

Sundhedspersonales opfattelser og
håndtering af smitterisiko
– et kvalitativt studie

Anette Jensen

Master of Public Health

MPH 2012:13



norden

Nordic School of Public Health
NHV

Sundhedspersonales opfattelser og håndtering af smitterisiko – et kvalitativt studie

© Nordic School of Public Health NHV
ISSN 1104-5701
ISBN 978-91-86739-49-2



Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel				
Sundhedspersonales opfattelser og håndtering af smitterisiko – et kvalitativt studie				
Författare				
Anette Jensen				
Författarens befattning och adress				
Hygiejnesygeplejerske Hospitalsenheden Vest Gl. Landevej 61, 7400 Herning, Danmark				
Datum då examensarbetet godkändes 07.12.2012			Handledare NHV/Extern Universitetslektor DrPH Lene Povlsen	
Antal sidor 57	Språk – examensarbete Dansk	Språk – sammanfattning Dansk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-86739-49-2

Formål: Formålet med dette studie var at udforske og beskrive hvordan sundhedspersonale opfatter og håndterer risiko for smittespredning, både hos isolationspatienter og patienter, som ikke er isoleret. Desuden var formålet at afdække, om en eventuel særlig opfattelse af smitterisiko hos isolationspatienter påvirker sundhedspersonalets opfattelse af betydningen af de generelle infektionshygiejniske forholdsregler.

Metode: Studiet er et kvalitativt studie, hvor det empiriske materiale blev indsamlet i otte fokusgruppeinterviews, hvor deltagerne var sundhedspersonale. Som analysemetode blev anvendt systematisk tekstkondensering. Den konceptuelle ramme omfatter antibiotikaresistens i et folkesundhedsperspektiv, en beskrivelse af rammerne for infektionsforebyggelse i Danmark samt en teoretisk ramme bestående af risikobegrebet, sundhedspædagogik og et perspektiv på samarbejde.

Resultater: Studiet viste, at sundhedspersonalet vurderede smitterisiko forskelligt, både ved isolationspatienter og ved ikke-isolerede patienter. De opfattede, at deres hygiejne ved isolationspatienter var bedre, fordi de tænkte sig bedre om og arbejdede mere struktureret. Samarbejde var en vigtig motivationsfaktor for arbejdet på isolationsstuer. Hos ikke-isolerede patienter opfattede sundhedspersonalet det som risikosituationer, når patienter delte stue og toilet. De oplevede selv brist i egen smitteafbrydelse og at patienters og pårørendes adfærd udgjorde en smitterisiko. Sundhedspersonalet læste og forholdt sig forskelligt til infektionshygiejniske forholdsregler, hvilket kunne give anledning til forvirring og misforståelser. Det blev betragtet som en udfordring at skulle forholde sig til, at viden og praksis ændrede sig over tid og at ny udvikling skabte nye infektionshygiejniske udfordringer.

Konklusion: Sundhedspersonale opfatter smitterisiko forskelligt, både i forhold til smitterisiko ved isolerede og ikke-isolerede patienter og arbejdet med at pleje og behandle isolationspatienter kunne være forbundet med stor angst for at sprede smitte. Forskelle i videns- og erfaringsgrundlag samt individuelle risikovurderinger ses som medvirkende årsager til, at sundhedspersonale opfatter og håndterer smitterisiko forskelligt.

Nyckelord

Sundhedspersonale, opfattelse af smitterisiko, isolationspatienter, antibiotikaresistens



Master of Public Health

– Thesis –

Title and subtitle of the thesis				
Healthcare workers perceptions of and approach to handle infection control – a qualitative study				
Author				
Anette Jensen				
Author's position and address				
Infection Control Nurse The Regional Hospital West Jutland Gl. Landevej 61, 7400 Herning, Denmark				
Date of approval 07.12.2012			Supervisor NHV/External Senior lecturer DrPH Lene Povlsen	
No. of pages 57	Language – thesis Danish	Language – abstract English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-86739-49-2

Aim: This study aimed to explore and describe how healthcare workers (HCWs) perceive and handle the risk of infection in isolated and non-isolated patients. The study also sought to determine whether any special perceived risk of infection in isolated patients affects how HCWs perceive the importance of general infection control measures.

Method: This was a qualitative study. Data was collected from eight HCW focus groups and analyzed using a systematic text condensation method. The conceptual framework includes antibiotic resistance in a public health perspective, a description of the context of infection control and prevention in Denmark, a theoretical framework consisting of the concept of risk, health education and a perspective on cooperation.

Results: The study showed that HCWs assessed risk differently in isolated and in non-isolated patients. HCWs perceived that they prevented infection more effectively in isolated patients, due to greater attentiveness and a more structured approach. Cooperation was an important motivation in isolation rooms. HCWs perceived special risk situations among non-isolated patients who shared rooms and toilets. The HCWs experienced flaws in their own infection control measures and in the behaviour of patients and their relatives. HCWs read and interpreted infection control protocols differently leading to confusion and misunderstandings. It was a challenge keeping up the changing of knowledge and practice over time as well as new development caused new infection control challenges.

Conclusion: HCWs perceive the risk of infection differently in isolated and non-isolated patients. Further, HCWs often associate the work of caring for and treating isolated patients with fear of spreading infection. Differences in knowledge base, experience level and individual risk assessments contribute to the explanation of differing perceptions and approaches to handle infection control.

Key words

Healthcare workers, perception of infection control, isolated patients, antibiotic resistance

Indholdsfortegnelse:

1 INTRODUKTION	5
1.1 Baggrund	5
1.2 Antibiotikaresistens i et folkesundhedsperspektiv	5
1.3 Infektionsforebyggelse i sundhedsvæsenet	7
2 PROBLEMFORMULERING	12
2.1 Formål	13
2.2 Forsknings spørgsmål	13
3 TEORETISK RAMME	13
3.1 Risikobegrebet	13
3.2 Sundhedspædagogik	15
3.3 Samarbejde	16
4 METODE	18
4.1 Design	18
4.2 Deltagere	20
4.3 Dataindsamling	20
4.4 Dataanalyse	22
4.5 Troværdighed, pålidelighed og overførbarhed	24
4.6 Ethiske overvejelser	24
5 RESULTATER	25
5.1 Smitterisiko ved isolationspatienter	25
5.2 Smitterisiko ved almindelige patienter	27
5.3 At passe og at være isolationspatient	30
5.4 Læring	32
6 DISKUSSION	35
6.1 Resultatdiskussion	35
6.2 Metodediskussion	43
7 KONKLUSION	46
8 PERSPEKTIVER FOR PRAKSIS	46
9 TAK	47
10 REFERENCER	48
11 BILAG	54

1 INTRODUKTION

1.1 Baggrund

Forekomsten af resistente mikroorganismer er stærkt stigende på verdensplan. De nordiske lande har gennem mange år ført en restriktiv antibiotikapolitik, hvilket har medført en lav forekomst af resistente bakterier. Ligeledes har der været og der er stort fokus på infektionshygiejniske forholdsregler, som, når de efterleves, bidrager til at mindske smittespredning i større omfang i sundhedsvæsenet. Igennem de seneste år har forholdene i Norden imidlertid ændret sig. I dag bliver der identificeret flere og flere resistente bakterier i de nordiske lande (Statens Serum Institut (SSI) 2010). I Danmark, som tidligere har været foregangsland i forhold til et restriktivt antibiotikaforbrug (Koch Hansen 2011), ses et stigende forbrug, overforbrug og misbrug af antibiotika til såvel mennesker som dyr. Globaliseringen spiller også en rolle, idet bakterier, antibiotika-følsomme såvel som resistente, flytter sig med mennesker, dyr og fødevarer og spredes på den måde i samfundet (Frimodt-Møller og Kolmos 2011).

Når mennesker rammes af infektionssygdomme eller er raske smittebærere forårsaget af resistente bakterier, kan det medføre langvarigt sygefravær og påvirke disse mennesker med ændret social adfærd til følge (Wiklund 2011). Ofte kræver det hospitalsindlæggelse og specialistbehandling. På hospitalerne skal de indlagte patienter endvidere ofte isoleres for at forebygge smittespredning (SSI 2011, Region Midtjylland 2011).

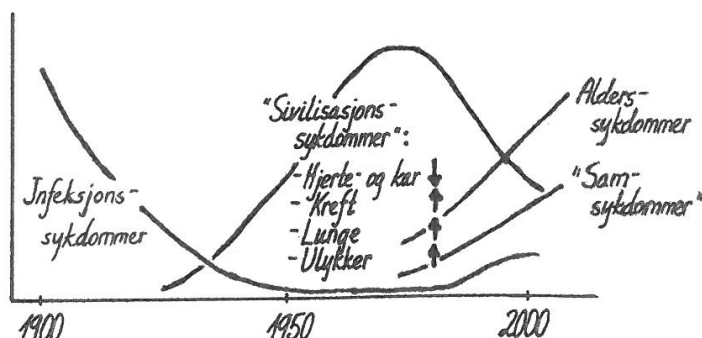
1.2 Antibiotikaresistens i et folkesundhedsperspektiv

På World Health Day i 2011 proklamerede World Health Organization (WHO) *"No action today, no cure tomorrow"* og slog dermed fast, at problemet med antibiotikaresistens er en af de største trusler mod menneskets sundhed i dag (WHO 2011).

Bangkok Chartret for Health Promotion har fokus på folkesundheden i en globaliseret verden. Chartret beskriver retten til sundhed, baseret på lige adgang til den højest opnåelige sundhed, som en fundamental menneskeret. Det er en kerneopgave indenfor folkesundhed at takle smitsomme sygdomme såvel som andre trusler mod sundheden (WHO 2005).

Sidste halvdel af det 19. århundrede og første halvdel af det 20. århundrede var infektionssygdomme det største folkesundhedsproblem. Bl.a. kolera, luftvejssygdomme, børnesygdomme og andre virussygdomme var skyld i høj dødelighed (Mæland 2010). Figur 1 viser "Sykdomspanoramaet: de fire bølgene i det 19. og 20. århundre" af Peter Hjort (2010). Sygdom og død forårsaget af infektionssygdommene falder markant midt i det 20. århundrede. Udviklingen skyldes primært samfundsudvikling med forbedrede levevilkår blandt andet kloakeringsforhold og vandforsyning, men også udvikling af vacciner og antibiotika spiller en rolle (Mæland 2010).

Sykdomspanoramaet: de fire bølger i
det 20. århundre.



