



## **Tittel**

*Å kle seg etter arbeidstøysretningslinje - er det så viktig?*

**Merete Lorentzen**

**Masteroppgave i helsefag**

**Flerfaglig studieretning**

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

UiT Norges arktiske universitet

7.mai 2014

Antall ord: 26468 inkl fotnoter/tabell



## FORORD

Mitt sykepleiehjerte har alltid banket ekstra for infeksjons- og smittevern faget. Valg av tema i oppgaven er et resultat av det. Tiden som masterstudent har vært givende og lærerik, men også krevende. Det er mange som har bidratt til at jeg kom i mål, og som fortjener takk.

Først og fremst vil jeg takke mine informanter for at de stilte til intervju og delte sine tanker og refleksjoner med meg. Og til mine medstudenter for mange fine studiesamlinger og diskusjoner, og til lærere som har bidratt i masterutdanningen.

Takk til avdeling for mikrobiologi og smittevern UNN Tromsø, som har lagt til rette for studiepermisjon ved samlinger og i innspurten som gjorde meg i stand til å ferdigstille mastergradsoppgaven.

Takk til alle mine gode og inspirerende kolleger ved Smittevern senteret for oppmuntring og til hjelp i filosofiske spørsmål. Takk til mine gode venninner, og til Eirik for teknisk support og gjennomlesning av engelsk sammendrag.

Takk til Torunn Hamran, for veiledning av mastergradsoppgaven. For å ha fått meg til å tenke og reflektere nye tanker.

Hilde, min kloke studievenninne og kollega. Takk for alle gode diskusjoner og din evne til å se og tenke på andre måte når jeg stadig gikk fast i skrivingen. Hadde det ikke vært for at vi delte "båt" i denne tiden, så hadde det blitt en ensom prosess.

Takk til min kjære søster, Marit, for uvurderlig hjelp til gjennomlesing, formuleringer og konstruktive innspill. Og takk for alle heiarop underveis. Du er best!

Takk til mamma og pappa, som den siste tiden har sett lite til meg, men som hele veien har vært støttende og oppmuntrende. Takk for alle middagsinvitasjoner når dagene med skriving ble lange.

Tromsø, 7. mai 2014  
Merete Lorentzen

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn**

*Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten pålegger sykehus å ha infeksjonskontrollprogram. Infeksjonskontrollprogram skal blant annet inneholde retningslinjer for bruk av arbeidstøy. I arbeidstøysretningslinjen i Helse Nord står det blant annet at klokke og ring ikke er tillatt å bruke, samtidig som man er ikledd arbeidstøy, og i pasientrettet arbeid. Klokke og ring forhindrer god håndhygiene.*

### **Problemstilling**

Etter mange år som hygienesykepleier har jeg erfart at helsepersonell ikke bruker arbeidstøy etter gjeldende retningslinje, til tross for mange undervisninger og kampanjer. Hensikten med denne studien er å få frem hvilke tanker og refleksjoner helsepersonell har rundt etterlevelse av arbeidstøysretningslinje i sykehus. Videre om de har kjennskap til retningslinjen, og hvilken betydning de mener arbeidstøy og håndhygiene har. Problemstilling i denne studien ble dermed: *Hvilke tanker og refleksjoner gjør helsepersonell seg rundt etterlevelse av arbeidstøysretningslinje i sykehus?*

### **Metode**

Jeg har anvendt semi- strukturert intervju i denne studien og intervjuet to leger og fire sykepleiere ved to ulike sykehus. Det ble på forhånd utarbeidet en felles intervjuguide og alle intervju ble tatt opp på digital opptaker. Til hjelp i analysene har jeg har latt meg inspirere av artikkelen til Graneheim og Lundman om innholdsanalyse av tekst. Artikkelen beskriver metode for tolkning av innhold i intervjutekst. Jeg har benyttet en hermeneutisk tilnærming i analysene for å få en bedre forståelse av informantenes tanker og refleksjoner om temaet.

### **Teori**

I analysearbeidet kom tema som kunnskap og handling tydelig frem. Overordnet teori er kunnskap og handling basert på Bengt Molander bok "*Kunnskap i handling*". Tradisjonelt har kunnskap blitt delt i dikotomien teoretisk og praktisk kunnskap. Molander ønsker ikke et skarpt skille mellom teoretisk og praktisk kunnskap. Han mener at det må sees sammen under ett og at det finnes mer kunnskap mellom disse. Molander mener kunnskap kan ses som aspekter, som påstands-, ferdighets-, og fortrolighetskunnskap, og han sier også at kunnskap kommer til uttrykk gjennom handling og refleksjon.

## **Resultat**

I studien kom det frem at informantene har inngående kunnskap om smittevern. De kjenner til sykehusets arbeidstøysretningslinje, og hvorfor ansatte skal bruke arbeidstøy. De vet også at klokke og ring ikke er tillatt å bære når man er ikledd arbeidstøy og i pasientnært arbeid, og at klokke og ring forhindrer god håndhygiene. Informantene opplever at kampanjer og undervisning om temaet er viktig for å øke ansattes kunnskapsnivå og etterlevelse av arbeidstøysretningslinjen. Informantene trekker frem at ledere må være mer tydelig, og at de bør framstå som gode rollemodeller for å få ansatte til å følge arbeidstøysretningslinjen. På bakgrunn av anvendt teori i studien, viser det blant annet at det ikke alltid er samsvar mellom kunnskap en person besitter og det som vises gjennom handling.

## **Konklusjon**

På bakgrunn av funn i denne studien hvor undervisning og kampanjer oppleves som positivt og som informantene mener kan bidra til bedre etterlevelse av arbeidstøysretningslinjen, bør det i fremtiden fortsatt være et satsningsområde i Helse Nord. Informantene trekker også frem ledere som essensielle i ansattes etterlevelse av arbeidstøysretningslinjen. Det vil derfor være et poeng å støtte ledere ytterligere enn det gjøres i dag.

**Nøkkelord:** etterlevelse, arbeidstøysretningslinje, aspekter ved kunnskap, kunnskap i handling og refleksjon i handling.

## **Summary**

### **Background**

Hospitals in Norway are through *Regulation of Infection Control in Health Services* required to have an infection control program. Infection control program shall include guidelines for proper use of staff uniforms. The local staff uniform guideline also states that wearing wrist watch and rings are not permitted when health care workers are using the staff uniform and in patient care. Wearing wrist watch and rings prevents good hand hygiene.

### **Topic**

After having worked as an infection control nurse for many years, I have experienced that health care workers don't use the staff uniform according to the guidelines. And this is despite that it is given a lot of information about the topic and after several campaigns about proper use of staff uniform and proper hand hygiene. The aim of this study is to bring forward health care workers thoughts and reflections about compliance of the staff uniform guideline, if they know the local guideline and the content of it, and what importance they mean staff uniform and hand hygiene has. The question raised is: *What are the thoughts and reflections health care workers have concerning compliance of staff uniform guidelines in hospitals?*

### **Methods**

I conducted a semi-structured interview in this study. I have interviewed two physicians and four nurses from two different hospitals. To collect data I used a written guideline, and a digital tape recorder. The content analysis is inspired by Graneheim & Lundman. The article describes the method of interpretation of the content of the interview text. The informant's thoughts and reflections were viewed from a hermeneutic perspective in order to obtain a deeper understanding of the interview material.

### **Theory**

Through the analysis of the collected data two themes became crystallized: knowledge and action. The emphasized theory used in this thesis is Bengt Molander's book "*Kunskap I handling*". Traditionally knowledge has been divided in to the dichotomy theoretical and practical knowledge. Molander reject this dichotomy. He advocates that knowledge should be seen as aspects as propositional-, skills- and confidence of knowledge and he describes that knowledge are expressed through action and reflections.

## **Results**

The study shows that informants have a lot of knowledge about infection control. They also have a great knowledge of the local staff uniform guidelines, and the consideration behind staff uniform. They are aware that it is not allowed to wear wrist watch and rings when they are dressed in staff uniform and in patient care. They know that use of wrist watch and rings prevents good hand hygiene. The study also reveals that informants think that information and campaigns about the topic are important to increase the general level of knowledge about hygiene among health care workers, and to increase compliance to the local staff uniform guideline. The Informants feels that the management in the hospitals have to be clear and unambiguous about staff uniform guidelines, and they also want the management to be good role models when it comes to correct use of staff uniform and proper hand hygiene.

Based on the emphasized theory in this study, it reveals that the knowledge a person possess to have, sometimes can be discrepant of what the person shows through his/her action.

## **Conclusion**

The informants highlight that information, learning and awareness campaigns have an impact on compliance to the staff uniform guideline, and that this kind of work is something infection control personnel should continue to do in the future. The informants want the management to be more consistent and unambiguous about proper use of staff uniform. Management should therefore get more support in the future so that hopefully they can aid the implementation of proper use of staff uniform.

**Keywords:** compliance, staff uniform guideline, aspects of knowledge, knowing in action and reflection in action.

# Innholdsfortegnelse

1.	INNLEDNING .....	1
1.1	Bakgrunn for undersøkelsen .....	1
1.2	Tidligere forskning og relevans .....	2
1.3	Styring av smittevernarbeidet.....	5
1.3.1	Helsetjenesteassosiert infeksjon (HAI) .....	6
1.4	Problemstilling.....	6
1.5	Begrepsavklaring .....	7
1.6	Hensikt med studien .....	7
1.7	Litteratursøk.....	7
1.8	Avgrensninger .....	8
1.9	Oppgavens struktur.....	8
2.	METODE OG METODOLOGI .....	10
2.1	Vitenskapsteori og forskningsparadigmer .....	10
2.2	Forskningstilnærming.....	12
2.3	Utvalg og inklusjonskriterier .....	13
2.4	Rekruttering .....	14
2.5	Intervju .....	14
2.5.1	Gjennomføring av undersøkelsen.....	15
2.5.2	Utarbeidelse av intervjuguide.....	16
2.6	Etikk.....	16
2.6.1	Meldeplikt .....	16
2.6.2	Informert og fritt samtykke.....	17
2.6.3	Konfidensialitet .....	17
2.6.4	Informantens rolle .....	17
2.6.5	Intervjuers rolle.....	18
2.7	Analyse .....	19
2.8	Troverdighet til kvalitative forskningsfunn .....	21
2.8.1	Troverdighet.....	21
2.8.2	Pålitelighet .....	22
2.8.3	Bekreftelse .....	22
2.8.4	Overførbarhet .....	22
3.	TEORETISK PERSPEKTIV.....	24
3.1	Aspekter ved kunnskap .....	25
3.2	Kunnskap i handling .....	26



3.3 Refleksjon i handling .....	26
4. ANALYSEDEL 1: informantenes tanker og refleksjoner .....	28
4.1. Etterlevelse av retningslinjer .....	28
4.2 Ansvar for etterlevelse og utarbeidelse av retningslinjer .....	36
4.3 Ulike former for overveielser .....	39
5. ANALYSEDEL 2: Drøfting av informantenes tanker og refleksjoner .....	41
5.1 Kunnskap og handlinger .....	41
5.1.1 Aspekter ved kunnskap .....	41
5.1.2 Kunnskap i handling og refleksjon i handling .....	43
5.1.3 Ulike grunner til handling for at retningslinjen ikke følges .....	46
5.1.4 Øke etterlevelse av arbeidstøysretningslinjen .....	48
Rollemodeller .....	48
Undervisning .....	48
Kampanjer .....	49
Kan alt bevises? .....	50
Straff og belønning .....	52
5.2 Ansvar og ledelse .....	53
5.2.1 Styring og ledelse i sykehus .....	53
5.2.2 Lederansvar .....	54
5.2.3 Den enkelte ansattes ansvar .....	56
5.2.4 Foretaks - og ledelsen i Helse Nord .....	57
5.3 Etikk .....	59
5.3.1 Yrkesetikk .....	59
5.3.2 Profesjon og profesjonsutøvelse .....	60
6. DRØFTING AV ANDRE MOMENTER .....	64
6.1 Faglig retningslinje eller faglig prosedyre? .....	64
6.2 Implementering av faglige retningslinjer .....	65
6.3 Internrevisjon som tiltak for bedre etterlevelse .....	68
7. KONKLUSJON .....	69
LITTERATURLISTE .....	71
VEDLEGG 1 .....	75
VEDLEGG 2 .....	76
VEDLEGG 3 .....	77
VEDLEGG 4 .....	78
VEDLEGG 5 .....	80

## **1. INNLEDNING**

Min bakgrunn som sykepleier er 12 år ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Fra 2002 til 2009 jobbet jeg ved infeksjonsmedisinsk avdeling, de siste årene som konstituert avdelingssykepleier. Jeg har videreutdanning i klinisk sykepleie med studieretning infeksjon. Fra 2009 har jeg vært hygieensykepleier ved regionalt kompetansesenter i smittevern Helse Nord (KORSN). Jeg underviser, gir råd og veiledning, samt utarbeider prosedyrer og retningslinjer som skal sikre at helsepersonell kan utføre prosedyrer riktig og hindre infeksjoner hos pasienter innlagt i sykehus.

Da jeg var ferdig utdannet sykepleier, var fokuset på infeksjonsforebygging mest synlig innad i egen avdeling. Det var på det tidspunktet et lite fagmiljø som jobbet med smittevern i sykehuset. I 2007 ble Smittevernsenteret UNN HF åpnet hvor også KORSN er lokalisert for å ha faglig tilhørighet til regionens største sykehus og samle kompetansen innenfor fagfeltet. Det har de siste årene blitt et økende fokus på smittevernarbeid globalt og nasjonalt, og man har innen smittevernmiljøet i Helse Nord jobbet mye med undervisning og kampanjer. Helse Nord lanserte i 2013 en ”null- visjon” for helsetjenesteassosierte infeksjoner<sup>1</sup> (HAI). Det vil si at alle HAI skal vurderes med hensyn til om de kunne vært forebygget.

### **1.1 Bakgrunn for undersøkelsen**

I januar 2011 ble det lansert en treårig nasjonal pasientsikkerhetskampanje ”I trygge hender” som ble gjennomført i spesialist- og kommunehelsetjenesten (1).

Pasientsikkerhetskampanjens hovedmål var å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten (1). Ett av innsatsområdene i kampanjen var fokus på trygg kirurgi med spesielt fokus på forebygging av infeksjoner. Den har nå gått fra å være en kampanje til et program. Parallelt med den nasjonale kampanjen laget smittevernpersonell i Helse Nord (HN) en regional kampanje om arbeidstøy etter å ha utarbeidet en felles retningslinje for bruk av arbeidstøy i HN. Denne retningslinjen ble vedtatt mai 2011. Det ble også gjort en intervensjonsstudie med observasjoner av ansattes etterlevelse på bruk av arbeidstøy (2). Avdelinger hvor observasjoner ble gjennomført fikk i tillegg undervisning om riktig bruk av arbeidstøy og

---

<sup>1</sup> Se punkt 1.3.1 for nærmere beskrivelse.

håndhygiene. Under kampanjen besøkte smittevernpersonell avdelinger med diverse aktiviteter, blant annet en konkurranse om å finne ”seks feil” på et bilde av en ansatt som var ukorrekt antrukket. Disse seks feilene var trukket ut fra retningslinjen (3). Mange fikk ta del i denne konkurransen og til tross for at de ikke var korrekt antrukket, kunne de svare riktig på hva de seks feilene på bildet var. Helsepersonell har kunnskaper om hva som er riktig, men velger å handle annerledes. Det gjorde meg nysgjerrig, og jeg ønsket derfor å finne ut hva helsepersonell selv tenker rundt etterlevelse av arbeidstøysretningslinje i sykehus.

## 1.2 Tidligere forskning og relevans

I retningslinjen for bruk av arbeidstøy i Helse Nord står det beskrevet hvilket tøy som skal benyttes hvor, og at det ikke er tillatt å bære blant annet klokke og ring (3). Arbeidstøy og håndhygiene er viktige momenter i smittevern. Ansatte skal skifte til rent tøy hver dag, og alltid når det er synlig forurenset.

Det finnes et antall studier omkring arbeidstøy og bakteriers evne til å overleve på tøy. Arbeidstøy kan være forurenset av bakterier som *Staphylococcus aureus*<sup>2</sup>, MRSA<sup>3</sup>, VRE<sup>4</sup> og *Clostridium difficile* (4-10). Hambraeus viser i sin studie at *Staphylococcus aureus* kan overføres fra arbeidstøyet til omgivelser/pasient (5). Lidwell, Brock, Shooter, Cooke og Thomas viser i sin studie at *Staphylococcus aureus* på helsepersonells arbeidstøy ofte ble overført til pasienters sengetøy (11). Bakterier fra klær til ansatte kan overføre en smittedose fra pasient til pasient som kan være 50 ganger større enn luftbåren smitte (5, 11, 12). Hambraeus og Lidwells studier er gamle, men jeg vurderer at de fortsatt er aktuelle, både på grunn av metodisk fremgangsmåte, omfang av studien, og at det fortsatt henvises til disse i andre studier om temaet.

Påvisning av bakteriekolonier på langermede uniformer, nøkkelbånd og lignende, tilsier at dette ikke kan tillates i sykehus (5, 8-10). Riktig vaskeprosess, bytte av uniform og beskyttelse av arbeidstøyet vektlegges også som viktige momenter i smittevern (4-10). Wilson, Loveday, Hoffman og Pratt har i en oversiktsartikkel gått gjennom litteratur av nasjonale og internasjonale retningslinjer angående vaskeprosess av arbeidstøy. De

---

<sup>2</sup> *Staphylococcus aureus*: gule stafylokokker

<sup>3</sup> MRSA: Meticilinresistente *Staphylococcus aureus* (metilisinresistente gule stafylokokker)

<sup>4</sup> VRE: Vancomycinresistente enterokokker

konkluderer med at vask av arbeidstøy reduserte antallet bakterier betraktelig på 40 og 60 graders vask, men det var av betydning at arbeidsøyet måtte strykes i etterkant, og at vannsirkulasjon og mengde vaskemiddel var riktig dosert (4). *Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten* pålegger sykehus å ha rutiner for vask og håndtering av sykehus- og arbeidstøy (13). I arbeidstøysretningslinjen står det at det ikke er tillatt for ansatte i sykehus å vaske arbeidstøy hjemme (3, 14). Arbeidstøy skal vaskes på 85 grader i minimum 10 minutter. Det for å være sikker på at arbeidstøyet blir rent, og at tøyet blir håndtert ordentlig fra det sendes til vask, til det blir sendt tilbake til sykehuset (14-16).

Håndhygiene er det mest effektive enkelttiltaket vi har i dag og som vi vet forebygger smittespredning og HAI (17, 18). Det er billig og lett tilgjengelig. Adekvat håndhygiene blant helsepersonell viser seg å kunne forebygge mellom 15-30 % HAI (19). Forskning viser at helsepersonell ikke skal bære klokke og ring i pasientnært arbeid da det forhindrer god håndhygiene (17, 18, 20, 21). Pittet, Mourouaga, og Perneger viser i sin studie at helsepersonell vasker hendene sine i mindre enn halvparten av situasjonene der de skulle ha vasket de (22). Fagernes og Lingaas viser i sin studie at helsepersonell som bærer ring har et høyere antall tarmbakterier på hendene, enn de som ikke bærer det (21). Det ble i tilknytning til denne studien gjort en spørreundersøkelse på selvrapportert atferd og holdninger knyttet til bruk av ringer blant helsepersonell under klinisk arbeid. Resultatene viste at de som bar giftering privat, sjelden eller aldri tok den av i klinisk arbeid. Analysene viste også signifikant mer positiv holdning til bruk av glatte gifteringer under arbeid i pasientkontakt, sammenlignet med ikke-glatte gifteringer og dekorative ringer (23). At ansatte har en mer positiv holdning til bruk av glatte gifteringer, kan ha sammenheng med at det tidligere var tillatt å beholde glatte gifteringer på i pasientnært arbeid. Bruk av klokke er forbundet med høyere kontaminasjon av bakterier rundt håndleddet. Vask av håndledd inngår som en del av den profesjonelle håndhygiene (20, 21).

Det har også betydning for god håndhygiene at negler ikke er lenger enn 2mm (21, 24). Det er heller ikke tillatt for ansatte å bruke neglelakk eller falske negler. Det er ingen studier som viser at neglelakk påvirker om hendene blir mer forurenset ved å ha det på, men man antar at negler med neglelakk som ikke er hel, vil kunne være reservoar for bakterier (21). Derfor tillates det ikke i Helse Nord og man anser det som estetisk upassende å gå med neglelakk i pasientnært arbeid. I studien til Gupta et. al knyttes bruk av falske negler hos helsepersonell

til et stort utbrudd av ESBL- *Klebsiella Pneumoniae* ved en nyfødt intensiv avdeling hvor 19 nyfødte enten fikk en infeksjon eller ble kolonisert<sup>5</sup> (24).

Verdens helseorganisasjon har i mange år hatt fokus på god håndhygiene. I 2005 introduserte WHO 5. mai som global håndhygienesdag. Her inviteres alle helseinstitusjoner og andre aktuelle til å være med å markere dagen (25). WHO og Centers for Disease Control and Prevention (CDC) har i sine retningslinjer om håndhygiene at håndsmykker ikke skal benyttes i pasientnært arbeid. WHO og CDC omtaler ikke klokkebruk, annet at den skal tas av før kirurgisk hånddesinfeksjon (18, 21, 26).

En annen viktig grunn til at ansatte skal gå korrekt kledd er at inntrykket av profesjonalitet, og tillitsforhold mellom pasient og helsepersonell svekkes ved ukorrekt antrekk. I hovedfagsoppgaven til Lena Westbye Pedersen, der tema var: *"moteløver i sykepleien- etikk og estetikk i forvitring?"*, deltok ca 200 pasienter og 200 sykepleiere i en spørreundersøkelse om hvordan motetrender påvirket tillitsforholdet mellom pasient og sykepleier. Både pasienter og sykepleiere var negativ til motetrender. Pasientene syntes ikke noe om at sykepleierne brukte smykker og privatklær på jobb, men den største motstanden mot bruk av dette, lå paradoksalt nok blant sykepleierne (27). Til tross for det, er det utstrakt bruk av smykker og privatklær blant helsepersonell. Det å fremstå som profesjonell er tillitskapende og kan påvirke behandling for pasienter (10, 27, 28). Jorun Andrea Brænd viser i sin mellomfagsoppgave at tilliten mellom pasient og sykepleierforhold ble påvirket ved bruk av kroppsutsmykning (28). Studier som mangler innen smittevern faget er om forurenset arbeidstøy og bruk av klokke eller ring gir pasienter infeksjon. På bakgrunn av studier som foreligger, der det påvises sykdomsfremkallende bakterier på arbeidstøy, klokke og ringer, gjør at man må ta høyde for at overføring kan skje. Sykehus er derfor pålagt gjennom lov og forskrifter å ha prosedyrer og retningslinjer for å forebygge at infeksjoner oppstår og overføres.

---

<sup>5</sup> Kolonisering vil si at pasienter kan bære bakterien uten at den gir sykdom eller symptomer.

### 1.3 Styring av smittevernarbeidet

Jeg vil kort redegjøre for hva som styrer smittevernarbeidet, hvor krav om faglige retningslinjer kommer fra og hvorfor vi har dem. Styring og drift av sykehus er underlagt ulike typer lovverk. Helse- og omsorgsdepartementet er øverste instans for smittevernarbeidet i Norge. Loven som ligger tettest opp til smittevernarbeidet er *Lov om vern av smittsomme sykdommer (Smittevernloven)*. Loven gjelder for alle som oppholder seg i Norge. Lovens formål § 1-1 er:

Å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forbygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge og ut av Norge til andre land (29).

Loven skal blant annet sikre at helsemyndigheter og andre myndigheter iverksetter nødvendige smitteverntiltak når situasjonen krever det. Lovens Kap. 4 omhandler andre smitteverntiltak med blant annet § 4-7 som omhandler forebygging av helsetjenesteassosierte infeksjoner. Her står det at departementet i forskrift kan bestemme tiltak for å forebygge HAI. Departementet har utarbeidet en forskrift til loven som heter *Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten (Smittevernforskriften)*. Denne har som formål å forebygge og begrense forekomsten av infeksjoner i helse- og omsorgstjenesten (13). På bakgrunn av denne forskriften er det utarbeidet en *Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta*. Denne rettleideren skal være til hjelp for at sykehus og sykehjem, som forskriften blant annet omfatter, skal kunne utarbeide eget infeksjonskontrollprogram (IKP). Rettleideren omtaler hva IKP skal innholde og hvordan det kan utarbeides. IKP skal omfatte alle nødvendige tiltak for å forebygge og hindre at infeksjoner oppstår i institusjoner. De infeksjonsforebyggende tiltakene ved helseinstitusjonene skal være skriftlig nedfelt i IKP (15). IKP skal blant annet inneholde retningslinjer for bruk av arbeidstøy og prosedyre for håndhygiene. Arbeidstøy inngår som del av infeksjonskontrollprogrammet og håndhygiene er en del av de basale smittevernrutiner<sup>6</sup> (BS). Basale smittevernrutiner er en del av IKP, og gjelder ved arbeid med alle pasienter, uavhengig av mistenkt eller bekreftet diagnose eller antatt infeksjonsstatus. Sykehus skal ha tilgjengelig prosedyrer og retningslinjer for å forebygge og motvirke HAI og for å kunne håndtere og følge opp utbrudd av slike infeksjoner.

---

<sup>6</sup>Basale smittevernrutiner (BS) består av elleve punkter: håndhygiene, hostehygiene, pasientplassering, personlig beskyttelsesutstyr, håndtering av pasientnært utstyr, renhold og desinfeksjon, avfallshåndtering, håndtering av sengetøy og tekstiler, trygg injeksjonspraksis, desinfeksjon av hud og beskyttelse av stikkskader.

