørsmål om hva personalet var mest redde for, å ha bakteriene på hendene sine eller om pasienten ble smittet, var svaret at personalet var mest opptatt av å beskytte seg selv. De var redde for å ha fått bakterien selv.

”Folk er mer redde for seg selv. Vi er enkle der.”

Pasientens tilstand kunne også oppfordre til omsorg og beskyttelse mot omgivelsene. I noen tilfeller var det åpenbart at pasientgruppen var mer mottagelig enn andre pasientgrupper. Det gjaldt først og fremst spebarn, barn og hardt skadde pasienter. Et lite nyfødt barn ble oppfattet å være sårbart og vergeløs og det vekket et ønske om å beskyttet barnet ved å utføre håndhygiene før kontakt. Andre pasientgrupper ble ivaretatt ut fra at sykepleieren skulle hjelpe pasienten gjennom intensivoppholdet og ikke forårsake ytterligere besvær som en infeksjon ville kunne være. Pasienter som kom til intensiv- og postoperativ avdeling ut fra sin helsetilstand hadde det tungt nok allerede, og det var et ønske om ikke å påføre dem noe mer. Noen respondenter knyttet håndhygiene til sykepleieryrket, som innebar omsorg overfor andre sårbare grupper. Ivaretagelse av håndhygiene lå innenfor omsorgsbegrepet innen sykepleien og var en viktig del av yrkesutøvelsen. En respondent mente at sykepleieryrket passet ikke for alle fordi du måtte ha et ønske om å hjelpe andre, for det var det sykepleie handler om.

”Omsorg er vår produksjon.”

På noen avdelinger er det innført prosedyrer for pårørende for å redusere infeksjonsfaren overfor pasienter. Pårørende får et skriv hvor det henstilles om å utføre håndhygiene før de kommer inn på avdelingen. Det var et effektivt tiltak fordi pårørende fulgte opp henstillingen om å utføre håndhygiene for å beskytte pasienter. Kunnskap om smittevern ble brukt for å beskytte pasientene.

Ved kjent smitteagens så var det en høy etterlevelse av håndhygiene. Folk var oppmerksom på smittefaren og fulgte retningslinjer. Enkelte av respondentene hadde erfaring fra spesialavdelinger rettet inn mot behandling av infeksjoner og det hadde gitt dem et godt grunnlag innen smittevern. De fikk god opplæring i smittevern og håndhygiene ble sterkt

fokusert. Kunnskap om smitteveier var et daglig tema som ble brukt i kontakten med pasientgruppen på avdelingen. Håndhygiene var en del av arbeidet for å unngå smittespredning, og etterlevelsen gikk på ”skinner”.

5.2.2 Selv beskyttelse

Hvis en oppfattet at situasjonen utgjorde en smitterisiko for en selv, da beskyttet man seg selv først og fremst og håndhygiene kom i annen rekke. Det var viktig å beskytte seg selv mot smitte, og det ble oftest gjort med bruk av hansker. Det ble oppfattet som viktig å beskytte seg selv først, selv om en viste at en ikke skal håndtere rent og urent med de samme hanskene.

Det var et høyt forbruk av hansker på avdelingen, og noen mente at det var en overdreven bruk av hansker. Til tider var det en ukritisk bruk av hansker, noen brukte hansker til alt. De opplevde at hanskene var en god barriere mot smitte fra pasienten.

”Hansker er på en på måte hånden vår, jeg tar nesten ikke på pasienten uten å ha på hansker.”

Det var et ønske om ikke å få pasientens bakterier på seg. Til tross for at omsorg for andre var en vesentlig del av sykepleien så tenkte en på egen beskyttelse før en beskyttet andre. Det var et instinkt at en skulle beskytte seg.

Hanskene ga en god beskyttelse, og de stolte på at når hansken var tatt inn på sykehuset så var de også godkjent som et beskyttelsesmiddel. Det at hanskene kunne ha hull var en problemstilling som ikke ble vurdert som særlig aktuell. Hanskene ble oppfattet som en god barriere mot smitte fra pasienten, og ansvar for kvaliteten på hanskene ble lagt til de som tok inn produktet på sykehuset. Det var det sykepleieren hadde som beskyttelsesmiddel og de opplevde at det var et godt hjelpemiddel.

Etter hanskebruk er det i følge retningslinjer anbefalt å vaske hendene. Det ble ikke utført til vanlig, men hvis en opplevde at hendene var fuktige eller luktet ”plast” etter å ha hatt på hansker en stund, så vasket man hendene sine. Enkelte av respondentene mente at hendene ble vasket eller spritet så mye i løpet av dagen, at det ikke var nødvendig å rengjøre hendene etter bruk av hansker. Andre igjen mente at de hadde benyttet hanskene i så kort tid, at det ikke var nødvendig å vaske hendene etter hanskebruken.

5.3 Etterlevelse er den enkeltes ansvar

Respondenter mente at håndhygiene fikk man utøve som man selv vil. Det blir observert brudd på retningslinjer blant kolleger men det sies ikke i fra om det. Det var ikke vanlig å kommentere manglende håndhygiene. I prinsippet kunne man gjøre som man ville.

Det var et gjennomgående funn i studien at manglende etterlevelse av håndhygiene var basert på tidligere erfaringer og vaner. Flere av respondentene mente at etter lang erfaring så gjorde man som man selv ville og ingen påpekte det.

”Det er vanskelig å si i fra til de gamle ringrevene.”

Det kunne også bli oppfattet, hvis man sa ifra ved manglende håndhygiene, at kollegaen hadde lav kompetanse når vedkommende ikke utførte håndhygiene. Det var flere som sa at legenes håndhygiene kommenterte de aldri. Jeg spurte om det var på grunn av respekt for legegruppen. Da svarte de at det ikke var på grunn av stor respekt for legegruppen at de ikke ville si ifra, men det var heller respekten for deres kunnskaper som førte til at de ikke utførte håndhygiene. Legene ble oppfattet som så kunnskapsrike at de ikke ville påpeke noe som de mente at en lege kunne fra før av.

Det var flere som hadde sett andre faggrupper som ikke hadde utført håndhygiene. De ville ikke ha sagt ifra til en lege, men hvis det var en fysioterapeut så hadde de sagt ifra. Da var det mer for å hjelpe til med en opplysning, enn å si ifra om en manglende håndhygiene. Det kunne antas at fysioterapeuten ikke hadde nok kunnskap om smittefaren. Spesialt ved funn av mikrober, som ble oppfattet som aggressive eller resistente, så var det lettere å si fra til leger og andre faggrupper om håndhygiene.

Respondenter opplevde at de ikke hadde mandat til å si ifra ved manglende håndhygiene. En respondent opplevde det som så ekkelt at legene ikke vasket hendene sine at hun håpet at hun aldri måtte behandles av dem, og hun syntes at de var overraskende dårlige i etterlevelse av håndhygiene til tider. Hun valgte å ikke kommentere det, for det ville gi et dårligere arbeidsmiljø. Hun ville kunne ikke være politi på avdelingen, i et ellers stressende miljø.

”Jeg føler at jeg ikke kan påpeke det, det er ikke min oppgave å si ifra, men jeg tenker mitt, jeg synes det er ekkelt og uhygienisk.”

De hadde det så anstrengende og tøft i det daglige at det å kommentere manglende håndhygiene ville ødelegge miljøet på avdelingen. Det hadde ikke blitt god stemning hvis de skulle gått og ”hakket” på hverandre. Intensiv- og postoperative avdelinger var såpass tøffe avdelinger å jobbe på i utgangspunktet, at en vil ikke belaste kolleger med å kommentere manglende håndhygiene. De kunne ikke gå rundt og passe på kolleger, for det var ikke deres oppgave.

Håndhygiene var heller ikke noe som man til vanlig observerte om andre kolleger gjorde. Noen respondenter mente at annet personell måtte komme inn og observere ansatte og se om de utførte håndhygiene. De selv mente at ingen på avdelingen ville gå rundt og passe på kollegaene.

Håndhygiene gikk mer på det private området og ikke at det var en profesjonell arbeidsoppgave. Håndhygiene var noe som en hadde lært tidligere. Noen koblet det til foreldrenes fokus på håndhygiene. Det var vanskelig å si til en annen at vedkommende ikke hadde utført håndhygiene. Det var ingen respondenter som knyttet kommentarer til det å kritisere kolleger. Håndhygiene gikk på noe annet, noe dypt personlig anliggende hos vedkommende. Håndhygiene ble sett i sammenheng med en personlig hygiene. En stiller ikke spørsmål om andres hygiene, til det er det for privat og personlig, og det kan bli oppfattet som å si at kollegaen var uhygienisk. Sykepleiergruppen var litt forsiktige med å sette håndhygiene på dagsorden. Det var greit å si fra til en kollega at en ikke kunne blande et medikament i sterilt vann, eller at en pasient ikke hadde oksygen, men håndhygiene opplevdes som et tabuområde.

”Jeg tror det skyldes at hvis man sier at du ikke har vasket hendene godt nok, så føles det som at det du sier er veldig privat, mens det kan forsvares hvis det er sterile hansker for det er ikke så privat på en måte.”

Hver og en fikk utøve en håndhygiene som de vil selv, selv om noen kunne utføre

håndhygiene så mye at det ble oppfattet som at arbeidsoppgaver kom i annen rekke etter håndhygiene. Det at noen valgte å gjøre det så ofte, var det ingen som kommenterte.

Det som fikk noen til å si ifra ved manglende håndhygiene, var tidligere erfaringer knyttet til manglede etterlevelse i forbindelse med pleie og behandling av sårbare pasienter. Egne opplevelser hvor de ikke hadde våget å si ifra, hadde i ettertid vært gjenstand for ettertanke. De hadde tenkt på hvordan det gikk med pasienten, og ga uttrykk for samvittighetskvaler når de tenkte på hva pasienten hadde vært utsatt for ved manglende håndhygiene. Det hadde ført til at de nå prøvde å si fra, hvis de nå så at håndhygiene ikke ble utført når det burde ha vært det. Når de observerte at kolleger ikke ivaretok håndhygiene, også leger, så sa de fra, men det var like ubehagelig å si fra som tidligere.

”Det ble gjort store håndhygienefeil, uten at jeg torde å si ifra, jeg ble veldig skremt, hva skjer når han står alene, så tenkte jeg at jeg skal alltid si ifra, selv om det er ubehagelig, men jeg liker ikke å si ifra. Men det var en ubehagelig opplevelse, som gjør at jeg har fått et mer bevisst forhold til håndhygiene.”

Kolleger kunne påvirke hverandre på en positiv måte. Det at noen var flinke til å sprite hendene, fikk andre på tanken om at det var lurt, det skal jeg også gjøre. Når en så at andre brukte sprit så ble man mer oppmerksom på å gjøre det samme selv.

5.4 Engasjement

Noen av respondentene mente at nedsatt engasjement i jobben kunne gi seg utslag i manglende etterlevelse. Respondenter mente at de fleste er engasjert når de er nyutdannet og at de vil være pliktoppfyllende i jobben og gjøre det som var forventet av dem. Det kan se ut som at noen slappet litt av i forhold til håndhygiene når de hadde jobbet i noen år. Andre igjen, mente at engasjement ikke var relatert til fartstid, enten var man engasjert i faget, eller så var man det ikke. Etter mange år i yrkeslivet så har en fortsatt de som brenner for faget, mens andre igjen har mistet engasjementet.

Etterlevelsen kunne også ha en sammenheng med hvor sliten en selv var og hvor god bemanningssituasjonen var. Noen ganger var det en selv det kom an på, en var mindre opplagt

enn andre dager. Andre ganger kunne det være redusert bemanning, og det resulterte i flere arbeidsoppgaver for hver enkelte som var på jobb, og da kunne en bli sliten.

”Hvis man er sliten og lei så tar man snarveier.”

Når det ikke var kjent smitte ble en mindre opptatt av håndhygiene, ”en ble sløvere” som en sa. Det ble hevdet at det var nok kunnskap om håndhygiene blant personalet og det ble trukket paralleller til bruk av bilbelte. De vet at det kan få konsekvenser ved manglende bruk, men det er fortsatt noen som ikke bruker det. Enkelte sykepleier ble kalt ”akutt guruer”. Hvis det oppsto noe akutt så kom de løpende. Når det var fart og spenning så var de interesserte, men når det var snakk om pasienter med smitte og fokus på hygiene så var de mindre ivrige. Hygiene var ikke like spennende.

Flere hadde observert brudd på retningslinjer. Det å være en som sier ifra avhenger både av hvor mye krefter en orker å bruke og et bevisst ønske om å gjøre det. Det å skulle si ifra ble oppfattet som slitsomt, fordi man ikke viste hvordan den andre ville reagere.

Respondenter knyttet håndhygiene til det å være bevisst og engasjert i jobben. Når man var bevisst og aktiv i jobben, brukte man kunnskap om hvorfor håndhygiene var anbefalt, og da ville håndhygiene bli utført. Håndhygiene ble knyttet til en profesjonell del av sykepleieryrket.

”Jeg blir litt lei, men ser på det som en oppgave, som en del av jobben min. Jeg føler at jeg og mine kolleger ser det som vår oppgave, fordi pasientene har nedsatt immunforsvar og er dårlige, så vi er bevisste på at det er en del av sykepleieutøvelsen.”

5. 5 Lederskap

Flere av respondentene mente at håndhygiene var noe som mest angikk dem som jobbet pasientnært. Ledelsen var ikke direkte involvert i pasientpleien, og det ble mer mellom kolleger seg imellom hvordan håndhygiene ble praktisert i klinisk praksis. Ledelsen fokuserte vanligvis ikke på håndhygiene, men hvis det var høy forekomst av infeksjoner, så ble det satt i verk tiltak fra ledelsens side.

5.5.1 Tilstedeværelse av ledelse

Flere av respondentene opplevde at ledelsen på avdelingen ikke synliggjorde at håndhygiene skulle etterleves. Avdelingsledelsen kom ikke med innspill, brosjyrer, eller påminnelser om håndhygiene. Ledelsen fulgte heller ikke med på hvordan etterlevelsen av håndhygiene var. Respondenter mente at det var smittevernpersonell som skulle følge opp håndhygiene og ikke ledelsen. I det daglige var avdelingsledelsen opptatt av andre områder knyttet til drift. Det var ukjent om håndhygiene ble ansett som vesentlig i pleien av pasienter, men det ble antatt at ledelsen mente at det skulle gjennomføres.

Ingen hadde opplevd at ledelsen hadde påpekt manglende håndhygiene, men de var heller ikke der hvor pleien ble utøvd. Det var heller kollegaene som påvirket hverandre.

”Det er kanskje ikke så mye involvering fra ledelsen, jeg oppfatter at det er mer kollega til kollega..”

Noen med kortest erfaring som sykepleier på avdelingen hadde fått kommentarer på at de ikke hadde utført håndhygiene. Det hadde for så vidt vært greit å få en slik kommentar, men hendelsen hadde satt såpass inntrykk på dem at de husket kommentaren i ettertid. På spørsmålet mitt om de visste om ledelsen noen gang hadde påpekt manglende håndhygiene, var svaret at de ikke hadde hørt om, eller opplevd, dette.

En respondent mente at ved graverende handlinger skulle en melde avvik. Jeg spurte om det å melde avvik var naturlig å gjøre i forhold til håndhygiene og kolleger. Hun mente det, hvis det var alvorlig nok, men hun hadde aldri opplevd at manglende håndhygiene hadde blitt meldt som avvik.

Flere opplevde at det til tider var et visst press på å få pasienter videre til sengeposten eller andre sykehus. Intensiv- og postoperativ avdeling var på en måte ”proppen” i sykehuset og det gjaldt å få pasienter videre. Respondenter opplevde at ledelsen var opptatt av at ting gikk unna, men la ikke forholdene til rette for etterlevelse av håndhygiene. Hvis personalet mente at det var for få vaskeservanter i nærheten av pasienter ble det fra ledelsen sin side opplyst at det ikke var mulig å få flere vaskeservanter på rommene.