Figur 1. De fire store sygdomsbølger i det 19. og 20. århundre (Hjort 2010).

Men allerede i 1986-1990 var der en mindre stigning i antallet af dødsfald forårsaget af infektioner. I 2010 var dødeligheden indenfor infektionssygdomme 1,7 % af den samlede mortalitetsrate, hvor den i 2000 var på 0,7 % (Sundhedsstyrelsen 2011). Det betyder, at en opdatering af Peter Hjorts figur vil vise en fortsat stigning i kurven med infektionssygdomme.

Hvert år dør over 25.000 mennesker i Europa som følge af infektioner med resistente bakterier og det skønnes, at det har medført øgede sundhedsudgifter i EU på ca. 1,5 milliard euro om året (Danish Presidency of the Council of the European Union 2012).

På verdensplan er en del af de bakterielle infektionssygdomme med høj morbiditet og mortalitet, sygdomme, som vi har kendt og behandlet i mange år, men hvor bakterierne i dag har udviklet resistens overfor kendte antibiotika. Det drejer sig bl.a. om sygdomme som tuberkulose, stafylokokinfektioner og visse infektioner forårsaget af tarmbakterier (Jensen 2004). Ligeledes har der været omfattende epidemier og pandemier forårsaget af virusinfektioner indenfor det seneste årti, det drejer sig bl.a. om SARS, fugleinfluenza og influenza A (Olsen 2010).

En del infektionssygdomme forårsaget af resistente bakterier skyldes med stor sandsynlighed fødevarer, som vi indtager. Det drejer sig om bakterier som f.eks. *extended spectrum*-betalactamase (ESBL)-producerende tarmbakterier *E.coli* og *Klebsiella pneumonia*. ESBL er et enzym, som nedbryder penicilliner og antibiotika og enzymet er disse bakteriers resistensmekanisme. En kolonisation af ESBL-producerende bakterier i tarmen kan forårsage især urinvejsinfektion og bakteræmi. Andre resistente bakterier, som f.eks. meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), forårsager typisk hud- og bløddelsinfektioner (Skov, Urth og Hansen 2007). Infektioner med disse to typer bakterier er stigende både i samfundet og ved udbrud på hospitalerne i Danmark (Skov og Hansen 2011).

I lande udenfor Norden har der gennem mange år været et bekymrende stort antibiotikaforbrug, men i Danmark er antibiotikaforbruget, som tidligere nævnt, nu også stigende. Samtidig er udviklingen af nye antibiotika foreløbig toppet og der er ikke udsigt til, at det vil ændre sig indenfor de næste årtier (Frimodt-Møller 2011). Derfor er der ingen eller kun meget få og dyre muligheder for at behandle sygdomme forårsaget af eksisterende og nye resistente mikroorganismer.

På hospitalet bliver patienter med resistente bakterier ofte isoleret på enestue på grund af en særlig bekymring for at få disse mikroorganismer spredt blandt de øvrige hospitalspatienter, der ikke sjældent er svækkede og modtagelige (SSI 2011, Region Midtjylland 2011).

Det har implikationer for patienter og personale samt for samfundsøkonomien, når patienter isoleres. Patienterne må ikke forlade sengestuen og der er restriktioner for de besøgende. Flere studier viser, at patienterne føler sig stigmatiserede, og at de har mindre kontakt med personalet, end de ellers ville have haft (Wiklund 2011, Skyman, Sjöström og Hellström 2010). Personalet skal iføres værnemidler (overtrækskittel, handsker og i visse situationer maske og visir/briller) ved pleje- og behandlingsopgaver og ved rengøring på stuen (SSI 2011, Region Midtjylland 2011). Derfor er arbejdet med isolationspatienter tidskrævende og besværligt for personalet og der kan opstå barrierer for kontakt til patienterne pga. værnemidlerne.

Et studie viser, at isolationspatienter oplever flere utilsigtede hændelser, udtrykker større utilfredshed med behandling og får mindre dokumenteret pleje (Stelfox, Bates og Redelmaier 2003). En engelsk analyse af meromkostninger ved hospitalsinfektioner viser, at på et engelsk standardsygehus øges hospitalsudgifterne med en faktor tre for infektionsramte patienter sammenlignet med ikke-infektionsramte patienter (Pedersen og Kolmos 2011). I Danmark har Sundhedsstyrelsen i 2006 beregnet, at det i gennemsnit koster sundhedsvæsenet 50.000 kr. i meromkostninger pr. patient, som indlægges på isolationsstue og behandles for en infektion med MRSA (Sundhedsstyrelsen 2006a).

Med udsigten til flere resistente mikroorganismer og ringe eller manglende behandlingsmuligheder må man forudse, at flere patienter på hospitaler skal isoleres.

1.3 Infektionsforebyggelse i sundhedsvæsenet

SENIC-studiet er et stort amerikansk studie af effekten af forebyggelse af hospitalserhvervede infektioner (Haley et al 1985). Studiet påviste, at en struktur med en hygiejnesygeplejerske pr. 250 hospitalssenge, en læge/epidemiolog pr. 1000 senge og et effektivt overvågningssystem med feedback til klinikken og ledelsen kan reducere antallet af hospitalserhvervede infektioner med op til 32 % på de fire hyppigst forekommende hospitalserhvervede infektioner. Studiet er gennemført på 400 amerikanske hospitaler i 1970-75 og danner grundlag for opbygningen af infektionshygiejniske organisationer mange steder (Pittet 2005). En anden del af studiet

undersøgte sammenhængen mellem antibiotikaforbrug, resistensudvikling og dødelighed (Haley et al 1980).

I Danmark har alle offentlige somatiske og flere psykiatriske hospitaler en ledelsesforankret hygiejneorganisation med hygiejnesygeplejersker, hygiejnelæger, velbeskrevne retningslinjer og oftest et netværk af nøglepersoner ude i hospitalernes kliniske afdelinger (SSI 2012, Region Midtjylland 2011). Infektionshygiejne er også en del af Den Danske Kvalitetsmodel, som alle offentlige danske hospitaler er akkrediteret efter (IKAS 2010).

Arbejdet med forebyggelse af hospitalserhvervede infektioner har mange facetter og udfordringer, som kræver multimodale interventioner. Overvågning, audits, feedback og uddannelse er områder af det daglige infektionshygiejniske arbejde (Pittet 2005). Der er til stadighed brug for ny viden omkring forebyggelse af infektioner relateret til procedurer og arbejdsgange i det kliniske arbejde. Et bud på fremtidige udfordringer er, at uddannelse og adfærdsændringer skal forbedre sundhedspersonalets efterlevelse af forholdsregler i praksis (Pittet 2005).

I den primære sundhedstjeneste er der ikke den samme veletablerede struktur for infektionsforebyggelse og der peges på, at der er brug for et tværsektorielt samarbejde omkring infektionsforebyggelse i fremtiden. I dag er det op til den enkelte kommune at organisere det infektionshygiejniske arbejde samt uddanne og vedligeholde personalets viden på området (Rønne 2009, Bloch 2012)

1.3.1 Aktører i det infektionsforebyggende arbejde i Danmark

I Danmark er der ikke direkte lovgivet om infektionsforebyggelse i sundhedsvæsenet. Der findes en epidemilov, der lovgiver om håndtering af smitsomme sygdomme. Epidemiloven beskriver hvordan særligt farlige og smitsomme sygdomme skal håndteres af myndigheder, herunder hvis der er brug for tvangsforanstaltninger (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2009). Det er med udgangspunkt i Epidemiloven, at Sundhedsstyrelsen udsteder vejledninger og nedsætter udvalg m.v. om smitteforebyggelse (Rønne 2009).

Statens Serum Institut er et institut under den danske Sundhedsstyrelse. Den Centrale Enhed for Infektionshygiejne på Statens Serum Institut udarbejder og udgiver infektionshygiejniske retningslinjer, informationsmateriale m.v., som beskriver både generelle og supplerende infektionshygiejniske forholdsregler. Desuden udgives nyhedsbreve, som indeholder nyt i relation til infektionsforebyggelse (Statens Serum Institut 2012). Statens Serum Instituts opgaver er beskrevet i Sundhedsloven (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010).

Dansk Standard, som er en privat virksomhed, har igennem flere år i samarbejde med bl.a. Statens Serum Institut, hygiejnesygeplejersker og kliniske mikrobiologer udarbejdet evidensbaserede infektionshygiejniske standarder, som har haft stor

betydning for det infektionshygiejniske kvalitetsniveau i sundhedsvæsenet i Danmark (Dansk Standard 2012).

Sundhedsministeren har i forår 2012 besluttet, at der fremadrettet skal være et enstrengt system vedrørende udarbejdelse og udgivelse af infektionshygiejniske retningslinjer, og at Statens Serum Institut overtager ansvaret for dette (Centrale Enhed for Infektionshygiejne 2012). Som nævnt er der i Danmark ikke en lovgivning om infektionshygiejne i sundhedsvæsenet. Sundhedsministerens beslutning, om at Statens Serum Institut skal være eneaktør i opgaven med at udarbejde infektionshygiejniske retningslinjer, må dog ses som en styrkelse af området.

Til sammenligning findes der lovgivning på områder, der har grænseflader til infektionsforebyggelse, eksempelvis Arbejdsmiljøloven (Beskæftigelsesministeriet 2010) og patientsikkerhedsområdet, som er omfattet af Sundhedsloven (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010). Patientsikkerhedsområdet omfatter også rapportering af utilsigtede hændelser, herunder hospitalserhvervede infektioner (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011b).

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet vejledninger på specifikke områder, f.eks. Vejledning til forebyggelse af spredning af MRSA (Sundhedsstyrelsen 2006b) og en pandemi-vejledning (Sundhedsstyrelsen 2006c). Desuden har Sundhedsstyrelsen udstukket forholdsregler mod smittespredning i aktuelle risikosituationer, som f.eks. ved influenza A-pandemien i 2009 (Sundhedsstyrelsen 2009).

Selskaber indenfor en række lægelige specialer er eksempler på andre aktører, som udgiver retningslinjer om infektionsforebyggelse, f.eks. Dansk Selskab for Infektionsmedicin (Dansk Selskab for Infektionsmedicin 2011).

Center for Kliniske Retningslinjer er et center ved Aarhus Universitet, som udarbejder evidensbaserede kliniske retningslinjer indenfor sygepleje. Centeret beskæftiger sig også med retningslinjer, som har implikationer indenfor infektionsforebyggelse (Center for Kliniske Retningslinjer 2012). Disse retningslinjer inddrager i forskellig grad andre referencer og har andre rekommandationer end nationale infektionshygiejniske retningslinjer.