### 1.3.1 Helsetjenesteassosiert infeksjon (HAI)

En helsetjenesteassosiert infeksjon er en infeksjon som oppstår som følge av opphold i helsetjenesten, og som ikke var til stede eller i inkubasjonsfasen da pasienten ble innlagt (<48 timer etter innleggelse). HAI er forbundet med økt sykkelighet og dødelighet verden over (21). I Norge anslår man at ca. 50 000 pasienter årlig får en HAI, og det koster samfunnet om lag 1 milliard kroner (15). At pasienter påføres infeksjoner er sammensatt. Manglende kunnskap om forebyggende tiltak hos personell, dårlig håndhygiene, nedsatt immunforsvar hos pasienter og behandling pasienter mottar, kan blant annet være årsaker til at infeksjoner oppstår (30). Sykehus i Norge er pålagt å overvåke HAI gjennom NOIS- registerforskriften<sup>7</sup> (31). Det overvåkes på to måter: insidens og prevalens. I denne sammenhengen er insidens antall pasienter som får en infeksjon etter utvalgte kirurgiske inngrep, delt på antall opererte pasienter. Dette overvåkes kontinuerlig. Prevalens er antall pasienter med utvalgt infeksjonstilstand på et bestemt tidspunkt. Prevalens utføres obligatorisk to ganger i året på alle somatiske avdelinger. Høsten 2013 viste en nasjonal prevalensundersøkelse at sykehusene i Norge hadde en prevalens på HAI på 5,1 %. Totalt var 10123 pasienter inkludert i undersøkelsen. Det vil si at 1 av 20 pasienter hadde en HAI på undersøkelsesdagen (32). HAI utgjør enorme utgifter for samfunnet, pasienten påføres mer lidelse og ofte et lengre opphold i sykehus (15). Overvåking skal gi oversikt over forekomst av HAI nasjonalt og for det enkelte helseforetak. Det skal gi økt fokus på kvalitet og sikkerhet, og til å synliggjøre smittevernarbeid i avdelinger. Det skal også bidra til å identifisere risikofaktorer som gir mulighet for iverksetting av nødvendige forebyggende tiltak, som skal bidra til reduksjon i HAI.

### 1.4 Problemstilling

Smittevernarbeid er grunnleggende i helsetjenesten. Arbeidstøy og ikke bruk av klokke og ring inngår som del av det. Min erfaring er at helsepersonell kjenner til arbeidstøysretningslinjen og til innholdet, men opplever likevel at ansatte ikke etterlever den. På bakgrunn av det, har jeg et ønske om å undersøke følgende problemstilling:

*Hvilke tanker og refleksjoner gjør helsepersonell seg rundt etterlevelse av arbeidstøysretningslinje i sykehus?*

---

<sup>7</sup> NOIS står for: Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner

## 1.5 Begrepsavklaring

Helsepersonell i denne oppgaven er sykepleiere og leger. Etterlevelse i denne sammenhengen betyr å overholde og følge det som står beskrevet i arbeidstøysretningslinjen. Når jeg skriver klokke og ring, er klokke den man har rundt håndleddet, og ring, er enten en eller flere.

Det er ulike retningslinjer som helsepersonell forholder seg til. Når jeg snakker om arbeidstøysretningslinjen vil jeg bruke *retningslinje/n* og *retningslinjer* når det gjelder andre retningslinjer. Det skilles mellom faglige prosedyrer og faglige retningslinjer (16). En faglig prosedyre skal gi en oppskriftsmessig fremgangsmåte for hvordan helsepersonell skal utføre en handling, f. eks stell av sentralvenøse kateter. Arbeidstøysretningslinje er en faglig retningslinje som beskriver hvordan ansatte i Helse Nord skal kle seg. Helsedirektoratet sier dette om faglige retningslinjer:

Faglige retningslinjer er ikke direkte rettslig bindende for mottakerne, men kan langt på vei være styrende for de valg som skal tas. Ved å følge oppdaterte faglige retningslinjer vil fagpersonell bidra til å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet i lovverket. Dersom en velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra de faglige retningslinjene, bør en dokumentere dette og være forberedt på å begrunne sitt valg (33).

## 1.6 Hensikt med studien

Hensikt med studien er å frembringe kunnskap om hva helsepersonell tenker rundt etterlevelse av arbeidstøysretningslinje i sykehus, om de har kjennskap til arbeidstøysretningslinjen, og hvilken betydning de mener arbeidstøy og håndhygiene har i sykehus. Det å få innsikt i tema fra helsepersonells perspektiv vil kunne bidra til at smittevernpersonell kan se andre måter å arbeide eller undervise på, eller at arbeidet som pågår i dag skal fortsette.

## 1.7 Litteratursøk

Under arbeid med prosjektskissen min i fjor høst søkte jeg i ulike databaser som PubMed, SweMed+, Cinhal, Embase og Cochrane Library. Her gjorde jeg søk etter studier der helsepersonell var intervjuet rundt etterlevelse av arbeidstøysretningslinjer. Jeg fant da ingen studier som passet til mine søk. Jeg gjorde nye søk i begynnelsen av mars, men da med hjelp



av bibliotekar ved UiT. Det ble søkt i de samme databasene, men nå også med hjelp av MESH-termer. Ved å bruke MESH-termer kunne jeg søke i kontrollerte emneordliste, med ulike synonymer. Det ble søkt med engelske ord i alle databasene. Søkeordene på engelsk var: *protective clothing, hand hygiene, health care worker, interview, attitude, health care services' uniform, staff uniform guidelines, knowledge*. I Swemed+ søkte jeg med de samme engelske søkeordene og med disse norske søkeordene: *helsepersonell, etterlevelse, atferd, arbeidstøy, arbeidsuniform, håndhygiene, intervju, beskyttelsesutstyr, kunnskap*. Noen av søkeordene ble søkt på enkeltvis, men også i ulike kombinasjoner. I midten av april ble det publisert en fagartikkel i Sykepleien skrevet av Jorunn Andrea Brænd. Hun har i sin hovedfagsoppgave intervjuet sykepleiere og kabinansatte om en del av de samme tema som jeg har spurt mine informanter om. Der hun sammenligner de to yrkers bedriftsinterne uniformsreglementer, har jeg i min studie ønske om å få bedre innsikt i helsepersonells tanker og refleksjoner rundt etterlevelse av arbeidstøysretningslinjen i sykehus. Selv om det er noen likeheter i våre studier, er det likevel forskjeller, som gjør at de ikke er helt sammenlignbare.

## **1.8 Avgrensninger**

Det er mange ulike retningslinjer helsepersonell forholder seg til. I denne masteroppgaven har jeg valgt å fokusere på etterlevelse av arbeidstøysretningslinjen. Det er beskrevet flere ting i denne retningslinjen som ikke er tillatt å bære når ansatte benytter arbeidstøy. Jeg har valgt å fokusere på klokke og ring. At ansatte ikke bærer klokke og ring har betydning for utførelse av håndhygiene.

## **1.9 Oppgavens struktur**

Oppgaven er delt inn 7 kapitler.

I kapittel 1 presenteres en kort innledning, bakgrunn for undersøkelsen, tidligere forskning og relevans. Videre kort om hva som styrer smittevernarbeidet og hva helsetjenesteassosierte infeksjoner er. Deretter presenteres problemstilling, begrepsavklaring, hensikt med studien, litteratursøk, avgrensninger og oppgavens struktur. Kapittel 2 omhandler studiens metode og metodologi. Først kort om vitenskapsteori og forskningsparadigmer hvor jeg også plasserer meg og min studie, så min forskningstilnærming, mitt utvalg og inklusjonskriterier og rekruttering av informanter. Videre om metode for datainnsamling, gjennomføring av undersøkelsen og utarbeidelse av intervjuguide. Deretter etiske overveielser og analyse, som

jeg har delt inn i to deler: analysedel 1 og 2 som presenteres i egne kapitler. Til sist diskuteres troverdighet til studien min. I Kapittel 3 presenteres hovedvekten av teori som er basert på Bengt Molanders bok *"Kunnskap i handling."* Jeg vil i tillegg benytte annen relevant litteratur i drøftingen. Teoridelen presenteres kort, men drøftes mer inngående i analysedel 2. I Kapittel 4 presenteres analysedel 1, her beskrives informantenes tanker og refleksjoner rundt etterlevelse av arbeidstøysretningslinje i sykehus. Kapittel 5 er analysedel 2, her blir informantenes tanker og refleksjoner drøftet ved hjelp av tolkning, teori og egne erfaringer. Jeg vil også beskrive noen resultater fra intervensjonsstudien gjennomført i Helse Nord i 2011. I Kapittel 6 vil jeg kort drøfte noen andre momenter som jeg mener kan ha betydning for økt fokus og bedre etterlevelse av arbeidstøysretningslinjen. Til slutt, i kapittel 7 gir jeg en kort oppsummering og noen tanker om veien videre, samt en konklusjon.

## 2. METODE OG METODOLOGI

Hvilken metode man velger, avhenger av prosjektets formål problemstilling. Metode kan beskrives som en fremgangsmåte for å løse en problemstilling, for å fremme ny kunnskap (34-36). I dette kapitlet vil jeg redegjøre for vitenskapsteori og forskningsparadigmer, min forskningstilnærming, mitt utvalg, inklusjonskriterier og rekruttering. Deretter redegjør jeg for forberedelse og gjennomføring av undersøkelsen, etiske overveielser, analyse og troverdighet til studien min.

### 2.1 Vitenskapsteori og forskningsparadigmer

I dette avsnittet vil jeg kort si noe om hvilke spørsmål som benyttes for frembringelse av kunnskap og for ulike forskningsmetoder som har vært dominerende innen medisin og samfunnsfagene. Deretter kort om hva som har gitt smittevernfanget fremgang og hvordan menneskekroppen ble forstått. Deretter vil jeg plassere meg og min studie.

Frembringelse av ny kunnskap gjøres gjennom enten *ontologiske* eller *epistemologiske* spørsmål. Ontologi er læren om værensformer og væremåter, og er knyttet til hvordan verden ser ut. Epistemologi er læren om vår erkjennelses natur, eller læren om viten (34, 35). Ulike vitenskapelige miljøer kan sies å ha en egen form for samfunnspraksis, der det er klare forestillinger om hva som skiller en praksis fra en annen, under et bestemt paradigme. Thomas Kuhn er kjent for paradigme-teorien. Et paradigme er en måte å se verden på (34). Kuhn hevdet at vitenskap i høy grad bestemmes av hvilket paradigme forskere er en del av, og at paradigmet bestemmer hva som er vitenskap (37). Innen medisin og samfunnsfagene er positivismen og sosialkonstruktivismen dominerende. Kvantitativ metode er assosiert med positivismen. En positivistisk tradisjon ønsker å forklare fenomenene, søke etter årsaksforklaringer, sammenhenger og et helhetsbilde basert på erfaringsmessige kjensgjerninger og vitenskapelige resultater. Bare det som kan måles, telles og veies ansees som kunnskap (38). Metoden karakteriseres som delvis deduktiv, det vil si at man tar utgangspunkt i teori for å beskrive verden. Det er krav til at resultatene er generaliser - og etterprøvbare (34).

En viktig pioner og kanskje den som har bidratt til det største vendepunktet innen smittevern faget var Ignaz Semmelweis. Hans banebrytende forskning hadde sitt utspring i en positivistisk tradisjon. Semmelweis oppdaget rundt 1840 sammenheng mellom barsel feber og håndhygiene. Han innførte håndvask før hver fødsel, og vask av operasjonsinstrumenter. På bakgrunn av det falt dødeligheten hos kvinnene til under en prosent. Semmelweis fikk ingen anerkjennelse for sine funn før etter sin død. Til tross for at han kunne vise til reduksjon i dødsfall ved innføring av håndvask, var ikke det bevis nok for hans kolleger (17). Den positivistiske tenkningen på den tiden var at sikker kunnskap måtte være sansbar, man måtte kunne se det med øynene, i for eksempel et mikroskop.

Kunnskap om menneskekroppen startet i senrenessansen og opplysningstiden. Filosof René Descartes (1596-1650) var den som introduserte begrepet maskinmodellen (39). Ved hjelp av maskinmodellen prøvde man å forstå hvordan menneskekroppen fungerte. Descartes var utpreget dualist i forståelsen mellom sinn og kropp. Han skilte mellom sinn - den tenkende substans og kropp - den utstrakte substans. Han mente mennesket var en enhet av disse to - en kropp og et sinn. Descartes hevdet at siden dyr ikke hadde språk, manglet de sinn. Siden han mente at mennesket var en enhet av kropp og sinn, ble kroppen hos mennesket den utstrakte substans, derfor ble beskrivelser av kroppen gjort ved hjelp av mekaniske begreper hvor kroppens organer ble sett på som deler og måtte forstås gjennom årsak og virkning (39).

Allerede i 1674 kunne man vise små, levende mikroorganismer under mikroskop, som gjorde at man fikk aksept for teorier om at mikrober var smittestoff. Vel 150 år senere skjønte man sammenhengen mellom smitte og enkelte bakterier og den sykdom de fremkalte (40). I 1840 la Friedrich Henle frem smittestoff -teorien, og da Robert Koch<sup>8</sup> og Louis Pasteur bekreftet denne teorien, styrket det grunnlaget for det reduksjonistiske synet; en type bakterie, gir en bestemt sykdom. Ca. 20 år senere utviklet Joseph Lister antiseptisk teknikk som også inkluderte hånddesinfeksjon ved kirurgiske inngrep. Lister kunne vise til en reduksjon i dødelighet ved amputasjon fra 46 % til 15 % (17). Denne metoden har bidratt til medisinen fremgang helt frem til i dag. Dette gjelder også hygienefaget, men man får ikke svar på alle spørsmål ved hjelp av denne metoden alene.

---

<sup>8</sup> Koch og Pasteur fant årsakene til miltbrann (Anthrax), rabies, pest, kolera og tuberkulose (Degré).

Denne avhandlingen tar utgangspunkt i sosialkonstruktivismen. I motsetning til å forklare fenomener har det sosialkonstruktivistiske paradigme et ønske om å forstå fenomener (34). Konstruktivismen oppstod som en motreaksjon til positivismen. Innenfor dette paradigme tas det utgangspunkt i at læring og kunnskap må ses i sammenheng med kulturen, språket og fellesskapet som et individ er en del av, og at kunnskapen oppfattes som konstruert av dem som deltar i bestemte sosiale sammenhenger (34, 41). Sosialkonstruktivisme er dominerende innefor den kvalitative metoden. Metoden karakteriseres som delvis induktiv, man går fra empiri for å si noe om hvordan verden ser ut (34). Det har til tider vært uenighet om hvilken av disse metoder som er best for å få frem det mest riktig og sanne svaret. De som har stått på ulik side når det gjelder forskningsmetode, har til tider hatt manglende respekt for hverandres tilnærminger, noe som har ført til konflikt som ofte er blitt referert til som ”*positivismestriden*” (42). Jeg mener vi er avhengig av begge metodene for å få frem ulike aspekter ved f. eks sykdom, eller et fenomen, og at det ikke er riktig å sette den ene metoden over den andre, men heller å vise at de begge har sine muligheter og begrensninger. Vi trenger å vite hva som gjør at mennesker blir syke og hvilken behandling som virker, men også hvordan pasienten opplever det å være syk og få behandling. Metodene henger sammen for å forstå ulike sider av sykdom og menneskers opplevelse av sykdom. Det vil være flere viktige elementer for hvor jeg har plassert meg og min studie, blant annet hvilken metode jeg har valgt til innsamling av data, min forforståelse og at forskningsresultatene i studien er et resultat av relasjonen mellom meg og mine informanter og troverdighet til studien, det presenteres fortløpende i dette kapitlet.

## **2.2 Forskningstilnærming**

For å besvare min problemstilling har jeg valgt kvalitativ metode og samlet inn data ved hjelp av intervju. Metoden er valgt for å få muligheten til å gå i dybden av tema som jeg ønsket å undersøke. (34, 41).

Til hjelp i tolkning av intervjuteksten har jeg valgt å benytte hermeneutisk fremgangsmåte. Ved hjelp av hermeneutikk håper jeg å bedre kunne fortolke det informantene har sagt i intervjuene og i tolkningen av det transkriberte intervjumaterialet. Hermeneutisk forståelse og metodikk ble anvendt allerede rundt midten av 1600-tallet. Den tidlige hermeneutikken knyttet seg til skriftlige tekster som blant annet hellige skrifter, legale tekster som statutter, og klassiske og litterære tekster (43). En av hermeneutikkens viktigste filosofer var Hans-Georg

Gadamer (1900-2002). For Gadamer var forståelse ikke en metode eller en prosedyre, men mer en menneskelig holdning eller anskuelse (43), og for han var forståelse en grunnstruktur i all menneskelig aktivitet (44). Lægreid og Skorgen siterer Gadamer og skriver at ”*alt som kan bli gjenstand for menneskelig erfaring og bevissthet, også er innrettet mot språkliggjøring og forståelse*” (45,s.220). I den filosofiske hermeneutikken er begreper som forståelseshorisont, fordommer og hermeneutisk sirkel sentral.

I tolkning av mitt intervjumateriale har jeg med meg en forståelseshorisont. Dette er mine oppfatninger, erfaringer og forventninger som jeg har med meg inn i undersøkelsen og i tolkning av intervjumaterialet. Min forståelse bygger på min for-forståelse, som bygger på mine for-dommer, som igjen bygger på mine for-fordommer (37, 45). Jeg forstår det slik at vi aldri kan løsrive oss, eller ta et steg til siden for vår egen forståelseshorisont, derfor er metoden kun tilnærmet induktiv. Molander utdyper dette med å si at vi aldri er uskrevne blader og at vi aldri kan frigjøre oss fra tradisjonens forståelseshorisont (37, 38, 45). I min studie ønsker jeg å bringe frem erfaringer gjennom dialog mellom meg og informantene. I analysearbeidet ble hermeneutisk sirkel et hjelpemiddel. Her prøvde jeg å være i dialog med teksten, med å gå i delene for å se helheten, og i helheten for å se delene, for å prøve å forstå begge deler best mulig (37, 38, 45). Thornquist sier at mennesker befinner seg i en verden av meninger og ytringer, men at det alltid må ses i sammenheng med konteksten det ytres i. Hermeneutikken fremhever betydningen av å fortolke menneskers handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende (41) og man fortolker teksten med ønske om å oppnå en forståelse av mening i intervjuteksten (35, 41). Jeg har vekslet mellom selvfølgelig og fortolkning av det informantene har sagt (39).

### **2.3 Utvalg og inklusjonskriterier**

Jeg var anbefalt av studiestedet å ha et utvalg på fire informanter. Jeg valgte i samråd med min veileder å ha seks informanter fordi jeg ønsket å ha et litt større utvalg. Utvalget mitt var strategisk. Lege/sykepleier ble valgt som informanter fordi de har mest pasientkontakt. De måtte ha mer enn to års erfaring fra sykehus. Begrunnelsen for det var at informantene ville ha en del erfaring med smittevernarbeid på sengepost og også hatt muligheten til og få med seg utbrudd av f. eks norovirus<sup>9</sup> i egen/andres avdeling. De ville forhåpentligvis være trygg på

---

<sup>9</sup> Norovirus forårsaker smittsom gastroenteritt (omgangssyke) og er årsak til hyppige epidemier. Det er svært smittomt og smitter primært gjennom fekal- oral smitte (Smittevernboka- Nasjonalt folkehelseinstitutt- Smittevern 18).

sine kunnskaper og sin profesjon. Det grunnleggende kriteriet for å rekruttere informanter er i følge Polit og Beck at vedkommende har erfaringer rundt det fenomenet som skal undersøkes (34). Bakgrunnen for at det ikke bør være flere i utvalget er at det skal være håndterbart i et masterprosjekt. Nasjonal forskningsetisk komité for medisin og helsefag, poengterer at data er det viktigste informantene bidrar med, fremfor at det er mange informanter (46).

## **2.4 Rekruttering**

Rekrutteringen ble gjort ved at jeg henvendte meg per e-post til klinikksjef ved en medisinsk klinikk og en kirurgisk klinikk i UNN HF om tillatelse til å intervju ansatte i deres klinikker (vedlegg 1). Jeg fikk raskt svar fra begge om at dette var et prosjekt de støttet. Deretter tok jeg kontakt med avdelingssykepleiere ved medisinske og kirurgiske avdelinger ved to av sykehusene. Avdelingssykepleierne var svært positiv til prosjektet. De delte ut skjema om forespørsel til ansatte i sin avdeling (vedlegg 2). Etter kort tid hadde jeg fått mange svar, ni sykepleiere ønsket å stille til intervju. Det var en lege som svarte raskt, og en lege ble forespurt direkte av lokal hygiesykepleier. Etter at jeg hadde gjennomført alle intervjuene, kom det en svarkonvolutt fra ytterligere en lege som kunne tenke seg å stille til intervju. Det ble foretatt en loddtrekning mellom sykepleierne. Utvalget ble til slutt fire sykepleiere og to leger. Informantene var fra både kirurgisk og medisinsk avdeling. Informantene er anonymisert, og det vil heller ikke fremgå hvilket sykehus de arbeider på. Å rekruttere informanter slik jeg har gjort gjør at man kan risikere at de som melder seg til intervju er de som er interessert i det aktuelle tema for intervjuet, og at de som ikke finner det interessant ikke meldte seg.

## **2.5 Intervju**

Datainnsamling i min studie ble gjennomført ved bruk av semi -strukturert intervju. Denne typen intervju kan beskrives som en samtale mellom informant og forsker, der jeg som forsker styrer samtalen. I kvalitative forskningsprosjekt er forsker tett på dem man forsker på. Denne nærheten til informantene gjør at forsker må være innstilt på å måtte justere eget prosjekt som følge av det første møtet med feltet man skal forske i (42). Det har ikke vært nødvendig å gjøre særlig justeringer i mitt prosjekt. Jeg endret ikke på intervjuguiden underveis, men stilte noen tilleggs spørsmål for enten ønske om utdyping, eller at informanten

sa noe interessant der jeg fulgte opp med ytterligere spørsmål. Problemstillingen min er noe endret i forhold til utgangspunktet, som et resultat av bearbeiding av data.

### **2.5.1 Gjennomføring av undersøkelsen**

Før jeg gjennomførte intervjuene hadde jeg på forhånd utført to prøveintervju ved avdelingen hvor jeg arbeider, for å justere intervjuguiden, men også kjenne på situasjonen som intervjuer. Jeg fikk tilbakemelding fra ”test” informantene om hvordan de opplevde intervjusituasjonen med meg. Det gjorde at gjennomføringen av intervjuene følte tryggere. Jeg brukte digital opptaker under intervjuene. Det var svært nyttig. Den hadde god lyd, som gjorde at jeg kunne fange opp det meste som ble sagt og jeg kunne gjenskape de ulike intervjusituasjonene igjen med å høre tonefall, latter og reaksjoner som oppstod underveis (41). En av informantene ble syk intervjudagen, men ønsket selv å stille til telefonintervju og det fungerte greit.

Jeg gjennomførte halvparten av intervjuene i løpet av en uke, og den siste halvparten to uker etterpå. Jeg begynte transkriberingen etter den første intervjurunden. Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen (35). Jeg valgte å transkribere intervjuene selv og på bokmål. Det ble mye spoling frem og tilbake for å være sikker på at jeg hadde fått med meg alt informantene hadde sagt. Det var en særdeles lang og tidkrevende prosess. Jeg valgte å transkribere veldig detaljert med å ta med alt som ble sagt, både latter, pauser og pauseord som ”ehm” og ”mmm”, for jeg ville ikke miste noen ord som kunne vise seg å være viktig (42). Uansett hvem som utfører transkripsjon vil det være noe man mister underveis, fordi ironi og non-verbal kommunikasjon vil være vanskelig eller umulig å gjengi (35). Jeg ser i ettertid at det var en viktig prosess å transkribere selv for å få trening på å transkribere, men det ga meg også nærhet til intervjumaterialet mitt (35). Under transkriberingen ble jeg overrasket over hvor mange ufullstendige setninger som ble sagt i løpet av en samtale. Dette var noe både informantene og jeg gjorde, men som likevel ga mening og forståelse. Når intervjuene ble strukturert i tekstform var det lettere å få oversikt over hva informantene hadde sagt, og mens jeg holdt på med struktureringen så kunne jeg skimte kategorier/tema som kunne være aktuelle videre i analysene (35).



## **2.5.2 Utarbeidelse av intervjuguide**

Ved utarbeidelsen av intervjuguiden laget jeg flere spørsmål som gikk generelt på smittevern. Etter hvert laget jeg fire tema hvor jeg satte inn de ulike spørsmålene der de hørte hjemme (vedlegg 3). Det ga meg en bedre struktur og oversikt slik at alle informantene ble spurt om samme tema. Jeg prøvde å lage noen spørsmål som ga rom for refleksjon. Måten spørsmålene formuleres og stilles på vil helt klart være avgjørende for hvordan informanten svarer. Jeg måtte hele tiden se til problemstillingen, for å se om spørsmålene mine ville belyse problemstillingen min og det jeg ønsket svar på. Jeg tenkte på forhånd at tema for intervjuet kunne oppleves som ”banalt”, og mindre viktig enn mange av de andre oppgavene som ansatte til daglig har i sykehus, men også at noen av spørsmålene for noen kunne oppleves som ubehagelige. En del av svarene informantene ga var førstehånds, slik informanten selv tenker og handler, eller annenhånds, der informanten snakket om hva de ”andre” gjør.