5.5.2 Leder initiativ

Noen respondenter hadde opplevd at ledelsen satte håndhygiene på dagsorden. På noen avdelinger var det innført lokale retningslinjer for håndhygiene, da det var infeksjoner blant pasientene på avdelingene. Tiltakene ledelsen satte i verk resulterte i høyere etterlevelse. Håndhygiene var satt i system innenfor rammen av dagens arbeidsoppgaver. Retningslinjen beskrev når håndhygiene skulle utføres, hvilke midler som skulle benyttes og hvordan håndhygiene skulle gjennomføres. En lignende retningslinje ble også presentert til pårørende. Dette hadde effekt over tid. Det var mye omstilling, og det opplevdes som stressende fordi personalet måtte endre rutiner og vaner de hadde fra før av. Det var ingen ”inspiratorer” på avdelingen. Det som påvirket til gjennomføring var usikkerheten om årsak til infeksjoner, hva som spredte smitten på avdelingen og at ledelsen var tilstede på de stedene der retningslinjen skulle gjennomføres. Det var med andre ord synlig for ledelsen om håndhygiene ble etterlevd eller ikke. Flesteparten av alle ansatte gjennomførte prosedyren og den var fremdeles i bruk flere måneder etter at den ble presentert.

På en annen avdeling jobbet ledelsen og en gruppe av sykepleiere sammen og lagde regler for hvordan håndhygiene skulle etterleves på avdelingen. Reglene omfattet hvordan en skulle opptre i miljøet, ved for eksempel å si ifra at jeg har rene hender eller hansker når de forlot pasientens område. Respondenten hadde opplevd ringvirkninger av deres arbeid blant legegruppen for nå diskuterte legegruppen hygiene og smittevern i forhold til pasienter. Det å se at en har lyktes i jobben for å ivareta håndhygiene, opplevdes som svært positivt.

”Jeg kjenner at jeg blir kjempemotivert fordi det er ikke jeg som har tatt det opp, noen andre har tatt opp smittevern og hygiene og det er på lege nivå, da kjenner jeg at vi har kommet langt.”

En respondent opplevde at ved å innføre en meget konkret prosedyre for når håndhygiene skulle gjennomføres, gjorde det lettere å få gjennomslag for gjennomføring. Når ledelsen tok initiativ til en etterlevelse, så var det også lettere å si ifra hvis noen ikke fulgte opp.

Ledelsen kan oppmuntre til at alle skal etterleve håndhygiene, og at det kan sies ifra ved manglende etterlevelse uten at det er noe feil i det, og uten at det blir tatt dårlig opp av den som får kommentaren.

”Jeg skulle ønske at det var greit å si ifra til hverandre, om hygieneslurv.”

Det ville være lettere å få gjennomføring for en etterlevelse, hvis kulturen på avdelingen var åpen for at man kunne minne hverandre på å utføre håndhygiene. Hvis ledelsen kunne få håndhygiene til å klinge litt, ved å lage seminar som var interessante, så ville håndhygiene kunne bli mer positivt. Seminaret behøvde ikke å vare hele dagen, men kun et par timer i løpet av arbeidsdagen så flere fikk anledning til å delta. Enkelte av respondentene hadde vært på lignende seminar og mente selv at de kom tilbake til jobben med et mer innholdsrikt syn på den profesjonelle håndhygiene som skal utføres på sykehus. Det ga en positiv innvirkning på etterlevelsen. Vedvarende oppmerksomhet om håndhygiene fra ledelsens side opplevdes som viktig fra respondentens side. Ved å understreke viktigheten av god håndhygiene kunne ledelsen påvirke til en bedre etterlevelse av håndhygiene.

5.5.3 Tilgjengelighet av desinfeksjonsmidler

Det var flere av respondentene som sa at det var lett å ivareta håndhygiene, fordi det var lagt til rette for etterlevelse. Når man ønsket å sprite hendene sine, så var det plassert spritdispensere i nær tilknytning til aktiviteter. Ledelsen viste også en raushet med utplassering av spritdispensere og det var ikke mangel på innkjøp av refill til spritdispensere. Det var ingen begrensinger i bruk av sprit fra arbeidsgivers side.

”Jeg tror jeg spriter hendene mine minst 30 ganger i løpet av en dag.”

Flere av avdelingene hadde satt i et system at dispensere ble etterfylt når de var tomme. Der hvor det ikke var et gjennomført system for påfyll, var det enkelt for sykepleiere å hente nye poser med sprit.

Flere av respondentene opplevde at det var lettere nå å utføre håndhygiene, fordi de hadde lett tilgang til sprit som var både enklere og raskere enn håndvask. Huden ble ved å benytte hånddesinfeksjon med glycerol tilført fuktighet, og det opplevdes som bedre enn håndvask fordi det kunne føre til tørre hender. Det var lett tilgang til vaskeservant med såpe og papir. Såpen og papiret som var tilgjengelig var helt greit å bruke. Noen av respondentene husket hvordan såpen og papiret var på sykehuset for noen år tilbake, og huden kunne bli tørr og sår

når man vasket hendene. De mente at håndhygienemidler som de brukte nå var mye bedre for huden, enn det som hadde vært tilgjengelig tidligere.

Det var to ting som kunne begrense håndhygiene. Det første var at det ikke var håndvasker i nærheten av pasientsengene, men et stykke unna. Det andre var at vaskeservanter hadde berøringsfrie armatur, med forhåndsinnstilt vanntemperatur, som enten hadde for kaldt eller varmt vann. Da kunne det hende at en ikke tok seg tid til å justere vanntemperaturen og det førte til at en ikke utførte håndvask. En gikk i stedet bort til en annen vask med kraner, og den kunne i noen tilfeller være et helt annet sted. Det førte til at de måtte åpne døren uten å ha fått vasket hendene først. Ledelsen var informert om problemet og kunne ha byttet ut berøringsfri armatur, men det ble ikke gjort.

KAPITTEL 6 DRØFTING AV FUNN.

Studien har hatt til hensikt å utforske sykepleierens mening om hvilke faktorer som påvirker etterlevelse av håndhygiene. Intensjon har vært å få belyst hva som begrenser og hva som fremmer etterlevelse av håndhygiene. Funn vil bli drøftet opp mot andre studier og annen relevant litteratur innenfor samme tema.

Funn i studien viser at det var i alt fem hovedfaktorer som påvirket en etterlevelse av håndhygiene; begrenset interesse for retningslinjer, risikovurderinger, den enkeltes ansvar, engasjement og leder kontroll. Enkelte funn er drøftet under flere kapitler. Et eksempel er tiden som en korrekt håndhygiene krever. Det blir omtalt under punkt 6.1 ut fra at det tar for lang tid og under punkt 6.2 om muligheten for å bruke tiden som må til for å utføre en effektiv håndhygiene. En faktor som risikovurdering blir omtalt både ut ifra pasientens sårbarhet, men også ut ifra den ansattes antatte mottagelighet for smitte.

6.1 Begrenset interesse for retningslinjer i håndhygiene

Respondenter var generelt positivt innstilt til håndhygiene og mente at håndhygiene var av stor betydning for å hindre smittespredning. Til tross for positiv innstilling til håndhygiene, viser funn i studien at det var liten tro på at retningslinjene måtte følges. De ble oppfattet som for omfattende, og det var generelt liten interesse for å følge dem.

Flere respondenter oppfattet at retningslinjer i håndhygiene var for tidkrevende til at de ble etterlevd. Etterlevelse etter retningslinjer ville kunne føre til at store deler av arbeidsdagen ville gå med til bare å utføre håndhygiene. Respondentene mente at skulle de vaske hendene opp til 30-60 sekunder ville det tatt tiden fra andre gjøremål. De stilte spørsmål om det var mulig og hva det ville bety for arbeidet. Å skulle vaske hendene så lenge som det var anbefalt å gjøre ville føre til at de ikke fikk gjort jobben som var knyttet til pasientpleien. Det var vanskelig å forholde seg til retningslinjer som virket urealistiske.

En studie av Voss og Widmer (1997) så på hvor mye tid som ville gått med på å følge retningslinjer, både tiden som er anbefalt å bruke, og tidsbruken en håndhygiene ville ta alt i

alt. De konkluderte med at 100 % samsvar med retningslinjene kunne forstyrre pasientbehandlingen. På en intensivavdeling med 12 helsearbeidere ble etterlevelse knyttet til tiden som det tar å gå til vasken, skru på vannet, justere vanntemperaturen, vaske og tørke hendene og deretter gå tilbake til pasienten. Estimert ville det kunne ta opp mot 16 timer pr. dag skift, - to dagsverk, noe som utgjorde 17 % av staben på tolv ansatte. Voss og Widmer (1997) fant at mangel på tid var en stor medvirkende faktor til en negativ holdning til etterlevelse av håndhygiene i tråd med retningslinjene. De skrev at flere hadde utført korrekt håndhygiene hvis det tok mindre tid.

Det var et gjennomgående trekk i studien at anbefalingen for når håndhygiene skal utføres, var for omfattende til at det ble gjort. Flere av respondentene mente at det ikke var gjennomførbart å følge retningslinjer for når en skal utføre håndhygiene. De hadde en utstrakt kontakt med pasienter eller med pasienters omgivelser, noe som var nødvendig på grunn av tilstanden til pasientene. Respondentene mente at de ikke ville rekke å gjøre sine arbeidsoppgaver hvis de skulle ha etterlevd retningslinjer for håndhygiene. De ville ikke ha gjort noe annet enn å rengjøre hendene. Når etterlevelse av håndhygiene ville ta så mye av arbeidstiden til sykepleieren, så ville det være nødvendig med flere personer for å ivareta alle sykepleieoppgavene som er på intensiv- og postoperative avdelinger. Respondentene mente at etterlevelse av håndhygiene vil kunne bli forbedret hvis bemanningsplanen tok hensyn til tiden det tar å gjennomføre håndhygiene og ansatte mer personell.

En studie utført av McArdle et al. (2006) så på alle de situasjonene som ville utløse en grunn for å utføre håndhygiene. De viste til hvor lang tid 100% etterlevelse for når håndhygiene skulle utføres, ville kreve av arbeidstiden. Det ble utført en studie på en 12-sengs intensivavdeling for voksne, der en forsker, i en time, observerte både en direkte og en indirekte kontakt. Kontakten med de tolv pasientene ville til sammen utløse grunn for håndhygiene i 230 minutter, 100 minutter ved direkte kontakt og 130 minutter ved indirekte kontakt. Studien viste at håndhygiene ville ta en vesentlig del av helsearbeidernes tid.

Det var en oppfatning blant sykepleierne i min studie at retningslinjer var basert på et generelt klinisk bilde og de var ikke i tilstrekkelig grad tilpasset intensiv- og postoperative avdelinger. Situasjoner på slike avdelinger kan ofte være komplekse, og medfører at det ikke er lett å etterleve retningslinjene. Retningslinjer i håndhygiene er fokusert på at håndhygiene skal utføres for å hindre smittespredning, men de gir ikke noen veiledning for når det må tas

hensyn til flere ting. Retningslinjer tar blant annet ikke spesielle hensyn til pasientens helsetilstand, som kunne gjøre det enklere å kunne prioritere i spesielle situasjoner.

Tinetti, Bogardus og Agostini (2004) og Durso (2006) argumenterer for en større oppmerksomhet blant dem som utarbeider retningslinjer til å ta hensyn til pasientens tilstand. Rykkje, Heggelund og Harthug (2007) hevder at undervisning vil være mer effektiv hvis arbeidsoppgaver og risikograd innlemmes i retningslinjene for håndhygiene. De mente at helsepersonell må tilføres nyansert og dokumentert informasjon, slik at effektiv håndhygiene kan utføres i tråd med aktuell risikograd og arbeidssituasjonen.

Teknikken som er anbefalt for å utføre en korrekt håndhygiene ble ikke fulgt. Den ble oppfattet å være for omfattende og ikke nødvendig for å være effektiv nok. Flere respondenter mente at håndvask var noe som var lært fra før av, i oppveksten. Det var denne form for håndhygiene, og ikke den profesjonelle som retningslinjer viste til, som ble praktisert på sykehuset. Det var en generell oppfatning om at dette var tilstrekkelig. Respondentene beskrev håndhygiene mer som en praksis og en vane, enn en gjennomtenkt handling. Whitby et al. (2006) fant at sykepleiere oppfattet håndvask på samme måte som personer som ikke var relatert til helsevesenet. De viste til en studie der barn i alderen fra ni til ti år, mødre og sykepleiere var respondenter. Mødre mente at håndhygiene spilte en rolle for å fjerne mikrober, og de lærte opp sine barn til å vaske hendene. Barn forsto begrepet mikrober og var enige i at selv om at vann var viktig for å bli kvitt skitt på hendene, så var det nødvendig å bruke såpe for å forsikre seg om at bakterier ble drept. Sykepleierne hadde sammen oppfatning om håndvask som mødre og barn.

Sykepleie er et yrke som i dag kobles til høyere utdanning, kunnskap og forskning. Flere av sykepleierne hadde lang erfaring som sykepleiere og flere hadde også videreutdanning i intensivsykepleie. De mente at kunnskapen var kjent. Det var i stor grad blitt informert om retningslinjer under utdannelsen, og anbefalingen har lenge vært tilgjengelig. En av grunnene til en begrenset etterlevelse sa de, var mangel på vitenskapelige bevis for utføring av håndhygiene i alle de situasjoner som er anbefalt. I et hektisk arbeidsmiljø der en skal forholde seg til mye, ble det etterlyst mer bevis for nødvendigheten av å følge retningslinjer helt nøyaktig. Hensikten med retningslinjer er å oppmuntre til å gjennomføre håndhygiene, og hvis de blir oppfattet å være troverdige og hensiktsmessige så ville de lettere bli fulgt. Nå ble

retningslinjene oppfattet å være overdrevne, og til dels grunnløse, og da var sannsynligheten for at de ble fulgt mindre.

Hygienepersonell sto i de fleste tilfelle for informasjon rundt håndhygiene. Det var et gjennomgående syn at hygienepersonell overdrev betydningen av håndhygiene og det ble stilt spørsmål til om å etterleve retningslinjer, virkelig hadde noen betydning. Hygienepersonells informasjon om betydningen av håndhygiene ble lyttet til, men det ble ikke oppfattet som seriøst nok til at det ble etterkommet. I enkelte tilfeller var informasjonen gjenstand for muntre kommentarer. Hygienepersonells informasjon virket ikke overbevisende, men ble i stedet oppfattet som å være en ren overdrivelse. I tillegg så stemte ikke klinisk erfaring overens med verken det som hygienepersonell sa eller det som forskning viste til.

Konsekvenser av utelatt håndhygiene var ikke åpenbare. Det ble etterlyst mer konkret kunnskap for når det skulle utføres håndhygiene relatert til bevis for at det var viktig. Noe av forklaringen kan være at informasjonen fra smittevernavdelingen ikke hadde direkte overføringsverdi til den avdelingen de jobbet på og ble derfor oppfattet å være en overdrivelse, og at forskningen opplevdes ikke å være relevant for dem i den daglig drift. Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004) hevder at grunnen til skepsis overfor forskningsfunnet, kan være at forskningen er fra land som ble oppfattet å ha et større smittepress enn Norge, eller at forskning er gjort på pasientgrupper som er forskjellige fra dem de selv jobbet med.

Respondentene ga uttrykk for en utbredt mistro til at utelatt håndhygiene kunne få de konsekvenser faglitteraturen beskrev, bortsett fra ved to typer mikrober: Noro virus og *Clostridium difficile*. Noro virus er meget smittsomt og symptomene er karakteristiske. Infeksjonen og, tidvis også smitteveien, er lett ”synlig”. Det er høy forekomst av infeksjon med Noro virus spesielt i vinterhalvåret (FHI, 2013b).