De nævnte materialer er evidensbaseret i forskellig grad og bygger på nationale såvel som internationale referencer.

Til sammenligning har man i Norge Smittervernloven (Helse- og omsorgsdepartementet 2012) og i Sverige Smittskyddslagen (Sveriges Riksdag 2004). Disse love sigter ligesom den danske epidemilov mod befolkningens behov for beskyttelse mod spredning af smitsomme sygdomme og indeholder lister over anmeldelsespligtige sygdomme. Den norske og svenske lovgivning er dog mere omfattende og beskriver også kommuner og regioners ansvar for at tilrettelægge infektionsforebyggelse og hvilke offentlige instanser, som vejleder om infektionsforebyggelse.

1.3.2 Infektionshygiejne i sundhedspersonales grunduddannelser

De grunduddannelser, som sundhedspersonale gennemgår forud for deres ansættelser i sundhedsvæsenet, er alle omfattet af autorisationsloven. Formålet med autorisationsordninger for sundhedspersoner og deres sundhedsfaglige virke er at styrke patient-sikkerheden og fremme kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011a).

Omfanget af infektionshygiejne og mikrobiologi i grunduddannelserne varierer meget. De studerende på professionsbacheloruddannelserne (sygeplejersker, radiografer, fysio- og ergoterapeuter m.fl.) har forskellige antal lektioner i mikrobiologi (Via University College 2012). Eksempelvis har sygeplejestuderende fem lektioner i mikrobiologi (Undervisningsministeriet 2008). Det er ikke beskrevet, om undervisningen omfatter infektionsforebyggelse. Medicinstuderende har et mere omfattende studieprogram i mikrobiologi og immunologi. De studerende skal tilegne sig grundlæggende viden om bl.a. infektionssygdommes forebyggelse og omgangen med smittefarligt materiale. Desuden skal de studerende kunne anvende praktiske færdigheder i aseptisk teknik, hospitalshygiejne og i omgangen med smittefarlige patienter og materialer. Antibiotika-behandling og resistensudvikling er også en del af studiets pensum (Aarhus Universitet 2011). Social- og sundhedsassistentelever modtager undervisning i mikrobiologi, infektionssygdomme, institutionsinfektioner og forebyggelse af disse. Det er ikke beskrevet i overordnede elevplaner, hvor stort omfanget af undervisningen er (UNI.C 2012).

1.3.3 Infektionshygiejniske forholdsregler

Det er på baggrund af de tidligere nævnte aktørers lovgivning, retningslinjer og vejledninger, at der udarbejdes infektionshygiejniske retningslinjer og instrukser i de danske regioner, på hospitalerne og i kommunerne. Retningslinjer skrives oftest ud fra en forudsætning om, at sundhedspersonale har en grundviden om infektionshygiejne. Disse retningslinjer og instrukser har forskellige grader af detaljeringsniveau og lokalt præg og er derfor ikke 100 % ens. Årsager til forskelligheder kan være de mange aktører på nationalt plan eller lokale problemstillinger. Lokale problemstillinger kan være stor forekomst af bestemte mikroorganismer eller fysiske rammer, f.eks. mangel på enestuer til isolation (SSI 2011, Region Midtjylland 2011).

Der er dog enighed om, at udgangspunktet for smitteafbrydelse er, at alle patienter betragtes som potentielle smitekilder og det er med dette udgangspunkt, at de generelle infektionshygiejniske forholdsregler er beskrevet (SSI 2011, Region Midtjylland 2011).

Forholdsreglerne er bygget op således, at der er:

- Generelle hygiejniske forholdsregler, som knytter sig til alle generelle procedurer, f.eks. afbrydelse af kontaktsmitte med håndhygiejne, rengøring og desinfektion af udstyr, eller f.eks. anlæggelse af venekateter
- Supplerende forholdsregler, som primært relateres til diagnoser eller resistente bakterier, f.eks. tuberkulose, MRSA eller resistente tarmbakterier. De supplerende forholdsregler indebærer oftest, at patienten skal isoleres (SSI 2011, Region Midtjylland 2011).

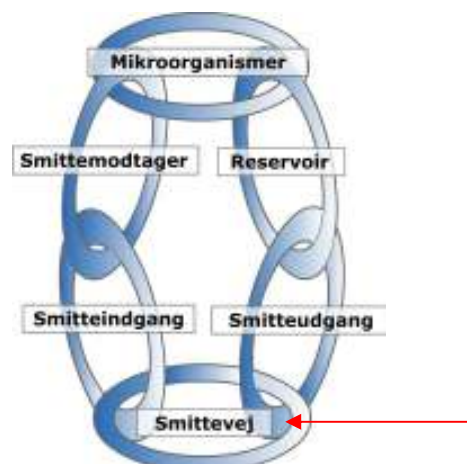
I forhold til Epidemiloven er der ikke lovhjemmel til at isolere mange af de patienter, som i dag isoleres på hospitalerne, men det betragtes som en del af normal praksis (SSI 2011). Disse patienter kan derfor ikke tvinges til at medvirke til isolation men skal informeres og give samtykke i forhold til Autorisationsloven om sundhedspersonale og deres virksomhed (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011a).

1.3.4 Smitteveje

Der er i princippet tre steder at sætte ind for at forebygge smitte:

- Smittekilden
- Smittevejen
- Den modtagelige person (Rønne 2009).

Her fokuseres primært på *smittevejen*. Meget forenklet kan smitte illustreres med en smittekæde med seks led, hvor de fem led altid er til stede i et vist omfang og derfor brydes smittekæden ved at klippe kæden og afbryde smittespredning i det sjette led, som hedder smittevej, se Figur 2. Det er i princippet dette led, de fleste infektionshygiejniske forholdsregler er bygget op omkring (SSI 2011, Region Midtjylland 2011).



Figur 2. Illustration af smittekæden (SSI 2011).

Kontaktsmitte, dråbesmitte og luftbåren smitte er de smitteveje, som sundhedspersonale primært skal forholde sig til. Smittevejen for mikroorganismer som stafylokokker, tarmbakterier og mange vira er direkte og indirekte kontaktsmitte og dråbesmitte. Dråber fra host og nys sedimenteres på overflader, hvorved smittevejen bliver kontaktsmitte, fordi smitten opstår ved hænderes berøring med omgivelser, hvorefter hænderne kan transportere smitten videre (Jensen 2004).

Direkte kontaktsmitte opstår ved kontakt mellem to personer – smitekilden og smittemodtageren. Indirekte kontaktsmitte opstår ved en person som mellemlid, f.eks. sundhedspersonale. Sundhedspersonalet kan f.eks. videreføre smitstof med mikroorganismer fra deres hænder til patienter. Smitstof kan være blod, sekret og udskillelser eller hudpartikler (Jensen 2004).

Indirekte kontaktsmitte opstår også ved overførsel af smitstof via udstyr som mellemlid, f.eks. udstyr, som bruges i pleje og behandling. Hvis udstyret er forurenet fra brug ved en patient og ikke korrekt rengjort og desinficeret, overføres smitstof til den næste patient (Jensen 2004).

Mange af de resistente bakterier, f.eks. tarm- og hudbakterier, som er årsag til isolation af patienter på hospitalerne, overføres ved kontaktsmitte (Jensen 2004). Det betyder at isolation bliver en foranstaltning, som i princippet skal skærpe sundhedspersonalets opmærksomhed på at overholde de infektionshygiejniske forholdsregler, som de til enhver tid skal efterleve.

2 PROBLEMFORMULERING

Hovedparten af smitsomme sygdomme spredes via kontaktsmitte. Det betyder, at smitteafbrydelse sker ved at efterleve de generelle infektionshygiejniske forholdsregler. Værnemidler er i denne sammenhæng primært handsker og forklæder. Udgangspunktet for smitteafbrydelse og de generelle infektionshygiejniske forholdsregler er, at alle patienter betragtes som potentielle smitekilder. Derfor kan en supplerende forholdsregel som isolation med skærpede forhold omkring værnemidler og rengøring ses som et udtryk for, at der ikke er tillid til, at sundhedspersonalet efterlever de generelle hygiejniske forholdsregler.

Flere og flere patienter får diagnosticeret resistente bakterier og for at følge retningslinjer, isoleres disse patienter. Der er som beskrevet risici forbundet med at være isolationspatient og det kan have menneskelige konsekvenser som stigmatisering og mindre kontakt med sundhedspersonalet. Det er dokumenteret, at der er betydelige øgede omkostninger for sundhedsvæsenet, når patienter isoleres og skal behandles for infektioner med resistente bakterier. I takt med at flere patienter isoleres, skal sundhedspersonale forholde sig til flere patienter med formodet øget smitterisiko. Spørgsmålet er, hvordan sundhedspersonalet oplever smitterisiko og håndterer patienter i isolation? Hvordan opleves kontakten med patienterne og det ekstra arbejde, som er forbundet med isolationspatienter? Oplever sundhedspersonale forskel i risikoen for smitte-

spredning fra isolationspatienter til sammenligning med risiko for smittespredning fra andre patienter, hvor man ikke har en erkendt smitterisiko?

2.1 Formål

Formålet med dette studie er at udforske og beskrive hvordan sundhedspersonale opfatter og håndterer risiko for smittespredning, både hos isolationspatienter og andre patienter, som ikke er isoleret. Desuden er formålet at afdække, om opfattelsen af smitterisiko hos isolationspatienter påvirker sundhedspersonalets opfattelse af betydningen af de generelle infektionshygiejniske forholdsregler.

2.2 Forskningsspørgsmål

- Hvorledes opfatter sundhedspersonale smitterisiko fra isolationspatienter med f.eks. resistente bakterier og hvordan håndterer de denne risiko?
- Hvorledes opfatter sundhedspersonale smitterisiko fra andre patienter, der ikke er i isolation, men som i princippet også udgør en potentiel smitekilde og hvordan håndterer de denne smitterisiko?
- Har sundhedspersonale en særlig opfattelse af smitterisiko ved isolationspatienter, som flytter fokus fra betydningen af de generelle infektionshygiejniske forholdsregler?

3 TEORETISK RAMME

Dette afsnit beskriver den teoretiske ramme, som skal belyse problemformuleringen i diskussionen med resultaterne af det empiriske materiale. Det endelige valg af teoretisk ramme er truffet i forbindelse med dataanalysen, hvor det blev tydeligt, hvad deltagerne fortalte om deres oplevelse af smitterisiko.