## **2.6 Etikk**

Etiske aspekter ligger til grunn i all forskning. Det har vært viktig i forskningsprosessen å ivareta de nasjonale forskningsetiske komiteers retningslinjer for forskningsetikk (46). Det gjelder ikke bare de juridiske krav, men også at den kontakten jeg hadde med mine informanter var preget av tillit, respekt og gjensidighet (42). Under vil jeg gi en beskrivelse av hvordan jeg har ivaretatt de etiske retningslinjene gjennom prosessen, fra begynnelse til slutt.

### **2.6.1 Meldeplikt**

Før jeg gikk i gang med studien, undersøkte jeg på nettsidene til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vedrørende hvilke prosjekter som krever godkjenning. Forskning på mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger, som har som mål å frembringe ny kunnskap om sykdom og helse skal godkjennes av REK (47). I mitt forskningsprosjekt blir ikke informantene spurt om egen sykdom og helse, så i samråd med veileder sendte jeg ikke søknad om godkjenning til REK. Mitt forskningsprosjekt ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, da prosjektet mitt innebar behandling av personopplysninger. Da prosjektet ble godkjent, kunne jeg gå i gang med datainnsamling (48) (vedlegg 4).

### **2.6.2 Informert og fritt samtykke**

Alle som deltar i forskningsprosjekt har krav på et informert og fritt samtykke (46). Informert samtykke regnes som den informasjon informantene fikk fra meg om undersøkelsens mål og hvordan jeg hadde tenkt å jobbe videre med materialet og behandlingen av det i etterkant (35, 46). Et fritt samtykke er at informantene ikke skal delta under tvang eller press (49). Jeg utarbeidet et samtykkeskriv som ble lagt ved informasjon om studien (vedlegg 5).

Informantene skrev under på samtykkeskrivet når de meldte sin interesse for å delta. I tillegg ga jeg muntlig informasjon til hver enkelt informant før hvert intervju startet og at han/hun kunne trekke seg når som helst mens prosjektet pågikk.

### **2.6.3 Konfidensialitet**

Konfidensialitet i forskningssammenheng kan ses på, fra forskerens side, som en forpliktelse overfor informantene. Fra informantens side er det en rettighet (50). Alle informantene fikk i forkant av intervjuene informasjon om at alt som ble sagt under intervjuene ville bli behandlet konfidensielt, og at jeg hadde taushetsplikt om situasjoner av privat og identifiserende karakter. Lydfilene og det transkriberte materialet ble lagt på et sikkert privat område på jobbmaskinen som i tillegg var passordbeskyttet. Tilgangen til datamaskinen var det kun jeg som hadde, og kontoret var til en hver tid låst når jeg ikke var til stede. Jeg tok ut en utskrift av det transkriberte materialet som jeg brukte mens jeg satt og skrev på masteroppgaven for lettere å kunne bla i mellom hvert intervju. I det transkriberte materialet noterte jeg ingen navn, men kun yrke og hvilket sykehusnummer informantene jobbet på. Samtykkeskrivet som informantene hadde skrevet under på ble samlet i en perm. Dette ble låst inn når det ikke ble benyttet.

### **2.6.4 Informantens rolle**

Jeg har også fulgt retningslinjene når det gjelder den enkeltes informants integritet, frihet og medbestemmelse (46). Det ble presisert overfor informantene at det ikke bare var det skriftlige og muntlige samtykke og oppbevaring av data som var viktig for meg, men også bearbeiding og presentasjon av informasjon som de hadde gitt meg. Andre etiske aspekter som jeg tok hensyn til var hvordan jeg formulerte spørsmålene i intervjuguiden slik at de ble gode og forståelige siden jeg brukte informantenes tid og ressurser. Jeg ga informantene mine

tilbakemelding underveis i intervjuet at jeg ikke var ute etter noe fasitsvar, men at jeg var ute etter informantens egne tanker og refleksjoner rundt temaet (51). Det tror jeg bidro til at intervjusituasjonen ble mindre formell og mer avslappet. Jeg ga dem tid til å tenke og reflektere over spørsmålene jeg stilte. Under et intervju vil det alltid være en form for asymmetri. Jeg som forsker hadde regien, og jeg hadde på forhånd satt agenda for det vi snakket om. Det var derfor ikke en åpen og fri samtale mellom likestilte parter (35). Intervjuet ble stort sett en enveisdialog med at jeg stilte spørsmålene og informanten svarte. Jeg oppfattet stemningen under intervjuene som god, ved at det var latter til stede under hvert intervju og at informantene virket å snakke lett og uanstrengt.

### **2.6.5 Intervjuers rolle**

Det å forske i eget felt har vært både spennende og utfordrende. Å forske i eget felt gjør at man alltid har en forståelse med seg inn i det som undersøkes. Jeg har lang erfaring innen fagfeltet, og har tanker og meninger om det jeg ønsket å undersøke. Fordelen med å kjenne feltet godt kan gjøre det lettere for meg å oppnå en forståelse av informantens tanker og refleksjoner (37, 41), men jeg er klar over at jeg kan være farget av min kunnskap på området. Under hele prosessen har jeg prøvd å være bevisst egen forforståelse, også i arbeidet med analysene mine (34). Jeg var i forkant av intervjuene spent på om jeg vil bli akseptert (41). Det så jeg for meg kunne bli en utfordring, da informantene kunne oppfatte noen av spørsmålene, spesielt rundt ring - og klokkebruk som ubehagelig.

En feilkilde når man forsker i et eget felt, kan være at man blir ”hjemmeblind”. For å unngå denne hjemmeblindheten har jeg prøvd å lese litteratur som jeg tror har hjulpet meg å se og forstå andre sider ved faget mitt. Det har og vært viktig å prøve å se nye perspektiver i eget felt med andres øyne (41). For å unngå at jeg kunne få informanter til intervju som jeg kjente fra før, eller at jeg i kraft av min rolle var et kjent ansikt som kunne påvirket svarene til informantene, valgte jeg å gjennomføre intervju ved de to andre sykehusene i UNN HF. Jeg kjente ikke til noen av informantene som deltok i min studie noe jeg tror gjorde at vi fikk en distansert, men likevel nær intervjusituasjon.

## 2.7 Analyse

I dette kapittelet redegjør jeg for hvordan jeg er gått frem for å analysere intervjueteksten. Jeg har valgt å dele analysene inn i to deler, analysedel 1 og analysedel 2. I del 1 presenteres selve analysen. Analysedel 2 presenteres i kapittel 5, her analyseres og drøftes informantens erfaringer ved hjelp av tolkning, teori og egne erfaringer.

Analyse av kvalitative data har ingen standardisert form. I kvalitative studier med hermeneutisk tilnærming, er innholdsanalyse av tekst anbefalt (34). I mine analyser har jeg hentet inspirasjon fra artikkelen om innholdsanalyse av tekst: ”*Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*” av Ulla Hällgren Graneheim og Berit Lundman (heretter omtalt som G&L) (52). Artikkelen beskriver metode for tolkning av innhold i intervjuetekst. Innholdsanalyse av tekst handlet til å begynne med om objektive, systematiske og kvantitative beskrivelser av det manifeste innhold – det synlige og opplagte i teksten. De senere år har man også inkludert det latente innhold – den underliggende mening i teksten. I fremføring av analysene må det bestemmes om man skal velge å fokusere på manifest- eller latent innhold (52). For å belyse kategoriene som er valgt i analysedel 1, presenteres det manifeste innholdet av informantenes erfaringer med å bruke sitater fra informantene. I analysedel 2 vil både det manifeste og det latente innhold komme frem. Det manifeste innhold kommer frem gjennom en tematisk innholdsanalyse på tvers av kategoriene som kom frem i analysedel 1 og det latente ved hjelp av tolkning og teori (34). Ut fra den tematiske analysen og på bakgrunn av teoretisk perspektiv har det krystallisert seg tre tema som blir presentert i analysedel 2. Jeg vil i det følgende beskrive hvordan jeg har arbeidet med analysene.

For å få et godt bilde av hvilke tanker og refleksjoner helsepersonell hadde rundt etterlevelse av arbeidstøysretningslinje i sykehus, måtte jeg lese intervjueteksten flere ganger. Jeg ville være sikker på at jeg hadde fått med meg essensen av det informantene hadde sagt. Underveis i lesingen benyttet jeg fargekoder på områder med likt meningsinnhold, slik at jeg lett kunne identifisere dem når jeg gikk tilbake i materialet. I papirversjon kunne jeg notere ned nye oppdagelser i intervjueteksten, som så ble ført inn i den elektroniske. Jeg satt opp en tabell basert på G&L som innholdt: *meningsbærende enheter, kondensering av meningsenheter, koding, sub -kategori og kategori/tema*. De delene av intervjueteksten som jeg fant interessant og som hadde samme meningsinnhold ble mine meningsbærende enheter. Arbeidet med å

finne mine meningsbærende enheter var krevende da antall transkriberte sider var mange. Etter det, ble de meningsbærende enhetene kondensert. Det vil si at jeg ”krympet” teksten ved å beholde essensen og tok bort overflødige ord som ikke ga mening. G&L beskriver kondensering som en prosess der man korter ned teksten, men beholder innholdet (52). Videre laget jeg koder som ble en merkelapp til de meningsbærende enhetene. Slik jeg forstår bruk av koder, er det et verktøy å tenke med og man kan tillate seg å tenke på intervjueteksten på nye og andre måter (52). Videre laget jeg sub-kategorier. Innholdet i sub-kategorier går som en tråd tilbake til innholdet i de meningsbærende enhetene. Deretter laget jeg kategorier som er kjernen i kvalitative analyser (52). Kategorier skal være en gruppe som har noe til felles. Når jeg arbeidet frem mine kategorier la jeg alle sub-kategorier utover et bord og la de jeg mente hadde noe til felles i bunker. Det var en krevende jobb da flere sub-kategorier kunne vært lagt i flere bunker. Det tok tid å lage kategorier som jeg mente passet med mine sub-kategorier. Når alle sub-kategorier var sortert og fordelt satt jeg igjen med tre kategorier: ”etterlevelse av retningslinjer”, ”ansvar for etterlevelse og utarbeidelse av retningslinjer” og ”ulike former for overveielser”. På bakgrunn av mine funn ble kategoriene abstrahert til tre tema; ”Kunnskap og handlinger”; ”ansvar og ledelse”, og ”etikk”, som er tema for analysedel 2. I dette arbeidet kom det hermeneutiske arbeidet tydelig frem for meg, hvor jeg måtte gå frem og tilbake, for å se del - og helheter, og omvendt. Videre følger et utdrag av tabell jeg benyttet i dette arbeidet.

Meningsbærende enhet	Kondensering av meningsbærende enheter	Koding	Sub-kategori	Kategori/Tema
Det er jo det med daglig skift av arbeidstøy og man skal ikke bære noe nedenfor albuen, og langermet skjorte under kittel er ikke tillatt.	Skifte daglig, korte ermer og bare underarmer.	Innhold i arb.retningslinjen	Ansatte kjenner til innholdet i retningslinjen for bruk av arbeidstøy.	<b>Kategori:</b> Etterlevelse av retningslinjer  <b>Tema:</b> Kunnskap og handlinger
Det reageres på når noe ikke har sokker på seg i sko.	Sokker i sko.			
Ansatte med langt hår må ha oppsatt hår og det er ikke tillatt å ha neglelakk og piercing. Det skal ikke brukes ringer og klokke det forhindrer rengjøring av hender.	Må ha oppsatt hår, ikke tillatt med neglelakk, piercing, klokke eller ring.			

## 2.8 Troverdighet til kvalitative forskningsfunn

Troverdighet i kvalitativ forskning baserer seg på hvordan jeg som forsker argumenterer for de mest sannsynlige tolkningene av datamaterialet. Innenfor den kvalitative tradisjonen brukes begreper for troverdighet som credibility, dependability, confirmability og transferability (34, 52). Min oversettelse av disse begrepene er troverdighet, pålitelighet, bekreftelse og overførbarhet. Jeg vil gi en beskrivelse av de ulike begrepene, men de må ses i sammenheng med hverandre for å gi troverdighet. På bakgrunn av denne informasjonen kan leseren oppnå tillit til studien min.

### 2.8.1 Troverdighet

For å oppnå troverdighet i min studie har jeg redegjort for tema, problemstilling, metode for datainnsamling, utvalg og inklusjonskriterier. Jeg beskriver hvordan jeg har gått frem i analyseprosessen slik at leser skal kunne følge meg gjennom hele prosessen (34, 52). Et viktig moment er å vise at jeg har valgt ut de mest passende meningsbærende enhetene i intervjueteksten, og at valgte kategorier dekker data. For å vise at relevant data ikke er utelukket, har jeg i analysedel 1 brukt flere sitater for å vise bredden i kategoriene. I analysedel 2 brukes utdrag fra sitater fra informantene, det gjør informantenes stemme mer synlig for leseren, teori og forskning for å gi troverdighet (35, 42).

Et viktig element for troverdighet er om min påvirkning i studien er redelig og om min tolkning kan ses som troverdig. Ved hjelp av litteratur og teoretisk perspektiv har jeg prøvd å få distanse til mitt eget felt og min forståelse. I analysearbeidet har jeg fått råd og veiledning av veileder for at jeg har forstått metoden som er anvendt og i tolkning av intervjumaterialet. Jeg har i tillegg diskutert med kolleger og medstudenter på masterseminar underveis, som både er kjent og ukjent med feltet. Siden det var jeg som opplevde intervjusituasjonen og gjennomførte transkriberingen anser jeg risikoen for å tolke teksten feil, lavere enn om det skulle vært noen andre som utførte transkriberingen.

I denne studien er jeg mitt eget måleverktøy. Jeg har redegjort innledningsvis for mitt ståsted og min forforståelse for å vise at jeg ikke har gått inn i et ukjent felt, men det går ikke helt å beskrive sin egen forforståelse fullstendig. Den har heller ikke kunne settes til siden på vent mens arbeidet har pågått (45). Jeg har gjennom hele forskningsprosessen prøvd å redegjøre

for hva som er mine, og hva som er informantenes tanker og erfaringer. Jeg er klar over at forskningsresultatene i studien min er et resultat av relasjon mellom meg og informantene, og at vi i fellesskap har utformet kunnskapen (41).

### **2.8.2 Pålitelighet**

Pålitelighet innebærer konsistens i datainnsamling og analyse. For å sikre konsistens i mitt datamateriale var det viktig at informantene fikk spørsmål innenfor de samme tema.

Intervjuguiden var til hjelp for å holde struktur og oversikt (52). G&L poengterer at etter hvert som forsker får innsikt i tema, kan det opprinnelige fokuset forskyves. For å holde fokus under datainnsamlingen, og i sammenskrivingen av masteroppgaven har jeg brukt medstudenter, kolleger og veileder.

### **2.8.3 Bekreftelse**

Bekreftelse er knyttet til objektiviteten til datamaterialet. Det vil si at funnene reflekterer informantenes stemme og forutsetningene til undersøkelsen. At informantene kjenner igjen funnene er også med på å styrke troverdigheten. Det er ikke meningen at de skal kontrollere innholdet, men det er heller et spørsmål om å bekrefte innholdet (34). Det var ikke mulig å innhente tilbakemelding fra mine informanter i dette prosjektet på grunn av begrenset tidsramme, men hadde tiden tillatt det, ville det kunne styrke troverdigheten ytterligere å få informantene til å lese gjennom materialet.

### **2.8.4 Overførbarhet**

Troverdighet til resultatene er også knyttet til overførbarheten. Overførbarhet er knyttet til om andre kjenner seg igjen i det som blir presentert i studien. For å tilrettelegge for overføring har jeg som forsker beskrevet hvor undersøkelsen er gjort, hvem utvalget er og hvilke kriterier som krevdes for deltakelse i undersøkelsen. Jeg mener at mine funn er gjenkjennbare, ikke bare for smittevernpersonell, men også for øvrige ansatte i sykehus. Det er og vil i fremtiden være et stort fokus på smittevern og infeksjonsforebygging, noe som gjør at dette stadig er aktualisert. Media bidrar også i denne sammenhengen, ved at historier fra pasienter som får HAI under innleggelse i sykehus trekkes frem. Beskrivelse av hvordan innsamling av data har foregått og hvordan analysene har blitt gjennomført er også av betydning. Jeg som forsker kan

gi innspill til overføringsverdi, men det er til sist leseren som avgjør hvor vidt funnene kan overføres til andre grupper (52). Antall informanter i studien var seks. Det er ikke et representativt utvalg, men i denne studien mener jeg at mitt utvalg har belyst det jeg ønsket å undersøke.



### 3. TEORETISK PERSPEKTIV

I dette kapittelet presenterer jeg mitt teoretiske utgangspunkt. Under arbeidet med den første delen av analysen kom begreper som kunnskap og handling tydelig frem. Jeg startet derfor å lete etter aktuell teori som omhandlet dette. Jeg fant blant annet Bengt Molanders bok *”Kunnskap i handling”* interessant. Den vil utgjøre hovedtyngden i analysedel 2, men jeg vil også bruke annen relevant litteratur i drøfting av mine tre tema. Jeg vil videre si noe generelt om kunnskap, og så presentere Bengt Molanders kunnskapsteori.

I den tradisjonelle kunnskaps- og vitenskapstradisjon har man gitt den artikulerte eller artikulerbare viten forrang (37), og kunnskap er blitt delt inn i teoretisk og praktisk kunnskap. Den teoretiske kunnskapen blir beskrevet som språklig formulert påstandskunnskap, og er ofte utviklet gjennom forskning. Den er entydig og klart avgrenset, strukturert og systematisert i skriftlig form (37). I vitenskapelig sammenheng skal denne kunnskapens resultat være generell, bundet til regler og teorier (37). Praktisk kunnskap derimot er sjelden systematisert eller tilgjengelig i skriftlig form, og den læres gjennom individets egen erfaring (39). Den praktiske kunnskapen kan ses som erfaringsbasert kunnskap, den er praktisk og situasjonsnær (53).

Kunnskap kan sies å være en bevisst forståelse av noe, og at man bruker kunnskapen man har til en bestemt hensikt. Hvorfor mennesker søker kunnskap kan forklare i menneskets væren. Vi er nysgjerrige og prøver å se sammenheng og forstå. Man kan også si at vi tilegner oss kunnskap for å klare oss bedre både som individ og i samhandling med andre (54). Allerede i antikken så man et skille på hva man anså som kunnskap gjennom erkjennelsesteori. Vesten har helt fremt til det 20. århundre vært preget av det platonske kunnskapsbegrepet (37, 39). Platons definisjon på kunnskap bestod av tre ledd: *”oppfatninger, sannhet og begrunnbarhet”* (39s.169). For Platon var kunnskap begrunnede sanne oppfatninger, også kalt *”Episteme”*. For at man kunne si at man hadde kunnskap om noe, måtte vedkommendes oppfatninger være sanne og en måtte ha gode grunner for å tro at de var sanne (39). Ordet *”Tekhne”* ble brukt om hvordan man laget ting, derav ordet teknologi som vi i dag bruker om å utvikle nye ting. *”Tekhne”* kan sies å være praktisk kunnskap. Et siste begrep som ansees for å være et aristotelisk begrep er *”Fronesis”* som betyr å handle moralsk klokt (39). Her ser vi en oppsplitting av kunnskapsbegreper.

Bengt Molander er filosof ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim. I boken beskriver han rammer for kunnskapsteori og perspektiver på kunnskap sett fra ulike yrker. Molander ønsker ikke å dele kunnskap i dikotomien teoretisk og praktisk kunnskap, men han ønsker å utvikle en kunnskapsteori om kunnskap i handling. Han mener teoretisk og praktisk kunnskap må ses på under ett, som en enhet (37). Han mener begge er avhengig av hverandre for å kunne utgjøre kunnskap. Molander mener den moderne vitenskapen i høy grad er basert på menneskelig aktivitet gjennom eksperiment, men at i vitenskapeliggjøringen av dette, skjærer man det handlingsrelaterte bort (37). Jeg vil i det følgende beskrive hva Molander legger vekt på når det gjelder kunnskap.

### 3.1 Aspekter ved kunnskap

Molander beskriver kunnskap som en form for oppmerksomhet og som kan læres som en rutine. Og han ser kunnskap i en videre mening, og som aspekter ved kunnskap som påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap (37). Han mener disse er vevd sammen og ikke kan betraktes isolert. *Påstandskunnskap* kan i følge Molander komme til uttrykk på flere måter: som instrumentell kunnskap; generelle regler; kontroll; kartlegging og illustrasjoner. *Ferdighetskunnskap* er kunnskap om hvordan man kan utføre en handling. En må ha ferdigheter for å kunne gjennomføre handlingen. *Fortrolighetskunnskap* vises når den handlende har fortrolighet med ulike fenomen og er fortrolig med virksomhetens forutsetninger og oppgaver (37). De tre aspekter vil jeg utdype med eksempler i analysedel 2 av informantenes tanker og refleksjoner.

Molander er inspirert av filosofiske tenkere som Ludwig Wittgenstein, Gilbert Ryle og Michael Polanyi. De var alle opptatt av alle former for erkjennelse, også den vitenskapelige, men de mente at kunnskap også omhandlet implisitte og tause komponenter. Molander mener all kunnskap kan være taus fordi vi gjør mange ting uten at vi gir inngående forklaringer på hver handling. Han illustrerer det med å si at taus kunnskap er over alt og ingen steder. Andre beskrivelser på taus kunnskap er forståelse, ferdighet, sikkerhet, beherskelse av en kunst, vurdering, begavelse, oppmerksomhet, fortrolighet, erfaringer og personlig engasjement (37). Molander støtter seg til Michael Polanyis begrep ”tacit knowing” for å beskrive hva taus kunnskap er. Verbformen av kunnskap som ”knowing” brukes for å beskrive at kunnskapen er

levende og har en aktiv personlig side. Det brukes om at vi kan gjenkjenne ting, og at vi kan gjøre ting uten å kunne si hvorfor vi kjenner igjen det eller eksakt hvordan vi gjør det.

### **3.2 Kunnskap i handling**

For Molander er det viktig å vise at kunnskap har handlingssider. Han mener vi har tilgang til verden gjennom våre handlinger, det er en del av vår åpenhet til verden. Handlinger er fenomener som er åpne for meg som deltaker eller som potensiell medhjelper (37). Kunnskap i handling er den levende kunnskapen som er vanskelig å beskrive eksakt med ord, men kan beskrives som den levende kroppen som er i stadig bevegelse, i veksling mellom innlevelse og distanse, mellom reaksjon og refleksjon, mellom del og helhet og mellom tillit og kritikk. Han mener at en persons kunnskap sitter i kroppen, og at det kommer til uttrykk gjennom handlinger. Levende kunnskap må ses inn i en større sammenheng av spørsmål og svar, oppgaver og hvordan man løser en oppgave (37). Molander baserer levende kunnskap på det Gilbert Ryle mener kunnskap bygger på; innsikt og læring sammen med intelligente handlinger og intelligent praksis (37).

### **3.3 Refleksjon i handling**

Molander er influert av Donald Schön når han tar for seg refleksjon i handling. Donald Schön<sup>10</sup> har i to av sine bøker presentert en kunnskapsteori for praktisk kunnskap, der han mener refleksjon i handling er et nøkkelbegrep i ulike virksomheter. Molander trekker frem i sin bok flere eksempler fra Schön om hvordan yrkeskunnskapen til kunstsnekkeren Thomas Tempte, arkitekt Quist og arkitektstudent Petra kommer til uttrykk gjennom intelligente handlinger og intelligent praksis. Intelligente handlinger vises når en praktiker kan tilpasse sine handlinger i en situasjon, kontinuerlig søker etter nye måter å løse og korrigere en oppgave på hvis problemer oppstår, og man får en intelligent praksis.

Molander mener at praktisk kunnskap enda blir oppfattet som kroppsarbeid, og at den ikke blir sett på som reell eller som kunnskap (37). Molander siterer Schön når han skriver at den kunnskapsrike praktikerens kunnskap i handling karakteriseres av refleksjon i handling, noe som betyr at personen ikke alltid reflekterer, men at hun alltid er i beredskap for å kunne gjøre

---

<sup>10</sup> Donald Schöns bøker det refereres til er: "The Reflective Practitioner" og "Educating the Reflective Practitioner"

det. Refleksjonen inngår da som kunnskap i handling. Den kunnskapsrike praktikerer veksler mellom del og helhet i handlingen. Molander sier refleksjon i handling kan skje når man gjør en handling eller i etterkant. Han mener at handlingens åpenhet gjør at det kan være vanskelig å skille når man reflekterer og ikke, men at skillet ligger i hvor oppmerksom vi er når handlingen utføres. Refleksjon i handling kan knyttes til eksperiment og konversasjon. Eksperiment vil være identisk med handlingssituasjonen, der personen prøver seg frem i handlingen. Konversasjon kan ses som svaret som situasjonen gir tilbake på om handlingen var vellykket eller ikke. Jeg vil i analysedel 2 se nærmere på Molanders aspekter ved kunnskap, kunnskap i handling og refleksjon i handling.

## 4. ANALYSEDEL 1: informantenes tanker og refleksjoner

I dette kapittelet vil jeg nærmere presentere mine tre kategorier: 1) *etterlevelse av retningslinjer*, 2) *ansvar for etterlevelse og utarbeidelse av retningslinjer* og 3) *ulike former for overveielser*, som er basert på informantenes tanker og refleksjoner.

Som nevnt intervjuet jeg fire sykepleiere og to leger. Disse seks hadde mellom 2- 23 års erfaring fra jobb innen helsevesenet. Legene hadde kortest ansiennitetsforhold. Jeg velger å omtale mine informanter som lege 1 og 2, og sykepleier 1, 2, 3, og 4. Hvis det er mange som sier det samme omtales de som *alle* eller *flere*. Hvis noe nevnes av en profesjon, omtales det som leger eller sykepleiere. Noen av sitatene som er benyttet er enten kortet ned eller det er satt inn enkelte ord for å få en bedre flyt i teksten.