Respondentene mente at om de visste mer om hvilke bakterier som kunne være til stede, så hadde det blitt gjennomført håndhygiene oftere. Mikrober er ikke synlige og blir på den måten ufarlige. Respondentene viste til at sykepleiere som brukte ring i pleien av pasienter, mente selv at det var greit. Fagernes (2010) viste til at bruk av giftering under klinisk arbeid er utbredt blant norsk pleiepersonell og at mange sykepleiere og hjelpepleiere mener at det bør være tillatt å bære glatte gifteringer på arbeid.

Kunnskap om å unngå kontaktsmitte ved riktig utført håndhygiene ble ikke stolt på ved kjent smitte hos pasienter. En respondent sa at for noen ansatte på avdelingen var det så stor usikkerhet om de kunne bli smittet selv av bakterier, at de unngikk rom hvor det var pasienter med kontaktsmitte. Det var noen faste personer som ikke hadde motforestillinger mot å gå inn på pasientrom der det var identifisert bakterier hos pasient som ga grunnlag for isolering. McLaughlin og Walsh (2011) mente at følelse av kontroll over situasjonen hadde sammenheng med kunnskap. De mente at høy etterlevelse var knyttet til evne til å erkjenne risiko, ta til seg kunnskap og en opplevelse av egen kontroll ved kontakt med pasientens hud.

Personale med sterk faglig innflytelse er rollemodeller for andre helsearbeidere. Flere oppfattet at leger står for høy faglig medisinsk kunnskap. Legegruppen var omtalt flere ganger som en gruppe med fagpersonell som ikke fulgte retningslinjene. Det forsterket noen av respondentenes inntrykk av at det var usikkerhet om hvor viktig håndhygiene var. Lankford, Zembower, Trick, Hacek, Noskin og Peterson (2003) viste til at dersom en med høyere utdanning ikke utførte håndhygiene, unnlot ofte også medarbeidere å utføre håndhygiene. Leger fortalte at mangel på evidensbasert forskning om håndhygiene for å forebygge sykehusinfeksjoner, var en barriere for etterlevelse. De ønsket rene fakta, en presentasjon av funn i en rapport hvor folk kan lese om resultatene (Erasmus et al., 2009).

Kunnskap om håndhygiene ble ikke oppdatert. Respondentene mente at det sjelden var mulighet for å søke etter faglitteratur i arbeidstiden. Det var kun unntaksvis, ved lav aktivitet, at de kunne søke på internett etter fagoppdateringer. En rapport fra Sintef (Vareide, Hofseth, Norvoll og Røhme, 2001) så blant annet på sykepleieres arbeidsmengde og de antydte at kunnskapsutvikling gjøres mer ad hoc, hvis det blir tid, enn som en planlagt aktivitet.

Respondentene mente at hvis det var mulig å søke etter fagkunnskap, så ble det heller søkt etter kunnskap som kunne løfte en faglig, relatert til pasientgruppen de jobbet med. Det var en generell oppfatning at mer kunnskap om håndhygiene ikke var nødvendig. På en avdeling med akutt kritisk syke må personell først og fremst mestre praktiske oppgaver knyttet til pleie av intensiv- og postoperative pasienter. Mer kunnskap om håndhygiene var derfor ikke aktuelt. I min studie kom det fram at enkelte med lang yrkeserfaring, men som ikke hadde oppdatert sine fagkunnskaper, anvendte «gamle» fagkunnskaper. De hadde lang erfaring og mente at det kunnskapsgrunnlag de hadde fortsatt var relevant i klinisk praksis. I følge

tidligere undersøkelser blir lite kunnskap, eller foreldet kunnskap, hos helsepersonell nevnt som en av flere årsaker til at det blir begått feil (Vareide et al., 2001). Benner og Wrubel (2001) knytter praktisk kompetanseutvikling til ansiennitet, fra nybegynner til ekspert. Molander (1996) mener at en god ekspert skal ikke bare kunne mye, men han skal også fortsette å lære.

Respondentene hevdet at sykepleiergruppen og legegruppen var flinke til å etterleve håndhygiene og at årsakene til infeksjoner kunne skyldes andre faktorer. Tidligere studier viser imidlertid at egen oppfatning om etterlevelse av håndhygiene, ikke stemmer med den observerte virkeligheten. Ved selvrapporing om hva en gjør overdriver helsearbeidere etterlevelse opp til tre ganger mer enn det som er observert. Sammenlignet med direkte observasjon så har selvrapporert etterlevelse vært ansett å ha liten validitet i flere studier (Wandel, Jenner, Fletcher, Watson, Jones og Scott, 2006).

Jeg spurte respondentene om det var mulig å få en redusert prevalens for sykehusinfeksjoner på intensiv- og postoperative avdelinger. Det var flere som mente at det var mulig, men det måtte være mer bevis for at all kontakt med pasient og omgivelse var en vesentlig årsak til sykehusinfeksjoner. Enkelte sa at de ikke helt visste hvilke bakterier som var på hendene deres og hadde de visst det, så hadde de utført håndhygiene etter retningslinjene.

Prevalens kan brukes som en pekepinn på infeksjonsforekomst på intensiv- og postoperative avdelinger, men det finnes ingen mål for hvor stor økning i totale bakteriemengden eller i frekvens av potensielle patogene bakterier, som er nødvendig for at en skal kunne si at manglende håndhygiene gir en økt smitterisiko. Infeksjonsrisiko i den enkelte situasjon påvirkes av mange ulike faktorer, og risiko knyttet til økt forekomst av potensielle patogene bakterier vil variere fra situasjon til situasjon. Det er derfor vanskelig å fremskaffe troverdige bevis for å etterleve retningslinjer i alle de situasjoner som blir anbefalt.

6.2 Risikovurdering

Utviklingen innen helsevesenet gjør oss i stand til å behandle flere mennesker enn tidligere. Medisinske fremskritt betyr i praksis at sykepleiere utøver sykepleie til flere pasienter med komplekse medisinske tilstander, pasientgrupper som på grunn av sin tilstand er spesielt

sårbar og mottagelig for bakterier og infeksjoner, men også pasientgrupper som ikke er like sårbare men har behov for kun et kortvarig opphold på en intensiv eller post-operativ avdeling. Sykepleierne fortok vurderinger knyttet til pasientens helsetilstand, hvor viktig det var å utføre håndhygiene i situasjonen, hvor akutt situasjonen var, men også muligheten for å bli smittet selv. Med risikovurdering menes en vurdering av sannsynligheten for, og konsekvensen av, at noe uønsket skal hende eller utvikle seg (Søberg, 2013).

Et gjennomgående trekk var at når noe hendte kom håndhygiene i annen rekke. Uforutsette situasjoner, eller høyt tempo i arbeidssituasjonen var ikke alltid forenlig med å kunne ivareta håndhygiene slik det er anbefalt. Det ble nevnt spesielt i forbindelse med situasjoner hvor det var behov for øyeblikkelig hjelp. I slike situasjoner var livreddende handlinger viktigst og håndhygiene kom i en annen rekke. Sykepleierne avgjorde selv om etterlevelse av retningslinjer var påkrevet. Dette samsvarer med studie utført av Whitby et al. (2006) som fant at sykepleiere vurderte ved tidsbegrensinger, håndhygiene opp mot konkrete arbeidsoppgaver, og hva som var mest nødvendig å gjøre først. Dette er viktig på avdelinger for kritisk syke pasienter fordi disse pasientene er avhengige av at sykepleierne kan handle raskt og riktig. Det kom fram at travelt kunne være problematisk for sykepleiere. Respondentene framhevet viktigheten av å få nok tid til utføre håndhygiene, og tid nok til å få følge opp håndteringen av utstyret som var knyttet til pasienten. Respondentene knyttet begrepet risiko til smittefare, men også til hva som var viktigst, som å redde liv. Respondentene mente at ved hektiske situasjoner var det som om at håndhygiene ble glemt, det ble forventet å få hjelp med en gang. Det var det samme som når en kollega ba om hjelp, da ble det forventet at en stilte opp med en gang. Det var også viktig å stille opp for hverandre selv om det ikke var øyeblikkelig hjelp. Da var det mer en hjelpende hånd når man var i nærheten, enn at det var en akutt situasjon. Da kunne også håndhygiene bli utelatt, for det var viktig å vise at man kom med en gang når det ble spurt etter hjelp.

Akutte situasjoner kan strekke seg over tid. Tid på intensiv- og postoperative avdelinger var et relativt begrep. Enkelte mente at det var tid nok til å utføre håndhygiene, men det var mulig å gjemme seg bak at det var ”så akutt”. En studie av Barret og Randle (2008) viste at for å bli akseptert i et team adapterte studenter atferd og holdninger til veiledere og andre helsearbeidere. Det betydde at de ikke utførte håndhygiene eller utførte det utilstrekkelig, for

å bli oppfattet som et effektivt medlem i teamet. De ønsket å fremstå like opptatt som sine veiledere (Ott og French, 2009).

Det var for enkelte av respondentene et skille mellom jobb og privatliv. I andre jobber utenfor sykehuset med en utbredt kontakt med mennesker, ble vurdert som renere og mindre smittebelastende enn det å jobbe på sykehus. Selv om de også jobbet med mennesker så beskyttet de seg ikke i like stor grad som på et sykehus. De var bevisste på at et miljø på sykehuset hadde en høyere forekomst av bakterier, og til tider en mer resistent bakterieflora enn arbeidssteder utenfor sykehuset. Det førte til at de utførte håndhygiene. Noen var redde for at egne barn skulle smittes av bakterier som de hadde fått på hendene sine i løpet av arbeidsdagen på sykehuset. Whitby et al. (2006) viste til at sykepleieres etterlevelse var påvirket av deres egne vurderinger av "dirtiness" som også er funnet i studier av Erasmus et al. (2009). Hvis en pleier hadde kontakt med et område som var urent, eller gjøremål som involverte mer langvarig fysisk kontakt, ville det ført til håndhygiene rett etter pasientkontakt. Erasmus et al. (2009) hevdet at ønsket om å utføre håndhygiene i større grad etter pasientkontakt, kan ha sammenheng med at det først og fremst er et ønske om å rengjøre seg selv når en føler seg skitten enn det å beskytte pasienten.

Funn i studien viser at noen av respondentene ikke benyttet hansker i situasjoner som ble vurdert å ha liten smitterisiko. Pasientens tilstand påvirket avgjørelsen om ikke å utføre håndhygiene før pasientkontakt. Det var ikke like viktig å utføre håndhygiene når pasienten ble oppfattet som sterk nok til å tåle en kontakt fra pleier uten at håndhygiene var utført i forkant av kontakten. Evnen til risikovurdering er ofte utsatt for bias. En studie av McArdle et al. (2006) viste at en grunn for ikke å etterleve håndhygiene, var troen på at ens egne hender ikke var like farlige i forhold til smitte, som en annen persons hender.

Enkelte arbeidsoppgaver hos pasienten ble heller ikke betraktet å representere risiko for smitte for en selv. Noen pasienter ble oppfattet som andre i samfunnet ved at de ikke representerte noen smitterisiko for andre. Det var til enhver tid smittestoff rundt en og det var umulig å unngå alt. Folk flest tålte det og ble ikke syke som følge av det. Grad av infeksjonsrisiko styrte behovet for å følge retningslinjer. En studie av Whitby et al. (2006) viste til at kontakt

med pasienter som ikke representerte smittefare, ikke førte til at det ble utført håndhygiene etter kontakten. Hvis gjøremål ikke krevde intim kontakt/berøring av pasienten som for eksempel å måle blodtrykk, telle puls eller medisinerer, ble det oppfattet som mindre viktig å utføre håndvask. Kortvarig pasientkontakt, i motsetning til gjøremål som krevde langvarig pasientkontakt, ble ikke oppfattet å representere en smittefare og utløste ikke et ønske om å utføre håndhygiene. Nicol et al. (2009) viste til at etter langvarig kontakt med smitte uten å oppleve negative konsekvenser, mente noen at det var usannsynlig at de kunne bli smittet. En studie av Joffe (2003) fant at ved risikovurdering var det en generell tendens til at mennesker mener at sannsynligheten for å rammes av uhell av forskjellig slag, er større for andre enn en selv. Weinstein (1984) kalte denne tendensen urealistisk optimisme.

Flere av respondentene mente at håndhygiene var basert på vaner. Vaner styrte håndhygiene praksis og det var ikke alltid en tenkte over at håndhygiene måtte utføres. Den vurderingen var ifølge respondenter, tydeligst hos dem som hadde jobbet noen år, mens relativt nyutdannede fulgte i større grad regler for håndhygiene. Vaner skapes etter innlæring gjennom tidligere erfaringer og de gjenspeiler erfaringer som er gjort gjennom tidligere opplevelser. Vaner er ubevisste handlinger innarbeidet i løpet av flere år (Wood og Neal, 2009). Hvordan vi oppfatter ulike situasjoner, avhenger blant annet av ubevisste og mer eller mindre reflekterte erindringer, forestillinger og forventninger. Vaner og rutiner er nødvendige for de fleste for at hverdagslivet skal fungere. Uten dem krever valg og atferd bevissthet, tenkning og kontrollert bearbeiding, hvilket er utmattende over tid (Verplanken, 2006). Som en følge av dette etablerer mennesker vaner, enten bevisst eller ubevisst (Ouellette og Wodd, 1998), for å gjøre hverdagen bedre for seg selv (Verplanken, 2006; Wood og Neal, 2009; Dyson et al., 2011). En studie av Bjerga (2006) viste at nyutdannede sykepleiere opplevde, etter to år i yrket, at de endret på de idealer de hadde med seg fra utdannelsen, fordi virkeligheten gjorde det nødvendig.

Sporbarhet er muligheten til å identifisere en tings tidligere eller nåværende lokalisasjon samt dets historie (Det Norske Veritas, 2011). Det er svært vanskelig, kanskje umulig, å spore en infeksjon tilbake til en kilde, som kan være en ansatt eller en pasient. En bakterie-stamme kan indikere kryssmitte, og hvor smittekilden kommer fra, for eksempel ved et smitteutbrudd på en avdeling. Det har hittil ikke vært prøvd, i rettsammenheng, å spore årsak eller person der pasient eller ansatt blir smittet av en resistent bakterie.

Nosokomiale infeksjoner oppstår som oftest sporadisk og blir nok ofte ikke oppfattet som direkte relatert til mangelfull håndhygiene. Infeksjoner oppstår ikke nødvendigvis i løpet av tiden pasienten er på avdelingen, men kan oppstå opp til flere dager og måneder etter at pasienten er utskrevet. FHI følger opp sykehusinfeksjoner (insidens) for noen utvalgte operasjoner (FHI, 2013a). Oppfølgingen skjer 30 dager og for en av operasjonskategoriene også i ett år, etter operasjonen.

Ansatte blir ikke testet for å finne ut hvilke bakterier de har på hendene sine. Det er ikke hjemmel for å sjekke personell for mulig bærer av bakterier, bortsett fra ved allmennfarlig smittsom sykdom. Dette medfører at det er vanskelig med ansvarliggjøring av en kobling mellom helseansatte og infeksjon. I følge smittevernloven (1994) § 5-1 første ledd plikter personer som har grunn til å anta at de er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, å la seg undersøke. En allmennfarlig smittsom sykdom er; enten særlig smittsom, har høy dødelighet, eller er en vesentlig belastning for folkehelsen og at det ikke finnes effektive medisinske tiltak. Sykehusinfeksjoner generelt omfatter ikke bakterier som er i kategorien allmennfarlig smittsom sykdom. Personell og pasienter kan smittes av andre typer bakterier enn det som går inn under kategorien allmennfarlig, men det kan gi store ringvirkninger å bli smittet av en resistent bakterietype. Det kan få konsekvenser hvis en infeksjon skyldes en resistent bakterietype, fordi det vil være et begrenset spekter av antibiotika som kan benyttes i behandlingen. Det kan også føre til at en ansatt ikke får utøve yrket sitt, hvis man er bærer av en resistent bakterietype.