3.1 Risikobegrebet

En risiko er et udtryk for sandsynlighed og konsekvens af en ønsket hændelse, eller blot en sandsynlighed. Risiko som begreb er opstået indenfor nuklear sikkerhed, men i dag udviklet og brugt indenfor mange områder, også sundhedsvidenskab (Gyldendal 2012).

Risiko omfatter flere begreber, som det er nødvendigt at definere kort for at forstå dem i den sammenhæng, de bruges i senere i teksten.

Den Store Danske Encyklopædi (Gyldendal 2012) beskriver risiko således (i uddrag):

- *Risikoanalyse er en systematisk metode til at identificere og beskrive risikoen ved en aktivitet*
- *Risikovurdering er en bedømmelse af betydningen af risikoanalysens resultater og tjener derved som grundlag for beslutninger (...)*
- *Risikooplevelse beskriver den individuelt oplevede risiko, hvor der oftest er forskel mellem opfattelsen blandt personer (...).*

Desuden anvender Grandjean et al. (2001) også andre begreber indenfor risiko:

- *Risikohåndtering er en beslutningsproces, hvor alle relevante aspekter inddrages for at nå frem til den optimale måde at begrænse risiko (...). Bruges nogle gange i formen "risikostyring"*
- *Risikokommunikation er fortolkning og formidling af viden om risiko.*

Risiko er et subjektivt begreb, som er forbundet til vores forestillinger og kulturer, men også påvirket af psykologiske og følelsesmæssige faktorer, f.eks. om en given risiko opleves som en trussel (Grandjean et al 2001). Det har betydning, om vi er eksperter med stor viden om (risiko-) området eller lægfolk og i hvilken social eller samfundsmæssig kontekst, vi oplever risici. Der er derfor mange faktorer, der bestemmer og karakteriserer folks oplevelse af risiko. Manglende viden, usikkerhed og angst forstærker oplevelsen af risiko. En risikooplevelse forstærkes af opmærksomhed, næsten uanset hvilket vidensniveau man har. Egenkontrol over en given hændelse og anvendelse af et forsigtighedsprincip har også betydning for, hvordan en risiko opleves og hvilke beslutninger og handlinger, den afføder. Risikooplevelse er tæt sammenhængende med risikokommunikation (Grandjean et al 2001).

Giddens (1996) diskuterer risiko og risikoens forhold til vores selvidentitet i det moderne samfund. Han betegner det at overveje og bedømme risici som et altid tilstedeværende element og en af modernitetens betingelser. Giddens taler om, at modernitetens risikoklima er foruroligende, fordi den moderne viden har en skiftende og dynamisk karakter, der gør, at ekspertudtalelser sjældent er evigt gyldige og at det komplicerer lægfolks forståelse og dermed adfærd og praksis i forhold til denne viden. I risikosituationer konstrueres eller rekonstrueres vores selvidentitet i mødet med ekspert-samfundet, hvor vi søger rådgivning eller reflekterer over viden. Denne foranderlige viden bliver i dette møde et af de grundlæggende dilemmaer i moderniteten ifølge Giddens (1996).

3.2 Sundhedspædagogik

For at udvikle praktikernes sundhedspædagogiske kompetencer i sundhedsarbejdet, må disse gøre sig overvejelser i konkrete situationer om begreberne handlekompetence, dualismen mellem teori og praksis og ekspertviden (Saugstad og Mach-Zagal 2003). I dette afsnit beskrives begreberne som Saugstad og Mach-Zagal (2003) fremstiller dem.

3.2.1 Handlekompetence

Handlekompetence er et centralt begreb i nyere sundhedspædagogik. Handlekompetence er en sammensat kompetence, som består af både viden om og holdning til problemområder og evnen til at handle i forhold til problemerne. Handlekompetence består af både en generel og en specifik del. Den generelle handlekompetence består af evnen til at træffe handlingsvalg på baggrund af samfundsmæssige og menneskelige vurderinger, altså evnen til at tænke forholdene anderledes. Den specielle handlekompetence udvikles i forhold til de områder, hvor handlekompetencen skal bruges. Man skal kunne afdække problemområdet, barrierer og muligheder, tænke alternativt og lægge nye strategier for området. Den specielle handlekompetence kræver viden eller erfaring om den konkrete situation eller problemstilling (Saugstad og Mach-Zagal 2003).

Handlerummet som pædagogisk begreb supplerer handlekompetence, fordi det kan opfattes mere konkret. Begrebet omfatter både handlemuligheder og handlebarrierer. Handlerummet er både det faktiske handlerum og det oplevede handlerum. Det faktiske handlerum er det reelle handlerum, mens det oplevede handlerum er en subjektiv opfattelse. Handlerummet kan opleves som både større og mindre end det reelt er. Eksempelvis skaber en øget ekspertafhængighed en forestilling om, at handlerummet er mindre, at den enkelte ikke har indflydelse på en udviklingsproces. Når handlerummet opleves som større end det reelt er, ser den enkelte måske ikke de fulde konsekvenser af sine handlinger, som eksempel nævnes ungdommens sundhedstruende livsførelse (Saugstad og Mach-Zagal 2003).

Handlingens logik er målrettet ud fra beslutninger, vi har taget. Den skal have et praktisk aspekt, give mening for den som udfører den, dvs. man skal have gjort sig overvejelser og truffet nogle valg. Handlingens logik er derfor knyttet til individet, fordi man har sine egne mål for det, man gør. Handlingens logik er altså både kognitiv og praktisk orienteret (Saugstad og Mach-Zagal 2003).

3.2.2 Dualismen mellem teori og praksis

Forholdet mellem teori og praksis er et typisk eksempel på dualisme-par. De opfattes som modsætninger, som gør det svært at forene teori og praksis, f.eks. i sygeplejefaget.

Teori har forrang frem for praksis, opfattes som ”finere”. Som eksempel nævner Saugstad og Mach-Zagal (2003), at når der argumenteres for noget ”som er videnskabeligt bevist” – ja så er der ikke flere argumenter imod dette. Når en teoretiker opfattes som en, der ikke har forstand på praksis og en praktiker ikke kender til eller bruger teori, så bliver forholdet mellem teori og praktik modsætningsfuldt og problematisk. Yderligere opfattes teori for praktikerne som noget, der skal bidrage til ændringer og løsninger i praksis, idet praksis er nogle konkrete situationer. Teoretikeren opfatter derimod teori som noget alment gyldigt, noget generelt (Saugstad og Mach-Zagal 2003).

Indenfor den pædagogiske opfattelse af forholdet mellem teori og praksis, er der to perspektiver, som fremhæves her. Der er et ”scientistisk perspektiv”, hvor teoribegrebet er videnskabsforståelse, foreskrivende og normativt i forhold til praksis. Den viden, man handler efter i praksis, er lig med anvendt videnskabelig viden. Her er en udpræget dualistisk teori-praksis relation, hvor teori går foran praksis, som netop bliver kvalificeret af teorien. Det er ud fra dette perspektiv, man bestræber sig på at gøre de mellemlange videregående uddannelser mere teoretiske og videnskabeligt funderet. Indenfor det ”praksisistiske perspektiv” er praksis normen for teori, dvs. at man opfatter teori som udledt af praksis. Her opfatter man, at der er den tættest mulige sammenhæng mellem teori og praksis. Teori og praksis er to sider af samme sag og teorien sætter ord på praksis (Saugstad og Mach-Zagal 2003).

Saugstad og Mach-Zagal argumenterer for, at samfundsudviklingen er gået i retning af et eksperksamfund. Eksperternes specialviden styrer samfundet og der bliver større og større afstand mellem ekspert og lægmand, som netop ikke har nogen indflydelse mere. En anden vigtig pointe er, at eksperter kun har kendskab til et lille område, og ikke kender og ser dette område i relation til helheden. En kultur domineret af eksperter vil være en hæmsko for udviklingen af demokratiske processer. For at den demokratiske handlekompetence kan udvikles, må der være en frugtbar vekselvirkning mellem ekspert og lægmand, mellem videnskaben og den sunde fornuft – og ikke mindst mellem sundhedspædagogen og modtageren af det sundhedspædagogiske budskab (Saugstad og Mach-Zagal 2003).

3.3 Samarbejde

Samarbejde er et komplekst fænomen og praktiseres både som relationelle og strukturelle processer, som Holdt Christensen redegør for (2012). De strukturelle processer fremstilles og diskuteres ofte i ledelses- og organisationsteorier, mens de relationelle og sociale processer har mindre bevågenhed. Koordination og motivation er måske de væsentligste begreber indenfor samarbejde. Således handler samarbejde ikke kun om at få løst arbejdsopgaver, men om hvordan sociale processer påvirker koordinering af arbejdsopgaver og hvordan individet motiveres. Særligt tre faktorer øger arbejds motivationen:

- Oplevelsen af at ens arbejde er meningsfuldt

- Oplevelsen af et vist ansvar for resultatet af ens arbejdsindsats
- Viden om konsekvenserne af ens arbejde (Holdt Christensen 2012).

I den relationelle proces i samarbejdet påvirkes individets arbejdsindsats. Kolleger inspirerer og inspireres af hinanden og den blotte tilstedeværelse af andre kan påvirke individets motivation og indsats positivt. Der er tale om ”social facilitering”, når individet yder lidt ekstra, fordi der er andre til stede. Faktisk ses, at der ydes så meget, at der kompenseres for kollegers eventuelle manglende evner eller arbejdsindsats. Dermed er også sagt, at det modsatte, ”social dovenskab”, finder sted. Her slækker individet i samarbejdet og lader andre gøre arbejdet (Holdt Christensen 2012).

På arbejdspladser opstår relationer, både formelle og uformelle. Disse relationer betegnes som social kapital, og kan være en uvurderlig ressource for organisationen. Gennem relationer forpligtiger medarbejdere sig overfor hinanden og giver en sikkerhed for, at man altid kan få hjælp i sit arbejde. Over tid ved man, hvad man kan forvente af sine kolleger og behøver ikke bruge tid på at få samarbejdet til at fungere (Holdt Christensen 2012).

Holdt Christensen (2012) taler om to idealer for samarbejde: Samarbejde ud fra et effektivitetsideal og samarbejde ud fra et kreativitetsideal. Nøglebegreberne, som betegner de to idealer, skitseres i Tabel 1.