### 4.1. Etterlevelse av retningslinjer

#### *”Det er jo prosedyrer vi jobber ut i fra og forholder oss til”*

Jeg innledet intervjuene med å fortelle om *Smittevernloven* og om *Smittevernforskriften* som blant annet sier at sykehus er pålagt å ha et IKP. Alle informantene kjente til loven, men ikke til forskriften. Ingen av informantene kjente begrepet infeksjonskontrollprogram, men de kjente det som smittevernrutiner, som er begrepet UNN HF bruker. Jeg vil heretter omtale IKP som smittevernrutiner<sup>11</sup>. Informantene kjenner til mye av innholdet i smittevernrutinene. Sykepleier 2 sier: *”det går på generell hygiene og smittevern,”* mens lege 2 skisserer opp ytterligere detaljer rundt innholdet som: *”det er retningslinjer rundt enkelte sykdommer, og også bakterier som MRSA<sup>12</sup>, VRE<sup>13</sup>, ESBL<sup>14</sup>, og da på en måte de rutinene vi har i forhold til det”*. Sykepleier 3 sier: *”det inneholder prosedyrer vi forholder oss til, avfallshåndtering, håndhygiene...(...) også inneholder det hvordan bekledning vi skal bruke, at vi ikke skal bruke klokke og ring og de tingene der.”*

---

<sup>11</sup> Infeksjonskontrollprogram ble endret til smittevernrutiner, da mente man det var mer forståelig for ansatte for hva det inneholder.

<sup>12</sup> MRSA: Meticilinresistente staphylococcus aureus

<sup>13</sup> VRE: Vancomycinresistente enterokokker

<sup>14</sup> ESBL: Ekstendert spektrum betalaktamase-produserende gram negative staver

Hvor de finner smittevernrutinene er uklart for enkelte. Flere referer til oppslagsverk tilgjengelig i avdelingen, eller en perm med kopier. Tre av informantene er klar over at det er elektronisk tilgjengelig i sykehusets prosedyresamling. Lege 1 opplever at informasjonen ikke er lett å finne og sier følgende: *”min taktikk har stort sett vært å snakke med smittevernlegen eller hygienesykepleier når jeg har spørsmål.”* Lege 2 svarer på samme spørsmålet: *”hvis du tenker på det som fysiske størrelser som hvor jeg skal gå og slå opp, så har jeg ikke kontroll på det, men jeg kan fortelle ganske mye hvordan vi gjør, jobber for å begrense smitte.”* De som var klar over hvor de kunne finne dette, hadde fått informasjon av avdelingssykepleier ved nyansettelse og av hygienesykepleier på undervisning. Lege 1 har deltatt på introduksjonsuke og fått informasjon om hvor hun finner smittevernrutiner, men opplever likevel at det er vanskelig tilgjengelig.

Alle informantene kjenner til arbeidstøysretningslinjen. Alle nevner at det står at det ikke er tillatt å bære klokke og ring. Sykepleier 2 forteller at hun regner med det står noe om at det skal være sokker i skoene, da det reageres på når noen går barføtt. Sykepleierne lister opp at håret skal være samlet, at øredobber, neglelakk og falske negler ikke er tillatt, og lege 1 sier at langermet skjorte under kittel ikke er tillatt. Alle sykepleierne nevner i tillegg ulike deler av innhold i smittevernrutinene som isoleringsregimer til ulike smittsomme sykdommer og type personlig beskyttelsesutstyr som skal benyttes. Sykepleierne nevner også rutiner for håndtering av sykehustøy og søppel. Lege 2 nevner rutiner for stikkskader og pasientplassering, som også blir nevnt av sykepleier 1 og 4. Informantene sier de har retningslinjer og prosedyrer de kan forholde seg til.

### ***”Vi isolerer dem inntil vi har avklart status”***

Helsepersonell må ha kunnskaper om hvordan infeksjoner forebygges og kunne iverksette tiltak for å hindre at infeksjoner oppstår eller overføres. Informantene opplever at de har kunnskaper om hvilke tiltak som skal iverksettes for å forebygge smittespredning. Sykepleier 2 beskriver hvordan hun håndterer smittefarlig avfall slik: *”jeg emballerer tøy og søppel som har vært inne på pasientrom med doble sekker, og merker det etter hva sekkene inneholder.”* Det gjør at de som tar i mot tøy og søppel vet hvordan de skal håndtere det videre. Lege 2 beskriver rutiner for mottak av pasienter som kommer fra utlandet og skal innlegges i sykehus, og hva de da må forholde seg til: *”hvis vi har personer som kommer fra utlandet, så er vi ekstra oppmerksomme om dem har vært i kontakt med helsevesenet i utlandet, og dermed*

*isolerer vi dem inntil vi har avklart status.*” Han snakker videre om hvorfor det er viktig å være våken overfor disse pasientene med tanke på innleggelse og screeningsrutiner for resistente bakterier. Han sier videre at sykepleiere og leger i mottaket må være årvåkne til en hver tid når man tar i mot pasienter. Hva får man av informasjon om pasienten, har pasienten diaré, oppkast og lignende. Dette er nødvendig å vite slik at man får iverksatt tiltak med beskyttelsesutstyr for ansatte som tar i mot pasienten, men også hvor pasienten skal videre i sykehuset for eventuell isolering. Flere av informantene er opptatt av at pasientplassering i sykehus er fornuftig og veloverveid. Her blir det viktig å vurdere hvem som kan ligge på samme rom, og hvem som bør prioriteres til å ligge alene.

Lege 2 opplever at det snakkes for lite om pasientplassering og at det har vært tilfeller hvor pasienter har blitt lagt på samme rom som absolutt ikke bør dele rom. Han beskriver det slik:

Vi har sett pasient med noe abscess greier sammen med en pasient med nylig innoperert fremmedlegeme, protese et eller annet sånn greie på samme rom. Også har vi sett, hva var det siste nå da, det var en nylig hjerteoperert sammen med en annen infeksjonsproblematikk på samme rom, så det er jo å la være å gjøre sånne brølere da.

Pasientplassering har betydning for smittevern. Man skal ikke legge en nyoperert pasient sammen med en pasient med infeksjon. En del av de mindre sykehusene har slått sammen medisinsk og kirurgisk avdeling for å spare penger. Det å slå sammen to ulike fagområder gjør at man ofte vil få plasseringsvansker, fordi det er begrensninger for hvilke pasientkategorier man kan plassere sammen på pasientrom. I utgangspunktet skal man unngå å legge pasienter på korridor på grunn av brannsikkerhet, men denne bestemmelsen brytes daglig i norske sykehus.

### ***”Det er slik vi skal gå kledd”***

Alle informantene vet hvorfor arbeidstøy skal benyttes i sykehus. Betydning av hvorfor sykehuset har en slik retningslinje ble oppfattet todelt. Sykepleier 3 svarer: *”jeg tenker at det er viktig at man tar på seg et rent antrekk hver dag og som både beskytter meg i mot pasienters eventuelle, altså smitte, men også i forhold til hva jeg kan ha med meg utenifra og inn.”* Sykepleier 1 sier: *”arbeidstøyet skal hindre overføring av smittestoffer til pasienter.”*

Og den samme sykepleieren oppfatter ulike farger på tøyet som noe som skal vise hvor den ansatte jobber og svarer: *”det er forskjellige kleskoder som viser hvor man jobber og for at vi*

*skal være likt kledd og skal kunne skille på ulike avdelinger.*” Ulik farge på arbeidstøy er ikke for å skille på ulike avdelinger. Det hvite tøyet er standard og symboliserer renhet. Det skal også være lett å se om arbeidstøyet blir tilsølt. Grønt arbeidstøy brukes innen operasjons- og anesthesiavdelinger. Grønn farge symboliserer sterilitet, eller at området har et høyere krav til renhet på grunn av at pasienter er svært utsatt for å få infeksjon under operasjon da indre organer er blottlagt over tid. Det er riktig at arbeidstøyet skal beskytte ansatte og pasienter.

Alle mente at arbeidstøyet er av betydning for godt smittevern. Jeg ba dem utdype hvorfor, sykepleier 1 svarer: *”for det første blir det jo vasket ordentlig, at man får gjort det rent, ja, på nok grader for å ta de fleste bakterier.”* Sykepleier 2 sier: *”jeg tenker at rent tøy hver dag har jo noe med smittekilde å gjøre. Det har noe med å se ordentlig ut hvis du skal bruke det (arbeidstøyet), men viktigst av alt så er det smitte.”* Lege 1 gir nærmere beskrivelse av hvorfor arbeidstøyet er viktig i smittevernsammenheng: *”det er mange bakterier som kan leve på døde overflater og klær, det kan jo overføre smitte til møblene og til privattøyet for den saks skyld hvis man ikke på en måte skifter det daglig.”*

### ***”Kanskje den er for slapp”***

Sykepleier 4 gir uttrykk for at hun stadig ser ansatte som ikke følger retningslinjen for bruk av arbeidstøy. På spørsmål om de oppfatter retningslinjen til å være for slapp, utydelig eller streng, svarer alle at den er forståelig og ikke bør være vanskelig å forholde seg til. Sykepleier 2 mener kanskje den kan virke for slapp, og kommer med et forslag til hva som kan være med på å bidra til at ansatte skal føle større forpliktelse til å følge den: *”ja, kanskje for slapp, kanskje når du får en ansettelse eller du får et brev om at du får et vikariat her, så sendes et brev med der det står kleskode, det tenker jeg, kanskje ville hjelpe.”* Sykepleier 1 svarer: *”nei, jeg tror ikke det er for strengt, jeg tror heller at man på en måte ønsker, jeg vet ikke, skille seg ut.”* Sykepleier 4 sier at det er nødvendig at retningslinjen er så streng, fordi det er en viktig del av smittevern og at det derfor bør være mer kontroller, eller *ettersyn* som er ordet hun selv bruker på å påse at ansatte går riktig kledd. Hun mener at det ikke gjør noe at retningslinjen repeteres jevnlig. Legene oppfatter retningslinjen grei og enkel å forholde seg til.



### ***"Men det er ikke tillatt når man er på jobb!"***

Alle informantene sier at det står at bruk av klokke og ring ikke er tillatt i arbeidstøysretningslinjen. To informanter sitter med ring på seg samtidig som de er kledd sykehusets arbeidstøy. På spørsmål om hva de tenker om at klokke og ring fortsatt benyttes av enkelte i pasientnært arbeid, svarer sykepleier 2:

Nå går jeg med den her ringen, for jeg får den ikke av (viser giftering), og jeg nekter å klippe den av, men ellers så har jeg fra jeg begynte aldri hatt ringer på når jeg har holdt på, for det er jo, du drar det jo med deg hjem...bakteriene.

Jeg følger opp og spør hvilke tanker og refleksjoner hun gjør om dem som fortsatt velger å ha det på til tross for at det ikke er tillatt, og hun svarer: *"da tenker jeg stakkars, vet dem ikke bedre."* Jeg spør om hva hun tror er årsaken til at noen handler motsatt av det som står i retningslinjen. Hun tenker seg litt om, før hun svarer: *"det burde ikke være tankeløshet, men det er mulig det er det, fordi at alle vet, det er snakket så mye om det."* Lege 1 svarer på de samme spørsmålene:

Ja, nei, klokke klarer jeg meg fint uten, den har jeg på en måte tatt av. Ring, nei, det er bare, når jeg bruker det selv så er det jo, det er klart, jeg husker at jeg så noen forskningsresultater som viste det motsatte, og det er klart at da heller man seg på en måte mer på det. Ja, men det er klart, man skal vel helst ikke gå med ring, man skal ikke det. Det er jo, hva jeg tenker om det, jeg synes det er (tenker) ja, det er ingen god unnskyldning, men, man tenker det som noe viktig, privat for seg selv og sånn, så da, tenker jeg at da gjør jeg det likevel.

Lege 1 gir ingen nærmere beskrivelse av hva forskningen hun har lest sier, bare at hun har lest det motsatte. Jeg spør henne om hun tenker at ringen handler om egen identitet, der hun svarer:

Ja, det er liksom, det blir jo personlig greie, det er jo at man ønsker, før i gamle dager var det litt sånn så lenge det var en glatt ring, så var det greit. Det har sikkert ikke noe innvirkning i det hele tatt men, det sitter bare langt inne med ring fordi man liksom ønsker, ikke akkurat å vise at man er gift, men personlig er det litt sånn viktig da, ja, så det sitter litt lang inne.

Sykepleier 3 svarer dette om ansatte som fortsatt velger å bære klokke og ring: ” nei, jeg tenker at det er veldig, hva skal man si, tankeløst, respektløst. Vi har et system som på en måte ikke tillater det og så gjør man det likevel.”

Jeg fulgte opp spørsmålet om klokke- og ringbruk og hva de trodde skulle til for å få ansatte til å etterleve retningslinjen for bruk av arbeidstøy.

### ***”Forskning fungerer - la oss få det svart på hvitt”***

Lege 1 mener at mer forskning på feltet er nødvendig og kan gjøre at ansatte etterfølger retningslinjen i større grad. Vedkommende mener at jo mer forskning på et felt, og troverdigheten til selve forskningen, jo bedre er det for å kunne få ansatte, og kanskje spesielt legene til å følge retningslinjer. Lege 1 sier videre: ”ja, altså, forskning fungerer, hvis man legger frem forskningsresultater så fungerer jo det på oss stort sett. Altså da får man det svart på hvitt.”

### ***”Jo, jeg har inntrykk av at kampanjer har effekt”***

Det har de siste årene vært arrangert flere kampanjer i UNN HF. Både lokale, nasjonale og internasjonale kampanjer. Formålet til disse kampanjene er å øke fokus på smittevern, håndhygiene og arbeidstøy. I forbindelse med disse er det laget diverse plakater med illustrative bilder og tekst som er blitt hengt opp på ulike plasser i sykehuset. Ansatte har fått smykkeposer og uniformsklokker som belønning hvis de svarte rett på quiz eller deltok på undervisning. Informantene nevner selv flere ganger at dette er noe de husker og som gir påminnelse for hvordan man skal gå kledd og som de mener har effekt. Sykepleier 1 sier: ”det henger masse plakater rundt om på sykehuset for å påminne oss om hvordan vaske hendene.” Sykepleier 4 mente det var påminnelser i form av plakater både i avdelinger og i garderober. Lege 2 sier: ”jo, jeg har inntrykk av at kampanjer har effekt, ja.” Han referer videre til plakater på sykehuset, der i blant en som han ser hver gang han skal inn på operasjonsenheten:

Det er noen stilige plakater med hvorfor det er feil med person i grønt og det henger strategisk på avdelingen når du går ut fra operasjonsstua. Det er en veldig fin punktmarkering akkurat der og tilsvarende punktmarkering med den arbeidstøysplakaten inne på garderoben, så blir man minnet på det hver dag.

### ***”Undervisning om tema er viktig”***

Alle sykepleierinformantene snakker stadig om ulike undervisninger som de deltar på, både i regi av avdelingen, eller av smittevernpersonell. De opplever at smittevern som tema ofte er oppe til diskusjon og at de får repetert dette ofte. Sykepleier 1 forteller om når de har undervisning med blant annet smittevern som tema slik: *”vi tar det opp på fagdager, det har vi to ganger i året, i tillegg har vi postmøter hvor det tas opp med jevne mellomrom. Også under kampanjene da..(…).”* Sykepleier 2 sier det snakkes mye om smittevern i det daglige, på pauserommet, og når det oppstår situasjoner man trenger å diskutere med andre eller leder. Legene opplever ikke å få delta på avdelingsundervisning i like stor grad som sykepleierne. Lege 1 svarer: *”nei, jeg har i hvert fall ikke opplevd det mens jeg har vært her, det har vært som en startsak i turnus, og ellers så har ikke jeg vært med på noe sånn gjennomgang.”* Lege 2 sier han fikk kort innføring i sykehusets smittevernrutiner på introduksjonsuke for turnusleger, ikke etter at han var ferdig i turnus. Alle sier at undervisning om smittevern er viktig.

### ***”Straff og belønning”***

Det var ikke en del av intervjuguiden å spørre informantene om det bør være straff og belønningssystem for å få ansatte til å følge retningslinjer, men det kom naturlig opp på spørsmål om hva de mener skal til for bedre etterlevelse av retningslinjen. Innføring av straff eller belønning blir ikke godt mottatt av noen av informantene som alternativ for å øke etterlevelsen. Straff mener de kan virke mot sin hensikt, og belønning skal ikke være nødvendig da det er et ansvar helsepersonell har. Sykepleier 2 svarer: *”man skulle ikke behøve belønne eller straffe, men det har man jo sett i alle år at kanskje det er noen som trenger det, men jeg er usikker på hva jeg vil mene om hva, hvordan man kan gjøre det.”* Lege 2 mener at å skulle innføre sanksjonssystemer ikke vil være det som skal til for å øke etterlevelse av retningslinjen. Han sier: *”vi må styre ressursene dit det er hensiktsmessig.”* Han reflekterer videre og mener at det er de unge helsepersonellet vi må satse på. De har ikke lagt seg til uvaner, slik som de som har jobbet i en årrekke. Han mener at de eldre som fortsatt ikke følger arbeidstøysretningslinjen, er mindre i klinikken enn tidligere, ergo er det mindre risiko om de ikke går reglementert kledd, enn de unge som står nært pasienten hele tiden. Lege 1 sier: *”hva slags belønning (...), nei, jeg tror stadige påminnelser kanskje er det beste (...).*

*Belønning og straff, det kan fort gjøre at ansatte blir mer trassig hvis de blir tvunget, jeg tenker at å appellere til fornuften og vitenskapen er det beste.”*

### ***”Det er veldig viktig og helt basic”***

Alle informantene er samstemt om at det er viktig at helsepersonell utfører riktig håndhygiene og at det kan bidra til å forebygge infeksjoner. Lege 2 gir detaljert beskrivelse på hvordan man utfører god håndhygiene med å forklare hva han gjør: *”nei, på jobb så vasker jeg rundt hver finger og vasker det området her som er litt utsatt (viser på hånden sin) og fingertuppene vasker jeg, og mellom fingrene... (...).”* Alle informantene var klare på at det er viktig at helsepersonell utfører riktig håndhygiene for å hindre smittespredning. Jeg spurte om de oppfattet håndhygiene som de gjør på jobb som likestilt med den man gjør hjemme. Alle mener at det er en forskjell. Håndhygiene i sykehus skal være mer nøye og grundig, men de oppfatter at håndhygiene hjemme også er viktig, spesielt ved håndtering av mat og etter toalettbesøk. Lege 1 nevner at bakterieflora i sykehus er annerledes en den man har i hjemmet, derfor er krav til utførelse av håndhygiene strengere her.

Jeg ba dem si noe om hva de tror forringer god håndhygiene. Lege 1 beskriver hva som forringer god håndhygiene slik:

Nei, fravær av det, at man ikke spriter seg, at man ikke bruker såpe, at man ikke tenker på steder som ofte blir glemt. Så er det jo klart at, ja, ring, klokke og lange ermer, man kan ha en tendens til å ønske at det ikke skal bli vått liksom, sånn at det forringer vel håndhygien. Selvfølgelig dårlig tilgang på vask på pasientrom, eller ev. sprit. Særlig om man er på flermannsrom sånn at man ønsker å sprite hendene i mellom hver pasient.

Sykepleierne nevner blant annet bruk av ringer, armbånd, klokke, langermet skjorte og at hvis man ikke bruker anbefalt tid ved gjennomføring, vil forringe god håndhygiene.

På spørsmål om de opplever det tilrettelagt for at helsepersonell skal kunne utføre håndhygiene når de er på jobb, mener sykepleierne at tilgjengeligheten er god, mens lege 1 opplever at det mangler spritdispensere på enkelte rom.

## 4.2 Ansvar for etterlevelse og utarbeidelse av retningslinjer

### *"Det er leders ansvar"*

Informantene mener ledere har ansvar for at ansatte følger retningslinjer og at ledelsen også følger dem på lik linje med andre ansatte. Sykepleier 3 sier at hun aldri har opplevd at ledere har gitt tilbakemelding om at ansatte har gått ukorrekt antrukket. Årsaken til det mener hun kan være at man har fokus på mye annet i hverdagen. Hun mener ledere i dag har svært mange arbeidsoppgaver, og har mye å forholde seg til i løpet av dagen. Sykepleier 4 gir uttrykk for sine forventninger til sin nærmeste ledelse vedrørende å følge retningslinjer slik:

Jeg forventer jo at de forholder seg til det på lik linje som oss andre, at de er tilgjengelig om man har spørsmål sånn i forhold til de tingene. Og jeg forventer at de tar tak i det, problemer som, hvis noen ikke forholder seg til retningslinjene, det mener jeg er deres oppgave å si noe om.

Sykepleier 1 og 3 er klar på at skal man få ansatte til å være lojal overfor retningslinjer, så må ledere i alle ledd også forholde seg til disse. Sykepleier 4 vet om ledere som også har klokke, ringer og smykker på seg når de benytter arbeidstøy. Hun mener at det sender dårlige signaler til de øvrige ansatte og at det vil kunne føre til at flere velger å beholde det på når de er på arbeid. Ingen av sykepleierne opplever at leger gir tilbakemelding om ansatte ikke er korrekt antrukket, hvis det gis tilbakemelding, så er det fra ledende sykepleier.

### *"Påminn oss - hvem sitt ansvar - mitt eller ditt?"*

Informantene mener at hver enkelt ansatt har et ansvar for at retningslinjer følges og at man bidrar til at andre også gjør det. Ingen av informantene mener at ansvaret kun ligger hos ledere når det kommer til etterlevelse av retningslinjer. Informantene mener at man i større grad selv bør bidra til å få kolleger til å følge retningslinjen. Sykepleier 4 påpeker at det kan være ubehagelig å gi en slik tilbakemelding hvis det oppfattes som kritikk av den som mottar tilbakemeldingen, og at det kan oppstå dårlig stemning i kollegiet. Hun sier videre at hvis man har snakket om at det skal være tillat å minne hverandre på det, vil det gi større takhøyde. Lege 2 ønsker ikke å gi tilbakemelding til eldre kolleger om at de ikke følger retningslinjen, og begrunner det slik:

(...) jeg tror ikke nok på at deres individuelle atferd har en så stor betydning for pasientsikkerheten at det er verdt at jeg skal sette meg selv i den ubehagelige situasjonen det er å prøve å oppdra voksne folk, som sannsynligvis i sitt mer overordnede arbeid enn mitt, er borte og graver i færre pasienter.

Lege 2 sier han påminner yngre kolleger slik: *"du, forresten så tar du av deg den klokka."* Han omtaler turnusleger som "mine turnusleger", og sier at han forventer at de bidrar til en kultur på å gi hverandre konstruktiv tilbakemelding. Sykepleier 4 mener det vil hjelpe at smittevernpersonell påminner ansatte at de ikke går riktig kledd. Gjennom *Smittevernforskriften* er det sykehusledelsen som har ansvar for at det foreligger retningslinjer og prosedyrer i smittevern. Utarbeidelse av prosedyrer og retningslinjer blir delegert til personer som innehar fagkompetansen. Når det gjelder smittevern er det smittevernpersonell som står ansvarlig og som gjør nye prosedyrer og retningslinjer kjent ut i organisasjonen, men det er lederes ansvar å påse at retningslinjer følges.

### ***"Gode forbilder"***

Det blir trukket frem av flere informanter at gode forbilder i sykehusene er viktig for å øke etterlevelsen av retningslinjen. Lege 1 sier følgende: *"så får man håpe at man er et forbilde for noen av de yngre, så får vi håpe at de høyere opp i systemet gjør det samme."* Det blir også sagt av flere at skal man få ansatte til å kle seg riktig, fordrer det at ledere også gjør det samme, både nærmeste ledelse og sykehusledelsen.

Lege 2 sier han ikke bruker legefrakk, klokke eller ring. Han sier han får spørsmål fra andre om hvorfor han ikke bruker frakk. Han oppfatter frakken som kilde for smitte, og ønsker derfor ikke å bruke den. Han mener det er opp til den enkelte å bruke frakk, men at den må skiftes ofte og at forutsetninger for riktig håndhygiene er til stede. Sykepleier 4 mener ledere må gå foran som gode rollemodeller, hvis ikke, vil det være vanskelig å få ansatte som ikke følger arbeidstøysretningslinjen til å følge den.

### ***"Foretaks- og Helse Nord ledelsen"***

Informantene oppfatter ikke at sykehusledelsen er synlig når det gjelder smittevern. Ingen av informantene har hørt sykehusdirektøren snakke om smittevern. Sykepleier 1 og lege 2 har lest på intranett at sykehuset har høye infeksjonstall. Lege 2 sier han aldri har tenkt på om sykehusledelsen er opptatt av smittevern, men går sterkt ut i fra det, siden de har det øverste

ansvaret i foretaket. Sykepleier 3 sier: *”det står på intranett om det er smitteutbrudd.”* Smitteutbrudd hun referer til er utbrudd av norovirus på avdelinger. Siden sykehuset har prosedyrer og retningslinjer tilgjengelig og at det stadig er kampanjer med smittevern som tema, mener informantene at smittevernarbeidet er forankret i foretaksledelsen. Jeg fulgte videre opp med å spørre om de opplevde at Helse Nord RHF er opptatt av godt smittevern. Her er det få som hadde foremening om det. Sykepleier 3 og lege 2 refererer til adm. direktørs fredagsbrev. Fredagsbrevet omhandler ulike tema, og legges ut hver fredag på sykehusenes intranett. Lege 2 svarer dette på om ledelsen i Helse Nord er opptatt av smittevern: *”administrerende direktør har helt sikkert skrevet om det i en av sine fredagsbrev.”* Informantene går ut i fra at adm. direktør og ledelsen i Helse Nord er opptatt av smittevern og pasientsikkerhet.