Flere av respondentene mente at det var viktig for intensivpasienter å oppleve hudkontakt. Det var både for å signalisere at pasienten ikke ble sett på som smittefarlig, og kunne berøres uten å ha på hansker og at hudkontakt var viktig for pasientene. Fysisk berøring er en integrert del av interaksjonen mellom sykepleier og pasient. Det er viktig for intensivpasienter å oppleve hudkontakt. Moberg (2000) viste til at berøring er livsviktig. Hun uttalte at voksne mennesker nok kan overleve uten menneskelig nærhet, men barn som ikke får noen berøring blir svekket og syke. Moberg (2000) viste også til forsøk med rotter at hudkontakt og omsorg gjør rotter mer motstandsdyktige mot sykdom. Det at berøring oppfattes, som beroligende støttes også av undersøkelsen til Kutner et al. (2008) der fysisk berøring viste en moderat nedgang i hjerte- og respirasjonsfrekvens hos pasienter.

Enkelte av respondentene hadde vært indirekte involvert i smitteutbrudd og hadde sett de tiltakene som var gjort overfor pasienter for å stoppe ytterligere smittespredning. Det å vite at det er funn av smittestoff i avdelingen, fremmet etterlevelse. Det gav seg utslag i en bevissthet på at de ikke skulle spre noen form for smitte. Nicol et al. (2009) fant at den mest innflytelsesrike påvirkningen på etterlevelse så ut til å være en reell eksponering for smitte som i et smitteutbrudd. Det var en vedvarende forbedring i utøvelse av håndhygiene hvis de selv ble eksponert for et smitteutbrudd.

Pasientgruppen som sykepleiere på intensiv- og postoperative avdelinger jobbet med, kunne bli oppfattet som sårbare og det fremmet en etterlevelse av håndhygiene. Sykepleierne vurderte hvor mottagelig pasienten var for infeksjon. Pasienter som ble oppfattet som spesielt sårbare og vergeløse, som for eksempel premature født flere uker for tidlig, barn, hardt skadde intensivpasienter og ellers andre alvorlig syke pasienter fremmet etterlevelse av håndhygiene. Hvis pasienten i tillegg hadde mange kanyler førte det til en mer oppmerksomhet på sårbarhet og mottagelighet for smitte. Respondenter mente at disse pasientene hadde nok fra før av og det siste de trengte var en påført sykehusinfeksjon. Nicol et al. (2009) fant at sykepleiere i arbeid med pasientgrupper som ble oppfattet som spesielt sårbare innenfor onkologi, hematologi eller pediatri, hadde en følelsesmessig påvirkning på sykepleiere. Det resulterte i en bevissthet og en vedvarende forbedring i etterlevelse av håndhygiene.

Det var en utbredt oppfatning at det var viktig å beskytte seg selv mot smitte. Kunnskap om forekomst av smitte på sykehus førte til at noen ikke hadde kontakt med pasienten uten å benytte hansker. Ved å bruke hansker kunne en unngå selv å bli smittet av pasientens bakterier. Hansker var derfor et forebyggende tiltak for å unngå pasientens bakterier. Knutstad (2006) hevder at sykepleierstudenter hadde lært i undervisningen at en pasient i seng per definisjon var uren. Hun viste til første års studenter som brukte hansker hele tiden, ikke fordi de var redde, men det var lettere å holde det urene unna når de slapp å ta på ting med hendene. En studie av Jang et al. (2010) fant at egen beskyttelse var viktigere enn å følge retningslinjer i håndhygiene. Hansker ble benyttet for å unngå å bli smittet av patogene mikrober, og egen beskyttelse gikk foran anbefalinger om hanskebruk. Respondenter i min studie opplevde hansker som god barriere mot smitte og det ble vurdert som lite sannsynlig at det kunne være hull i hanskene. Det ble ofte benyttet hansker i pasientkontakt, og det var en utbredt tillit til at engangshansker var tette. Det førte igjen til at det ikke ble utført håndhygiene etter

hanskebruk. Hansker er effektive i å forhindre forurensning av hendene, men forhindrer ikke at mikrober kan overføres via hanskekledde hender. Hanskeskift og håndhygiene er derfor nødvendig mellom arbeidsoppgaver for å hindre overføring av smittestoffer. Det er gode oppvekstvilkår mellom huden og hanskene og faren for forurensning av hender eller rene hansker er stor ved hanskeskift. Hansker kan ha mikroskopiske hull som kan slippe mikrober gjennom hansken (Pittet, 2000). Hansker kan bidra til spredning av sykehusinfeksjoner hvis de ikke skiftes mellom hver pasient og helsearbeidere kan forurense hendene sine idet de tar av seg hanskene. Manglende håndhygiene etter hanskebruk kan indikere, at hanskebruk til en viss grad erstattet håndhygiene. O'Boyle, Henly og Duckett (2001) fant i sin studie at sykepleiere berørte flere objekter i omgivelsene med urene hansker, som var kontaminerte med biologisk materialet fra pasienten. I samme studie brukte helsearbeidere de samme hanskene i pasientbehandlingen, til urene og rene prosedyrer.

6.3 Etterlevelse er den enkeltes ansvar

Funn i studien viste at etterlevelse av håndhygiene var overlatt til hver enkelt. Det var ikke vanlig å bry seg om andres håndhygiene, og det var fravær av kultur for å påpeke avvik i kollegafellesskapet. Det var ingen respondenter som brukte ordet kritikk, men det ble brukt ord som å si ifra og å påpeke manglende håndhygiene.

Håndhygiene var et følsomt tema som det var vanskelig å ta opp, fordi det berørte både et personlig område, men også tillit, teamarbeid og faglig kompetanse. Håndhygiene ble koblet til personens hygiene generelt, noe som var for privat til at det kunne bli kommentert av arbeidskolleger. Det ble også koblet til personens fagkunnskaper innen smitte og håndhygiene. Det var områder som en ikke ville røre ved og en bemerkning om manglende håndhygiene kunne føre til ubehag for begge parter.

Håndhygiene ble oppfattet å ha sammenheng med noe som var et personlig anliggende. Integritet betyr helhet og er knyttet til den personlige sfære (Andersson, 1994). Integritet er et uttrykk for hva personen står for, både som yrkesutøver og som menneske med personlige verdier på det fysiske, sosiale og intellektuelle området (Mairis, 1994). Helheten reflekterer ens identitet og subjektivitet, noe er innenfor et privat område (Ekeberg, 2011). Integritet har sammenheng med moral, det å gjøre det rette, være pålitelig og profesjonell. Integritet er å

jobbe i samsvar med personlige verdier, og det krever at en er villig til å utøve det aktuelle arbeidet.

Respondentene viste til at det var en gjensidig respekt for hverandres integritet på avdelingen. Studie gjort av Tengelin Arman, Wikström, og Dellve (2011) fant at det skaper stress hvis integriteten blir truet. Integritetsgrensen er ikke demonstrerbar, og det har blitt definert som et dypt personlig fenomen (LaScala, 2009). Kristoffersen og Nortvedt (2005) hevder at opplevelse av krenkelse av integritet vil være opp til hvert enkelt individ. Profesjonell behandling av kolleger krever at de behandles med respekt. Å inneha en integritet anses som en forutsetning i arbeidet med sårbare pasienter (Ekeberg, 2011). Ingen ville beskyldte en kollega for å ha manglende integritet. I det lå det at en kollega, som var en profesjonell yrkesutøver, hadde nødvendige kunnskap for å vurdere etterlevelse av håndhygiene.

Flere faktorer påvirket en etterlevelse av håndhygiene i den kliniske hverdagen og det var opp til den enkelte å vurdere etterlevelse av håndhygiene. Utøvelse av faglig skjønn er viktig i en akuttavdeling. Ikke all sykepleiepraksis kan være gjenstand for standardisering. På en intensivavdeling stilles det store krav til sykepleierne til å kunne handle i akutte, kritiske og uforutsigbare situasjoner. Kjennetegn ved sykepleieprofesjonen er at utøvelsen av yrket er kunnskapsbasert, med et stort rom for bruk av skjønn (Norsk sykepleierforbund, (NSF), 2008). Å utøve skjønn (Graver, 2007) innebærer å ta en beslutning på bakgrunn av vurderinger av en konkret situasjon eller saksforhold, der utfallet ikke er gitt på forhånd. Det blir en skjønnsmessig vurdering av hva som er nødvendig for å kunne tilpasse arbeidet til den enkelte pasient og den enkelte praksissituasjon. I dette ligger det at det kan være en vurdering som er kunnskapsbasert, men vurderingen kan også være basert i hovedsak på erfaringer, inntrykk og mindre på forskningsbasert kunnskap. Lian (2007) hevder at autonomien er basert på tillit, legitimert ved helseprofesjonenes moralske forpliktelser. Den offentlige kontroll er først og fremst lisensiering. Tanken er at minst mulig av ytre begrensninger skulle hindre den profesjonelle hjelper å ta beslutninger på grunnlag av fagkunnskap, praktisk erfaring og etiske vurderinger. Til dette kreves frihet til å utøve individuelt faglig skjønn. Funn i min studie viser at personalets selvstendighet sto sterkt i miljøet.

Håndhygiene ble knyttet til kunnskap innen hygiene, men det ble også knyttet til en

personlig hygiene. Håndhygiene representerer nok personens hygiene generelt. Det var ingen som ønsket å stille spørsmål om andres hygiene. Håndhygiene ble koblet til hva som var lært i barndommen, under oppveksten og en kommentar kunne derfor indirekte også ramme det som var lært ifra foreldrene. Håndhygiene var både et personlig men også et svært privat anliggende. Hygiene ble oppfattet å være et tabu område. Sykepleiergruppen var forsiktig med å sette andres håndhygiene på dagsordenen. Det var ikke vanlig å kommentere andres håndhygiene, fordi det ble for privat, og det var generelt liten interesse for å røre ved disse områdene hos en kollega.

Clearly, Walter, Horsfall og Jackson (2013) viste til at en persons integritet er en viktig side som kan utøve sterk innflytelse i miljøet. Enhver trussel mot integritet på arbeidsplassen kan resultere i dårlig miljø, noe som kan være en belastning for ansatte (Orvik, Vågen, Axelsson og Axelsson, 2013). Miljøet kan "handle" for å hindre at endringer på den eksisterende praksis skjer. Det kan føre til problematiske profesjonelle relasjoner, og manglende mulighet til å fokusere på områder for forbedring. I en sosial gruppe vil det alltid være en tendens til å danne seg visse mønstre det forventes at individene skal handle og tenke i overensstemmelse med. En sosial norm blir beskrevet som forventninger på oppførsel som gjelder for det sosiale fellesskap og hva som er en passende handling (Jacobsen og Thorsvik, 2007).

Betydningen av ikke å røre ved en persons integritet, er i yrkessammenheng nedfelt i lovs form, arbeidsmiljøloven § 4-3 (2005). Gode kollegiale arbeidsforhold er av stor betydning. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011) fjerde punkt, settes søkelyset mot sykepleier og medarbeiderne, der sykepleier blant annet skal vise respekt for kollegers arbeid. Vi viser hverandre den respekten alle har krav på, dersom vi anerkjenner hverandres krav på integritet. Respondenter sa at skulle de ha kommentert andres håndhygiene så hadde det blitt lite hyggelig å jobbe der, fordi etterlevelse av håndhygiene ble oppfattet å være et personlig anliggende. Det står imidlertid videre under punkt fire, at respekt for kolleger ikke skal være til hinder for å ta opp brudd på faglige, etiske eller kollegiale normer.

Yrkesgruppene har en definert profesjonalitet å forholde seg til. Sykepleieren utøver et yrke som har en integritet. Sykepleiers integritet har blitt definert som en "konsekvent, ærlig og en helhetlig integrering av rimelig stabile, forsvarlige moralske verdier, med konsekvent dømmekraft og handling over tid" (De Laine, 2000). En opprettholdelse av integritet er viktig

fordi den definerer en profesjons identitet, autonomi, mål og forventninger (Griffiths, 2009). Derfor krever integritet i sykepleie, at sykepleiere praktiserer i samsvar med standarder og verdier innenfor profesjonens spesielle etiske retningslinjer. Med autorisasjon som sykepleier følger et selvstendig og personlig ansvar for å utføre sine arbeidsoppgaver forsvarlig.

Respondentene beskrev en arbeidsplass som der de hjalp hverandre og når kolleger spurte om hjelp var det forventet at de stilte opp for hverandre. Det var opp til hver enkelt om de utførte håndhygiene før de hjalp til. Det var viktig å vise at man stilte opp når det ble spurt om hjelp. De stolte på at andre utførte håndhygiene. Miljøet på en akutt avdeling er til tider så stressende at de ville nødig kommentere andres håndhygiene, for det ville tære på et allerede stresset miljø. Studier har vist at sykepleiekollegial støtte og godt sosialt klima er betydningsfulle miljøfaktorer, og positive relasjoner kan trolig være med på å dempe den negative virkningen som stress kan ha på sykepleieres helse (Berland og Natvig, 2005). I rapporten fra Sintef (Vareide et al., 2001) beskrives intensivavdeling som et arbeidssted med et høyt tempo, krevende samhandlingssituasjoner med pasienter og pårørende, høye kvalitetskrav og til tider minimal bemanning. Det stilles store krav til sykepleiere på intensiv- og postoperative avdelinger, hvor sykepleiere må kunne handle i alle typer av kritiske situasjoner. Gode mellommenneskelige forhold kan muligens være med på å dempe påkjenninger i et hektisk arbeidsmiljø.

Respondentene sa at de ikke kontrollerte at andre utførte håndhygiene for de antok at kolleger tenkte som dem selv; at de ikke ville ha smitte på hendene og derfor utførte håndhygiene. De hadde tillit til at andre utførte håndhygiene, og det var ikke vanlig å følge med på om kolleger utførte håndhygiene. Fravær av kontroll var en annerkjennelse for kunnskapen som kollegene sto for og tilliten opplevdes som positiv i et hektisk miljø. Kassah (2007) fant at i et kollegialt fellesskap var tillit en faktor som hadde betydning i et hektisk og et uforutsigbart miljø. Der det eksisterer en høy grad av gjensidig avhengighet, vil man vise høy forståelse fordi det er vesentlig for et individ å ha gode relasjoner til andre. Tillit måtte være tilstede for å føle trygghet i miljøet. Profesjonelt ansvar praktisert gjennom en slik praksis, forutsetter også evnen til kritisk og refleksiv tenkning. Det å reflektere over hva profesjonelt ansvar innebærer, må skje innenfor en ansvarsforståelse som rommer faglige overveielser i avveining mot de forskjellige faktorene som kan påvirke de til å gjennomføre håndhygiene.

Ansvar for faglig forsvarlig praksis knyttet til smittevern i helseinstitusjoner, bygger på lover og retningslinjer, fra statlig ansvar via flere ledd til den individuelle helsearbeider. Den enkelte helsearbeider er selv pliktig til å opptre faglig forsvarlig i sin yrkesutøvelse. Helsepersonelloven § 4 (1999) omhandler kravet til helsepersonell om å yte forsvarlig helsehjelp. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011) har nærmere omtalt sykepleiers ansvar. Retningslinjenes første punkt omfatter at sykepleiere har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger. Ansvar er basert på sykepleiers kunnskapsbase og omfatter også et ansvar for å holde seg oppdatert om ny kunnskap, og å bidra til at denne anvendes i praksis.