Tabel 1. To idealer for samarbejde (Holdt Christensen 2012).

	Samarbejde ud fra et effektivitetsideal	Samarbejde ud fra et kreativitetsideal
Formål	Effektivisering af arbejdsstrømme Minimering af forstyrrelser på arbejdets vej gennem organisationen	At skabe nye ideer gennem interaktion
Arbejdets karakter	Ensidigt, præget af gentagelser	Kreativt, udfordrende
Nøgleord	Forudsigelighed, standardisering, vertikal kommunikation	Dynamik, horisontal kommunikation, fleksibilitet, udvikling
Værktøjer	Formelle koordineringsmekanismer	Sociale relationer

I samarbejde ud fra et effektivitetsideal ser man på standardisering og stordriftsfordele og samarbejdsidealet kendes fra fabriksarbejde og industrialiseringens systematisering. Organisationsstrukturen er også kendetegnet ved, at ledelsen lægger rammerne for samarbejde. Samarbejde ud fra et kreativitetsideal har fordele, når mennesker skal udføre mange og komplekse opgaver, hvor det enkelte individ har begrænset kapacitet, både i forhold til viden, specialisering og forskellige professioner. Allerede før

industrialiseringen udførtes samarbejde mellem mennesker, dengang i mindre enheder, hvor fokus lå på håndværket og bidrag til det lokale fællesskab. Samarbejde i mindre grupper har bl.a. disse karakteristika:

- Fælles gensidig afhængighed i løsningen af opgaverne
- Fælles ansvar for, at gruppens arbejde bliver udført
- Autoritet til selv at træffe beslutninger (Holdt Christensen 2012).

En væsentlig årsag, til at samarbejde altid har eksisteret, er, at mennesker er begrænsede i forhold til, hvad de kan udrette alene. Begrænsningen kan være både kognitiv og fysisk. Der er også tidsmæssige fordele for en organisation ved at lade mennesker samarbejde om opgaver. I samarbejdet er individet en del af et fællesskab og kan få værdifuld feedback for sit arbejde. Samarbejde er præget af gensidig afhængighed, både i forhold til proces og resultater. Derfor bliver koordination et centralt begreb i samarbejde og der er i høj grad brug for kommunikation, når forskellige professioner skal interagere eller koordinere arbejdsindsatser (Holdt Christensen 2012).

4 METODE

For at et studie eller en opgave kan have et videnskabeligt grundlag, er der nogle elementer, som skal være til stede. Rienecker og Jørgensen (2006) taler om opgavens pentagon. Det er med udgangspunkt i opgavens pentagon, at metoden beskrives.

I opgavens introduktion er argumenteret for, at udviklingen af resistente bakterier har/får betydning for både patienter og sundhedsvæsen. På danske hospitaler arbejder infektionshygiejniske teams med infektionsforebyggelse både gennem udfærdigelse af de retningslinjer, som sundhedspersonale skal efterleve såvel som i den daglige kontakt med sundhedspersonalet i forbindelse med overvågning og vejledende opgaver. Derfor er det relevant for forfatteren, som hygiejnesygeplejerske, at undersøge sundhedspersonalets opfattelse af smitterisiko og hvordan smitterisikoen håndteres. I opgaven beskrives, hvordan sundhedspersonale oplever og håndterer smitterisiko, både i forhold til patienter i isolation og patienter uden kendt smitterisiko. Formålet er at beskrive dette, men også forsøge at få viden om, om en særlig oplevelse af smitterisiko ved isolationspatienter har betydning for, hvordan man opfatter smitterisiko ved andre patienter uden kendt smitterisiko.

4.1 Design

Valg af design er sket på baggrund af studiets formål og forskningsspørgsmål. Formålet med dette studie var at udforske og beskrive sundhedspersonales opfattelser og håndtering af smitterisiko, derfor blev valgt en kvalitativ forskningsmetode. Kvalitative

forskningsmetoder er velegnede til få viden om og forstå menneskers livsverden så som oplevelser, handlinger og erfaringer (Kvale og Brinkmann 2009).

Kvalitativ forskning har grundlæggende en induktiv tilnærmning. Helt specielle tilfælde undersøges og man søger i diskussionen med teorien at finde ud af, om tilfældet kan generaliseres. Det er det empiriske materiale, som giver mulighed for nye begreber, som kan kvalificere nye fænomener (Malterud 2011). Kvalitativ forskning er ikke hypotesetestning, men man kan ikke tilbagevise hypotesetestning fuldstændig i kvalitative studier, fordi forskeren oftest kender konturerne af sit studie, når området kendes indgående og denne har en forudfattet mening eller forforståelse af feltet (Malterud 2011). I dette studie handlede det om at udfordre og udforske området med meget åbne spørgsmål og en åben tilgang til teoretisk ramme. Det har ikke været hensigten at finde enten-eller svar, men at finde nuancerede svarmulighederne for at få et bredere billede af oplevelse og håndtering af smitterisiko.

Som analysemetode anvendes Kirsti Malteruds metode, systematisk tekstkondensering. Metoden er udviklet indenfor kvalitativ medicinsk forskning og er systematisk og velegnet til at besvare spørgsmål om, hvordan et fænomen eller felt opleves og beskrives (Malterud 2011).

Der blev valgt fokusgruppeinterviews til dataindsamling. Fokusgrupper giver mulighed for mange deltagere, som drøfter deres oplevelser og udveksler erfaringer i den dynamik, som gerne skal opstå under interviewet (Litosseliti 2003). Interviews er en god måde at indsamle kvalitative data på, når man vil indhente beskrivelser om forhold i den interviewedes livsverden i form af oplevelser og erfaringer (Kvale og Brinkmann 2009).

I interviews blev anvendt en semistruktureret interviewguide med en kort introduktion og åbne spørgsmål (Bilag 1). Interviewguides kan struktureres med forskellige detaljeringsniveauer og det kan være en fordel for noviceinterviewere at have en struktureret og udførlig interviewguide (Tinggaard og Brinkmann 2010). Interviewguiden, der blev brugt i interviews i dette studie, bestod af få og åbne spørgsmål og var et resultat af mange overvejelser og udkast. Når den endte med at bestå af så få spørgsmål, var det et udtryk for, at forfatterens forforståelse kom til at præge andre udkast med flere detaljeringsgrader i spørgsmål.

Valg af forskningsområde og problemformulering vil altid være på baggrund af forskerens forforståelse og faglige indsigt. Malterud anbefaler, at forskeren/ forfatteren skriver sin forforståelse ned inden interviews for at være bevidst om den og undgå ubevidst påvirkning både i interviewguide og under interviews (Malterud 2011). Forfatterens forforståelse blev skrevet ned i forbindelse med udarbejdelse af problemformulering og den har været et opmærksomhedspunkt under hele studiet.

Forfatterens forforståelse er dannet ud fra en baggrund som sygeplejerske med mange års erfaring, senest syv år som hygiejnesygeplejerske. Som hygiejnesygeplejerske arbejder man med infektionsforebyggelse i sundhedsvæsenet og arbejdet er rettet mod sundhedspersonalet på alle niveauer i organisationen. Som hygiejnesygeplejerske har

forfatteren en diplomuddannelse i infektionshygiejne, hvis indhold også har bidraget til for forståelsen.

4.2 Deltagere

Deltagere til interviews vælges ud fra en forventning om, at de kan belyse problemstillingen tilstrækkeligt både i dybde, bredde og variation (Malterud 2011).

Deltagerne i dette studie var sundhedspersonale og der har, så vidt det var muligt, været et repræsentativt udvalg af begge køn, erfarne og mindre erfarne, unge og ældre. Der deltog sundhedspersonale fra forskellige afdelinger, således at både de medicinske, kirurgiske, ortopædkirurgiske specialer og akutområdet var repræsenteret. De seks mandlige deltagere i fire af fokusgrupperne afspejler kønsfordelingen i faggrupperne. I alt har der været 38 deltagere i interviews med en repræsentativ fordeling af erfaring og alder (Bilag 2).

I studiet indgik otte fokusgrupper. Fem fokusgrupper bestod af sygeplejersker, fordi de er den største faggruppe og udgør den faglige plejemæssige ledelse i de fleste afdelinger på danske hospitaler. I de kliniske afsnit er der desuden såkaldte hygiejnenøglepersoner, som forventes at have et større kendskab til det infektionsforebyggende område. De udgjorde en egen gruppe, for at afdække om det har betydning for deres oplevelse og håndtering af smitterisiko. Gruppen bestod af sygeplejersker. Desuden indgik tre grupper med hhv. social- og sundhedsassistenter, fysio- og ergoterapeuter og læger (Bilag 2). De valgte faggrupper er alle omfattet af autorisationsloven (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011a).

Fokusgrupperne var udvalgt primært i Hospitalsenheden Vest, som består af to mellemstore hospitaler i Herning og Holstebro og tre mindre enheder i Tarm, Ringkøbing og Lemvig. En enkelt gruppe var sygeplejersker fra Århus Universitetshospital. Afdelingen i Århus blev inddraget, fordi den i forbindelse med et udbrud med resistente mikroorganismer ændrede infektionshygiejniske retningslinjer fra isolationsforholdsregler til øget opmærksomhed på at efterleve de generelle forholdsregler for infektionsforebyggelse. Ønsket om ændringen blev udløst af mangel på enestuer til isolation og blev foretaget i samarbejde med den lokale hygiejneorganisation (Kilde: hygiejnesygeplejerske Ulla Kehlet). Gruppen blev valgt for at belyse, om de ændrede forholdsregler i deres afdeling har betydning for oplevelse og håndtering af smitterisiko.

4.3 Dataindsamling

Det empiriske materiale i dette studie blev indsamlet i otte fokusgrupper, som nævnt syv i Hospitalsenheden Vest og en på en afdeling på Århus Universitetshospital. Interviews blev struktureret som semistrukturerede interviews med en interviewguide

med fem åbne spørgsmål, som indledtes med *hvordan* eller *hvad*, for at åbne for refleksion og bredde i besvarelsene (Bilag 1). Interviewguiden blev lavet med udgangspunkt i formål og forskningsspørgsmål. Hvor formål og forskningsspørgsmål søger forklaringer om et fænomen, retter interviewspørgsmålene sig mere mod konkrete beskrivelser af fænomenet (Tanggaard og Brinkmann 2010), som det også er tilstræbt her.

Interviews blev optaget på digital optager for senere transskribering.