### ***”Ansvar for utarbeidelse av retningslinje”***

Informantene har noe uklar oversikt over hvem som har ansvar for utarbeidelse av prosedyrer og retningslinjer om smittevern. Smittevernpersonell har ansvar for at smittevernrutiner (IKP) til en hver tid er oppdatert. Dette gjøres i samarbeid med andre fagområder for å sikre godt faglig innhold. Avdelinger har selv tidligere hatt mange tilpassede prosedyrer og retningslinjer for egen avdeling. De siste årene har UNN HF arbeidet med å sammenstille prosedyrer. Mange prosedyrer og retningslinjer er tatt ut, og erstattet med få eller en. Det gir en oversiktlig prosedyresamling og sikrer jevnlig revidering. Sykepleier 2 med lengst erfaring refererer til egne prosedyrer på avdelingen. Det er uklart om at hun omtaler sykehusets smittevernrutiner som avdelingens egne prosedyrer og retningslinjer. Sykepleier 3 sier at hun har forventning til at ansatte på hennes avdeling *”følger retningslinjer for smittevern som gjelder for vår sengepost.”* Den samme sykepleieren sier hun kjenner til sykehusets smittevernrutiner. Det er uklart om også hun mener at avdelingen har egne prosedyrer og retningslinjer i smittevern, eller om hun egentlig mener smittevernrutiner. Sykepleier 2 og sykepleier 3 jobber ikke sammen. Forventninger informantene har til smittevernpersonell i sykehus er at de måtte være synlig og behjelpelig når det er behov for det. Sykepleier 4 og lege 2 er klar på at smittevernpersonell har ansvar for å revidere prosedyrer og retningslinjer i smittevern. Sykepleier 4 opplever at hvis revideringer blir gjort, måtte det kommuniseres tydeligere ut, slik at de får med seg nye endringer. Hun sier: *”jeg har følt at det ikke har fungert helt, ikke alle som får med seg når det blir forandret på ting.”*

### 4.3 Ulike former for overveielser

#### ***”Hvis man er syk selv, holder man seg hjemme”***

Flere av informantene beskriver i intervjuet etiske overveielser de gjør i det daglige. Jeg spør ikke informantene om de kjenner sin profesjons yrkesetikk, og det nevnes ikke direkte av noen av informantene. Etiske overveielser kommer til uttrykk når informantene nevner viktigheten av at helsepersonell skal følge retningslinjer, og at tiltak iverksettes for å hindre at pasienter skal få infeksjon under innleggelse. Sykepleier 4 sier: *”er man syk, bør man holde seg hjemme og borte fra pasienter.”* Hun reflekterer videre rundt vaksinasjonstilbud og mener flere ansatte bør benytte seg av vaksinasjon mot Hepatitt B og influensa, noe som skal sikre både pasienter og ansatte. Sykepleier 3 sier: *”å overholde 48 timers regelen om man har omgangssyke, kanskje vanskeligere å holde seg hjemme om man kjenner seg forkjølt.”* Lege 2 svarer hvorfor ansatte skal følge retningslinjer og prosedyrer: *”Hippokrates sier noe om å ikke skade, det er det det handler om.”*

#### ***”Det er ferdigheter du må ha”***

Informantene refererer til ferdigheter de må ha for å håndtere ulike retningslinjer og prosedyrer i det daglige. De beskriver hvordan de blant annet håndterer og emballerer tøy og søppel, stikkskader, screeningsrutiner og pasientplassering. De gir beskrivelser av fremgangsmåte og hvilket utstyr de bruker. Lege 2 sier at det å vaske hendene når man skal inn på operasjonsstua er en egen ferdighet, og at alle som skal inn dit, må utføre kirurgisk hånddesinfeksjon. Kan du det ikke, får du opplæring. Han sier videre:

Det undervises under studiet og det går igjennom når man vet om det er en som ikke har vært med på operasjon før, og skal inn dit for første gang. At det er noen som følger med og på en måte hjelper til å velge klær og vaske seg (...) det er jo en egen ferdighet å vaske hendene der.

Håndhygiene på sengepost og på operasjonsstua er ulik. Ved kirurgisk hånddesinfeksjon brukes andre midler og tiden man vasker er lenger. Jeg fulgte opp med å spørre om det gis opplæring til leger i vanlig håndhygiene. Det har han ikke hørt om eller fått selv. Til motsetning sier sykepleierne at de får opplæring og undervisning om vanlig håndhygiene av lokal hygienesykepleier.



### ***”Vi må være faglig oppdatert”***

Informantene mener helsepersonell til en hver tid må være faglig oppdatert, på grunn av endringer. At ansatte er lojale og følger virksomhetens prosedyrer og retningslinjer, og at man melder i fra om det oppdages feil eller mangler. Lege 1 sine forventninger til seg selv og andre ansatte er: *”at vi alle har fokus på det (smittevern), og forholder oss til gjeldende regler, og at vi bidrar til å minne hverandre på det, og at vi stadig søker ny kunnskap.”*

Sykepleier 2 svarer: *” (...) jeg forventer at ansatte setter seg inn i prosedyrer og retningslinjer og følger dem. At man tør å spørre om man er usikker, at vi lærer av hverandre.”*

Helsepersonell er pålagt å holde seg faglig oppdatert gjennom *Helsepersonelloven*. Store endringer som gjøres i sykehusets dokumenter skal meldes til ledere, eventuelt kan det også legges som sak ut på sykehusenes intranett. Ledere tar det videre til sine ansatte. Ansatte har også et ansvar til å sjekke om det er gjort endringer i de prosedyrer og retningslinjer de følger. Det kan de enkelt se på siste revisjonsdato i DocMap hvor sykehusets smittevernrutiner er samlet.

Informantenes tanker og refleksjoner rundt etterlevelse av arbeidstøysretningslinje i sykehus viser at de er opptatt av smittevern og innehar mye kunnskaper. I analysedel 2 vil informantenes erfaringer tolkes og analyseres videre ved hjelp av teoretisk perspektiv og annen relevant litteratur.

## **5. ANALYSEDEL 2: Drøfting av informantenes tanker og refleksjoner**

I analysedel 1 har jeg beskrevet hvilke tanker og refleksjoner informantene hadde rundt etterlevelse av arbeidstøysretningslinje i sykehus. Det var tydelig at smittevern som tema stadig er oppe til diskusjon i ulik grad, ofte avhengig av hva som rører seg i avdelinger eller i sykehuset for øvrig. I denne studien fremkommer det at informantene hadde inngående kunnskaper om smittevern, og de visste hvilken betydning arbeidstøy og håndhygiene hadde for å forebygge helsetjenesteassosierte infeksjoner. Det funnet jeg fant mest interessant var at alle informantene kjente til sykehusets arbeidstøysretningslinje, og at klokke og ring ikke skulle benyttes ikledd arbeidstøy, og i pasientnært arbeid. Likevel satt to av informantene med ring på seg under intervjuet. Min erfaring etter mange kampanjer og undervisninger er at helsepersonell har kunnskap om dette, men likevel velger mange egne løsninger for hvordan de etterlever retningslinjen for bruk av arbeidstøy.

Jeg gjorde en tematisk innholdsanalyse på tvers av kategoriene i analysedel 1, hvor jeg fikk frem tre tema jeg vil drøfte videre, og det er: *”kunnskap og handlinger”*; *”ansvar og ledelse”* og *”etikk”*. Dette er tema jeg mener best kan bidra til å forstå hva som kan ligge til grunn for gapet mellom kunnskap og handling hos helsepersonell. I drøftingen vil både det manifeste- og latente innhold presenteres. Det manifeste blir beskrevet gjennom utdrag fra analysedel 1 av det informantene har sagt, og det latente innhold presenteres gjennom tolkning, teori og egne erfaringer. Jeg vil blant annet også vise til noen av resultatene fra intervjuingsstudien med observasjoner gjennomført i regionen i 2011 som nevnt i kapittel 1.1 bakgrunn for undersøkelsen.

### **5.1 Kunnskap og handlinger**

#### **5.1.1 Aspekter ved kunnskap**

Etter å ha arbeidet med analysene og etter å ha lest teori, kunne jeg se Molanders aspekter ved kunnskap tre tydelig frem i det informantene beskrev om innhold i smittevernrutiner, og retningslinjen for bruk av arbeidstøy. Prosedyrer og retningslinjer informantene referer til er basert på resultater som ofte er fremkommet gjennom kvantitativ forskning, det som

Molander omtaler som påstandskunnskap. Eksempler på det kan være hvordan man går frem for å legge inn urinveiskateter på beste mulig måte, for å unngå å påføre pasienten infeksjon. Kunnskapen her baserer seg på forskning der man blant annet har funnet ut hvilken rengjøringsmetode som egner seg best for å rengjøre slimhinner, og hvilken teknikk utstyret skal håndteres med, uten at det forurenses område og utstyr unødig. Denne kunnskapen springer ut fra forskning der forsøk er benyttet, som utleder en teori, som igjen er nedfelt skriftlig i prosedyrer. Arbeidstøysretningslinjen er en form for påstandskunnskap. Den beskriver hvordan ansatte skal gå kledd basert på forskning som foreligger.

Selv om det var uklart for noen av informantene hvor de fant smittevernrutinene virket de likevel fortrolig med hvor de skulle henvende seg for å finne informasjon, enten som oppslagsverk i egen avdeling, elektronisk eller at man rett og slett henvendte seg direkte til smittevernpersonell. Jeg tolker at de besitter fortrolighetskunnskap. De viser en fortrolighet med hvor de finner prosedyrer og retningslinjer, og de virker fortrolig med virksomhetens forutsetninger og oppgaver. Å være fortrolig innen et praksisfelt innebærer at man har en engasjert kunnskap med hva som skal gjøres, at man vet hva som skal gjøres, og hva som er verdt å gjøre i den aktuelle situasjonen (37). Jeg opplevde engasjerte og kunnskapsrike informanter under intervjuene, som var opptatt av pasienters ve og vel, med tanke på smittevern og pasientsikkerhet. Kunnskapen kan omtales som levende, det vil si i forandring.

En god beskrivelse av levende kunnskap var da lege 2 under intervjuet beskrev sin ferdighetskunnskap for hvordan man utfører håndhygiene. Han brukte hendene sine for å forklare meg hvordan man gjorde det, og han virket fortrolig med det han gjorde. Ut fra mine kunnskaper om hvordan en god utførelse av håndhygiene skal gjøres, observerte jeg at han hadde gode bevegelser og at han hadde ”inne” ulike grep som er nødvendig for en riktig håndhygiene. Her viste han også at han besittet påstandskunnskap, håndhygieneteknikk er basert på slik kunnskap, som igjen er nedfelt skriftlig i prosedyren. I utførelse av prosedyrer og retningslinjer er alle aspekter ved kunnskap nødvendig, de utgjør en enhet, i en meningssammenheng (37). Ferdigheter er noe helsepersonell er nødt til å ha i klinisk arbeid. Tiden det tar å utvikle ferdigheter vil variere. Innen for eksempel kirurgifaget kan det ta lang tid å opparbeide seg ferdigheter, mens prosedyrer og oppgaver man gjør daglig, ofte tar kortere tid, og vedkommende blir etter hvert fortrolig med den. Det hender at en person, til tross for å ha gjennomført en handling flere ganger, likevel ikke kjenner seg fortrolig. Hvorfor

det er slik kan ha ulike årsaker. En årsak kan være at vedkommende har feilet i handlingen flere ganger, og dermed opplever at han ikke mestrer den.

Pasienter kan kjenne forskjell på en som er fortrolig med sine ferdigheter, mot en som ikke er det. Et eksempel på det er en erfaren bioingeniør som skal ta blodprøve, mot en som er fersk i faget som kan være usikker i utførelsen av en handling. Her vil det kjennes om den ansatte er fortrolig med sitt ”verktøy”, som i dette eksemplet er prøvetakingsutstyr, eller ikke. Molander siterer Michael Polanyi med det å være fortrolig med sitt verktøy som en forlengelse av vår kropp, eller beskrevet slik: *”de blir en del av vår væren, vår eksistens”* (37,s.122). Det er tydelig at flere aspekter ved kunnskap er til stede hos informantene. De tre aspektene henger sammen, for å kunne utgjøre en handling. Hva er det som bestemmer informantenes handlinger? Jeg skal se på handlings- og refleksjonssiden av kunnskap.

### **5.1.2 Kunnskap i handling og refleksjon i handling**

Vi har tilgang til verden gjennom våre handlinger (37). Det er via kroppen den enkelte av oss har tilgang til verden, men den enkeltes kropp er selv en del av denne verden. Thornquist sier at i *”spenningsfeltet mellom å være kropp og ha en kropp, er et grunntrekk ved mennesket: jeg ser og er synlig, jeg berører og blir berørt”* (55,s.193). Vi blir kjent med verden gjennom hva vi gjør eller prøver å gjøre, det er slik vi erfarer (37). Thornquist siterer filosofen Maurice Merleau-Ponty sin beskrivelse av kropp og verden: *”kunnskap og hukommelse sitter i hendene og i kroppen. Det er vår kropp som vet og forstår”* (55,s.194). Det forstår jeg som om at kroppen er som med for- forståelsen, den er alltid med oss. Vi kan ikke fri oss fra våre egne kropper, og handlinger.

Kunnskap som mennesker tilegner seg gjør at man kan utføre handlinger. Helsepersonell får kunnskap gjennom utdanning og praksis, der alle aspekter ved kunnskap er vektlagt. Gjennom erfaring formes kroppen, og sansene inngår som en del av dette (53). Alle sider ved kunnskap er nødvendig for at helsepersonell skal kunne forstå hvorfor de gjør en handling og hvordan det skal utføres. En handling inngår alltid i en handlings- og bevissthetssammenheng, som igjen utgjør en del av en meningssammenheng (37). Handlinger kan ikke ses som deler, det mener Molander er en direkte objektivisering av handlingen. Slik jeg tolker Molander må handlinger ses på som den hermeneutiske sirkel, man må i delene for å se helheten, og til

helheten for å se delene (37). Først da kan man se helhet i handlingen. Mennesker erfarer gjennom handling, og vi lærer av feil vi gjør. Gjennom våre tidligere erfaringer kan vi noen ganger forutse hva som kan komme til å skje hvis vi handler på en spesiell måte uten å beskrive det med ord (54). Det kan beskrives som taus kunnskap (37), men det betyr ikke at vi ikke vet hva vi gjør, eller ikke har reflektert over handling.

Å gjøre noe bevisst behøver ikke bety at det finnes en bestemt mening i det som gjøres, men bevisste handlinger er handlinger satt inn en viss sammenheng mellom spørsmål og svar. Dette avgjøres i en samtale. Innsikt i handlinger får vi gjennom samtale som gir refleksjon over handlingshelheter. For å forstå en handling må en person se helhet i handlingen, det vil si at personen må kjenne til f. eks virksomheten og konteksten handlingen utføres i (37). Hvis en student spør sin veileder om hva hun gjør og hvorfor, vil vedkommende kunne svare for hvorfor hun gjør som hun gjør. Forståelsen opprettholdes blant annet gjennom en felles forståelse av spørsmålene. Svar og motsvar bidrar blant annet til en felles forståelse, som kan gi en dypere forståelse av hva andre gjør og hva vi selv gjør (37). Det gir en dialogisk struktur der personene veksler mellom andres oppfatning av handling, og sin egen. Man kan si det var en dialogisk struktur mellom meg og informantene under intervjuene. Her bidro svar og motsvar til at jeg fikk en bedre forståelse av informantenes tanker og refleksjoner, og det kan nok også ha bidratt til at de selv fikk en bedre forståelse av egen kunnskap og grunner for egne handlinger. Det ga informantene og meg mulighet til å forstå del og helhet. Den hermeneutiske sirkelen trer også tydelig frem her (37).

Informantene som satt med ring på seg under intervjuet kunne gi både svar på hvorfor de gikk med ring og motsvar for hvorfor man ikke skulle bære ring. Sykepleier 2 var ikke villig til å klippe den av, til tross for at hun var klar over at ringbruk forringet god håndhygiene, og at hun kunne dra med seg bakterier hjem. Hun sa ingenting om hva hun selv kunne ta med seg ved at hun beholdt ringen på. Det viser at eget hensyn, og ikke pasientens beste, i enkelte tilfeller er styrende for handlingsvalg. Jeg tolker hennes handling om å beholde ringen på som et bevisst valg, men om hun hadde reflektert rundt følgene av egen handling er jeg usikker på. Lege 1 hadde beholdt ringen på bakgrunn av forskning hun hadde lest, som ikke kunne bevise at ringbruk ga pasienter infeksjon. Legen hadde gjort en vurdering på bakgrunn av det hun hadde lest, tatt et bevisst valg og beholdt ringen på. Jeg tolker det som at hun ikke oppfattet kunnskapen på området som bevis nok for at hun skulle ta den av. Det er ikke mangel på forskning om at ring kan utgjøre en risiko, men om ring gir pasienter infeksjon er det ikke nok

grunnlag for å si (21). Jeg mener at både lege 1 og sykepleier 2 under intervjuet gir godt inntrykk av å besitte kunnskap, men at kunnskapen i dette tilfellet ikke brukes rett i denne konteksten. Lege 1 legitimerte egen ringbruk til forskning hun hadde lest. Kan det tenkes at hun handlet ut fra kunnskapen som ikke foreligger, at man ikke vet om ringen gir pasienten infeksjon, og at hun derfor velger å handle ut fra et strengere krav til bevis? Kunnskap kan i følge Molander ses i en videre mening, der man også innbefatter blant annet ukunnskap, kunnskapshull, uklarheter og intelligente feil (37). Molander mener at bare kunnskap som er i bruk, kan sies å være kunnskap (37), og i det perspektivet kan man si at lege 1 og sykepleier 2 ikke benyttet kunnskap, de handlet ut fra kunnskap som ikke foreligger.

Grunner til handling er knyttet til vår forståelse. Det setter noe inn i en sammenheng, i utgangspunktet fra den som handler sitt eget perspektiv. Vi kan mislykkes med en handling, men i følge Molander er det likevel riktig å si at *"alle handlinger er i grunnen bevisste handlinger"* (37,s.110). Årsak til handling trenger ikke å være god, enten i etisk eller annen mening. Handlingen uttrykker den som handler sin egen forståelse av handling. Handlinger vi gjør, har sider som vi ikke alltid er klar over eller vet noe om. En del av våre handlinger kan gi uforutsette og ukjente konsekvenser. Å påvise sammenheng mellom infeksjoner som oppstår hos pasienter og helsepersonells ring - og eller klokkebruk er vanskelig. Det vil jeg si noe om i kapittelet 5.1.4 kan alt bevises? I begge eksemplene over er det tatt et bevisst valg, men har de reflektert over egen handling?

Ut fra egne erfaringer og det informantene beskriver, er arbeidshverdagen i sykehus kompleks, krevende og hektisk. Det være seg alt fra planlegging av dagen på en sengepost, til hvordan kirurgen tenker å utføre en operasjon på en pasient, og til å ta livsviktige beslutninger til tider under press. Det er forbundet planlegging og mye tankearbeid før selve handlingene settes i verk. Slik inngår refleksjon i en veksling mellom del og helhet (37). Hva er det som vekker tanken vår så den blir refleksiv og opptatt av begrunnelse? Nortvedt og Grimen siterer Skjervheim som sier at idet tanken når bevisstheten, begynner refleksjonen. Refleksjonen skaper ikke seg selv, men blir utløst av noe utenfor seg selv, men det er ikke noe den selv har skapt. Refleksjon og fortolkning krever bevissthet (39). Refleksjon kan vekkes av et spørsmål, som krever et svar som ved hvorfor man gjør en handling (37). Refleksjon kan også utløses. Hvis for eksempel noe brytes i en rutine, vil refleksjon kunne fremtre, eller etter at handlingen er utført, ved at man spør seg selv hvorfor gjorde jeg sånn eller slik? Hvis en pasient kommer til akuttmottaket med store skader, da vil det være tydelig for oss at vi reflekterer. Vi vurderer

skadene ut fra hva vi skal gjøre videre og iverksetter tiltak gjennom kunnskap i handling. Om lege 1 og sykepleier 2 har reflektert over eget valg og handling er vanskelig å svare på, for man kan reflektere i handling uten å reflektere over sin egen refleksjon i handling (37).

Kunnskap i handling og refleksjon i handling henger sammen som ”å tenke på hva man gjør,” i betydningen å handle intelligent (37,s.140). Det betyr ikke at man gjør dette i to operasjoner, tenker først og så handler. Dette kommer til uttrykk i det Molander fremhever som den levende kunnskapens oppmerksomhet, at man alltid er i beredskap for å kunne gjøre endringer i handlingen (37). Etter akuttsituasjoner som krever helsepersonell både faglig og personlig, er det alltid en debriefing i etterkant. Debriefing skal gi helsepersonell mulighet til å gå gjennom forløpet, både følelsesmessig og faglig. Det gir rom for refleksjon for hva som ble gjort bra og hva som ikke ble gjort. Det kan hjelpe neste gang noen står i akuttsituasjoner, selv om det vil være ulike situasjoner som oppstår. En ikke engasjert refleksjon hos en person kan være kilde til at ny kunnskap forblir ubrukt (37). En forutsetning for læring er at en person går inn i en situasjon uten mistillit (37). Det kan tenkes at det har oppstått mistillit hos ansatte som ikke følger retningslinjen. Hva som er årsak til mistilliten er vanskelig å vite noe om hvis man ikke stiller personen et spørsmål. Ansatte som mener bevisførselen er for dårlig i smittevernfanget kan nok inneha en form for mistillit til kunnskapen som foreligger. Siden funn i denne studien viser at ansatte gjennom ulike former for læring kjenner til innholdet i arbeidstøysretningslinjen, kan informanter som sitter med ring på under intervjuet ha andre grunner til handling?

### **5.1.3 Ulike grunner til handling for at retningslinjen ikke følges**

Slik jeg forstår Molander er grunner for handling et svar på et spørsmål. Personen gir da sin begrunnelse for handling. Molander trekker frem tre mulige grunner til menneskers handling. Den første er at den som gjør en handling handler ut fra en intensjon om å oppnå noe, en endring. Det andre er at den som handler må like det han gjør. En tredje grunn til handling er at den handlende sier hun/han har rett til å gjøre det slik (37). Lege 1 hevdet at hun hadde lest forskning som ikke kunne bevise at ring utgjorde en risiko, men også at ringen var personlig viktig for henne og kunne ses på som en del av hennes identitet. For lege 1 var det både en faglig og en personlig begrunnelse for handling. Grunn til handlingen hos lege 1 kan ses på som andre og tredje grunn til handling. Ringen var viktig å ha på, og hun hadde lest forskning

som ikke kunne bevise sammenheng mellom ringbruk og infeksjoner som oppstod hos pasienter. Sykepleier 2 sin ring satt fast, og hun var ikke villig til å klippe den løs. Grunn til handling kan ses som tredje grunn for handling. Jeg tolker utsagnet at hun ikke er villig til å klippe ringen av, som at hun derfor har rett til å gjøre som hun vil. Hun gir god begrunnelse for hvorfor ansatte ikke skal bære ring og klokke, og på spørsmål fra meg om hva hun tenkte om ansatte som fortsatt gikk med ring på seg i pasientnært arbeid, sa hun: *"stakkers dem, vet dem ikke bedre?"* Jeg tolker utsagnet hennes som at hun har reflektert over andres handlinger, men at hun ikke har reflektert over egen refleksjon i handling (37). Svarene begge ga, sier meg at handlingene er bevisste handlinger, men spørsmålet er om begrunnelsen for handling er god nok.

Sykepleier 1 mente at grunnen til at noen ikke fulgte retningslinjen, var et ønske om å skille seg ut og kan ses som andre grunn til handling (37). Ved å kle seg slik man selv ønsker og liker, fremhever det kanskje personligheten til den enkelte? Westbye Pedersen og Brænd diskuterer begge i sin hoved- og mellomfagsoppgave at samfunnet vi lever i, er preget av individualister og at vi i større grad i dag har behov for å vise andre hvem vi er gjennom hvordan vi kler oss (27, 28). Dette gjelder også for helsepersonell. Enkelte mener at arbeidstøyet som sykehuset har er lite flatterende, og at de ikke føler seg vel i det. Det å gå med klokke og ring, ev. annen pynt gjør at man føler seg finere og bedre. Sykepleiere Brænd intervjuet hevdet at de pyntet seg på jobb for å glede seg selv og pasientene (56). Bruk av store klokker har jeg også inntrykk av er viktig for enkelte profesjoner, som et tegn på status. Er det viktig at ansatte skal få lov å være individualister når det kommer til å la sin personlighet få frie tøyler ved å la dem kle og pynte seg som de selv vil? Jeg mener at personlighet ikke bare vises i hvordan du kler deg, men også i væremåte og hvordan du kommuniserer med andre kolleger, pasienter og pårørende, også på måten man handler. Det kan beskrives som helsepersonells dydsetikk. Jeg vil komme tilbake til det i kapittel 5.3 etikk. Hva mente informantene skulle til for at ansatte skal etterleve retningslinjen? Jeg vil se på noen momenter informantene selv trakk frem under intervjuene.