Det ble opplevd som at en ikke hadde ”fullmakt” til å kommentere andres manglende håndhygiene i kollegafelleskapet. Personens selvstendighet ble ikke rørt. I Norges offentlige utredninger (NOU) nr. 14, rapport fra 22 juli-kommisjonen viser statsministeren (2012) til at det har vist seg tidligere at mange uheldige hendelser kunne vært unngått eller håndtert bedre, dersom personer hadde reagert når de oppdaget mangler eller feil. Funn i min studie viste at det var ikke vanlig å kommentere manglende håndhygiene blant kolleger. Manglende håndhygiene kan føre til kryssmitte som igjen kan føre til infeksjon hos en pasient, noe som i verste fall kan føre til skade eller død, og en ansatt kan bli bærer av en resistent mikrobetype. I NOU nr. 14. (2012) vises det til at det ofte er slik at når flere ser samme fenomen, så unnlates det å si ifra. Selv om ingen ble nevnt spesielt av respondentene som rollemodeller for egen håndhygiene, så var det ingen som kommenterte legers eller erfarne sykepleiers manglende håndhygiene, ” de gamle ringrevene”, på grunn av respekt for kunnskapen som de i egenskap av erfaring eller utdanning sto for. De som hadde autoritet i form av ansiennitet og utdanning, unnlot å utføre håndhygiene i situasjoner hvor andre i miljøet mente at de burde ha gjort det. Det manglet gode rollemodeller for håndhygiene. Det kan virke som at det bør fokuseres på og erkjennes, det samspillet som er mellom kollegaer på avdelingen. Det er kjent at når det er noen med mer autoritet involvert, er det en tendens til ikke å si ifra (NOU, nr.14, 2012). Til sammenligning så har det innen luftfart blitt krevd gode team. De har innført tiltak for å endre holdninger til junior medlemmer i cockpiten, for at det blir en rask vurdering om mulige feil blant de som sitter i cockpiten, uansett besetningens erfaring (Samuel, Shuen, Dendle, Kotsanas, Scott og Stuart, 2012). Tidligere forskning har identifisert, at organisasjonskultur er viktig når en skal oppmuntre medisinstudenter til å si fra ved manglende håndhygiene (Hjort, 2007).

Håndhygiene innenfor helsevesenet er ikke et personlig anliggende, men det er en del av en profesjonell yrkesutøvelse. Ekeland (2004) hevder at vi må som fagpersoner passe på at vi ikke begynner å gå på akkord med vår faglige integritet, som i stor grad er knyttet til ”den kliniske autonomien”. Hvis problemet ikke blir tatt fatt i, undergraves troverdigheten som sykepleier.

Prinsippet om ikke å påføre en pasient en skade, står sterkt innenfor sykepleieetikken og mange sykepleiere har valgt yrket ut fra ønsket om å hjelpe andre mennesker. En kryssmitte vil kunne føre til en infeksjon og i verste fall skade og evt. død hos en pasient. I helsevesenet har profesjonsutøvere ansvar for å bruke sin kunnskap til det beste for dem som trenger behandling og omsorg, og profesjonelle yrkesutøvere forventes å kunne begrunne sine handlinger faglig og moralsk. Sykepleie er et fag og en profesjon som historisk sett, er tydelig forankret i moralske forpliktelser om at sykepleieren skal ta ansvar for den som lider og trenger hjelp. Den barmhjertige samaritan har vært en sentral fortelling om fagets særegenhet og barmhjertighet er innskrevet som en viktig moralsk verdi i det yrkesetiske regelverket (NSF, 2011).

Funn i studien viser at det å tilpasse seg den lokale kultur og praksis påvirket sterkt, og at etterlevelse av håndhygiene var ”urørlig” tematikk. Det var tvil om hvor viktig håndhygiene var til enhver tid, og det var overlatt til hver enkelt å vurdere om håndhygiene skulle utføres. Miljøet hadde en tydelig norm på at en rørte ikke hverandres håndhygiene. Personene innenfor kulturen på avdelingen hadde den samme oppfatningen at det ikke var akseptabelt å kommentere andres etterlevelse. Felleskapet på avdelingen holdt denne forståelsen oppe. Et lignende resultat finnes i en studie der de så på hva som former profesjonsutøveres beredskap til å handle i tråd med ulike verdier og ideologier (Nygren og Fauske, 2004). Studien konkluderte med at lojalitet til kollegaer og det lokale arbeidssted, blir rangert som viktigere enn for eksempel lojalitet til velferdsstatens verdier.

Det var et ønske i miljøet at det hadde vært greit å si ifra. Å kommentere andres etterlevelse kunne nok gjøres, men det var klare grenser for hva som var akseptert hvis en ønsket å opprettholde et godt miljø. Noen mente at det kunne sies ifra, men da på en måte som ikke virket støtende. Enkelte valgte å kommentere manglende håndhygiene ved å gi inntrykk av at de ville hjelpe til med en opplysning om det var identifisert smittestoff på avdelingen, i stedet

for å kommentere manglende håndhygiene. Det var et gjennomgående ønske om å gjøre det riktig; å utføre en jobb så sikkert som mulig.

Det var ubehagelig å si ifra, men hos noen hadde tidligere opplevelser ved manglende håndhygiene ført til en endret holdning fra å ikke si ifra til et ønske om å si ifra ved lignende episoder. Å våge å si ifra på noe som var såpass personlig som håndhygiene krevde en viss porsjon mot og trygghet. Pasientens sårbarhet og mottagelighet for bakterier hadde ført til at de nå prøvde å si ifra ved andre lignende episoder.

6.4 Engasjement

Enkelte av respondentene opplevde at utførelse av håndhygiene hadde en sammenheng med hvor engasjert en var i jobben. Hvis man var sliten så kunne det hende at man tok ”snarveier”. Da kunne det hende at en distanserte seg i forhold til håndhygiene og i slike situasjoner ble ikke håndhygiene utført.

Engasjementet ble påvirket av jobbsituasjonen og de rammene som sykepleieren hadde i jobben. Hvis det var få personer på jobb kunne arbeidstyngden bli større for hver enkelt. Det kunne også resultere i at en selv ble sliten og ikke utførte håndhygiene. Kim (2000) hevder at sykepleieren blir påvirket i sine kliniske vurderinger av konteksten der situasjonen oppstår, som ved mangel på personell og tildeling av flere pasienter med komplekse tilstander. En studie gjort av Vinje (2007) viste til at høye jobb krav og mangel på jobbressurser bidro til nedsatt engasjement, mens positive jobbressurser var forbundet med jobbengasjement.

Enkelte av respondentene opplevde at det å si fra krevde en ekstra innsats, og det ble oppfattet som så slitsomt at en orket ikke å gjøre noe med det. De jobbet under press på en akuttavdeling, og hvis de skulle kommentert andres håndhygiene ville det blitt krevende å jobbe der. Miljøet var ikke rettet inn mot at det var greit å kommentere andres manglende håndhygiene, og det var også en generell oppfatning at det var vanskelig å etterleve håndhygiene i alle situasjonene som retningslinjer viser til. Kollegene måtte ta ansvar for sin egen håndhygiene. Den enkelte arbeidstager vurderte selv om de ville involvere seg i andres etterlevelse. Vinje (2007) viste at sykepleiere ga uttrykk for etisk bevissthet, men det medførte at det var vanskelig for sykepleiere, fordi det oppsto følelse av slitenhet og ubehag.

Vinje (2007) mente at det meningsfulle arbeidet som bidrar til virkeliggjøringen av sentrale verdier innen sykepleien, synes å være avgjørende for opplevelse av jobben. Dysvik (2010) påviste i sin studie at indre motivasjon førte til bedre arbeidsprestasjoner og økt vilje til å engasjere seg når det er nødvendig. Ansatte som er indre motiverte, opplever at jobben i seg selv er interessant, noe som utløser engasjement og innsats. Engasjerte medarbeidere gjør en bedre jobb og har en økt vilje til å hjelpe til.

Ikke alle var like engasjert i jobben sin. For noen som hadde vært engasjert, opplevde de mindre engasjement. Respondentene mente at etter noen år i yrket hadde noen mistet engasjementet og hadde blitt slappere enn andre. Noen respondenter mente at engasjement ikke hadde noe med ansiennitet å gjøre, men at det hadde noe med hva man var opptatt av. Smitte og håndhygiene var ikke det mest spennende. Selv om en visste at manglende håndhygiene kunne få konsekvenser, så ble en mer sløvere når det var antatt at det ikke var smittefare. Respondentene mente at det er nødvendig å reflektere over de erfaringer en gjør. Det var viktig å brenne for faget og å være bevisst. Respondentene som var bevisst på håndhygiene ble påvirket til reflektert og bevisst atferd rettet inn mot å bryte smittekjeden. Reflektert praksis fremmer moralsk praksis og det er en viktig styrke å vedlikeholde etisk refleksjon (NSF, 2008). Det er viktig for sykepleien som profesjon, å inneha profesjonell kompetanse til å kunne forvalte et profesjonelt ansvar i praksis. Håndhygiene var opp til hver enkelt, og det var uvisst hvilke faktorer som var mest avgjørende for om håndhygiene ble utført eller ikke. Eide og Eide (2008) fant at bevisstgjøring og synliggjøring av faglige verdier er vesentlig for å oppnå grunnleggende pasientomsorg. Det er i dag begrenset dokumentasjon hvorvidt og hvordan sykehus arbeider med å realisere holdninger og verdier i praksis, og hvilken effekt dette arbeidet har. Tveit (2008) fant at sykepleiere har med seg en kritisk bevissthet om sitt ansvar fra det som er lært gjennom egen oppdragelse, utdanning og erfaring, og at denne oppfatningen endrer seg lite over tid.

Noen respondenter opplevde skyldfølelse etter at de ikke hadde sagt fra om kollegers manglende håndhygiene der pasienten hadde vært utsatt for smittefare. De tenkte på pasienten som hadde blitt utsatt for smittefare. De tenkte også på den som ikke hadde utført håndhygiene og hvordan vedkommende kunne være i andre situasjoner, og hva pasienter kunne bli utsatt for av kryssmitte og smittefare. Det fremmet ønsket om å si ifra hvis de opplevde lignende episoder. Thorup, Rundqvist, Roberts og Delmar (2012) fant at omsorg er

skapt i møtet mellom mennesker og profesjonell hjelp er å gi omsorg, ivareta pasienten og ikke overse pasientens behov. Hov, Athlin og Hedelin (2009) fant i sin studie at sykepleiere hadde stort engasjement for pasientene, og var opptatt av å gjøre det som var riktig og bra for dem. Det å jobbe som sykepleier bidro til virkeliggjøring av sentrale verdier og hadde en sterk innvirkning på opplevelse av jobbengasjement. Travelbee (1999) mener at en sykepleier er et menneske, som har gjennomgått en forandring på grunn av kunnskapen hun er tilført og de erfaringer hun har opplevd i praksis. Sykepleiere utvikler en ”sykepleiesamvittighet”. Meurier, Vincent og Parmar (1998) så på hvordan sykepleiere oppfattet det å gjøre feil. Attribusjonsteori forsøker å forstå hvordan folk forklarer hendelser og deres egen rolle i dem, spesielt hendelser som er ubehagelige. Studien viste at for sykepleiere sin del så klandret de seg selv, og studien konkluderte med at sykepleiere er mottagelige for å ta ansvar for egne feil. Sykepleierne ble berørt av det som skjedde. Dette kan være på grunn av en sterk faglig moral som eksisterer blant sykepleiere ved å ta ansvar for sine handlinger. Respondentene i min studie mente at det var gjennomgående blant kolleger at de ønsket å gjøre det som var riktig, og å utføre en så bra jobb som mulig.

6.5 Lederskap

Flere av respondentene etterlyste en oppfølging av håndhygiene fra ledelsens side. Ledelsen har mandat i egenskap av sin posisjon til å gå inn og korrigere personalet. Respondenter mente at skulle de gå og kontrollere kolleger, ville det blitt et lite hyggelig miljø, og den rollen at en passet på, ville de ikke ha.

Studie utført av Erasmus et al. (2009) viste til at leger ønsket en tydeligere sosial norm for å forbedre deres håndhygiene, men det var uklart hvem som skulle ivareta den kontrollen. De fleste legene ville ikke kommentere sine kollegers håndhygiene og noen mente at det var sykepleierens rolle.

I en rapport fra arbeidstilsynet ”God vakt” (Østhagen, 2006) vises det til at ansvarslinjene i den formelle organiseringen i hovedsak er veldefinerte, men det meldes også om uklarheter i ansvarsfordelingen, særlig på ansvarsområder som er felles. Utydelige overordnede prioriteringer vil kunne gi dilemmaer.

I min studie så mente sykepleierne at det ikke var deres oppgave å si ifra, og de ville ikke være ”politi” overfor sine kolleger. En respondent mente at skulle de selv gå og kommentere kollegers håndhygiene, så ville det tære på et miljø i en akutt avdeling hvor det allerede var tøft nok som det var. Noen av respondentene mente at det var hygienepersonellets oppgave å påse at personalet etterlevde håndhygiene.

Smittevernpersonellets rolle er å være bindeledd mellom sykehusledelsen og de ansatte, når det gjelder å identifisere smittevernproblemer og implementere ny kunnskap (Runy, 2008; Ling, 2007). Det er derfor en stor utfordring når smittevernpersonell blir møtt med skepsis innad i miljøet. Det var en generell oppfatning om at smittevernpersonell overdrev betydningen av håndhygiene i alle situasjoner. Så lenge kunnskapen smittevernpersonell formidlet virket overdreven, så ble det til at ansatte fulgte egne standarder for håndhygiene. Det er et vesentlig funn at de som har til oppgave å informere om håndhygiene ble møtt med skepsis. Sykepleierne mente at smittevernpersonells informasjon og rådgivning om håndhygiene var lite troverdig. Sykepleierne hørte på informasjonen, til dels skapte det munterhet, men det ble ikke vektlagt mye i den daglige driften bortsett fra når det ble informert om spesielle mikrober som ved Noro virus og *Clostridium difficile*.

Lovverket har imidlertid tillagt ledelsen et ansvar og en plikt til å opprette trygge og formålstjenlige retningslinjer og prosedyrer (Berland og Natvig, 2005). Ledelsen er viktig for at den kulturen som bygges opp i avdelingene er rettet inn mot å følge retningslinjer. Ledelse handler om å etablere mål og mer personorientert tilrettelegging for måloppnåelse, og åpner dermed for mer verdimessige vurderinger. Et styringssystem som gir signaler om verdier og at noe er viktigere enn noe annet, vil kunne styre atferd og dermed bidra til å endre normer og kultur i en organisasjon. Lederen bruker seg selv som person for å utøve innflytelse enten gjennom sosiale relasjoner, verdier og normer, eller gjennom å fremstå som en rollemodell for sine ansatte. Videre kan lederen påvirke andre gjennom å definere arbeidsoppgaver, lage regler for beslutninger eller andre strukturelle trekk. I den grad påvirkningsforsøkene struktureres og overlapper hverandre, vil de to funksjonene vanskelig kunne skilles. Ladegård og Vabo (2011) hevder at sentralt i ledelsesbegrepet ligger det at lederen har legitim autoritet, slik at medarbeidere og kolleger aksepterer å la seg påvirke. Lederen kan gå inn og korrigere manglende etterlevelse i egenskap av sin stilling.

Ledelsen på avdelingene var ikke til stede der håndhygiene skulle utføres. Det var ikke mye involvering fra ledelsen, det var mer kollega til kollega. Håndhygiene var heller ikke et tema som ledelsen tok opp. Ingen fra ledelsen kom med innspill eller påminninger om etterlevelse av håndhygiene. Det var også ukjent hva de måtte mene om etterlevelse av håndhygiene. En mulig forklaring kan være at å utøve forsvarlig omsorg innebærer en god håndhygiene, og det ansvaret hvilte på hver enkelt. Undersøkelsen til Stormark (2012) konkluderer med, at organisasjoner i helseforetaket i liten grad bidrar til måloppnåelse grunnet lite kjente målsetninger, stor grad av subkulturer og uformelle ledere. Hemphälä (2008) fant at ansatte får, eller føler stadig mer autonomi, selvstendig arbeid blir stadig mer utbredt mens kontakten mellom sjef og medarbeider ikke lenger er like tett. Sjefen er dermed mindre viktig mens kolleger har større betydning. I en rapport fra arbeidstilsynet (Søberg, 2013) vises det til at ledelsesansvar og ledelsesatferd er helt sentrale elementer for en organisasjon. Kulturen i helseforetakene har stor innvirkning på hvordan driften utøves.