4.3.1 Fokusgruppeinterviews

Fokusgruppeinterviews er velegnede, når man ønsker at få deltagerne til at tale sammen om deres oplevelser og skabe mest mulig erfaringsudveksling. Fokusgrupper giver mulighed for, at der produceres en større og mere varieret mængde udspil i interaktionen mellem deltagerne, som kan spørge ind til og kommentere hinandens erfaringer og udtalelser (Halkier 2010). Desuden giver fokusgruppeinterviews bedre mulighed for, at interviewerens forforståelse ikke påvirker interviewet, fordi denne blander sig så lidt som muligt i samtalen (Litosseliti 2003).

I starten af hvert fokusgruppeinterview blev der informeret om, at fokusgruppeinterviews er anderledes end individuelle interviews, fordi gruppen skal tale sammen og ikke specielt til intervieweren (Litosseliti 2003). Det blev også understreget, at der blev spurgt om oplevelser og håndtering af emnet og at spørgsmål ikke var en test af viden. Derfor var der heller ikke nogen svar, der var mere rigtige end andre. Der blev også informeret skriftligt og mundtligt om undersøgelsens formål, opbevaring af data og senere offentliggørelse. Deltagerne blev opfordret til tavshedspligt og loyalitet overfor gruppen (Bilag 3).

Malterud anbefaler fokusgrupper på fem til otte deltagere for at opnå en god dynamik i gruppen, samtidig med at gruppen ikke er større end, at alle kan få mulighed for at bidrage. En vis homogenitet gør, at deltagerne har fælles erfaringsgrundlag og modvirker bl.a., at der opstår konkurrence og modsætninger (Malterud 2011). Her blev valgt fem til syv deltagere fra samme afdeling, for at deltagerne havde en fælles reference-ramme for undersøgelsesfeltet og dermed ikke skulle tale om faktuelle forskelligheder. Der blev valgt max. syv deltagere, fordi deltagerne i de enkelte fokusgrupper var fra samme afdeling og derfor fraværende fra afdelingen på samme tid.

Tanggaard og Brinkmann (2010) understreger, at når udvalg er små i kvalitative designs, må de ikke bygge på tilfældigheder. Her var hver fokusgruppe monofaglig, men bredden i sundhedspersonalets forskellige uddannelser og funktioner blev dækket gennem flere fokusgrupper med forskellige faggrupper. Grupperne var monofaglige grupper for at skabe ligeværd og tryk i gruppen, ikke for at se på forskellige oplevelser mellem faggrupperne.

En moderator/interviewer i fokusgrupper har en anderledes funktion end interviewerens i individuelle interviews, fordi denne skal få gruppedeltagerne til at tale sammen frem for at tale til interviewerens. Moderatoren skal være en opmærksom lytter og skabe rum for gruppens interaktion, vedkommende skal sørge for, at gruppen præges af uformalitet for at få deltagerne til at tale og agere sammen, men også sørge for at gruppen holder sig til emnet (Halkier 2010). I dette studie var forfatteren moderator i fokusgrupperne, fordi feltet kendes indgående og hensigten var at fange nuancer i besvarelser, som blev spurgt ind til og uddybet.

Litosseliti (2003) anbefaler, at der deltager en observatør eller sekretær i fokusgruppe-interviews. Observatøren skal ikke deltage i selve interviewet, men observere og notere interaktion mellem deltagerne, således at det kan understøtte det øvrige datamateriale. I fokusgrupperne deltog en observatør, som ikke arbejder indenfor det infektions-hygieniske område, men som har stor erfaring indenfor interviews og gruppedynamik. Observatøren tog notater om gruppedynamik og den nonverbale kommunikation, men så også på moderators rolle. Inden interviews havde observatøren læst forfatterens nedskrevne forforståelse af emnet.

Alle interviews blev gennemført med den samme interviewguide og med stor opmærksomhed på at lade deltagerne tale sammen og kun afbryde for at spørge ind til forhold i samtalen, hvor der var behov for uddybning eller præcisering. Umiddelbart efter alle interviews blev interviewerens rolle og interaktionen i gruppen drøftet med observatøren for at sikre sammenligneligheden med den måde fokusgrupperne blev interviewet på og at forfatterens forforståelse ikke påvirkede interviewet.

Fokusgruppeinterviews kan have en varighed fra 30 minutter til flere timer (Malterud 2011). Interviews i dette studie varede 30-45 minutter.

Der blev serveret kaffe/the og chokolade, desuden fik alle deltagerne en lille æske chokolade som tak for hjælpen.

4.4 Dataanalyse

Forfatteren transskriberede selv alle interviews for at kende materialet bedst muligt. Når forfatteren interviewer og transskriberer, starter analyseprocessen i princippet allerede der (Malterud 2011) og i dette studie tog temaer allerede form undervejs i interviews og transskribering.

Dataanalyse blev lavet efter Malteruds metode, systematisk tekstkondensering. Malterud beskriver den systematiske analyseproces fra dekontekstualisering til rekontekstualisering:

Det drejer sig om

1. at få et helhedsindtryk

2. at identificere meningsdannende enheder
3. at abstrahere indholdet i de meningsdannende enheder
4. at sammenfatte betydningen af dette (Malterud 2011).

I den systematiske tekstkondensering blev arbejdet med

1. temaer
2. meningsbærende enheder
3. kodegrupper
4. subgrupper og endeligt
5. kondensater som det ”kunstige citat” (Malterud 2011).

I dekontekstualiseringsprocessen blev helhedsindtrykket omsat til seks temaer og i datamaterialet blev identificeret meningsbærende enheder, som sagde noget om disse temaer. Kodeprocessen foregik rent praktisk med farvekoder i de elektroniske dokumenter.

Tekststykker, de meningsbærende enheder, blev taget ud af sammenhængen og sat sammen med beslægtede tekststykker i kodegrupper. Der blev efterfølgende arbejdet videre med de enkelte kodegrupper. Undervejs blev seks temaer til fire kodegrupper, fordi der var sammenfald af meningsbærende enheder i temaerne.

I kodegrupperne blev dannet flere subgrupper, således at det var muligt at lade nuancer træde tydeligere frem. Hver subgruppe blev analyseret for sig og der blev dannet et eller flere kondensater af det empiriske materiale. I den sidste del af analysefasen blev subgrupperne præsenteret med en resultattekst, som sammenfatter, hvad deltagerne sagde. Kodegrupperne havde arbejdsoverskrifter, men de endelige og beskrivende overskrifter blev først dannet her.

Kondensatet – det kunstige citat - var udgangspunktet for resultatbeskrivelsen for subgruppen og formuleret så tæt på det empiriske materiale som muligt, således at det beskrev og understøttede resultatteksten. Flere kondensater blev sammenfattet af flere oprindelige citater, som udtrykte det samme. Det kunstige citat får dermed en mere generel form (Malterud 2011), men det blev tilstræbt, at de var farverige og beskrivende som de oprindelige udsagn.

Gennem resultatbeskrivelsen blev materialet rekontekstualiseret. Det vil sige, at det skal beskrive essensen af det oprindelige materiales svar på forskningsspørgsmålene (Malterud 2011). Ved gennemlæsning af det oprindelige materiale blev fundet, at resultaterne kunne tilbageføres til rådata.

For at kvalitetssikre fremgangsmåde og fund, blev de drøftet med kolleger. Når det handler om kvalitative metoder, vil der altid være en vis grad af subjektiv fremstilling af resultater, som betyder, at en anden forfatter ville kunne nå frem til andre resultater (Malterud 2011). For at sikre at forfatteren var tro mod det oprindelige datamateriale, læste en kollega hele det transskriberede materiale og derefter resultatbeskrivelsen. To kolleger og vejleder læste opgaven undervejs og gav forfatteren konstruktiv sparring.

Undervejs blev resultater drøftet med kolleger i mange sammenhænge for at afprøve både forståelse og fortolkning af datamaterialet.

4.5 Troværdighed, pålidelighed og overførbarhed

Graneheim og Lundman (2004) taler om begreberne troværdighed, pålidelighed og overførbarhed indenfor kvalitativ analyse i en betydning, hvor ord, meninger og fortolkninger er omfattet af begreberne. De engelske ord *trustworthiness*, *credibility*, *dependability* og *transferability* er mere dækkende for begreberne indenfor kvalitativ forskning end de danske, men her vil de blive omtalt på dansk som troværdighed, pålidelighed og overførbarhed i den kvalitative metode.

Når Graneheim og Lundman (2004) taler om troværdighed, pålidelighed og overførbarhed fremhæves systematisk og gennemskuelig analysemetode som et vigtigt element. Desuden må forskeren beskrive, hvad denne gør, så læseren kan følge metoden. Ved at beskrive hvordan undersøgelsen er tilrettelagt og udført, giver det læseren mulighed for at vurdere om resultaterne kan overføres til andre sammenhænge (Graneheim og Lundman 2004).

Troværdighed vises bl.a. ved, at forskeren præsenterer sine resultater på en måde, så det tillader læseren at se efter andre fortolkninger (Graneheim og Lundmann 2004). Udvalget af informanter og bredden i repræsentationen af de forskellige sundhedsuddannelser skal også bidrage til, at resultatet bliver troværdigt.

4.6 Etiske overvejelser

Der indgår ikke patienter eller personfølsomme oplysninger i interviews i dette studie. Derfor er der ikke tale om kritiske oplysninger i forhold til Persondataloven og Data-beskyttelsesdirektivet (Datatilsynet 2011). I Danmark er det udelukkende biomedicinske undersøgelser og forskning, som skal godkendes i De Videnskabsetiske Komitéer (Den Centrale Videnskabsetiske Komite 2011).

Der blev indhentet accept fra Hospitalsledelsen om at udføre interviews i institutionens regi. Der var ligeledes accept fra deltagerne nærmeste ledere, som også udvalgte deltagerne efter de nævnte kriterier. Forud for interviews i afdelingen udenfor Hospitalsenheden Vest blev afdelingslederen kontaktet for tilsvarende procedure.

Deltagerne blev skriftligt og mundtligt informeret om undersøgelsen. Frivillighed, anonymitet og fortrolighed blev understreget. Data blev anonymiseret og er opbevaret fortroligt. Der blev opfordret til loyalitet og tavshedspligt i grupperne.

Undervejs i nogle interviews opstod der diskussioner om, hvorvidt noget var rigtigt eller forkert eller der blev sagt nogle ting, som var faktisk forkerte i forhold til retningslinjer. Under interviewet blev disse forhold ikke berørt, men efter interviewet blev der fulgt op på det, således at de blev udredt, og de interviewede ikke gik derfra med frustrationer eller fagligt forkerte opfattelser.