## 5.1.4 Øke etterlevelse av arbeidstøysretningslinjen

### Rollemodeller

Informantene var opptatt av at gode rollemodeller var viktig med tanke på etterlevelse. Molander sier at konkrete rollemodeller er viktig innen alle former for kunnskap. Han sier at gode læringsarenaer bygger på gode rollemodeller, men at det også her finnes konkrete dårlige rollemodeller som kan virke som avskrekkende eksempel (37). Det ble kommentert av flere av informantene at nærmeste leder var sentral for at ansatte skulle følge retningslinjer. Sykepleier 4 hadde observert ledere som ikke fulgte retningslinjen. Begrunnelsen hun hadde fått var at de satt på kontor og ikke hadde pasientkontakt. Retningslinjen for bruk av arbeidstøy er klar på at benytter man sykehusets arbeidstøy så skal retningslinjen følges (3). Hvis man ikke har pasientkontakt kan man bære privattøy. Min erfaring er at rollemodeller er viktig for etterlevelsen. Det samme sier Sandvik, Stokke og Nortvedt i sin oversiktsartikkel om hvilke strategier som kan være effektiv for implementering av kunnskapsbasert kunnskap. Her fant de at rollemodeller kunne være effektivt for å fremme ønskelig atferd hos ansatte (57). På avdelinger hvor ledere kler seg etter retningslinjen, har jeg inntrykk av at ansatte gjør det samme.

### Undervisning

Undervisning som tiltak mente informantene ville øke kunnskapsnivået og at det kunne ha effekt på etterlevelsen. Sykepleierne hadde fått undervisning med smittevern som tema. Det ble nevnt ulike avdelingsundervisninger, men også hvor smittevernpersonell stod for undervisning. Det ble også referert til fagdager hvor smittevern ofte var tema. Legene derimot opplevde ikke å bli inkludert i avdelingsundervisninger. Hvorfor de ikke ble invitert med hadde de ikke svar på. Undervisning legene hadde deltatt på hvor smittevern var på dagsorden, var stort sett den introduksjonsuken som turnusleger skal gjennom ved oppstart i turnustjeneste. Det opplevdes fra sykepleiersiden som at undervisning om blant annet arbeidstøy, håndhygiene og isolering var viktig for at ansatte skulle bli minnet om hva de skulle forholde seg til. I undervisning som ansatte får tilbud om å delta på, er det alltid lagt vekt på å informere ansatte om smittevernrutinene og hvor de finner det. Det skal sikre at ansatte får påminnelse om hvor de kan få hjelp, men også å gjøre nyansatte oppmerksom på at det finnes.

Smittevernpersonellets mål med undervisning kan ses som Molanders første grunn til handling, man ønsker å oppnå en endring, blant annet ved å øke ansattes kunnskapsnivå, men også bidra til en form for atferds- og holdningsendring blant helsepersonell (37). Ved undervisning av for eksempel håndhygiene presenteres en generell del som tar for seg forskning som foreligger om effekten av håndhygiene, om prosedyren og hvordan det skal utføres riktig for at det skal gi effekt. Etterpå får ansatte øve på trinnene for utførelse av håndhygiene. Deretter får de rengjøre hendene sine med en væske tilsatt et fluoriserende middel, slik at de får sett hvordan de har fordelt spriten på hendene ved hjelp av en håndsjeckmaskin<sup>15</sup>. Smittevernepersonell instruerer ansatte før og underveis i utførelsen. Slik får de øvd ferdighet og fortrolighet med å utføre prosedyre for riktig håndhygiene. Ansatte må forstå delene i utførelsen av håndhygiene, for å se helheten. Molander kaller det for det gestaltende intellekt (37). Det som gestaltet i dette eksemplet er å se at håndhygiene krever nok tid og mengde desinfeksjonssprit, at hendene må være fri for klokke, ring og annen pynt som forhindrer utførelse av håndhygiene og at alle områder på hendene rengjøres (17, 20, 21).

## **Kampanjer**

Funn i min studie viser at informantene mente kampanjer var viktig for etterlevelse av arbeidstøysretningslinjen. De mente det var en fin måte å minne ansatte på hvordan de skulle gå kledd og hvordan utføre riktig håndhygiene. Kampanjer er også et middel som smittevernpersonell iverksetter for å oppnå Molanders første grunn til handling, en endring (37). Som nevnt innledningsvis ble det gjennomført en intervensjonsstudie med observasjoner i tilknytning til kampanjen om bruk av arbeidstøy i Helse Nord i 2011. Observasjoner ble utført på ulike avdelinger i sykehusene i regionen over tre perioder: før, under og fire uker etter kampanjen. Bakgrunn for studien var at smittevernpersonell daglig opplevde at ansatte ikke benyttet arbeidstøyet etter retningslinjen. Målet med intervensjonsstudien i Helse Nord var å se om undervisning og økt fokus kunne bidra til å øke etterlevelsen av arbeidstøysretningslinjen (2). I tilknytning til observasjonene ble det gjort en intervensjon med undervisning og opplæring i riktig bruk av arbeidstøy og basale smittevernrutiner til avdelinger der observasjoner ble gjennomført. Det ble til sammen gjort 1716 observasjoner fordelt slik: før: n= 578, under: n=593 og etter: n=545. Det ga en jevn fordeling slik at antall

---

<sup>15</sup> Håndsjeckmaskin blir brukt i undervisning for å demonstrere fordeling av hånddesinfeksjonssprit. Spriten som brukes er tilsatt et fluoriserende middel og ved å putte hendene under et ultrafiolettlys viser hvilke områder på hendene som spriten har dekket og hvilke områder som ofte glemmes.

observerte i hver runde var sammenlignbare. Konklusjon etter endte observasjoner var et signifikant antall ansatte med korrekt bruk av arbeidstøy i løpet av kampanjen og fire uker etter kampanjen ( $p < 0,001$ ). Andre signifikante funn var reduksjon i antall ansatte med armbåndsur ( $p < 0,005$ ), ørepynt/piercing ( $p < 0,001$ ) og langt hår som ikke var samlet ( $p < 0,001$ ). Konklusjonen ble at man i Helse Nord skulle fortsette med kampanjer og undervisning (2), men man skal være klar over at kampanjer har varierende grad av effekt på atferdsendringer, noe Snyder et. al. viser i sin oversiktsartikkel (58). I gjennomgang av studiene viste det seg at de fleste helsekampanjer hadde som baseline å oppnå endring i atferd hos målgruppen for kampanjen, noe de mente kunne være vanskelig å måle. De mente det var bedre å ha som mål og øke bevissthet og kunnskapsnivå om tema, samt finne ut hvilken motivasjon som var viktig for endring (58).

Jeg mener likevel at å opprettholde et ”trykk” hvor tema stadig blir aktualisert gjennom kampanjer og undervisning, vil kunne bidra til at flere ansatte kjenner til arbeidstøysretningslinjen og det igjen vil kunne bidra til økt kunnskap og mulighet for nye handlingsvalg hos de som fortsatt ikke følger retningslinjen. Det vil stadig være utskiftning av ansatte og ledere, som ikke kjenner til arbeidstøysretningslinjen, derfor er det nødvendig og hele tiden ha fokus på dette. Ledere deltar ikke i like stor grad på undervisning som øvrige ansatte, så det er et poeng å invitere med ledere slik at de får kjennskap til prosedyrer og retningslinjer som foreligger og hva de har ansvar for. Materiell som ble utarbeidet og delt ut, ble også referert til som svært positivt og som noe informantene husket. De kommenterte og at det var positivt at smittevernpersonell var synlig under kampanjer, og at det også kunne ha effekt på etterlevelse. Mye tyder på at ansatte har kunnskap om arbeidstøy og at klokke og ring ikke er tillatt. Finnes det andre grunner til at arbeidstøysretningslinjen ikke følges?

### **Kan alt bevises?**

Lege 1 mente at mer bevis på feltet ville gjøre at legestanden ville ”bukke under”. Kravet til mer forskning på feltet var også noe smittevernpersonell ble møtt med under arbeidstøyskampanjen. Under kampanjen var smittevernpersonell innom mange avdelinger og snakket med alle yrkesgrupper. Leger som ikke var kledd etter retningslinjen forsvarte seg ofte med at det ikke var god nok forskning på området og at man derfor ikke kunne si om det utgjorde en direkte risiko at de ikke gikk korrekt kledd. De mente derfor at det var greit at de selv kunne velge hvordan de gikk kledd. Her ses Molanders tredje grunn for handling, den

ansatte mener han/hun har rett til å gjøre det de gjør (37). Det kom også utsagn fra ansatte at slik hadde de alltid gått, en andre grunn til handling, ansatte liker å bestemme selv hvordan de skal gå kledd (37). Utsagnene kom fra både leger og sykepleiere.

Tilbakemelding fra enkelte ansatte var også at fagligheten knyttet til arbeidstøysretningslinjen var preget av synsing. Ansatte krevde dokumentasjon på at ring eller klokke var direkte årsak til infeksjoner hos pasienter. Dette lar seg vanskelig bevise gjennom forskning. De ansatte etterspør randomiserte kontrollerte studier (RCT). RCT regnes for å være gullstandarden innen forskning for å finne ut hva som vil være den beste behandlingen eller tiltaket. En slik undersøkelse vil aldri kunne forsvares etisk når det kommer til å utsette pasienter for en bevisst risiko for alvorlige infeksjoner, for å bevise at ring eller klokke gir pasienter infeksjon. Det positivistiske syn er fremtredende her. Helsepersonell er som nevnt influert av både det positivistiske og sosialkonstruktivistiske tenkingen, men det positivistiske kunnskapssyn får ofte forrang når det kommer til behovet for bevis. Ansatte vil ha bevis i form av at man kan relatere arbeidstøy, ring - eller klokkebruk som direkte årsak til at infeksjon oppstår hos pasienter. Den forskningen som allerede foreligger, at man finner sykdomsfremkallende bakterier på disse gjenstandene (5, 6, 8, 9, 11, 20, 21) blir ikke regnet som godt nok bevis. At man fortsatt i dag møter den samme motstanden som Semmelweis opplevde rundt 1840, viser at den positivistiske tenkningen fortsatt har en solid forankring i sykehusmiljø. Ansatte har altså et strengere krav til bevis, som begrunnelse for å følge arbeidstøysretningslinjen. Jeg har nettopp beskrevet hvorfor det ikke lar seg bevise, derfor må faglige skjønn inntre. Det betyr ikke at retningslinjen er tuftet på synsing, men fagligheten i retningslinjen er basert på forskningen som foreligger på området, og så tas det høyde for at risiko for overføring av bakterier er til stede. Risiko for overføring er noe også lov og forskrifter som regulerer smittevernarbeidet har tatt høyde for, det er derfor sykehus er pålagt å ha et infeksjonskontrollprogram som skal forebygge at infeksjoner oppstår og hindre at smitte overføres, og at sykehus skal overvåke helsetjenesteassosierte infeksjoner (15, 29, 31).

På bakgrunn av forskning som ”mangler” i smittevernfanget, må smittevernpersonell til tider gjøre faglige skjønnsmessige vurderinger i ulike situasjoner som oppstår. Å utøve skjønn er ikke å følge normer og regler i detalj, men at man i situasjoner som oppstår er nødt til å bruke den kunnskapen man har om f. eks enkelte bakteriers egenskaper og smitemåter og tilpasser det til de situasjoner som oppstår, som for eksempel mangel på isolat. For å utøve et faglig skjønn fordrer det at man har erfaring, kunnskap og faglig innsikt slik at man i en kompleks

situasjon kan vurdere hva som vil være riktig å gjøre (53). Man kan tenke seg at faglig skjønn viser seg i handlinger som har flere alternativer, eller trer inn i situasjoner hvor kunnskap ikke foreligger, og skaper en sammenheng (53). Faglig skjønn krever også faglig begrunnelse, men begrunnelsen som ansatte får oppfattes ikke som faglig slik jeg ser det. At det tas høyde for at risiko for overføring kan skje når klokke og ring benyttes, er basert på faglig skjønn. Vil innføring av straff og belønning bidra til at ansatte som ikke følger arbeidstøysretningslinjen begynner å følge den?

## **Straff og belønning**

Straff og belønning var ikke en del av intervjuguiden, men det kom som svar på spørsmålet om hva informantene mente skulle til for å øke etterlevelsen. Ingen av informantene mente at dette var veien å gå for å øke etterlevelsen. Straff og belønning ble i eldre rettsteorier benyttet som rettslige virkemidler (59). I dagens samfunn får man straff om man begår lovbrudd hvis man blir oppdaget og dømt. Hvis pasienter påføres infeksjon når de er innlagt i sykehus, er det sjeldent man kan peke på den direkte årsaken til at infeksjon oppstår. Det vil dermed være vanskelig og ”straffe” noen for det. Saker som blir klaget inn for norsk pasientskadeerstatning vil kunne medføre at sykehuset får straff ved å utbetale erstatning til pasient. Hvis helsepersonell blir funnet ansvarlig for ikke å ha utført sitt yrke faglig forsvarlig og uetisk, kan helsetilsynet gi advarsel eller tilbakekalle autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning (60).

Hva som skulle være straff for ansatte som ikke etterlevde arbeidstøysretningslinjen hadde informantene problemer med å svare på. Det ble nevnt trekk i lønn av sykepleier 1, men hvordan det skulle håndheves så hun ikke helt for seg hvordan man skulle få til. Det ble også sagt at straff kunne virke mot sin hensikt. Belønning derimot ble bedre mottatt og her var forslagene alt fra premiering av beste ansatte, beste avdeling og så videre, men konklusjonen var at det burde være en selvfølge at ansatte fulgte retningslinjen og at man ikke skulle behøve å bruke belønning for å få ansatte til å gjøre jobben sin. Det var en viss form for belønning under kampanjer. Det kan ses som første grunn til handling, en endring i etterlevelse hos ansatte som ikke var korrekt antrukket (37). Ansatte hevdet at grunnen til at de gikk med klokke var at de skulle kunne telle puls, som er et viktig redskap i klinikken. At de gikk med ring, smykke og lignende var fordi de var redde for at hvis det ble lagt i lommen

på arbeidstøyet, ville det bli borte på tur til vaskeriet. Det behovet ble imøtekommet med at smittevernpersonell delte ut uniformsklokker og smykkeposer til ansatte under kampanjer og undervisning. I dag forligger det ingen formelle eller uformelle sanksjonsmuligheter hvis ansatte ikke følger retningslinjen for bruk av arbeidstøy. Det kan gis avvik på at ansatte ikke følger retningslinjer under revisjon, men det er sjelden det utøves direkte sanksjoner. I stor grad lener man seg på helsepersonells lojalitet og samvittighet, og gode og tydelige ledere. Jeg vil komme tilbake til revisjon i kapittel 6.

## **5.2 Ansvar og ledelse**

Dette kapittelet tar for seg ansvar for etterlevelse av retningslinjer på ulike nivå. Jeg vil først kort nevne hvordan sykehus styres i dag, da jeg mener styring kan ha betydning for lederes oppfølging på ansattes etterlevelse av retningslinjer. Til sist vil jeg trekke frem de ulike nivåers ansvar for etterlevelse av arbeidstøysretningslinjen og arbeid for godt smittevern i sykehusene.

### **5.2.1 Styring og ledelse i sykehus**

Sykehus er pålagt gjennom *Spesialisthelsetjenesteloven* å ha en ansvarlig leder på alle nivåer (61). Leder i dette tilfellet er enten seksjonssykepleier eller legeleder. Å jobbe som leder i sykehus i dag er krevende. Stadige omorganiseringer, nye ledelses- og finansieringsformer, forventning om kvalitet på tjenester, faglig forsvarlighet og kostnadseffektiv drift gir mange utfordringer (62). Sykehusene driftes i dag ofte etter modeller fra det private næringsliv. En modell som står sentralt er New Public Management. Dette er en form for markedstenkning som blant annet har tydelige krav til resultat og effektmål av tjenester som ytes, større grad av konkurranseutsetting på enkelte områder innen sykehuset, som for eksempel renholdsanbud. Tidligere hadde sykehusene egne ansatte som hadde ansvar for dette, mens det nå er eksterne firma som gjør det i enkelte sykehus. Her gjøres jobben kun etter avtale og ikke etter behov. Andre kjennetegn ved New Public Management er bruk av ledelsesprinsipper fra privat sektor, resultatbasert avlønning av ledere, økt disiplin i ressursbruk og kostnadskutt for å holde seg innenfor økonomiske rammer. Sist men ikke minst, vektlegger man pasienten som kunde. Der man tidligere, i følge Roar Eilertsen ville, ”*tjene pasienten*”, er kravet nå å ”*tjene*

*penges på pasienten*” (63). Denne formen for styring tror jeg kan si noe om hvor mye som kreves av ledere i dag og som kan være en grunn for at det kan være vanskelig å følge opp ansattes etterlevelse av retningslinjer. Jeg tror kravet til å holde seg innenfor økonomiske rammer i enkelte tilfeller kan overskygge andre fokusområder. Røde tall vises på papiret, men ikke infeksjoner som oppstår som følge av brudd på arbeidstøysretningslinjen.

## 5.2.2 Lederansvar

I arbeidstøysretningslinjen står det at leder har ansvar for å gjøre den kjent og etterlevd. Funn i min studie viser at informantene mener det er nærmeste leder som har ansvar for at overordnede prosedyrer og retningslinjer overholdes og etterleves av ansatte. Det ble nevnt av flere av informantene at de ofte så ansatte som valgte egne løsninger for hvordan de brukte arbeidstøyet og at ansatte bar klokke og ring i pasientrettet arbeid. Sykepleier 3 sa at hun aldri hadde opplevd at leder hadde gitt tilbakemelding til ansatte som gikk ukorrekt antrukket. De samme tilbakemeldinger fra ansatte har jeg fått. Hvis ingen stiller spørsmål til helsepersonell for hvorfor de ikke går riktig kledd, kan gjøre at refleksjon er fraværende. Med en gang spørsmålet stilles, vil refleksjonen starte og ofte gi et svar på handling (37, 39). Enkelte ansatte hevdet at de ikke hadde tenkt over hvordan de gikk kledd, siden ingen hadde sagt noe til dem. Det gjør at personen vil fortsette å gå kledd som vedkommende alltid har gjort. Hadde noen stilt spørsmål om hvorfor vedkommende gikk kledd slik, ville det kunne sette i gang en refleksjon over egen handling, noe som ville kunne gi svar på hvorfor. Det kunne gitt personen mulighet til nye handlingsvalg, å kle seg riktig. Det ble også sagt av noen ansatte under kampanjer at de ikke kjente til at sykehuset hadde retningslinje for bruk av arbeidstøy. Det kan være at noen hevdet at de ikke visste om arbeidstøysretningslinjen for å legitimere at de ikke var korrekt antrukket. Brænd beskriver i innledningen i mellomfagsoppgaven sin at hun i forkant av datainnsamlingen var i kontakt med ledere på sengeposter ved sykehuset hun utførte undersøkelsen på for å høre om gjeldende uniformsreglement. Det viste seg at det ikke var kjent for ledere at et slikt reglement forelå (28). I min studie kjenner informantene godt til arbeidstøysretningslinjen og innholdet i den.

Ledere har mange oppgaver de skal følge opp og ha ansvar for, slik at fokus på arbeidstøy og håndhygiene kan ses som mindre viktig i den store sammenhengen. I hvert fall når man sjelden kan bevise sammenheng mellom ansattes atferd og infeksjoner som oppstår hos

pasienter. Hvis avdelinger ikke er nøye på etterlevelse av arbeidstøysretningslinjen, vil det kunne være reelt å stille spørsmål ved hvordan det står til på andre områder innen smittevern. Min erfaring etter å ha besøkt ulike sykehusavdelinger er at enkelte avdelinger har nulltoleranse for bruk av håndsmykker og at arbeidstøy skal benyttes korrekt, mens det på andre avdelinger virker å være fri flyt. På de avdelinger hvor ansatte følger retningslinjene kan en spørre seg om det er leders fortjeneste eller om avdelingskulturen er slik? På de avdelinger der man ser at ansatte går korrekt antrukket, ses tydelige ledere. Tydelig og klare ledere gir ansatte tilbakemelding. Det blir da en felles forståelse for at man skal følge faglige retningslinjer, og man får en kultur på at man skal følge retningslinjen. Felles forståelse kan bidra til å se helhet i handling (37).

Enkelte ledere jeg har snakket med som har stort fokus på smittevern, sier at deres ansatte skal fremstå profesjonell og vise overfor pasienter og pårørende at man tar smittevern og pasientsikkerhet på alvor. Andre igjen synes at det er vanskelig å ta det opp med de som ikke følger retningslinjen. Min erfaring er at ansatte sjelden får direkte tilbakemelding av leder, men at man venter til alle er samlet for eksempel på et personalmøte, hvor det ble gitt generell informasjon til alle. Den enkelte ansatte får dermed ikke direkte tilbakemelding på hvordan de går kledd. Personen får dermed ikke muligheten til å reflektere over egen handling og gi et svar på for hvorfor han/hun ikke er kledd korrekt. Det samme fant Brænd i sin studie, men hun fant at kabinansatte som ikke gikk riktig antrukket fikk tilsnakk direkte, og hvis advarsel ikke ble tatt til følge, kunne den ansatte nektes å jobbe på stedet (56). Tilsnakk direkte skjer nok ikke i like stor grad i sykehus. At kabinansatte kan nektes på stedet å jobbe, er et middel som jeg ikke ser som like anvendelig i sykehus.

I artikkelen hvor Brænd sammenlignet uniformsreglementet til sykepleiere og kabinansatte, fant hun at sykepleiere ikke ville la seg regulere av autoriteter, og at ledere ønsket å utøve lederskap gjennom en ikke-autoritær lederstil (56). Jeg har inntrykk av at enkelte ledere ikke har den respekt fra sine ansatte som kreves, det vanskeliggjør å få ansatte til å følge retningslinjen. Det kan oppleves for enkelte ledere som vanskelig å sette en annen standard hvis det fra tidligere har vært akseptert at ansatte har gått ureglementert. Jeg finner Brænd sine sammenligninger mellom sykepleiere og kabinansatte interessant, men ikke fullstendig sammenlignbare. Kabinansatte kler seg ikke for å forebygge at infeksjoner oppstår, som ansatte i sykehus og de har muligheten til å kunne bruke håndsmykker når de bærer uniformen. Uniformen er i større grad tilpasset kroppen til den som bærer den, dermed tror



jeg det er enklere for kabinansatte å akseptere uniformsreglementet. Kabinansatte er i tillegg profittstyrt som gjør at betydningen av at de følger bedriftens uniformsreglement kan bety bedre driftsinntekt og som kan være avgjørende for fortsatt drift, og at ansatte har jobb. Likheten slik jeg ser det, er at både sykepleiere og kabinansatte skal fremstå profesjonelt og tillitskapende overfor pasienter/kunder.

Det fremkommer i min studie at informantene hadde forventinger til at ledere etterlevde retningslinjer på lik linje med øvrige ansatte. Sykeleier 4 hadde forventning om at lederne forholdt seg til retningslinjer på lik linje som andre ansatte og hun mente at hvis ledere ikke fulgte retningslinjer, vil det bli vanskelig å få ansatte til å følge dem. Det ble og nevnt at gode ledere ofte var gode forbilder, og at det var viktig for etterlevelse av retningslinjer. Informantene ga uttrykk for at ledere burde være mer tydelig og gi direkte tilbakemelding hvis retningslinjer ikke ble fulgt.

### **5.2.3 Den enkelte ansattes ansvar**

Det kommer frem i studien at informantene mener at ansatte også har et ansvar for etterlevelse av retningslinjen, ikke bare ledere. Den enkelte ansatte har gjennom *Helsepersonelloven* et ansvar for å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig og i henhold til virksomhetens krav (60). Jeg vil komme nærmere inn på dette i delen som omhandler etikk i kapittel 5.3.2. Det ble også sagt av informantene at man som ansatt burde være med å bidra til en kultur som tillot å gi hverandre tilbakemelding, uten at det skulle oppfattes som kritikk eller irettesetting. Lege 2 ville ikke gi eldre leger tilbakemelding på at de ikke gikk korrekt kledd med begrunnelse om at han ikke trodde at eldre ansattes individuelle atferd hadde stor betydning for pasientsikkerheten, og det ville sette han i en ubehagelig situasjon, som han omtalte å oppdra voksne folk. Han var villig til å påvirke de nye og unge, da de ikke hadde tillagt seg uvaner. Jeg kan forstå utsagnet hans. Den enkelte ansatte skal ta ansvar for egne handlinger. Ansatte som velger ikke å kle seg etter retningslinjen, handler ut fra egen forståelse av hva som er riktig måte å handle på, eller kan være påvirket over hvordan andre kler seg, som for eksempel det som Molander kalte en avskrekkende rollemodell. Avskrekkende rollemodeller kan være gode rollemodeller innen fag, men ikke nødvendigvis for hvordan man framstår. Molander henviser til Schön i det han beskriver at en persons egen forståelse av handling kan utgå fra det han kaller en teori i anvendelse. Teori i anvendelse er noe som former en persons

egen handling og oppførsel (37). Molander beskriver videre at den teori personen sier å ha eller forsvarer seg med, kan i blant være i konflikt med den teori som personen faktisk anvender eller styres av, og at den teorien personen benytter, kan hindre personen i å se denne diskrepansen. Sykepleier 2 sin begrunnelse for å beholde egen ring på og det hun ga som svar på hva hun tenkte om andre som fortsatt valgte å ha klokke og ring på i pasientnært arbeid, kan ses som en teori i anvendelse. Molander poengterer at teori i anvendelse ikke trenger å være forelagt en persons bevissthet, eller at personen ikke har valgt det selv, men har kommet til personen via tradisjoner, institusjoner og organisasjoner som har ført slike handlingsvalg videre (37).

I følge informantene var det nærmeste ledelse og de selv som best kunne bidra for etterlevelse av arbeidstøysretningslinjen, men at det til sist var leders ansvar å følge opp og gi tilbakemelding. I tillegg til leder og den enkelte ansatte, har foretaks- og ledelsen i Helse Nord et ansvar. Hva kan de bidra med?