Respondenter fortalte at det var viktig å få pasienter videre til neste sengepost for å gjøre plass til nye pasienter, og pasientflyten hadde økt på vaktene. Det var et signal på at intensiv- og postoperative avdelinger var ”proppen” på sykehuset. Flere publikasjoner viser, at fysisk nærplassering av pasienter, økt pasienttetthet og arbeidsmengde for sykepleiere, vil kunne føre til økt forekomst av sykehusinfeksjoner (Borg, 2003). Dette er spesielt i forbindelse med når pasienten er smittet av eller bærer av multiresistente bakterier (Farrington, Trundle, Redpath og Anderson, 2000). Smitteverntiltak blir i større grad gjennomført med lavere pasienttetthet og større avstand mellom pasientene. I dag er det et krav om å drive lønnsomt, og innenfor denne situasjon hadde sykepleiere sitt daglige virke, og det krever tilpasninger som de selv har relativt liten innflytelse på. Det var ønske om flere vaskeservanter for å lette gjennomføringen av håndhygiene på en avdeling, men det hadde ledelsen sagt ikke var mulig. I rapporten ”God vakt” Østhagen (2006) beskriver legene i likhet med andre som arbeider i sykehus, en arbeidshverdag som gradvis og over tid er blitt mer krevende.

Respondentene viste til positiv erfaring med høyere etterlevelse av håndhygiene, da ledelsen hadde satt i verk tiltak knyttet til håndhygiene. Ledelsen hadde ønsket at håndhygiene skulle settes på dagsordenen og ved hjelp av ansatte som ønsket å delta ble det utformet retningslinjer for hvordan håndhygiene skulle settes i fokus på avdelingen og etterleves. Det

var en vellykket endring, og det var ikke nødvendig for de ansatte å ”passe” på andre i miljøet. Når ledelsen tok initiativ til en håndhygienekampanje på avdelingen, så opplevdes det som å jobbe ut fra et bestillingsverk fra ledelsen, mer enn at de skulle passe på hygiene på avdelingen. Håndhygiene ble så mye i fokus at det ga ringvirkninger for smittevern generelt på avdelingen, slik at andre yrkesgrupper også begynte å se på smittevern overfor pasienter og smittevern generelt på avdelingen. Ling og How (2012) og Runy (2008) fant at for at personell skal kunne gjennomføre en vellykket endring, er det en forutsetning at arbeidet er forankret hos sykehusledelsen. Smittevernkulturen som etableres på helseinstitusjoner er avhengig av i hvilken grad ledelsen generelt vektlegger smittevernarbeid. Effekten av forebyggingstiltak vil i stor grad være avhengig av samhandling, bl.a. mellom tjenestenivåene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

En sterkere sosial norm, med etablerte regler kan være viktig for å øke etterlevelse. Erasmus et al. (2009) viste til at deltagerne var enige i at det å skape en sterkere sosial norm og etablere en mer eksplisitt sosial kontroll, vil være viktig for å forbedre håndhygiene etterlevelse. Sykepleie er en selvstendig fagutøvelse i et dynamisk samarbeid med øvrige deltakere i helseteamet. Dårlig håndhygiene er ikke et individuelt problem, men en feil som kan skyldes en kultur som ikke er orientert på samarbeid og forbedring av omsorg. En større oppmerksomhet på ledelse, kultur, team og informasjon er viktig for en forbedring innen helsesektoren (Ferlie og Shortell, 2001).

Vedvarende oppmerksomhet om håndhygiene fra ledelsen er viktig. Ved å understreke viktigheten av god håndhygiene kan ledelsen fremme bedre etterlevelse av håndhygienerutiner. Respondenter fortalte at det ikke var noen innspill fra ledelsen med fokus på håndhygiene. Det var ikke seminar, ingen utdeling av brosjyrer, eller påminnelser. Haas og Larson (2008) mente at kanskje den viktigste faktor for at de oppnådde en høyere etterlevelse av håndhygiene, var at medlemmer av sykehusledelsen prioriterte å sette fokus på håndhygiene for hele sykehuset. I studie gjort av Pittet (2000) forutsatte toppledelse, leger og sykepleieledere en aktiv støtte for en etterlevelse av håndhygiene av alle ansatte. Noen ledere ble også bedt om å utvikle spesifikke tiltak for etterlevelse av håndhygiene. Etterlevelsen forbedret seg under hele tiltaksperioden og den var fremdeles tilstede etter seks måneder etter at tiltaket var avsluttet.

Det var et gjennomgående funn i studien at respondenter oppfattet at forholdene generelt sett med få unntak, var lagt til rette fra ledelsen for å utføre håndhygiene. Ved å innføre alkoholbasert håndhygiene, var det også blitt lettere å utføre håndhygiene. Dette funnet støttes av tidligere forskning som viser til at tilgjengeligheten til sprit førte til økt gjennomføring av hånddesinfeksjon. Det er bevist at etterlevelsen øker ved plassering av dispensere ved sengeenden og samtidig med bruk av antiseptiske midler, ville tiden til håndhygiene kunne reduseres med en fjerdedel (Voss og Widmer, 1997). På avdelingene var det lagt godt til rette for muligheten til å benytte sprit i nær tilknytning til pasienten. Flere av respondentene fortalte at de spritet hendene mange ganger i løpet av dagen, som en sikkerhet i tilfelle at de kunne ha "noe" på hendene. Det å benytte hånddesinfeksjon ble oppfattet som enklere enn å benytte håndvask. Dette funnet sammenfaller med en studie utført av Pittet (2000), som mente at hånddesinfisering tar kortere tid enn håndvask og derfor kan være en av faktorene bak den høye etterlevelsen i studien.

Utstyret må også være intakt og fungere slik det skal, for at det skal kunne fremme god håndhygiene. Det var utplassert spritdispensere i nær tilknytning til pasienten, og dispenserne var i orden. Det var ingen problemer forbundet med tilgang til desinfeksjonssprit. I undersøkelsen til Berland og Natvig (2005) kommer det frem, at orden i utstyr gir trygghet i forhold til omgang med pasienter og gir pasientene trygg behandling.

Tidligere studie av Allegranzi, Memish, Donaldson og Pittet (2009) og Jumaa (2005) har vist til en sammenheng mellom religion og forbud mot sprit (desinfeksjonssprit). Jeg fant ingenting som støttet dette funnet. Respondenter ble forbauset da jeg spurte om manglende håndhygiene hadde sammenheng med religion og eventuelt forbud mot alkohol. Det var ikke et aktuelt tema på de avdelingene som respondentene kom fra.

6.6 Kliniske implikasjoner

Etterlevelse av håndhygiene kommer til å få enda større betydning i fremtiden dersom utviklingen følger den retning man ser i dag. Det vil være vesentlig å tilstrebe en høy etterlevelse. Funn i studien viste at det var et sosialt mønster hvor etterlevelse av håndhygiene var den enkeltes ansvar, ut i fra egne vurderinger. Manglende etterlevelse ble ikke kommentert. Når eksisterende praksis ikke blir endret, vil det ikke oppnås en optimalisering i etterlevelse av håndhygiene. Tidligere forskning på etterlevelse av håndhygiene har vært fokusert på tiltak iverksatt overfor den enkelte helsearbeider (Whitby et al., 2006). Tiltak har vært knyttet til kunnskap og informasjon, men det har ikke hatt den ønskede effekten. Etterlevelse av håndhygiene er en kompleks interaksjon med mange faktorer som påvirker. Håndhygiene dreier seg ikke bare om hver enkeltes etterlevelse, men det handler også om hvordan håndhygiene praktiseres i miljøet. I stedet for å fokusere kun på den enkeltes etterlevelse må også fokus rettes mot arbeidsmiljøet. Mæland og Aarø (1993) fant at senere års forskning har vist at knapt noen forhold forklarer atferd sterkere enn sosiale miljøpåvirkninger og sosial normer. Det kan dras paralleller til et annet område innenfor helsevesenet som har vært knyttet til den enkeltes atferd, som for eksempel ved helsefremmede atferd. De hevdet for øvrig at forhold som overvekt og diabetes med et ensidig fokus på individet, kan si at vedkommende er overvektig fordi han ikke har mosjonert. Denne type tilnærminger har vært kritisert for å handle for mye om individet (Sørensen og Graff-Iversen, 2001). Overvekt og diabetes kan i stedet bli sett på, som en følge av miljøet individet er en del av. Ved å flytte fokus fra hver enkelt og heller se på hva det er i miljøet som påvirker og bidrar til at vedkommende er overvektig, kan tiltakene også rettes inn mot miljøet.

I de siste årene har det blitt tatt i bruk andre tiltak fra opplysningsarbeid til mobiliseringsperspektiv for å endre atferd. Hovedtrekket er et skifte fra opplysningsarbeid som kilde til atferdsendring, til dialog, brukermedvirkning og mobilisering. Mobilisering (empowerment) dreier seg om aktiv deltagelse og å delegerer ansvar (Sørensen og Graff-Iversen, 2001; Gulbrandsen, 2000). Endringer forutsetter aktiv involvering fra ansatte. Mobilisering vil være å engasjere alle i å være med på å endre nåværende praksis til at etterlevelse av håndhygiene ikke alltid kan være opp til hver enkelt, og at etterlevelse angår alle i miljøet. Eget faglig skjønn er viktig på intensiv- og postoperative avdelinger, men et skjønn som begrenser en etterlevelse av håndhygiene må bli gjenstand for en ny vurdering.

Empowerment er å delegere ansvar, makt og myndighet til den enkelte og å bruke hverandres ressurser og oppmuntre og motivere til en optimalisering av håndhygiene. Manglende etterlevelse skal kunne kommenteres uten at det blir oppfattet som et angrep på en kollegas integritet. Mobiliseringen består i å se på seg selv og den gruppen man tilhører som ansvarlige innen pasientomsorg. Studier av Hov et al. (2009) og Thorup et al. (2012) viser at sykepleiere hadde et sterkt engasjement for pasienter. Funn i min studie viste at sykepleier ønsket å gjøre det som var til det beste for pasienter. Da er det vesentlig å rette tiltakene mot de faktorene som begrenser en etterlevelse, for å øke etterlevelsen.

Et samarbeid mellom ansatte og ledere, initiert av ledelsen, vil kunne bidra til at håndhygiene blir en profesjonell handling og ikke et personlig anliggende. Ledelsen og et inkludert personell kan sammen finne løsninger på hvordan en skal kunne oppnå en optimalisering av håndhygiene. Hygienepersonell vil kunne gi en oppdatert realistisk informasjon om håndhygiene relatert til pasientgruppen på avdelingen.

En endring vil kunne kreve et visst overskudd og ansvarsfølelse, og det vil det kreve en ny kultur som etableres over tid. Endringer vil kunne stille krav til omgivelser som ikke alltid er åpne for forandringer. Towell og Dartington (1976) og Jumaa (2005) viser til at forandringer innen pasientomsorg krever endringer i holdninger, og forandringer kan forårsake betydelig motstand hos personell. Personell vil oppleve en forstyrrelse av den etablerte måten å jobbe på. Det er derfor viktig at ledelsen er med i denne prosessen og støtter opp under endringer og bidrar til et miljø som tilrettelegger for endring.

6.7 Konklusjon

Hensikten med studien var å identifisere faktorer sykepleiere opplever påvirker utførelse av håndhygiene. Det var flere faktorer som påvirket men to faktorer var sterkere representert enn andre; etterlevelse av håndhygiene var den enkeltes ansvar og det var liten tiltro til retningslinjer og om det fikk konsekvenser å ikke utføre håndhygiene. De andre faktorene var risikovurdering, engasjement og lederskap.

Det var tvil om kunnskap retningslinjer var basert på og om utelatt håndhygiene fikk noen konsekvenser. Retningslinjer i håndhygiene var for omfattende både i forhold til når det skal

gjennomføres, og anbefalt tidsbruk til at håndhygiene ble gjennomført i tråd med retningslinjene. Smittevernpersonell, som har til oppgave å informere om håndhygiene, ble oppfattet som en faggruppe som overdrev. Det var liten tro på konsekvenser av ikke å følge deres anbefalinger og råd når det gjaldt håndhygiene. Det foretas en vurdering om håndhygiene kan utelates. Faktorer som tidsbegrensinger, egen beskyttelse og pasientens antatte gode helsetilstand er faktorer som begrenser håndhygiene. Det var en generell oppfatning, at håndhygiene var enkelt og lært i barndommen og det var liten interesse for å lære mer om temaet. Håndhygiene ble oppfattet å være enkelt og elementært. Håndhygiene ble knyttet til vaner, noe som var lært fra tidligere av og det var lært innenfor en ramme som var annerledes enn en profesjonell faglig ramme. Håndhygiene var ikke en homogen praksis, men preget av hver enkeltes standard for håndhygiene. Håndhygiene var den enkeltes ansvar. Det var ikke vanlig å kommentere manglende håndhygiene i kollegafelleskapet og ledelsen påpekte ikke manglende etterlevelse av håndhygiene. Funn i studien tyder på at håndhygiene ble forbundet både med personens kunnskapsnivå om hygiene, men også personens hygiene generelt. Håndhygiene var et uttrykk for en personlig handling, ut i fra hva vedkommende sto for. Det at håndhygiene ble knyttet til en persons personlige hygiene, gjorde det spesielt vanskelig å kommentere manglende etterlevelse hos kolleger. Engasjement i jobben påvirket etterlevelse og hvis man var sliten og hvis det var lite folk på jobb, begrenset det etterlevelsen. Det å være reflektert og bevisst i forhold til jobben og beskyttelse mot smitte overfor pasienter og en selv, fremmet håndhygiene. Ved å se på håndhygiene som en oppgave som hørte til yrket, lederstyrte tiltak i samarbeid med de ansatte, likeledes tilgjengelighet til håndhygienemidler, fremmet etterlevelsen.

Funn i denne studien underbygger, at for å fremme etterlevelse av håndhygiene, er det vesentlig at sykepleieledere og medisinske ledere, sammen med personell, iverksetter tiltak og støtter over tid et miljø som er rettet inn mot optimal etterlevelse av håndhygiene. Utøvelse av håndhygiene med utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap og en tydelig ledelse som fokuserer på håndhygiene, vil sammen kunne føre til en optimalisering i etterlevelse av håndhygiene.

Litteraturliste

- Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions: A theory of planned behavior*. I J. Kuhl & J. Beckman (Red.). *Action-control: From cognition to behavior* (s. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (2005, september). *Construction a theory of planned behavior questionnaire*. Hentet fra <http://www.people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>.
- Allegranzi, B., Memish, Z., A., Donaldson, L. og Pittet, D. (2009). Religion and culture: potential undercurrents influencing hand hygiene promotion in health care. *American Journal of Infection Control*, 37 (1), 28-34.
- Andersson, M. (1994). *Integritet som begrepp och princip: en studie av ett vårdetisk ideal i utveckling*. Finland: Schilds förlag
- Arbetsmiljøloven. Lov-2005-06-17-62. § 4. (2005). Hentet fra [http:// www.lovdata.no/all/nl-20050617-062.html](http://www.lovdata.no/all/nl-20050617-062.html)
- Ayliffe G., A., Babb J., R., Davies J., G. og Lilly, H., A. (1998). Hand disinfection: a comparison of various agents in laboratory and ward studies. *The Journal of Infection*, 11 (3), 226–243.
- Barret, R. og Randle, J. (2008). Hand hygiene practice: Nursing students perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (14), 1851- 1857.
- Benner, P. og Wrubel, J. (2001). *Omsorgens betydning i sygepleje*. København: Munksgaard
- Berland, A. og Natvig, G., K. (2005). Ivaretagelse av pasientsikkerhet. *Vård i Norden*, 25 (3), 33–38.