5 RESULTATER

I analysen blev identificeret fire overordnede kodegrupper om sundhedspersonales oplevelser og håndtering af smitterisiko. Hver kodegruppe fik to til tre subgrupper, i alt blev det til ti subgrupper, se Tabel 2.

Patienter, som ikke er i isolation, omtales som *andre patienter* eller *almindelige patienter*.

Tabel 2. Oversigt over kodegrupper og subgrupper.

Kodegrupper	Subgrupper
Smitterisiko ved isolationspatienter	• Stor smitterisiko • Ingen smitterisiko - når retningslinjer overholdes • Øget fokus på smitteafbrydelse
Smitterisiko ved almindelige patienter	• Oplevelse af smitterisiko • Afbrydelse af smitteveje • Særlige risikosituationer
At passe og at være isolationspatient	• Sundhedspersonalets oplevelser • Sundhedspersonalets opfattelse af patienters oplevelser
Læring	• Erfaring og viden • Udvikling og omstilling

5.1 Smitterisiko ved isolationspatienter

Kodegruppen ”Smitterisiko ved isolationspatienter” omhandler, hvordan de interviewede sundhedspersoner oplevede smitterisiko ved pleje og behandling af isolationspatienter. For nogle oplevedes det som en stor smitterisiko at passe isolationspatienter og man havde øget fokus på smitteafbrydelse, mens andre forholdt sig til at følge retningslinjer for at afbryde smitteveje. Dermed oplevede de, at der ikke var en reel smitterisiko. I kodegruppen om smitterisiko ved isolationspatienter er der i alt tre subgrupper.

5.1.1 Stor smitterisiko

For nogle af de deltagende sundhedspersoner var det at passe isolationspatienter forbundet med stor angst for at sprede smitte. Smitterisikoen opfattedes som stor og det kunne være en belastning at tænke på, hvad man risikerede at sprede af smitte, hvis man ikke tænkte sig om. Derfor tænkte de meget over, hvad de gjorde og i hvilken rækkefølge. Deltagerne havde også stor opmærksomhed på, at pårørende kunne sprede smitte. Derfor brugte de meget tid på at instruere både patienter og pårørende i bl.a. håndhygiejne og hygiejne på badeværelset.

Smitterisikoen er stor, der skal bare så lidt til, det er jo alle vegne. Det er nemt lige at sprede noget, hvis man ikke tænker sig om, ja det kræver megen omtanke. Det kan være psykisk hårdt at tænke på, hvad man kan slæbe med sig ud.

Desuden overvejede de, om det var nødvendigt at gå ind på isolationsstuen og om hvor nødvendige deres opgaver derinde var.

Er det nødvendigt, at jeg går derind, er min opgave derinde livsnødvendig?

Nogle tænkte meget over, hvad de risikerede at tage med sig hjem til deres familier, det var et særligt opmærksomhedspunkt for flere med små børn. Ansvar for små børn gjorde, at man opfattede sig som lidt mere sårbar. Der var også sundhedspersoner, som mente, at deres børn fik de infektioner, de skulle have, andre steder fra, særligt i daginstitutioner.

Der blev også stillet spørgsmål ved, om de forholdsregler, man tog, var gode nok, om man var beskyttet godt nok. Man opfattede, at jo højere beredskab med isolation jo sikrere var man og at det var bedre at isolere en gang for meget end for lidt. Der var her fokus på både værnemidler og håndhygiejne, men også det udstyr, som man brugte til flere patienter. Det kunne være udstyr som f.eks. stetoskoper, blodtryksapparater og udstyr til respirationsøvelser. Dette udstyr gav man ”en ordentlig omgang” eller et ”spritbad”, når man tog det med ud fra isolationsstuen.

5.1.2 Ingen smitterisiko - når retningslinjer overholdes

Modsat oplevede deltagerne også, at hvis de var opmærksomme og fulgte retningslinjer for at afbryde smitteveje, så var der ingen risiko. De gav udtryk for, at de følte sig godt dækket ind med brug af værnemidler, hånddesinfektion og rengøring/desinfektion af udstyr og omgivelser. De havde tillid til, at retningslinjer var udarbejdet af nogen med forstand på infektionsforebyggelse.

Smitterisikoen er minimal, når vi overholder de procedurer, vi skal med korrekte værnemidler, vask og sprit bagefter - det er jo derfor, vi tager forholdsreglerne. Det tror jeg på.

Samtidig udtrykte de, at når man passede patienter i isolation, så overholdt man altid forholdsregler for smitteafbrydelse. Flere udtrykte, at i en travl hverdag kunne det ske, at man hos andre patienter ikke fik overholdt alle forholdsregler for smitteafbrydelse, hvor i mod det gjorde man altid i forbindelse med isolationspatienter.

Det er mere trygt at passe en patient i isolation, der tager man alle forholdsregler.

5.1.3 Øget fokus på smitteafbrydelse

Denne subgruppe beskriver nogle af de overvejelser, der ligger til grund for de deltagende sundhedspersoners oplevelser af smitterisiko. Sundhedspersonalet udtrykte, at de tænkte sig meget om og var meget opmærksomme, måske også i større grad, end når de passede andre patienter. Det gav dem en sikkerhed for ikke at bringe smitte videre. De var mere opmærksomme på at beskytte sig selv, f.eks. ved at vende ansigtet væk i forbindelse med patienters host og nys.

Vi bliver mindet om det på en anden måde og har mere fokus på risikoen for smittespredning, når vi passer patienter i isolation.

Det at pleje og behandle patienter i isolation havde også betydning for arbejdstilrettelæggelse. Når man skulle iklæde sig værnemidler som overtrækskittel, handsker og måske maske og visir – som alt sammen skulle tages af og efterfølges af håndhygiejne, når man igen forlod isolationsstuen – affødte det, at man tænkte sine opgaver på stuen igennem, inden man gik derind. Man arbejdede mere systematisk, fordi man planlagde, hvad man skulle have med ind på isolationsstuen, så man ikke pludselig stod og manglede noget. Desuden tænkte man mere over, hvordan man tilrettelagde sine opgaver og arbejdsgange, når man var på stuen.

De erfarne deltagere udtrykte, at deres hygiejne nok var bedre, når de passede isolationspatienter frem for andre patienter.

Jeg håber, jeg altid er omhyggelig, men jeg tænker mig mere om, når vi har en erkendt diagnose med smitterisiko. Det synes jeg, det er det, man kan bruge den viden til.

5.2 Smitterisiko ved almindelige patienter

Kodegruppen ”Smitterisiko ved almindelige patienter” beskriver, hvordan de interviewede sundhedspersoner oplevede smitterisiko ved pleje og behandling af patienter, som ikke var i isolation. Disse patienter omtales her som *almindelige* eller *andre patienter*. Nogle deltagere udtrykte, at der altid var en smitterisiko, som de skulle forholde sig til og at der var særlige risikosituationer, som de var opmærksomme på. Andre forholdt sig til at følge retningslinjer for at afbryde smitteveje og dermed

oplevede de, at der ikke var en reel smitterisiko. I kodegruppen om smitterisiko ved almindelige patienter er der i alt tre subgrupper.

5.2.1 Oplevelse af smitterisiko

Deltagerne udtrykte sig forskelligt om oplevelsen af smitterisiko ved at pleje og behandle almindelige patienter. Nogle udtrykte, at der ”*altid er en smitterisiko*”, uanset om patienterne havde en kendt smitsom sygdom eller ikke. De udtrykte også, at de ikke behøvede at kende disse diagnoser, fordi de ved at anvende de forholdsregler, som de altid skal benytte, afbrød smitteveje uanset diagnoser. På den måde fik de brudt smitteveje ved de patienter, som måske udgjorde en smitekilde, der bare ikke var erkendt. For eksempel blev nævnt, at i en afdeling med mange diarrepatienter, var man meget påpasselige i omgangen med patienterne, fordi man ikke altid kunne vide, hvad årsagen til diarre var.

Der er altid en smitterisiko, og jeg behøver ikke at vide alt det med diagnoser, for når jeg tager mine forholdsregler, bringer jeg ikke smitten videre.

Med den opfattelse observerede og vurderede deltagerne, hvor stor smitterisikoen var, når de skulle udføre deres opgaver. Det handlede om vurderinger af, hvad de rørte ved, om de skulle bruge handsker, og om de udsatte deres uniform for forurening.

Jo man tænker på det, ikke også, patienten har rørt sin urinkolbe og nu har han rørt ved bordet og jeg skal røre ved bordet, når jeg skal derind.

Andre udtrykte, at ”*der ingen smitterisiko er*” - under forudsætning af, at de overholdt de hygiejniske retningslinjer. Deres oplevelse var, at de hele tiden havde opmærksomhed og fokus på at desinficere hænder, hoste- og nysehygiejne, hygiejne ved madvognen etc. Desuden havde de meget fokus på at minde hinanden om det og informere patienter og pårørende, når de f.eks. skulle betjene sig ved mad- og drikkevogne.

5.2.2 Afbrydelse af smitteveje

I denne subgruppe adskiller fokusgrupperne i Hospitalsenheden Vest sig fra fokusgruppen fra Århus Universitetshospital omkring brugen af værnemidler i den generelle smitteafbrydelse. Det belyses sidst i afsnittet.

Hvis smitteveje skulle afbrydes, skulle forudsætningerne være i orden. Det skulle være nemt, ellers blev det ikke gjort. Særligt tilgængeligheden af hånddesinfektionsmidler blev fremhævet som vigtigt. Personalet oplevede, at man havde mulighed for at desinficere sine hænder, uanset hvor man var i hospitalet - og at sådan skulle det også være. Mange havde den opfattelse, at tilgængeligheden af håndsprit og det enkle i at udføre hånddesinfektion, havde forbedret håndhygiejnen og smitteafbrydelse betydeligt.

... mulighederne er gode, og det skal de være. Det er også nemmere at spritte end vaske hænder, jeg tror, det giver en noget bedre håndhygiejne.