#### **5.2.4 Foretaks - og ledelsen i Helse Nord**

De regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for at befolkningen blir tilbudt spesialiserte helsetjenester. Det enkelte foretak som regionale helseforetak eier, skal tilby befolkningen tjenester. Det enkelte foretak har blant annet ansvar for at det foreligger tilgjengelige prosedyrer og retningslinjer, og for å forebygge og overvåke infeksjoner jf. *Smittevernforskriften*, nevnt innledningsvis (61). Informantene hadde ikke noen sterk formening om foretaks- eller ledelsen i Helse Nord var synlig når det gjaldt smittevern. Mye av informasjonen som foretaket melder ut gjøres via sykehusets intranettsider. Sykepleier 1 og lege 2 hadde sett nyhetssaker på intranett om smittevern, og sykepleier 3 og lege 2 hadde lest adm. direktørs fredagsbrev. De som jobber klinisk hevder de sjelden eller aldri har tid i løpet av arbeidsdagen til å lese det som blir lagt ut på intranettsidene. Det gjør at det kan være vanskelig for ansatte å få inntrykk av hva foretaks- og ledelsen i Helse Nord er opptatt av, men alle informantene gikk ut i fra at de var opptatt av godt smittevern i sykehusene.

I UNN HF har foretaksledelsen ytterligere satt smittevern på dagsorden det siste halvåret. Det var dessverre ikke i gang da jeg gjennomførte intervjuene, slik at jeg fikk spurt informantene om sine opplevelser rundt det. På bakgrunn av sykehusets insidensresultater, så man at flere av de kirurgiske inngrepene som sykehuset overvåker, hadde høye infeksjonstall.

Foretaksledelsen besluttet derfor å iverksette tiltak for å få ned infeksjonstallene. Det skulle ikke bare gjelde kirurgiske avdelinger, men alle somatiske avdelinger. Det ble innført en smittevernvisitt på alle avdelinger, der lege- og sykepleieleder har ansvar for å ha fokus på smittevern fast en gang i måneden. Det skal blant annet registreres ansattes bruk av arbeidstøy, bruk av antibiotika etter nasjonale retningslinjer, indikasjon for urinveis- og sentralvenøse kateter. Smittevernpersonell er stort sett alltid med på de ulike avdelingers smittevernvisitter, for å bistå ledere i faglige spørsmål. Smittevernvisittene skal bidra til å opprettholde fokus, og for å gjøre det enklere for ledere å følge opp det de har ansvar for. Rapportene som fylles ut, sendes til Smittevernsenteret, som igjen presenterer resultater til foretaksledelsen. Slik involveres foretaksledelsen i avdelingers smittevernarbeid og vil på bakgrunn av rapportene kunne gi tilbakemelding til avdelinger hvis noe ikke er tilfredsstillende.

Sykepleier 4 kommenterte at ved å bruke arbeidstøyet korrekt, så man ordentlig ut, til tross for at hun også påpekte at arbeidstøyet ikke var av det fineste og at man ikke alltid følte seg like vel i det. Arbeidstøysretningslinjen i Helse Nord ble revidert og på nytt godkjent av fagsjefer i mars 2014. Endringene som hovedsakelig ble gjort var at det estetiske aspektet ved bruk av arbeidstøy ble viet plass. I denne sammenhengen betyr det at ansatte ved å benytte arbeidstøyet etter retningslinjen, framstår ordentlig, og gir et estetisk godt inntrykk. Begrunnelse for at det ble tatt inn var at man tenkte at det kunne styrke ytterligere det at retningslinjen skulle følges, det vil si ut fra et ønske om å oppnå endring, en første grunn til handling (37). Forskning viser at inntrykket av profesjonalitet svekkes som følge av at helsepersonell ikke kler seg korrekt (10, 27, 28). Det at ansatte kler seg korrekt og at de ser ordentlig ut har et tillitskapende aspekt. Helsepersonells arbeidstøy er en form for non- verbal kommunikasjon i følge Thornquist (55). Med det forstår jeg at arbeidstøyet kommuniserer og pasienter *ser* helsepersonell når de er innlagt eller til poliklinisk behandling. Arbeidstøyet representerer, slik jeg ser det, en profesjonell yrkesutøver. Helse Nord ledelsen har vært svært delaktig når det gjelder fokus og engasjement for å få satt smittevern på dagsorden i regionen de siste årene. Adm. direktør i Helse Nord skrev i sitt fredagsbrev i oktober 2012 følgende:

Ville du følt deg trygg om bord i et fly når du så at piloten bak spakene var ikledd treningsbukse og t-skjorte? (64).

Fredagsbrevet ble skrevet i forbindelse med den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen og for å påminne ansatte i Helse Nord at vi skal fremstå profesjonelt og ha fokus på godt smittevern. Adm. direktør sier videre: *”når vi forventer å se en uniform, men blir møtt med noe annet, kan vi bli utrygge”* (64). Pasienter er ofte opplyst og kunnskapsrik hva angår sykdom, det gjelder også kunnskaper om smittevern. Arbeidstøyet assosieres ofte med faglighet og seriøsitet, en symboleffekt ved siden av det smittevernmessige aspektet. Funn i studien til Westbye Pedersen viste at pasienter syntes det var ubehagelig når sykepleiere brukte smykker og privatklær på jobb, men det var blant sykepleierne den største motstanden mot bruk av dette lå (27). Jeg har også erfart det samme. Under kampanjer har smittevernpersonell stått i foajeer med stand der ansatte, inklusive pasienter og pårørende kunne få informasjon om tema og prøve ut håndsjekkmaskin. Tilbakemelding fra mange pasienter og ikke minst pårørende var at de ikke syntes noe om at helsepersonell brukte klokke, ring og privatklær, det samme sa ansatte som smittevernpersonell snakket med under kampanjer. Pasienter og ansatte ga også uttrykk for at slike kampanjer egentlig burde vært unødvendig da de mente det var en selvfølge at helsepersonell skulle se ordentlig ut og heller ikke skulle benytte håndsmykker. Hvis motstanden slik Westbye Pedersen beskriver det var størst blant sykepleierne mot bruk av smykker og privatutrustning, hvorfor er det fortsatt utstrakt bruk av dette, har helsepersonell glemt sin profesjons yrkes- og dydsetikk?

### **5.3 Etikk**

I dette kapitlet vil jeg presentere hvilke etiske aspekter som ligger til grunn for profesjonsutøvelse. Etikk er et grunnleggende element i utførelsen av et yrke. Det henger også sammen med hvordan kunnskap og handling kommer til uttrykk.

#### **5.3.1 Yrkesetikk**

Ingen av informantene nevner yrkesetikken direkte, men det kommer tydelig frem etiske hensyn når de beskriver hvorfor det er viktig at helsepersonell skal følge retningslinjer. I tillegg nevnes det tiltak som blir iverksatt hvis det er mistanke om at en pasient kan ha en smittsom sykdom og hva helsepersonell skal gjøre hvis de selv blir syke. Yrkesetikken er orienterende og handlingsledende for yrkesutøveren.

Molander viser til kunstsnekkeren Thomas Tempte og hva han legger i yrkesetikk. Tempte sier yrkesetikken avgjør hva som kan ses som et bra resultat gjennom å avgjøre hva et bra arbeid er (37). Han sier videre at etikken ligger i selve handlingen, i oppmerksomheten og i hver beslutning. Det er det som styrer vår oppmerksomhet. Tempte forklarer at etikken i håndverksyrker ikke forandres gjennom jernets oppfinnelse, eller gjennom nye avanserte mekaniske verktøy, det gir bare en større valgfrihet for den som skal bruke verktøyet (37). En håndverkers etikk endres kun av ulike krav som kommer som følge av økt profitt, av politisk umodenhet og så videre. Dette kan dras over i helsevesenet også. Stadig nye teknologiske nyvinninger innen diagnostikk, og nye medisinske behandlinger gjør at man stadig kan bryte grenser, og med det følger også etiske overveielser. I helsepersonells arbeid ligger etikk i hver handling, men det ligger etikk også i håndtering av nytt utstyr, at den som benytter det kan håndtere det. Måten sykehus styres på som nevnt tidligere, mener jeg kan påvirke etiske sider i helsetjenesten. Det er en forventning og et krav om at man skal yte mer, med mindre, og at kvaliteten samtidig ikke forringes. Hvis kravet om effektivitet blir så stort og ikke håndterbart med de ressursene man har, kan det medføre at ansatte tar lettvinne løsninger, slik at målene nås, men at det da går på bekostning av faglig forvarlighet og etiske overveielser.

### **5.3.2 Profesjon og profesjonsutøvelse**

Informantene i denne studien er leger og sykepleiere. De er profesjonsutøvere. Det vil si at de etter å ha fullført utdanning får en offentlig autorisering. I en offentlig autorisasjon ligger det en bekreftelse fra offentlige myndigheter på at vedkommende fyller formelle og faglige krav som gjelder for sitt yrke. Det viser at samfunnet stiller bestemte krav til profesjonsutøvere. Profesjon kan oversettes med "*offentlig angivelse av erverv*" (65,s.24). Det gir helsepersonell en godkjenning på at de innehar en bestemt kompetanse. Schön siterer Everett Hughes om profesjoner slik: "*De professionelles gøren krav på en ganske særlig viden inden for områder af stor samfundsmæssig betydning*" (66,s.15). For at et yrke skal få status som profesjon forutsetter det at det gis en formell opplæring og at denne opplæringen er vitenskapsbasert, men det er ikke bare teoretisk kunnskap helsepersonellet må besitte (37). Det er mange ulike ferdigheter knyttet til profesjoner som er vesentlig for at de skal kunne utøve yrket sitt (65).

Pasienter som blir innlagt i sykehus ser på helsepersonell som profesjonelle yrkesutøvere. Pasienter forventer å bli ivaretatt, og har tillit til at helsepersonell handler til det beste for den

enkelte. Tilliten pasienten viser, innebærer at helsepersonell besitter en form for makt. Når helsepersonell ikke benytter arbeidstøyet slik det skal, kan det oppstå et tillitsbrudd, som kan påvirke behandlingen når pasienter er innlagt. Funnene til Jorunn Andrea Brænd viser at tillitsforholdet mellom pasient og sykepleier ble svekket som følge at kroppsutsmykning som piercing, farget hår og tatovering. Tillitten ble også noe redusert ved bruk av halssmykker og ringer (28). Profesjonalitet kan ses som holdninger og hvordan man har utført et arbeid. Når kirurgen har utført en vellykket operasjon, vil man si at det var et profesjonelt utført arbeid. Det forventes at helsepersonell forvalter sitt ansvar og maktposisjon på en god måte. Det betyr at egne interesser må vike for fellesskapet. Åge Wifstad sier at profesjonalitet ” *dreier seg om å overholde både faglige og etiske standarder*” (65,s.30). Det å etterleve retningslinjer handler om profesjonalitet. Man kan snakke om profesjonalitet som dyder. Dyd kan oversettes til: ”*å fungere slik man forventer av en som gjør jobben på en profesjonell måte*” (65,s.32). Dyden kommer ikke som noe utenom eller i tillegg til profesjonalitet, de henger sammen (65). Wifstad bruker Beauchamp og Childress (2009) beskrivelser av fem profesjonelle dyder for helsepersonell som: *medfølelse, dømmekraft, pålitelighet, integritet og samvittighetsfullhet* (65,s.34-35). Jeg vil kort redegjøre for hva Beauchamp og Childress legger i de ulike dydene, da jeg mener det er gode beskrivelser av hvordan helsepersonell skal utøve sin profesjon på, og som uttrykkes gjennom handling og refleksjon.

Medfølelse er noe som utløser en aktiv respons fra sykepleier eller lege. Medfølelse skilles fra empati ved at man aktivt går inn for å hjelpe en pasient som lider, det settes i verk en handling. Den andre dyden, dømmekraften, er en persons evner til å gjøre vurderinger for hva som er riktig å gjøre i en konkret situasjon, der man må veie for og i mot ulike valg. I dette inngår også refleksjon. Det fordrer at den som gjør vurderingen setter seg grundig inn i situasjonen. Pålitelighet er en dyd som jeg anser som grunnleggende for helseprofesjoner. Hvis pasienter ikke kan stole på helsepersonell, har helsetjenesten mistet sin legitimitet. Å ha integritet som helsepersonell, er en profesjonell dyd. Moralsk integritet betyr at yrkesutøveren står for noe, og har egne meninger, og at de meninger er i samsvar med allment aksepterte moralske verdier og idealer. Samvittighetsfullhet er den siste dyden som Beauchamp og Childress mener helsepersonell bør ha (65). Det er en dyd som oppfattes som et moralsk kompass som gir seg utslag i dårlig samvittighet, skyld, skam eller anger (65). Samvittighet kan betegnes som en selvrefleksjon over egne handlinger. Her vil igjen et spørsmål kunne gi et svar på hvorfor en person handler slik han gjør (37). Dydene slik jeg ser det er ikke handlingsorienterende, der handlingen vektlegges som god eller dårlig, men dydene er snarere

en måte hvordan en person handler på, og personens karakteregenskaper (67). Lege 2 nevnte Hippokrates - ikke skade prinsippet, om det å handle etter faglige retningslinjer som skal sikre at pasienter ikke blir påført infeksjon eller skade. Molander sier at den som utfører en handling, er den eneste som kan stå ansvarlig for at handlingen gjennomføres (37). Han sier videre at en handling er ugjenkallelig og definitiv. Det betyr når handlingen settes i verk, forlater man de mulighetene man har til å gjøre endringer når handlingen gjennomføres, verden forandres og det er ingen vei tilbake (37). Når helsepersonell ikke handler i henhold til retningslinjen, kan man si at det handles uetisk da?

Jeg vil hevde det handles både uetisk og faglig uforsvarlig. Som Molander sier, så hender det at grunner til handling ikke behøver å være gode eller etiske (37). Han mener det uttrykker den handlendes egen forståelse av handlingen. Som Nortvedt og Grimen påpeker hender det at vi gjør handlinger som gir pasienter smerte og ubehag, vi gjør da handlinger som er faglig og behandlingsmessige relevante, som for eksempel kreftbehandling. Dette er aksepterte handlinger, for utfallet kan bli verre om man ikke gjør noe (39). Det er som jeg har nevnt tidligere ikke enkelt å relatere helsepersonells bruk av ring og klokke til infeksjoner som oppstår hos pasienter, men det er nok faglige begrunnelser som viser at risikoen er til stede. Jeg mener derfor at helsepersonell lojalt skal følge retningslinjen for bruk av arbeidstøy, og ikke benytte ring eller klokke i pasientnært arbeid.

Det fremkommer i denne studien at informantene er innforstått med eget ansvar for å holde seg faglig oppdatert til enhver tid. De mente at stadige endringer fordret at ansatte måtte følge med og være oppdatert, og at man derfor må sette seg inn i ny forskning, men også friske opp gammel kunnskap. Her blir det viktig å se på hva helsepersonell aksepterer som forskning, når ansatte mener det innen smittevern faget mangler bevis, og som nok ikke heller lar seg forske frem med det første. Å være faglig oppdatert betyr etisk at helsepersonell til en hver tid skal vite hva han/hun gjør, og ikke utsette pasienter for unødvendig risiko, og at helsepersonell fyller kravet om faglig forsvarlighet. *Helsepersonelloven* Kap 2 § 4 beskriver hvordan helsepersonell skal utøve sitt fag slik:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de faglige krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (60).

Helsepersonell tar mange selvstendige valg i løpet av en dag, som innebærer liv eller død.

Faglig autonomi for helsepersonell er å kunne ta faglige avgjørelser når helsehjelp ytes, at man ikke er underlagt andres instruksjonsmyndighet. Her trer faglig skjønn også inn.

Helsepersonell tar hver dag selvstendige faglige beslutninger på grunnlag av egen kompetanse, men som i enkelte tilfeller begrenses av pasienters autonomi (60).

Helsepersonells autonomi kan ses i sammenheng med etterlevelse av retningslinjer. Det kan gjøre at mange også velger å ta et selvstendig valg for hvordan de tolker retningslinjen for bruk av arbeidstøy, og at det ses gjennom handling. Det får heller ingen personlige konsekvenser av og ikke følge den. Det kan være en forklaring på hvorfor enkelte selv bestemmer hvordan de skal gå kledd.

Kunnskap som en person sier å besitte, ses ikke alltid i handlinger som personen gjør. For at helsepersonell skal reflektere over sine handlinger, må det som oftest stilles et spørsmål, som personen må svare på. Det vil gi personen mulighet til å reflektere over egne handlinger, som kan innebære nye handlingsvalg. Ansvar, ledelse og etiske overveielser er viktige momenter for å sikre faglighet og etterrettelighet i helsetjenesten. Andre momenter som jeg mener kan bidra til å gjøre arbeidstøysretningslinjen bedre kjent og etterlevd, vil jeg se nærmere på i neste kapittel.



## 6. DRØFTING AV ANDRE MOMENTER

I tillegg til det jeg presenterte i forrige kapittel tror jeg det vil være hensiktsmessig og kort trekke frem ytterligere tre momenter som kan ha betydning for etterlevelse av arbeidstøysretningslinjen, det er: faglig retningslinje eller faglig prosedyre, implementering av faglige retningslinjer og internrevisjon som tiltak for bedre etterlevelse.

### 6.1 Faglig retningslinje eller faglig prosedyre?

Som beskrevet innledningsvis er sykehus pålagt gjennom *Smittevernforskriften* å ha retningslinjer for arbeidstøy. Det er en faglig retningslinje som ikke er rettslig bindende for dem den gjelder, men å følge faglige retningslinjer bidrar til at helsepersonell fyller kravet til faglig forsvarlighet (33). Avvik fra retningslinjen skal ha gode begrunnelser. Ansatte som velger ikke å følge arbeidstøysretningslinjen tar da i prinsippet selv ansvar for at de kan garantere for fagligheten bak sitt valg og begrunne at de ikke følger overordnede faglige retningslinjer. Det har internt i smittevernmiljøet i Helse Nord vært diskutert om begrepet faglig retningslinje kunne oppfattes av ansatte som om det var noe de selv kunne velge å forholde seg til, siden man stadig så helsepersonell som ikke fulgte retningslinjen. Ansatte som smittevernpersonell snakket med under kampanjer, ga sjelden en faglig begrunnelse for hvorfor de ikke gikk riktig antrukket, annet enn at det ikke forelå nok bevis. Ingen av informantene ga uttrykk for at de oppfattet arbeidstøysretningslinjen som noe de selv kunne velge om de ville følge eller ikke.

Smittevernpersonell har også stilt spørsmål ved om arbeidstøysretningslinjen kunne oppfattes som for slapp, utydelig eller for streng. Tilbakemeldingen fra informantene var at innholdet var forståelig og at det burde være lett for helsepersonell å forholde seg til den. En sykepleier mente den kanskje var for slapp siden det fortsatt var mange som ikke fulgte den. Hun mente man kunne legge ved retningslinjen for bruk av arbeidstøyet med ansettelsespapirene. Jeg tolker forslaget hennes med å sende det som vedlegg med ansettelsespapirene som en måte og ansvarliggjøre ansatte ytterligere og at det skulle kunne bidra til økt etterlevelse. Det ses ikke som et alternativ på nåværende tidspunkt, selv om det er et godt forslag. Ledere må informere om arbeidstøysretningslinjen ved oppstart i arbeid, og følge opp ansatte i det daglige. Informantene virket ikke å oppfatte at retningslinjen som noe de selv kunne velge å følge, og de oppfattet ikke heller at den var for utydelig, slapp eller for streng. Kan det være at ansatte

kjenner til at det i henholdsvis i retningslinjer og i prosedyrer ofte benyttes modale hjelpeverb som *bør* og *skal*?

Nasjonale faglige retningslinjer er det bare Helsedirektoratet som har mandat til å utgi. Dette er også en *bør* anbefaling, men her ligger det også til grunn at man skal ha sterke faglige grunner fra å avvike fra anbefalingene. Arbeidstøysretningslinjen er en regional faglig retningslinje, og her har man fra den ble utarbeidet i 2011 benyttet ordet *skal*. Det betyr at ansatte i Helse Nord skal følge retningslinje slik det står beskrevet. Likevel har det på bakgrunn av tolkning *bør* og *skal* vært diskutert i fagmiljøet om man skulle endre fra retningslinje til prosedyre, men ved siste revidering valgte man likevel å beholde begrepet faglig retningslinje, da man mente det var dekkende for innhold og for dem den gjelder. Det kan være at smittevernpersonell ikke har vært tydelig nok overfor ansatte om at det ikke er en *bør* - retningslinje, men en *skal* – retningslinje, selv om en *bør* -retningslinje som nevnt over skal ha faglige begrunnelser for å avvike den. Jeg tror derfor at det må poengteres i undervisning og andre sammenhenger om dette for å gjøre ansatte og ledere klar over det.

I artikkelen til Jorunn A. Brænd, "*Følger ikke uniformsregler*", fremkommer det at St. Olavs hospital har endret sitt uniformsreglement fra retningslinje til prosedyre. Brænd skriver at å endre dette, ga større muligheter for å kunne sanksjonere og gi avvik (56). Ut fra litteraturen som Brænd refererer til kan jeg ikke finne at å endre fra retningslinje til prosedyre gir et tydeligere mandat til å sanksjonere eller gi avvik. Det som er lov- eller forskriftsfestet kan det utføres revisjon på, der sanksjoner og avvik kan gis, så fremt det benyttes (15). I stedet for å endre fra retningslinje til prosedyre, har jeg tro på at man skal fortsette å arbeide systematisk ut i sykehusene som allerede beskrevet over.

## **6.2 Implementering av faglige retningslinjer**

Da den regionale arbeidstøysretningslinjen ble utarbeidet, hadde man som strategi at den skulle gjøres kjent gjennom undervisning, kampanjer og presenteres som nyhetssak på sykehusenes intranettsider. Siden man fortsatt ser ansatte som ikke følger arbeidstøysretningslinjen kan det tenktes at implementeringsstrategien ikke var vellykket? Det er vanskelig å svare på, for implementering er sammensatt. Implementering kan oversettes til og iverksette eller fullføre besluttede tiltak. I dette tilfelle ønsker man at ansatte

skal kle seg etter det som blir beskrevet i arbeidstøysretningslinjen og som sykehus er pålagt å ha gjennom *Smittevernforskriften*. Implementering kan også beskrives slik:

A planned process and systematic introduction of innovations and/or changes of proven value; the aim being that these are given a structural place in professional practice, in the functioning of organizations or in health care structure (68,s.10).

I dag er det utarbeidet mange ulike retningslinjer som ansatte skal forholde seg til, men det betyr ikke at retningslinjer automatisk er implementert og etterlevd i virksomheten. I en oversiktsartikkel om faktorer som kan påvirke implementering av kliniske retningslinjer av Francke, Smit, de Veer og Mistiaen, trekkes det frem noen faktorer som de mener kan bidra til bedre implementering. De konkluderer med at det hjelper å kombinere flere tiltak. Enkelte strategier som blant annet påminnelser og undervisningsaktivitet viste seg å være nyttig, men ikke som enkelttiltak (69). Undervisning og kampanjer har sammen vært hovedelementer i å gjøre arbeidstøysretningslinjen kjent i sykehusene i Helse Nord.

En annen faktor som hadde betydning var at retningslinjer var utarbeidet forståelig, ikke for omfattende og ressurskrevende (69). Ved utarbeidelse og revidering av arbeidstøysretningslinjen har det hele tiden vært viktig å holde den forståelig og oversiktlig, og det ble lagt vekt på og ikke gjøre den for lang. Det skal være lett for ansatte å finne det de leter etter. Det ble også påpekt at hvis de som retningslinjene skulle gjelde deltok i utarbeidelsen av den, ville det gjøre at ansatte fikk et større eierforhold til retningslinjen (69). Arbeidstøysretningslinjen gjelder for alle sykehusene i Helse Nord og dermed mange tusen ansatte. Retningslinjen ble sendt på høring til ledere ved ulike avdelinger og andre aktuelle fagpersoner, for innspill. En egen revisjonsgruppe bestående av smittevernpersonell fra alle helseforetak avgjorde hvilke innspill som ble tatt med eller ikke. Til sist var det fagsjefer i Helse Nord som godkjente retningslinjen.

En viktig forutsetning for implementering var at helsepersonell hadde kjennskap til retningslinjen og til innholdet (69). Hvis ansatte ikke kjenner til retningslinjen, så kan man ikke forvente at de skal etterleve den. Som nevnt, fant Brænd at sykepleiere ikke fikk opplæring om uniformsreglementes innhold og betydning, men at kabinansatte opplevde å få opplæring og undervisning (56). I min studie kom det frem at ansatte er kjent med arbeidstøysretningslinjen, og de opplever å få opplæring og undervisning om den. Her mener jeg forskjellen ligger i det arbeidet som smittevernpersonell i Helse Nord har lagt ned for å

gjøre retningslinjen kjent gjennom kampanjer og undervisning, og at adm. direktør i Helse Nord har bidratt til å gjøre den kjent via fredagsbrev og i ulike foredrag.

Oversiktsartikkelen til Sandvik, Stokke og Nortvedt trekker frem tre aktuelle områder som har betydning for implementering. Kartlegging av aktuelle barrierer, ledelses- og organisasjonsstruktur og at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap til å kunne lese og forstå forskning (57). I denne sammenhengen kan barrierer ses på som at ansatte ikke kjenner til retningslinjen, at ytterligere krav til bevis blir hovedfokus for om man skal etterleve den, eller at ledere har vanskelig for å fremstå som tydelig. Ledelse - og organisasjonsstruktur er viktig når det kommer til hvordan nye retningslinjer eller prosedyrer kommuniseres ut i organisasjonen. Det å ha utarbeidet en arbeidstøysretningslinje som er felles for hele regionen er unikt. Derfor var det viktig at flere ledd i ledelsesstrukturen var involvert i godkjenning og i å gjøre retningslinjen kjent. Andre organisatoriske elementer vil nok være av betydning for bedre etterlevelse, men Parmelli et. al viser i sin oversiktsartikkel at det ikke lar seg identifisere noen helt klare effektive og generaliserbare strategier for hvilke endringer i en organisasjonskultur som må til for å fremme etterlevelse (70). At helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap for å kunne lese og forstå forskning er viktig. Det er vanskelig å si om ansatte som mente det ikke var bevis nok på området, hadde kunnskap nok til å vurdere forskningen som foreligger.