- Bjerga, G. (2006). *Den nyutdannede sykepleieres opplevelser som nyansatt i sykehuset* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo.
- Borg, M. (2003). Bed occupancy and overcrowding as determinant factors in the incidence of MRSA infections within general ward settings. *The Journal of Hospital Infection*, 54 (4), 316-318.
- Boyce, J., M. og Pittet, D. (2002). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. *Center for Disease Control and prevention*, 25 (51), 1- 45.
- Boyce, J., M. og Pittet, D. (2011). How to guide hand hygiene. Institutt for health care improvement. Hentet 8.mai 2013 fra http://www.shea-online.org/Assets/files/IHI_Hand_Hygiene.pdf
- Brink, P., J. og Wood, M., J. (1998). *Advanced Design in Nursing Research*. California, USA: Sage publication Ink.
- Carrier-Walker, L. (2009). *Notes on nursing – A guide for today's caregivers*. International Council of Nurses. United Kingdom: Elsevier.
- Cleary, M., Walter, G., Horsfall, J., Jackson, D. (2013). Promoting integrity in the workplace: a priority for all academic health professionals. *Contemporary Nurse*, 44 (2), 254-256.
- Creedon, S., A. (2005). Healthcare worker's hand decontamination practices: compliance with recommended guidelines. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (3), 208-216.
- Degre, M., Hovig, B. og Rollaug, H. (2008). *Normalflora. Medisinsk mikrobiologi*. Gyldendal: Oslo.
- De Laine, M. (2000). *Fieldwork, Participation and Practice*. London: Sage.
- Det Norske Veritas (2011, 11 januar). Sporbarhet gir bedre styring. Hentet fra http://www.dnv.no/ressurser/publikasjoner/dnvinnsikt/2009/no_2/sporbarhet.asp#

- De Wandel, D., Maes, L., Labeau, S., Vereecken, C. og Blot, S. (2010). Behavioral determinants of hand hygiene compliance in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 19 (3), 230-239.
- Durso, S., C. (2006). Using clinical guidelines designed for older adults with diabetes mellitus and complex health status. *The Journal of the American Medical Association*, 295 (16), 1935-1940.
- Dyson, J., Lawton R., J., Jackson, C. og Cheater, F. (2011). Does the use of a theoretical approach tell us more about hand hygiene behaviour? *Journal of Infection Prevention*, 1 (12), 17-24.
- Dysvik, A. (2010). *An inside story – is self-determination the key?* (Doktoravhandling). Handelshøyskolen, BI: Oslo
- Eide, T. og Eide H. (2008). *Verdien av en Verdi-Intervensjon. En studie av verdiarbeid i et norsk sykehus* (Rapport 2/2008). Oslo: Diakonhjemmet høgskole.
- Ekeberg, V. (2011). Mature care and the virtue of integrity. *Nursing philosophy*, 12, 128-138.
- Ekeland, T.-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis. Arbeidsnotat nr. 6*. Senter for profesjonsstudier. Høgskolen i Oslo.
- Erasmus, V., Brouwer, W., Van Beeck, E., F., Oenema, A., Daha, T., J., Richardus, J., H., Vos, M., C. og Brug, J., A. (2009). A qualitative exploration of reasons for poor hand hygiene among hospital workers: lack of positive role models and of convincing evidence that hand hygiene prevents cross-infection. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 30 (5), 415-419.
- Fagernes, M. (2010). *Mellom viljen og viten* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo.

- Farrington, M., Trundle, C., Redpath, C. og Anderson, L. (2000). Effects on nursing workload of different MRSA control strategies. *The Journal of Hospital Infection*, 46 (2), 118 -122.
- Ferlie E. og Shortell S. (2001) Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States. *Milbank Quaterly*, 79, 281–315.
- Fishbein, M. og Ajzen, I, (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, Ma:Addison-Wesley.
- Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten. Lov-2005-06-17-610. (2005).
Hentet fra <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20050617-0610.html>
- Forskrift om norsk overvåkingssystem for antibiotika bruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner. For-2005-06-17-611. (2005). Hentet fra
<http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20050617-0611.html>
- Førland, O., J. og Iversen, B., G. (2005). *Evaluering Ren Omsorg* (Rapport nr.1:2006).
Hentet fra <http://www.fhi.no/dav/4F85451BCA.pdf>
- Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. I: A. Giorgi (red). *Phenomenology and psychological research* (s. 8-22). Pitteburg, P.A.: Duquesnes University Press.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: a methoded Husserlian approach*. Pittsburg, P.A.:Duquesne University Press.
- Gould, D., J., Drey, N., S., Moralejo, D., Grimshaw, J. og Chudleigh, J. (2008). Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care.
The Journal of Hospital Infection, 68 (3), 193-202.
- Graver, H. P. (2007). *Alminnelig forvaltningsrett*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

- Griffiths, P. (2009). What does we know about the association between the number of nurses and patient outcomes. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (10), 1289-1290.
- Grol, R. og Grimshaw J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients` care. *Journal Lancet*, 362, 1225-1230.
- Gulbrandsen, P. (2000). Styrking – det rette norske begrepet for Empowerment? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 19 (120), 2330.
- Gundersen, D. (1972). *Norsk synonym ordbok*. Oslo: Gyldendal forlag.
- Hedderwick, S., A., McNail, S., A., Lyons, M., J. og Kauffman, C., A. (2000). Pathogenic organisms associated with artificial fingernails worn by healthcare workers. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 21 (8), 505-509).
- Helsedirektoratet (2011). Nasjonale faglige retningslinjer. Hentet fra www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/_attachment/3860?_ts...true
- Helse- og omsorgsdepartementet (2000). Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens (2000-2004). Hentet fra www.regjeringen.no/.../tiltaksplan-for-a-motvirke-antibiotikare.html?
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004). Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004-2006. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/.../handlingsplan-for-a-forebygge-sykehusinf.html>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012). Hentet fra <http://www.regjeringen.no/.../Nasjonal%20strategi%20infeksjoner-antibiotikare>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015)*. (St.meld. nr. 16 2010-2011). Hentet fra <http://www.regjeringen.no/id/STM201020110016000DDDEPIS>

Helsepersonelloven, Lov-1999-07-02-64. § 4. (1999). Hentet fra www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.htm

Helsetilsynsloven, Lov-1984-03-30-15. (1984). Hentet fra Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19840330-015.html>

Hemphälä, J. (2008). *The Instrumentality of Talk: On the Creation of Sustainable Organizations Through Social Interactions* (Doktoravhandling). Stockholm: Industriell Arbetsvetenskap, KTH.

Hjort, P., F. (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenesten: en lære-, tenke- og faktabok*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Hov, R., Athlin, E. og Hedelin, B. (2009). Being a nurse in nursing home for patients on the edge of life. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 23, 651-659.

Haas, J., P. og Larson, E., L. (2008). Compliance with Hand hygiene Guidelines: Where are we in 2008? *American Journal of Nursing*, 108 (8), 40 – 44.

Jacobsen, D., I. og J. Thorsvik (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.

Jang, J., Wu, S., Kirzner, D., Moore, C., Youssef, G., Tong, A., Louenco, J., Stewart, R. B., McCreight, L., J., Green, K. og McGeer, A. (2010). Focus group Study of Hand Hygiene Practice among Healthcare Workers in a Reaching Hospital in Toronto, Canada. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 31 (2), 144-150.

Joffe, H. (2003). Risk: From perception to social representation. *British Journal of Social Psychology*, 42, 55-73.

Jumaa, P., A. (2005). Hand hygiene: simple and complex. *International Journal of Infection Disease*, 9, 3-14.

- Kampf, G. og Kramer A. (2004). Epidemiologic background of hand hygiene and evaluation of the most important agents for scrubs and rubs. *Clinical Microbiology Review*, 17 (4), 863-893.
- Kassah, B., L., L. (2007). Tillit og kontroll i det nye arbeidslivet. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 48 (4).
- Kidd, P. og Parshall, M., B. (2000). Getting the Focus and the Group: Enhancing Analytical Rigor in Focus Group Research. *Qualitative Health Research*, 10 (3), 293-308
- Kim, H., S. (2000). *The Nature of Theoretical thinking inn Nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Knutstad, U. (2006). *Smitte*. Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Kristoffersen, N., J. og Nortvedt, P. (2005). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: N. J. Kristoffersen (Red.). F. Nortvedt og E-A. Skaug (2005) *Grunnleggende sykepleie bind 1* (s. 81-91). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kutner, J., S., Smith M., C., Corbin, L., Hemphill, L., Benton, K., Mellis, B., K., Beaty, B., Felton, S., Yamashita, T., E., Bryant, L., L. og Fairclough D., L. (2008). Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 149 (6), 369-379.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Ladegård, G. og Vabo, S., I. (2011). Ledelse, styring og verdier. *Magma*, 1, 23-31.
- Lam, B., C., Lee, J. og Lau, Y., L. (2004). Hand hygiene practices in a neonatal intensive care unit: a multimodal intervention and impact on nosocomial infection. *Pediatrics*, 114 (5), 565-571.

- Lankford, M., G., Zembower, T., R., Trick, W., E., Hacek, D., M., Noskin, G., A. og Peterson L., R. (2003). Influence of role models and hospital design on hand hygiene of health care workers. *Emerging Infectious Diseases*, 9 (2), 217-223.
- Larsen, E., Early, E., Cloonan, P., Sugrue S. og Perides, M. (2000). An organizational climate intervention associated with increased handwashing and decreased nosocomial infection. *Behavioral Medicine*, 26, 14-22.
- LaScala, C., A. (2009). Moral Accountability and Integrity in Nursing Practice. *Nursing Clinics of North America*, 44 (4), 423-434.
- Lian, O., S. (2007). *Når helse blir en vare*. Kristiansund S: Høyskole forlaget AS- Norwegian Academic Press.
- Ling, M., L. (2007). Patient Safety. I: J. R. William (red). *Bennett & Brachman`s Hospital Infections* (s. 813-817). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ling, M., L. og How, K., B. (2012). Impact of a hospital-wide hand hygiene promotion strategy on healthcare-associated infections. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 1 (13), 2047-2994.
- Mairis, E., D. (1994). Concept clarification in professional practice – dignity. *Journal of Advanced Nursing*, 9 (5), 947-953.
- McArdle, F., I., Lee, R., J., Gibb, A., P. og Walsh, T., S. (2006). How much time is needed for hand hygiene in intensive care? A prospective trained observer study of rates of contact between healthcare workers and intensive care patients. *The Journal of Hospital Infection*, 62 (3), 304-310.
- McLaughlin, A., C. og Walsh, F. (2011). Individual differences in judgments of hand hygiene risk by health care workers. *American Journal of Infection Control*, 39, 456-463.

Malterud, K. (2001). The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet*, 358 (9279), 397-400.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder. 3 utgave*. Oslo: Universitetsforlaget.

Meurier, C., E., Vincent, C., A. og Parmar, D., G. (1998). Nurses' responses to severity dependent errors: a study of the causal attributions made by nurses following an error. *Journal of Advanced Nursing*, 27 (2), 349-354.

Moberg, K., U. (2000). *Lugn och beröring*. Falköping: Bokforlaget Natur och Kultur.

Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*. Göteborg: Daidalos.

Mæland, J., G. og Aarø, L., E. (1993). Atferdsteori og forebyggende helsearbeid i praksis. *Tidsskrift Norske Lægeforening*, 113, 51-55.

Naokoba, S. og Hayward, A. (2001). The effectiveness of interventions aimed at increasing handwashing in healthcare workers - a systematic review. *The Journal of Hospital Infection*, 47 (3), 174-180.

Nasjonalt folkehelseinstitutt, FHI. (2004). *Nasjonal veileder for håndhygiene*. Oslo: Nordberg Aksidenstrykkeri AS.

Nasjonalt folkehelseinstitutt, FHI. (2009). Smittevern 16. MRSA-veilederen. Hentet fra <http://www.fhi.no/dav/9bc2e5e450.pdf>

Nasjonalt folkehelseinstitutt, FHI. (2011). Prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotika bruk. Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/96e696541a.pdf>

Nasjonalt folkehelseinstitutt, FHI. (2012). Resultater fra prevalens undersøkelser (fra 1999 til nå). Hentet fra <http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg>

Nasjonalt folkehelseinstitutt, FHI (2013a). Overvåking av post operative sårinfeksjoner- NOIS- POSI. Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=103371>

Nasjonalt folkehelseinstitutt, FHI. (2013b). Smittevernboka. Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=82829>

Nicol, P., R., Watkins, R., J., Donovan, D., G., Wynaden, H. og Cadwallader, E. (2009). The power of vivid experience in hand hygiene compliance. *The Journal of Hospital Infection*, 72, 36 - 42.

Nielsen, L., A. og Østergaard, C, (2012). *Mikrobiologi*. Danmark: Gyldendal/Munksgaard.

Nissen, R. (1877/2000). *Lærebok i Sygepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nord, R. (1998). Ulike typer design. I: Fagermoen, M., S., Nord, R., Hanestad, B., R. og Bjørnsborg, E. (Red). *Fra kunst til kolikk* (s. 24-38). Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk sykepleierforbund, NSF. (2008). *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Norsk sykepleierforbund, NSF. (2011, 9 august). Norsk sykepleierforbunds yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.sykepleierforbundet.no/.../NSF-263428-v1-YER-hefte>

Nygren, P. og Fauske, H. (2004). *Ideologisk beredskap. Om etikk og verdier i helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

O'Boyle, C., A., Henly, S., J. og Duckett, L., J. (2001). Nurses' motivation to wash their hands: a standardized measurement approach. *Applied Nursing Research*, 14, (3), 136-145.

- Oddli, H., W. og Kjøs, P. (2009). Fortsatt løgn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46 (3), 284-295.
- Orvik, A., Vågen, S. R., Axelsson, S., B. og Axelsson, R. (2013, 16 juli). Quality, efficiency and integrity: value squeeze in management of hospital wards. *Journal of Nursing Management*. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23859046>
- Ott, M. og French, R. (2009). Hand hygiene compliance among health care staff and student nurses in a mental health setting. *Issues Mental Health Nursing*, 30 (11), 702-704.
- Ouellette, J., A. og Wodd, W. (1998). Habit and intention in everyday life: The multiple processes by which past behavior predicts future behavior. *Psychological Bulletin*, 124 (1), 54-74.
- Parry, M., F., Grant, B., Yukna, M., Adler-Klein, D., Mcleod G., X., Taddonio, R. og Rosenstein, C. (2001). Candida osteomyelitis and diskitis after spinal surgery: An outbreak that implicates artificial nail use. *Clinical Infection Diseases*, 32, (3), 352-357.
- Passaro, D., J., Waring, L., Armstrong, R., Bolding, F., Bouvier, B., Rosenberg, L., Reingold, A., W., Mcquitty, M., Philpott, S., M., Jarvis, W., R., Werner, S., B., Tompkins, L., S. og Vugia, D., J. (1997). Postoperative *Serratia marcescens* wound infections traced to an out- of- hospital source. *Journal of Infectious Diseases*, 175 (4), 992-995.
- Patton, M., Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Thousand Oaks, C.A.: Sage Publications.
- Peterson, A., M. og Walker, H., P. (2006). Hospital- Acquired Infections as Patient safety Indicators. *Annual Review of Nursing Research*, 24 (1), 75 – 99.
- Pittet, D. (2000). Improving compliance with hand hygiene in hospital. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 2 (6), 381 – 386

- Pittet, D., Allegranzi, B., Sax, H., Dharan, S., Pessoa-Silva, C., L., Donaldso, L. og Boyce, J., M. (2006). Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. *The Lancet Infectious Diseases*, 6 (10), 641–52.
- Pittet, D., Hugonnet, S., Harbarth, S., Mourouga, P., Sauvan, V., Touveneau, S. og Perneger, T., V. (2000). Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Lancet*, 356 (9238), 1307-1312.
- Polit D., F. og Beck C., T. (2008). *Nursing Research. Principle and Methods*. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Raboud, J., Saskin, R., Wong, K., Moore, C., Parucha, G., Bennett, J., Green, K., Low, D., Loeb, M., Simor, A. og McGeer, A. (2004). Patterns of hand washing behavior and visits to patients on a general medical ward of healthcare workers. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 25 (3), 198–202.
- Rayan, G., M. og Flournoy, D., J. (1987). Microbiologic Flora of Human Fingernails. *Journal of Hand Surgery American*, 12 (4), 605-707.
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Hammick, M. og Koppel, I. (2009). *Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (Review)*. The Cochrane Library. fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002213.pub3/pdf>
- Runy, L., A. (2008). Hospital-acquired Infections: Leadership Challenges. *Hospital Health Network*, 82 (10), 56–65.
- Rykkje, L., Heggelund, A. og Harthug, S. (2007). Enkle tiltak gir bedre håndhygiene. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 7 (127), 861-863.
- Samuel, R., Shuen, A., Dendle, C., Kotsanas, D., Scott, C. og Stuart, R., L. (2012). Hierarchy and Hand Hygiene: Would Medical Students Speak Up to Prevent Hospital-Acquired Infection? *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 33 (8), 861-863.

- Sax, H., Uçkay, I., Richet, H., Allegranzi, B. og Pittet, D. (2007). Determinants of good adherence to hand hygiene among healthcare workers who have extensive exposure to hand hygiene campaigns. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 28 (11), 1267- 74.
- Sie, I., Thorstad, M. og Andersen, B., M. (2008): Infeksjonskontroll og håndhygiene ved sykehjem i Oslo. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 13 (128), 1528-1530.
- Simonsen, G. (1986). *Hvem var du Florence Nightingale?* Oslo: Gyldendal
- Smittevernloven, Lov-1994-08-05-55. § 5. (1994). Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19940805-055.html>
- Statsministeren (2012). *Rapport fra 22. juli-kommisjonen*. (NOU 2012:14). Hentet fra <http://www.regjeringen.no/id/nou201220120014000dddepis>.
- Steinhaug, S. (2003). "Bør pasienten gjøre som doktoren sier?" *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 24, 3604-3606.
- Stormark, R. (2012, 14 mai). *I hvilken grad virker organisasjonskulturen styrende på en virksomhets måloppnåelse* (Masteroppgave, Høgskolen i Hedmark). Hentet fra brage.bibsys.no/hhe/retrieve/2929/Stormark.pdf
- Søberg, M. (2013). *Manglende risikovurdering og alvorlige arbeidsulykker*. Tema nr. 2013. Direktoratet for arbeidstilsynet. Trondheim.
- Sørensen, M. og Graff-Iversen S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskrift for Den Norske legeforening*, 28 (121), 720-724.
- Tengelin, E., Arman, R., Wikström, A. og Dellve, L. (2011). Regulating time commitments in healthcare organizations: managers boundary approaches at work and in life. *Journal of health Organization Management*, 25 (5), 578-579.

- Tinetti, M., E., Bogardus, S., T. og Agostini, J., V. (2004). Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *The New England Journal of medicine*, 351, 2870-2874.
- Thorup, C., B, Rundqvist, E., Roberts, C. og Delmar, C. (2012). Care as a matter of courage: vulnerability, suffering and ethical formation in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 26, 427-435.
- Towell, D. og Dartington, T. (1976). Encouraging innovations in hospital care. *Journal of advanced Nursing*, 1, 391-398.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tveit, B. (2008). *Ny ungdom i gammelt yrke – en studie av sykepleierstudenters motivasjon og fagidentitet i møte med en tradisjonstung utdanning* (Doktoravhandling). Høgskolen i Oslo: Senter for profesjonsstudier.
- Vareide, P., K., Hofseth, C., Norvoll, R. og Røhme, K. (2001). *Stykkevis og helt- Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus*. (SINTEF- rapport STF78 A013506). Trondheim: SINTEF
- Verdens helseorganisasjon. WHO. (2005). The global patient safety challenge: 2005 – 2006 «Clean care is safer care». Hentet fra <http://www.who.int/entity/gpsc/en/>
- Verdens helseorganisasjon. WHO. (2010). The World Health Report. Hentet fra http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pdf
- Verplanken, B. (2006). Beyond frequency: Habit as mental construct. *British Journal of Social Psychology*, 45, 639-656.
- Vinje, H., F. (2007). "Thriving despite adversity: Job engagement and Self-care among community nurses." *Nursing & Health Sciences*, 9 (2), 107–111.

- Voss, A. og Widmer, A., F. (1997). No time for Handwashing!?
Infection Control Hospital Epidemiolog, 18 (3), 205-208.
- Wandel, K., Jenner E., A., Fletcher B., Watson P., Jones, F., A. og Scott, G., M. (2006).
Discrepancy between self-reported and observed hand hygiene behaviour in
healthcare professionals. *The Journal of Infection*, 63, 418 – 422.
- Weinstein, N., D. (1984). Why it won't happen to me: perceptions of risk factors
and susceptibility. *Health Psychology*, 3, 431–457.
- Widerberg, K. (2001). *Historien om et kvalitativt forskingsprosjekt*.
Oslo: Universitetsforlaget.
- Wilhelmsen, B., U. (1997). *Development and evaluation of two educational
programmes designed to prevent alcohol use among adolescents*.
Bergen: Universitetet i Bergen.
- Whitby, M., McLaws M., L. og Ross, M., W. (2006). Why healthcare workers
don't wash their hands: a behavioral explanation. *Infection Control
Hospital Epidemiology*, 27 (5), 484-492.
- Wood, W. og Neal, D., T. (2009). The habitual consumer.
Journal of Consumer Psychology, 19 (4), 579-592.
- Østhagen, T. (2006). “God vakt”. *Arbeidsmiljø i sykehus* (Rapport 01119, saksnr.
2006/3594). Hentet fra
<http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=90667>

Vedlegg I

Nora Elsebutangen
Austliveien 15
1400 Ski
e-post: xxxx
telf: xxxx

24.9.12

Søknad om å benytte sykepleietjenesten ved xxxxx sykehus, som forskningsfelt for masteroppgave ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.

Hvilke faktorer påvirker utførelse av god håndhygiene i klinisk praksis?

Flere studier har vist en sammenheng mellom etterlevelse av håndhygiene og et redusert antall sykehusinfeksjoner. Infeksjonsforekomsten i Norge er relativt uendret fra tidligere år viser resultater fra prevalensundersøkelser av sykehusinfeksjoner (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2012). Gjennomgang av internasjonale studier viser at det hovedsakelig er forsket på evaluering av tiltak som er satt i gang for å få kontroll over sykehusinfeksjonene (Cochrane, 2009). Det er gjort få studier med individuelle intervju hvor temaet er sykepleiernes opplevelse av hva som påvirker utførelse av håndhygiene.

Hensikten

Hensikten med denne studien er å kartlegge sykepleieres holdninger og opplevelser som påvirker utførelse av håndhygiene i det kliniske arbeidet. Å avdekke kunnskap om dette er vesentlig for å lede utviklingen av intervensjonsprogram som er hensiktsmessig for å optimalisere varig utøvelse av håndhygiene i klinisk praksis.

Design/metode

Studien er kvalitativ med et beskrivende og utforskende design. Teorien om planlagt handling (Ajzen 1985, 2005) vil bli benyttet som teoretisk rammeverk. En intervjuguide er utarbeidet på bakgrunn av den teoretiske referanserammen. Individuelle semi-strukturerte intervju vil utgjøre datainnsamlingen. Kvalitative analyse av kvalitative forskningsintervju vil bli anvendt på det empiriske datamaterialet.

Utvalg og datainnsamling

Jeg ønsker å intervju til sammen 6-8 sykepleier fra intensiv eller post operative avdelinger, ved xxx. Det vil bli sendt søknad om å intervju sykepleiere ved de tre klinikkene; kirurgisk, medisinsk, og kvinne og barn, som har henholdsvis intensiv og/eller post operative avdelinger.

Jeg ønsker å gjennomføre intervjuene i løpet av september – oktober 2012. Sykepleiere som deltar i studien vil bli intervjuet en gang, og selve intervjuet vil ta rundt en time. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater under intervjuet.

Dersom det er mulig ber jeg om at avdelingssykepleierne ved de nevnte avdelingene kan være kontaktperson for studien. Avtaler med hensyn til tid og sted vil skje i nært samarbeid med avdelingssykepleier og den enkelte respondenten. Det er et ønske fra min side at sykepleierne kan benytte deler av sin arbeidstid til intervjuet. Hvis avdelingen har tilgang til lokaler nær arbeidsstedet vil det kunne lette gjennomføringen med hensyn til tidsbruk for respondenten. For at dette ikke skal medføre en ekstrabelastning for avdelingen, vil jeg tilstrebe fra min side å være fleksibel og tilpasse tiden for intervjuet slik at avdelingen blir minst mulig belastet.

Sykepleiere som er interessert kan ta kontakt med meg pr. telefon eller pr. mail for mer informasjon. Kriterier for å delta i undersøkelsen er sykepleier i full stilling, med pasientkontakt. Ansiennitet er ikke et kriterium.

Etiske overveielser

Deltakelsen i studien er frivillig. Deltakerne kan kontakte intervjuer ved behov, og de kan trekke seg uten at det vil få konsekvenser for dem. Identiteten til deltagerne vil anonymiseres. Deltagerne vil bli sikret aidentifisering i presentasjonen av resultatet. Deltagerne forteller det de vil sely, men i et semi-strukturert intervju vil samtalen være noe styrt i forhold til emnet. Respondentene vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men erfaringer fra studien vil kunne gi en økt kunnskap om hvordan sykepleiere forholder seg til håndhygiene.

NSD og personvernombudet ved xxxx universitetssykehus har godkjent studien.

Tidsramme

Studien som utgjør en masteroppgave skal gå over ett år med planlagt innlevering 2013.

Mvh

Nora Elsebutangen

Vedlegg

- Prosjektskisse
- Samtykkeerklæring

Vedlegg II

Forespørsel om deltakelse i mastergradsprosjekt:

Fra kunnskap til handling. Håndhygiene som infeksjonsforbyggende tiltak i klinisk praksis, hva er det som fremmer og hva er det som hemmer utførelsen?

Jeg er mastergradsstudent i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet er utførelse av håndhygiene. Studier viser at håndhygienep praksis blant helsepersonell er forskjellig. For å få fram økt kunnskap om hvilke faktorer som påvirker utførelse av håndhygiene, ønsker jeg å gjennomføre intervju med sykepleiere som arbeider på intensiv – og overvåkningsavdelinger. På intensiv- og overvåkningsavdelinger er det ofte kontakt med pleier og pasient på grunn av pasientens tilstand og tilstedeværelse av invasivt utstyr.

Hva innebærer studien?

Jeg ønsker å gjennomføre intervju med sykepleiere i løpet av september – oktober 2012. Sykepleiere som deltar i studien vil bli intervjuet en gang, og selve intervjuet vil ta rundt en time. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater under intervjuet. Du vil bli kontaktet nærmere for avtale om tid og sted for intervjuet.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men funn fra studien vil kunne gi en økt kunnskap om hvordan sykepleiere forholder seg til håndhygiene.

Taushetsplikten gjelder fortsatt

Deltakelse i studien fritar deg ikke fra taushetsplikten. Ingen opplysninger som kan identifisere pasienter må fremkomme under studien. Dersom du ved et uhell avgir slik informasjon må du gjøre forskeren oppmerksom på dette og kreve at de taushetsbelagte opplysningene slettes. Forskeren har plikt til å etterkomme et slikt krav umiddelbart.

Hva skjer med informasjon fra deg?

Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer, eller gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun jeg som har adgang til lydbåndopptakene, navnelisten og kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Avdelingsleder eller den øvrige ledelsen ved sykehuset vil ikke gis tilgang til lydopptak.

Hvis du sier ja til deltagelse i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert om deg. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlende opplysninger. Lydbånd og andre personopplysninger vil bli slettet ved prosjektets slutt, september 2013. Studien er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Data som er samlet inn vil bli behandlet konfidensielt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne det nærmere, og det får ingen konsekvenser for deg i ditt arbeidsforhold til sykehuset. Dersom du ønsker å delta, er det fint om du undertegner samtykkeerklæringen på neste side. Hvis du har spørsmål om studien kan du kontakte Nora Elsebutangen, telefon 908 76 337, Austliveien 15, 1400 Ski, eller veileder ved Universitetet i Oslo, amanuensis Randi Nord på telefon 22 85 05 74.

Hilsen

Nora Elsebutangen

Vedlegg III

Jeg vet at du er sykepleier og arbeider på avdeling xxx, og har sagt ja til å delta i studien. Kan du fortelle litt om deg selv? Utdanning, stillingstittel, stillingsprosent, og ansiennitet.

Følgende spørsmål vil trekkes inn i intervjuet der det er naturlig å gjøre det

Holdninger

Hva tenker du om håndhygiene?

Når ønsker du å utføre håndhygiene?

Hvor viktig er håndhygiene?

Kan du si noe om retningslinjene i håndhygiene?

Hva mener du er årsaken til at noen følger retningslinjene, mens andre ikke etterlever det?

Hva betyr forskning og ny kunnskap for deg?

Normer

Hvordan påvirker dine kolleger utførelse av håndhygiene?

Ledelse

Hva mener dine overordnede om håndhygiene?

Hva skjer om noen ikke følger retningslinjene?

Gjennomføring

Hvordan er det å gjennomføre håndhygiene i følge retningslinjene?

Er det noen personlige faktorer som kan påvirke utførelsen av håndhygiene?

Er det noen konkrete hindringer i omgivelsene som kan påvirke muligheten til utførelse av håndhygiene?

Helt til slutt

Hvordan kan utførelse av håndhygiene bli stimulert?

Huskeliste:

Du sa noe om, kan du si litt mer?

Kan du fortelle hva du tenkte du da?

Hvordan tror du andre opplever det?

Kan du komme på et eksempel på hva du mener?

Har du kjennskap til Nasjonal veileder for håndhygiene, og avdelingens skriftlige rutiner?

Vedlegg IV

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Randi Nord
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Postboks 1130 Blindern
N-0318 Oslo
Norway
Tel: +47 55 58 31 17
Fax: +47 55 58 96 30
nsd@nsd.uio.no
www.nsd.uio.no
Orgnr. 895 301 884

Vår dato: 24.08.2012

Vår ref:31192 / 3 / M55

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.05.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31192	<i>Fra kunnskap til handling. Håndhygiene som infeksjonsforebyggende tiltak, hva er det som fremmer og hva er det som hemmer utførelsen i klinisk praksis</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Randi Nord
Student	Nora Grønlie Elsebutangen

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

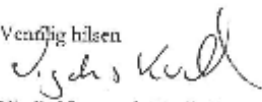
Personvernombudets vurdering fortsetter at prosjekter gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uio.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.09.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Nantvedt Kvalheim


Marie Strand Schildmann

Marie Strand Schildmann tlf 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Nora Grønlie Elsebutangen, Austliveien 15, 1400 SKI

Postingsplanen / Distribution

OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo, Tel: +47 22 81 52 00, nsd@nsd.uio.no
TRONDHØIM NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7801 Torshovst. Tel: +47 73 59 14 02, kjartan.ostad@ntnu.no
TRONDHØIM NSD, Svs, Universitetet i Trondheim, 7007 Trondheim, Tel: +47 72 54 43 36, nsd@svs.ntnu.no

Vedlegg IV

**Personvernombudet for forskning****Prosjektvurdering - Kommentar**

Prosjektnr: 31192

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Prosjektet skal avsluttes 01.09.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, navn på arbeidsplass og avdeling) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg V

Fra: xxxxxx Sendt: 7. september 2012 10:40

Til: Nora G. Elsebutangen

emne: Mastergradsstudie - personvernombudets vurdering.

Hei!

Viser til mottatt forenklet meldeskjema for mastergradsprosjektet "Fra kunnskap til handling. Håndhygiene som infeksjonsforebyggende tiltak i klinisk praksis, hva er det som fremmer og hva er det som hemmer utførelsen?" Jeg behandler saken på vegne av personvernombudet.

Personvernombudet har ingen kommentarer til gjennomføring av prosjektet.

Lykke til med oppgaven!

Vennlig hilsen

Xxx xxx

personvernrådgiver (jurist)

Kompetansesenter for personvern og informasjonssikkerhet

Stab fag & pasientsikkerhet

xxx universitetssykehus