Sandvik, Stokke og Nortvedt poengterer at helsepersonell måtte ha tro på at retningslinjer hadde verdi for pasientene (57). I min studie kommer det frem at informantene mener arbeidstøy har betydning for godt smittevern, og med det følger også at de mener det vil være bra for pasientene at ansatte følger den. Oversiktsartiklene jeg refererer til overfor, konkluderer med at implementering er sammensatt og at det vanskelig lar seg peke ut hvilke elementer som har best effekt eller hva som vil være den absolutte suksessoppskrift for god implementering. Flere av de gjennomgåtte studiene viste seg å ha en del metodologiske svakheter, som gjør at de mener at det trengs mer forskning på området (57, 69, 70).

Til tross for at det ikke foreligger noen suksessoppskrift for god implementering, har det i bekjentgjøringen av arbeidstøysretningslinjen vært viktig å ha fokus på enkle og gjennomførbare tiltak. Jeg har inntrykk av at undervisninger og kampanjer skapte positive innslag i arbeidshverdagen til de ansatte og jeg tror at uansett hvor mye man jobber for å få ansatte til å etterleve retningslinjen vil man kunne risikere at noen ikke følger den. Det kan

ses i sammenheng med hva helsepersonell anser som kunnskap og hva de mener de selv har rett til å gjøre, slik som helsepersonell som argumenterte for hvorfor de ikke gikk korrekt antrukket. På nåværende tidspunkt får det heller ikke konsekvenser at ansatte ikke følger den.

### **6.3 Internrevisjon som tiltak for bedre etterlevelse**

Oversiktsartikkelen til Francke, Smit, de Veer og Mistiaen, viste at revisjon var viktig for etterlevelse av retningslinjer (69). Revisjon er en metode som benyttes i tilknytning til for eksempel styringssystemer, ved vurdering av kvalitetssystemer og regnskap. Revisjon skal avdekke om virksomheter tilfredsstiller gitte krav. Krav som stilles gis blant annet gjennom lover og forskrifter. I *Rettleiar til Forskrift om smittevern i helsetenesta* står det beskrevet i et eget avsnitt om dokumentstyring og internrevisjon (15). Foretaksledelse i sykehus er pålagt å ha og påse at sykehusets infeksjonskontrollprogram oppdateres jevnlig, og sørge for at internrevisjon blir gjennomført (15). Internrevisjon på IKP er nødvendig for å se at prosedyrer og retningslinjer blir fulgt. En av sykepleierinformantene foreslo mer *ettersyn* av ansattes etterlevelse av arbeidstøysretningslinjen. Jeg er enig med henne. Flere revisjoner i tilknytning til ansattes etterlevelse kan nok med fordel gjøres oftere. Rettleideren foreslår revisjon en gang i året (15). Det tror jeg ville kunne bidra til å gjøre det enklere for ledere til å følge opp ansvaret de har, men også at det vil virke støttende for ledere som har vansker med å få ansatte til å etterleve retningslinjen. Hvis pålagte krav ikke innfris, må det gis avvik. Avdelingen må da iverksette tiltak for at kravet blir innfridd, og avviket kan lukkes. Revisjonsarbeid er et moment som jeg ser nok bør vies større plass i fremtiden. Jeg vurderer at en kombinasjon av ulike tiltak for implementering som revisjon, undervisning og kampanjer om tema belyst i denne masteroppgaven vil kunne bidra til bedre etterlevelse av arbeidstøysretningslinjen i Helse Nord.

## 7. KONKLUSJON

Denne studien viser at helsepersonell har mye kunnskap om smittevern, og de vet hva som skal til for godt smittevernarbeid i sykehus. Alle informantene kjenner til sykehusets retningslinje for bruk av arbeidstøy, og at ring og klokke ikke skal benyttes i pasientnært arbeid. På bakgrunn av anvendt teori i denne studien kan man se at kunnskap er til stede i helsepersonells handlinger og refleksjoner, men at kunnskapen de besitter i enkelte handlinger framstår motsatt av kunnskapen de beskriver. Grunner til handling avgjøres i en samtale mellom spørsmål og svar. Slik som de to informantene som satt med ring på under intervjuet i sykehusets arbeidstøy.

Informantene mener smittevern og håndhygiene er viktig for å forebygge at infeksjoner oppstår og overføres. Likevel møter man krav om ytterligere bevis for at arbeidstøy, klokke- og ringbruk er årsak til at infeksjoner oppstår hos pasienter. Jeg mener derfor at helsepersonell bør åpne opp for å se betydning av flere metoder og kunnskapssyn, og at det ikke bare er kvantitativ forskning som anses som god nok. Kampanjer og undervisning trekkes frem av informantene som viktig for bedre etterlevelse av arbeidstøysretningslinjen. Informantene mener ansatte selv har ansvar for at retningslinjer følges, men de etterspør også tydelige ledere, som gir ansatte direkte tilbakemelding. På bakgrunn av mine funn bekreftes det at arbeidet som allerede er i gang fortsatt skal ha fokus og er i tråd med Helse Nord's "null-visjon" for helsetjenesteassosierte infeksjoner.

Skulle jeg gjort en ny undersøkelse med denne studien som bakteppe, ville det være interessant å intervju ledere for å få mer innsikt i deres arbeidshverdag og hvordan de ser sin oppgave å følge opp ansatte som ikke følger arbeidstøysretningslinjen. Det tror jeg ville bidra til bedre innsikt i hvor kompleks arbeidshverdagen til ledere er, og at det ville kunne bidra til et enda bedre samarbeid mellom ledere og smittevernpersonell. Dette tror jeg kan bidra til at ledere får bedre støtte for å få ansatte til å følge arbeidstøysretningslinjen.

Har jeg klart å se faget mitt med nye øyne? Det vil jeg svare ja på. Denne studien har først fremst bekreftet mine antagelser, helsepersonell har kunnskaper om og kjenner godt til arbeidstøysretningslinjen i Helse Nord. Det jeg ikke var klar over, var hvor mye kunnskap de ansatte faktisk har innen smittevern, og at de opplever at undervisning og kampanjer som viktig og positivt. Bruk av kvalitativ metode har gitt meg innsikt i tema som jeg ikke ville fått

ellers. Jeg ser derfor enda tydeligere betydningen av at fagfeltet mitt er avhengig av begge metodene for å kunne utvikle og forbedre seg. Ved hjelp av hermeneutisk tilnærming og teori har jeg fått en bedre forståelse av det informantene mine har sagt. Det har utviklet min forståelse og gitt meg nye perspektiver inn i fagfeltet mitt som jeg tror vil være nyttig i fremtiden.

Det er nok noen som vil spørre om det er nødvendig med så mye fokus på at ansatte skal gå kledd som beskrevet i arbeidstøysretningslinjen, særlig når det er så mye annet viktig å fokusere på i sykehus. Det smittevernmessige aspektet er viktig. Helsepersonell skal gjøre det de kan for å unngå å påføre pasienter infeksjoner når de er innlagt i sykehus. Jeg mener at etiske overveielser, men også profesjonenes dydsetikk bør være mer fremtredende hos helsepersonell. Med det mener jeg at helsepersonell bør tenke mer gjennom hvordan de fremtrer og handler. Dydene skal gjenspeile hvordan en ansatt skal utføre sitt arbeid slik det forventes på en profesjonell måte. Selv om man ikke kan bevise at arbeidstøy, klokke eller ring gir pasienter infeksjoner, mener jeg at ansatte skal følge arbeidstøysretningslinjen lojalt. Den er utarbeidet på faglig kunnskap som foreligger på nåværende tidspunkt. Så ja, det er viktig at helsepersonell følger arbeidstøysretningslinjen.

## LITTERATURLISTE

1. Pasientsikkerhetskampanjen: Kunnskapsenteret; 2014. Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/l+trygge+hender/L%C3%A6r+om+programmet/Om+l+trygge+hender+24-7.51.cms>.
2. Lorentzen M, Olsen AG, Simonsen GS. Intervensjonstudie med fokus på korrekt bruk av arbeidstøy i sykehusene i Helse Nord. Regionalt kompetansesenter i smittevern Helse Nord. Available from: <http://www.unn.no/article87100-13484.html>.
3. Retningslinjer for bruk av arbeidstøy Helse Nord. Regionalt kompetansesenter i smittevern Helse Nord. 2014. Available from: <http://www.unn.no/article87100-13484.html>.
4. Wilson JA, Loveday HP, Hoffman PN, Pratt RJ. Uniform: an evidence review of the microbiological significance of uniforms and uniform policy in the prevention and control of healthcare-associated infections. Report to the Department of Health (England). Journal of Hospital Infection. 2007 (66):301-7.
5. Hambraeus A. Transfer of Staphylococcus aureus via nurses' uniforms. J Hyg, Camp. 1973;799(71).
6. Treacle AM, Thom KA, Furuno JP, Strauss SM, Harris AD, Perencevich EN. Bacterial contamination of health care workers' white coats. American Journal of Infection Control. 2009 (37):101-5.
7. Gaspard P, Eschbach E, Gunther D, Gayet S, Bertrand X, Talon D. Meticillin-resistant Staphylococcus aureus contamination of healthcare workers' uniforms in long-term care facilities. Journal of Hospital Infection. 2008 (71):170-5.
8. Wiener-Well Y, Galuty M, Rundensky B, Schlesinger Y, Attias D, Yinnon M, Amos. Nursing and physician attire as possible source of nosocomial infections. 2011 39(7):555-9.
9. Loh W, Ng VV, Holton J. Bacterial flora on the white coats of medical students. 2000 (45):65-8.
10. UNIFORMS AND WORKWEAR: An evidence base for developing local policy Department of Health. 2007. Available from: <http://www.dh.gov.uk/publications>.
11. Lidwell M, Brock B, Shooter A, Cooke M, Thomas GE. Airborne infection in a fully air-conditioned hospital IV. Airborne dispersal of Staphylococcus aureus and its nasal acquisition by patients. J Hyg, Camp. 1975 (75):445-75.
12. Sosialstyrelsen. Att förebygga vårdrelaterade infektioner: Ett kunskapsunderlag. 2006.
13. Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet. FOR-2005-06-17-610.
14. Bransjestandard: Smittevern for vaskerier som behandler tekstiler til helseinstitusjoner. Norske vaskeriers kvalitetstilsyn: 2011.
15. Folkehelseinstituttet. Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta. Nordberg Trykk AS: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2006.
16. Akselsen PE, Elstrøm Pr. Smittevern i helsetjenesten: Gyldendal Akademisk; 2012.
17. Folkehelseinstituttet. Nasjonal veileder for håndhygiene. Nordberg Aksidenstrykkeri AS: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2004.
18. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. 2009.
19. Huis A, Achterberg Tv, Bruin Md, Grol R, Schoonhoven L, Hulscher M. A Systematic review of hand hygiene improvement strategies: a behavioural approach. Implementation Science. 2012;7(92).
20. Jeans AR, Moore J, Nicol C, Bates C, Read RC. Wristwatch use and hospital-acquired infection. Journal of Hospital Infection. 2010;74(1):16-21.



21. Fagernes M, Lingaas E. Factors interfering with the microflora on hands: a regression analysis of samples from 465 healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67(2):297-307.
22. Pittet D, Mourouaga P, Perneger T. Improving Compliance With Hand Hygiene in Hospitals *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2000;21(6):381-6.
23. Fagernes M, Fagermoen M-S. Selvrappoertert atferd og holdninger knyttet til bruk av fingerringe under klinisk arbeid. En spørreundersøkelse blant norsk pleiepersonell. *Vård i Norden*. 2010;30:26-31.
24. Gupta A, Della-Latta P, Todd B, San Gabriel P, Haas J, WU F, et al. Outbreak of Extended-Spectrum Beta-Lactamase-Producing *Klebsiella Pneumoniae* In A Neonatal Intensive Care Unit Linked To Artificial Nails. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2004;25(3).
25. World Health Organization. Available from: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/hand\\_hygiene\\_20130503/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/hand_hygiene_20130503/en/).
26. Boyce JM, Pittet D. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. 2002.
27. Pedersen Westbye A-L. Moteløver i sykepleien: etikk og estetikk i forvitring? [Hovedfagsoppgave]. Institutt for sykepleievitenskap: Universitetet i Oslo; 2003.
28. Brænd JA. Kroppsutsmyknings innvirkning på tillit i forholdet mellom sykepleier og pasient [Mellomfagsoppgave]: Universitetet i Oslo; 2000.
29. Smittevernloven. Lov om vern mot smittsomme sykdommer. Helse- og omsorgsdepartementet. 01.01.1995.
30. Berland A, Berentsen S, Gundersen D. Sykehusinfeksjoner og pasientsikkerhet. *Vård i Norden*. 2009;29(1):33-7.
31. NOIS-registerforskriften. Forskrift om Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner. Helse- og omsorgsdepartementet. 01.07.2005.
32. Helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk: prevalensundersøkelser høsten 2013 Nasjonalt folkehelseinstitutt. 2013. Available from: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Area\\_7069&Main\\_6157=6263:0:25,6493&MainContent\\_6263=7069:0:25,6493&Area\\_7069=6178:109321::0:7070:1::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Area_7069&Main_6157=6263:0:25,6493&MainContent_6263=7069:0:25,6493&Area_7069=6178:109321::0:7070:1::0:0).
33. HelseDirektoratet. Faglig retningslinje. Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/lar/3-metode-i-retningslinjearbeidet/3.1-hva-er-faglige>.
34. Polit D, Beck CT. *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 2012.
35. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju: Gyldendal Akademisk*; 2010.
36. Bjørndal A, Hofoss D. *Statistikk for helse- og sosialfagene: Gyldenadal Akademisk*; 2004.
37. Molander B. *Kunnskap I handling. Göteborg: Daidalos AB*; 1996.
38. Thornquist E. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag: Fagbokforlaget*; 2003.
39. Nortvedt P, Grimen H. *Sensibilitet og refleksjon: Gyldendal Akademisk*; 2004.
40. Bukholm G. Introduksjon til medisinsk mikrobiologi. In: Degre M, Hovig B, Rollag Hr, editors. *Medisinsk mikrobiologi*. 3. utgave: Gyldendal Akademisk.
41. Thagaard T. *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. Fagbokforlaget*. 2009.
42. Tjora A. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis: Gyldendal Akademisk*; 2011.

43. Kvarv S. Vitenskapsteori- tradisjoner, posisjoner og diskusjoner. Oslo: Novus Forlag; 2010.
44. Johannessen Kr. Glimt fra vitenskapsfilosofiens hovedområder. Fagbokforlaget.1999.
45. Lægreid S, Skorgen T. Hermeneutikk- en innføring: Spartacus Forlag AS; 2006.
46. Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsfag, humanoria, juss og teologi. 2006. Available from: <https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>.
47. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk 2014. Available from: <https://helseforskning.etikkom.no>.
48. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste:Personvernombudet. Available from: <http://www.nsd.uib.no/>.
49. Fossheim HJ. Informert samtykke. De nasjonale forskningsetiske komiteer. 2009. Available from: <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Informert-samtykke/>.
50. Fossheim HJ. Konfidensialitet. De nasjonale forskningsetiske komiteer.2009. Available from: <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Konfidensialitet/>.
51. Rykkje L, Heggelund A, Hartug S. Enkle tiltak gir bedre håndhygiene. Tidsskrift for den norske lægeforening. 2007;7(127):861-3.
52. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research:concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004:105-12.
53. Alvsvåg H. Kunnskapsbasert praksis er ikke noe nytt. Sykepleien Forskning. 2009;4(3):216-20.
54. Kalman H. Kunnskap og kunnigt handlande. In: Blom B, Morén S, Nygren L, editors. Kunnskap i sosialt arbete: Natur&kultur; 2006. p. 49-77.
55. Thornquist E. Kommunikasjon, teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
56. Brænd JA. Følger ikke uniformsregler. Sykepleiere følger uniformsregler i mindre grad enn kabinpersonell. Dette kan gi dårligere hygiene. 2014;2014:48-51.
57. Sandvik GK, Stokke K, Nortvedt MW. Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert kunnskap i sykehus? Sykepleien fag. 2011;2(6):160-7.
58. Snyder LB, Hamilton MA, Mitchell EW, Kiwanuka-Tondo J, Fleming-Milici F, Proctor D. A Meta-Analysis of the Effect of Mediated Health Communication Campaigns on Behavior Change in the United States. Journal of Health Communications. 2004;9:71-96.
59. Aubert V. Straff, belønning og rettsikkerhet. In: Ebbestad Hansen JE, editor. Norsk tro og tanke 1940-2000: Universitetsforlaget; 1982. p. 822-34.
60. Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell Helse- og omsorgsdepartementet.LOV-1999-07-02-64.
61. Spesialisthelsetjenesteloven. Lov om spesialisthelsetjenesten Helse- og omsorgstjenesten.LOV-1999-07-02-61.
62. Sykepleier med lederansvar:god på fag og ledelse. Norsk sykepleierforbund 2005.
63. Eilertsen R. Når sykehus blir butikk. Om etablering av et sykehusmarked i Norge. De Facto- Kunnskapsenter for fagorganiserte: 2003.
64. Vorland L. Klær skaper folk: Helse Nord; 2012. Available from: <http://www.helse-nord.no/direktoerens-fredagsbrev/klær-skaper-folk-article98240-1109.html>.
65. Wifstad Å. Helsefagens etikk- en innføring: Universitetsforlaget; 2013.

66. Schön D. Den Reflekterende Praktiker: Hvordan professionelle tænker når de arbejder. Klim1983.
67. Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH. Medisinsk og helsefaglig etikk. Gyldendal Akademisk.2014.
68. Grol R, Wensing M. Implementation of Change in healthcare: a complex problem. In: Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D, editors. Improving Patient Care: The Implementation Of Change in Health Care. 2 ed: WILEY Blackwell; 2013. p. 3-17.
69. Francke A, Smit M, de Veer A, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. BMC Medical Informatics and Decision Making. 2008;8(38).
70. Parmelli E, Flodgren G, Beyer F, Baillie N, Schaafsma ME, Eccles MP. The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance:a systematic review. Implementation Science. 2001;33(6).

## VEDLEGG 1

Til Klinikksjef

Tromsø 28.8.2013

### **Forespørsel om rekruttering av intervjuobjekter til mastergradsoppgave**

Jeg er masterstudent i helsefag ved UiT Norges Arktiske Universitet og skal nå i gang med avsluttende masteroppgave. Tema for oppgaven er hvilke tanker og refleksjoner helsepersonell har rundt smittevern i sykehus. Jeg skal intervjuere leger og sykepleiere i medisinsk og kirurgisk avdeling.

Jeg ber om tillatelse til å intervjuere ansatte i din klinikk. Dette innebærer at jeg tar kontakt med aktuelle ledere (seksjons- eller avdelingssykepleier) på medisinske/kirurgiske sengeposter og ber dem om å dele ut ”forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt” til ansatte.

Jeg er ansatt [redacted] som regional hygienesykepleier og ønsker derfor å rekruttere informanter [redacted]

På grunn av masterstudiets varighet tillater jeg meg å be om tilbakemelding innen en uke. Etter det vil jeg selv ta kontakt med aktuelle ledere ved de to sykehusene.

På forhånd, tusen takk for hjelpen!

Vennlig hilsen

Merete Lorentzen  
Mastergradsstudent ved avdeling for helsefag – UiT

## VEDLEGG 2

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

#### Bakgrunn og hensikt

Jeg er mastergradstudent i helsefag ved UiT Norges Arktiske Universitet og holder nå på med min avsluttende masteroppgave. Temaet for oppgaven min er helsearbeideres refleksjoner og erfaringer rundt smittevern i sykehus.

For å finne mer ut om tema ønsker jeg å intervjuere leger og sykepleiere med henholdsvis kirurgisk og medisinsk bakgrunn. Informanten bør ha mer enn to års sykehuspraksis. Jeg er interessert i å høre tanker og refleksjoner du som lege/sykepleier måtte ha om tema og hva du ser på som viktig innen smittevern i din arbeidshverdag.

#### Hva innebærer studien?

Jeg ønsker å intervjuere deg om dine erfaringer og refleksjoner om tema. Jeg vil benytte båndopptaker og ta notater mens vi snakker. Intervjuet vil ta ca. en time. Vi blir sammen enig om tid og sted for intervjuet.

#### Hva skjer med informasjonen fra deg?

Prosjektet er godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og jeg forholder meg til gjeldende regler for oppbevaring og makulering av datamateriale. All informasjon som du gir vil bli behandlet konfidensielt og ingen enkeltpersoner vil gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene vil slettes når oppgaven er levert juni 2014.

#### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i denne studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta så lenge studien pågår. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet og makulert. Dersom du velger å delta på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen, og sender den til meg.

#### Rett til innsyn

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har noen spørsmål i forbindelse til studien, kan du kontakte meg: Merete Lorentzen, mobil 90542171, e-post: [merete.lorentzen@unn.no](mailto:merete.lorentzen@unn.no)

**Svarfrist:** Dersom du ønsker å delta, ber jeg deg å gi tilbakemelding innen en uke etter mottatt forespørsel.

## VEDLEGG 3

### Introduksjon til intervju

- Presentasjon av meg selv og min bakgrunn
- Hvordan gjennomføre intervjuet, informasjon om prosjektet, bearbeiding av data
- La respondent få lov å stille ev. spørsmål som vedkommende måtte ha

### Utgangspunkt

Gjennom forskrift om smittevern i helsetjenesten er sykehus i Norge pålagt å ha et infeksjonskontrollprogram(IKP). IKP omfatter blant annet retningslinjer for bruk av arbeidstøy og håndhygiene.

### IKP og arbeidstøy

- Kjenner du til at sykehuset har IKP og vet du hva det inneholder?(smittevernrutiner/hygienehåndbok)
- Hvor finner du IKP? (smittevernrutiner/hygienehåndbok)
- Kjenner du til at sykehuset har retningslinjer for bruk av arbeidstøy? Hvis ja: hvem fortalte deg det? Kjenner du til innholdet i denne retningslinjen? Kan du beskrive innholdet?
- Tror du bruk av arbeidstøy er av betydning for godt smittevern?
- Tror du at ansatte finner det vanskelig å etterleve riktig bruk av arbeidstøy?
- Kan retningslinjen oppfattes som for slapp, utydelig eller for streng?

### Håndhygiene

- Hva legger du i håndhygiene i helsevesenet?
- Tenker du at det er viktig at helsepersonell utfører god håndhygiene?
- Vet du hva som forringer god håndhygiene?

”En norsk studie viser at helsearbeidere som bærer klokke og fingerring har en større andel tarmbakterier på hendene, enn de som ikke bærer ring” / ”Helsepersonell utfører håndhygiene i 50 % i situasjoner som krever det”

- Hva tenker du om at klokke og fingerring fortsatt benyttes i pasientnært arbeid av helsepersonell? Hva tror du er årsaken til at noen fortsatt velger å ha det på?
- Hva tror du skal til for at helsepersonell skal ta av seg klokke og ring når de er på arbeid i sykehus?

### Smittevern

- Hva legger du i begrepet smittevern?  
- hva tenker du er viktig mtp smittevern på med/kir avd?

### Rolle, ledelse og ansvar innen smittevern

- Hvilke forventinger har du til smittevernpersonellens rolle i sykehus?
- Hvilke forventinger har du til lokal avdelingsledelse?
- Hvilke forventninger har du til den enkelte ansatte?
- Har du inntrykk av at smittevernarbeidet er forankret i UNN- ledelsen? Er ledelsen tydelig/lite tydelig?

## VEDLEGG 4

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfages gate 23  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47 55 58 21 12  
Fax: +47 55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org nr: 985 321 884

Torunn Hamran  
Institutt for helse-og omsorgsfag, Senter for omsorgsforskning  
MH-bygget  
9037 TROMSØ

Vår dato: 30.07.2013

Vår ref:34964 / 3 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.07.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34964

*Hvilke refleksjoner og erfaringer gjør helsearbeideren seg rundt etterlevelse av arbeidstøysretningslinjer i sykehus ved at det fortsatt benyttes klokke og fingerring i pasientnært arbeid?*

Behandlingsansvarlig  
Daglig ansvarlig  
Student

Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder  
Torunn Hamran  
Merete Lorentzen

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

*for*  
Knut Kalgraff Skjåk

*Marte Byrkjeland*  
Marte Byrkjeland

Kontaktperson: Marte Byrkjeland tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Merete Lorentzen, Dueveien 8, 9015 TROMSØ



Personvernombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til en datamaskin, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.



## VEDLEGG 5

### Samtykke til deltakelse i mastergradsprosjekt

Jeg (ditt navn, store bokstaver):.....

Yrke:..... antall år i sykehus:.....

Har lest gjennom informasjonsskrivet og samtykker herved i å delta i mastergradsprosjektet. Det innebærer at jeg stiller meg disponibel til å møte mastergradsstudent, Merete Lorentzen til intervju om mine erfaringer og refleksjoner rundt tema smittevern i sykehus.

Min deltakelse i prosjektet er frivillig. Jeg kan trekke meg når som helst så lenge studien pågår og uten å måtte begrunne min avgjørelse. Jeg mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse for min deltagelse. Det jeg forteller om i intervjuet vil bli anonymisert og ikke identifiserbart. Jeg har på forhånd fått informasjon muntlig og skriftlig.

Sted: .....den:.....2013

Signatur:.....

Kontaktadresse:.....

Mobilnummer:..... E-post privat:.....

Telefon jobb:..... E-post jobb:.....