Ligeledes diskuterede fokusgrupperne brug af værnemidlerne handsker og plastikforklæde. Mange udtrykte, at det at bruge handsker var en naturlig del af værnemidler til smitteafbrydelse, dog blev der også givet udtryk for, at brug af handsker kunne overdrives og skabe lidt distance til patienten. Handsker skulle være af en god kvalitet og være lettilgængelige, der hvor de skulle bruges. Samtidig blev der peget på, at lettilgængelighed ikke var nok, der skulle også være fokus på brug af disse værnemidler. Som eksempel blev nævnt plastikforklæder, som var ophængt sammen med handsker i afdelingerne. Det diskuteredes, hvor meget man risikerede at forurene sin uniform, f.eks. når man hjalp patienten med personlig hygiejne eller skiftede ble ved en diarrépatient.

... men der er jo det der plastikforklæde, som er et implementeringsprojekt, hvor vi kunne gøre endnu mere og beskytte vores uniform og på den måde ikke flytte rundt på noget. Det er vi måske ikke så spidse på endnu, det har kørt meget på hænder og håndsprit og ikke på, at bruge det forklæde, der hænger oppe ved handskerne.

Her adskilte fokusgruppen fra Århus Universitetshospital sig fra de øvrige fokusgrupper. Man havde i forbindelse med et smitteudbrud ændret nogle isolationsforholdsregler til generelle infektionsforebyggende forholdsregler med særligt fokus på håndhygiejne, brug af handsker og plastikforklæde og rengøring af omgivelser. De sagde om brug af handsker og plastikforklæde, at det faldt helt naturligt at bruge som beskyttelse, når de udførte opgaver med patientkontakt, som f.eks. hjælp til personlig hygiejne, skift af sengelinned m.v. De tillagde det heller ikke betydning for deres kontakt med patienterne.

Det er bare en vane at bruge handsker og forklæde, det bliver ikke på den måde træls og besværligt, for det er egentlig lynhurtigt det første, man gør, når man kommer ind på stuen og det forhindrer ikke vores kontakt. Det er heller ikke så akavet for patienten, når alle gør det fra første dag. De ved, vi har det på.

5.2.3 Særlige risikosituationer

Deltagerne talte om nogle situationer, som for dem udgjorde en særlig smitterisiko. De oplevede, at der var brug for meget opmærksomhed omkring både patienternes og de pårørendes adfærd. De skulle især have information om håndhygiejne i forbindelse med toiletbesøg og ved håndtering af mad og drikkevarer i fællesområder, men at der også var andre risikoområder, som var svære at kontrollere.

Vi gør vores patienter opmærksomme på, at de skal spritte hænder af og ting og sager, men de går alligevel og tager ved de samme steder, de samme dørhåndtag. Der er jo de

patienter, som går over og tager den andens rollator eller lægger sig op i den andens seng og hvad vi ellers oplever. Altså, der er nogen ting, vi ikke kan være herre over.

Desuden oplevedes det som en særlig risikosituation at dele stue og toilet med andre patienter. Deltagerne oplevede, at det var en risikosituation i sig selv, at patienter delte fælles faciliteter. På toiletterne delte de badebænke, hvor de sad med bar hud, og her var ikke nødvendigvis personale inde og rengøre i mellem to patienter, som udførte morgentoilette. I nogle situationer oplevede deltagerne også, at toiletter lignede ”pis og lort” som de ikke selv ville benytte. Flere talte om, at det var grænseoverskridende at dele toilet med andre.

Deltagerne beskrev det som en risikosituation, når de arbejdede på flersengsstuer og havde travlt. Man kunne arbejde med en patient og pludselig bad en kollega om hjælp til en anden patient og det var en situation, hvor man ikke nødvendigvis ”kom forbi håndspritte”. Når der var travlt, fik man ikke altid sprittet hænder mellem patienterne på flersengsstuer, men når man forlod en enestue, blev altid sprittet hænder. Desuden blev beskrevet, hvordan der i egne arbejdsopgaver opstod særlige risikosituationer.

Det halter nogen gange, når man laver et kontekstskift. Når man er hos en patient og lige lynhurtigt skal hente et par underbukser i skabet, der glipper håndhygiejnen, og så har vi lige pludselig ikke et rent skab længere.

5.3 At passe og at være isolationspatient

Kodegruppen ”At passe og at være isolationspatient” omhandler, hvordan de interviewede sundhedspersoner oplevede det at passe isolationspatienter. De fortalte om deres egne oplevelser ved at passe isolationspatienter og patienternes oplevelser af at være isoleret. Patienternes oplevelser blev altså fortalt, som sundhedspersonalet opfattede, at de oplevede det. I kodegruppen er der to subgrupper.

5.3.1 Sundhedspersonalets oplevelser

I alle fokusgrupper blev talt om, at det var meget besværligt og omstændigt at passe isolationspatienter. Det var en tidskrævende opgave, fordi man skulle iklæde sig værnemidler, som minimum overtrækskittel og handsker. Man opfattede det som en dyr og ressourcekrævende opgave. Samtidig var det til tider en fysisk umulighed eller logistisk udfordring, fordi man ikke havde nok enestuer til isolation eller at flere stuer delte toilet og bad, hvilket gjorde det svært at opretholde adskillelsen mellem isolationspatienter og andre patienter. Det besværliggjorde og hæmmede både det fysiske arbejde og kommunikation med patienten, når man var i overtrækskittel og måske i tillæg havde maske og visir på. Det var også meget varmt at arbejde iført disse værnemidler.

Lige så snart du skal i "heldragten" der, så synes jeg, det er en hæmsko. Jeg tænker, at det skaber en distance til patienten, det er da en uhensigtsmæssig tilgang til patienten på en eller anden måde. Det er altså bare heller ikke der, man går ind for at få sig en hyggesnak, hvis man lige har ti minutter i overskud, det er det bare ikke.

Det stillede store krav til samarbejde at passe patienter i isolation, både med kolleger, andre samarbejdsgrupper og patienterne. Det var vigtigt og nødvendigt med god information til samarbejdspartnere, der også skulle på stuen eller til den afdeling, hvor patienten måske skulle have lavet en undersøgelse. Personalet skulle samarbejde, fordi den person, som gik på isolationsstuen, kunne have brug for at tilkalde hjælp efter noget, man manglede, således at man ikke skulle have værnemidler af og på unødvendigt. Ellers blev det ekstra tidskrævende at arbejde på isolationsstuen. På samme måde forsøgte man at lave aftaler med patienterne i isolation, så de ikke tilkaldte personalet for mange gange, når de ikke var på stuen.

Jeg sparer i hvert fald rigtig mange ud- og indgange af den pågældende stue ved at sikre mig, at jeg har en kollega på den anden side, som jeg helt tydeligt har sagt til, nu går jeg derind og nu er jeg ude igen. Og så er det meget det der med at lave aftaler med patienten: når jeg kommer næste gang, så er det for sådan og sådan. Man samler lidt sammen, kan man sige, og forsøger at få patienten til det også.

Plejepersonale gav også udtryk for, at det kunne være psykisk hårdt og stressende at være på en isolationsstue. Man arbejdede meget alene og man kunne stå alene med komplicerede patienter. Samtidig var man afhængig af "at andre skulle springe for en". Det oplevedes som en stor opgave med alt det, man skulle tænke på og man skulle planlægge meget nøje. Man opfattede det som en ekstra arbejdsbyrde, som man ikke havde afsat flere ressourcer til.

Enkelte udtrykte, at det var en spændende og unik udfordring at få sin afdeling indrettet, både mht. fysiske rammer og arbejdsgange, så det ikke blev en tidsrøver og en belastning at passe isolationspatienter.

Andre oplevede, at for patienter, der var isoleret, og som var kritisk syge eller ændrede status, kunne det være direkte farligt at være i isolation, fordi de ansatte kun kom til dem, når det var højest nødvendigt, "så man kan godt ligge og dø af at være isoleret".

5.3.2 Sundhedspersonalets opfattelse af patienters oplevelser

Deltagerne oplevede, at patienterne følte sig befængte og urene, ja nærmest som spedalske, og at de var bekymrede over, om de smittede andre eller belastede personalet.

Jeg tror da, det påvirker folk, de føler sig befængte, og langt de fleste, de er jo så'n ydmyge, de river ikke i klokkesnoren for sjov, altså de ved godt, det er omstændigt og – ja - jeg tror, at mange skammer sig.

Det var vigtigt, at patienterne fik god information, man oplevede, at uvished om isolationens varighed var en stor belastning. Man havde en opfattelse af, at det kunne være en traumatisk oplevelse for patienterne, at de *"fik pip af det"* og at *"de måtte have det som løven i et bur"*. En deltager fortalte, at en patient havde fortalt hende, at det var værre end at være i fængsel.

Både fysisk og psykisk var der begrænsninger for patienterne i isolation. Deltagerne udtrykte, at patienterne måtte mangle både lys og frisk luft samt at der var færre muligheder for fysisk bevægelighed og mobilisering i et sygdomsforløb. Psykisk havde de færre kontakter med personalet og måske færre besøgende, fordi de holdt sig tilbage pga. smitterisikoen.

Deltagerne havde dog også oplevet patienter, som syntes, det var dejligt at ligge i isolation på en enestue, her var fred og ro til at læse, se TV og muligheder for at arbejde via egen computer og mobiltelefon. Nogle patienter havde udtrykt, at det var dejligt, at der ikke var så mange besøg af familien, og andre at isolation på enestue havde givet gode muligheder for fri besøgstid.

Patienter, som var i isolation, kunne føle sig frustrerede og angste. Det fremhævedes, at patienter, som man havde svært ved at kommunikere med, enten pga. sproglige barrierer eller fordi patienterne var demente, oplevede isolationen endnu stærkere end andre. F.eks. oplevede deltagerne, at demente fik vrangforestillinger pga. personalets værnemidler.

Flere udtrykte, at de reelt ikke vidste, hvordan patienterne oplevede det, man spurgte ikke rigtigt ind til, hvordan de håndterede det at være i isolation. Plejepersonalet troede ikke, at der blev spurgt til det, hvis patienterne kom til ambulant kontrol efter indlæggelsen. Læger opfattede det som plejepersonalets opgave at håndtere patienternes oplevelser.

Jeg husker et forløb med en patient, som lå fuldstændig alene rigtig rigtig længe på den her stue, det var kun os, der kom derind. Der var aldrig nogen, der spurgte ham om hvad, det gjorde ved ham. Da han blev udskrevet, gik han da bare ud af døren. Farvel og forhåbentlig ikke på gensyn, vel. Og der er det, vi siger, at det klarede han da fint - jamen gjorde han så også det?

Sygeplejerskerne fra afdelingen i Århus udtrykte, at det var en stor lettelse for de pågældende patienter, da de gik fra isolation til almindelige forhold.

5.4 Læring

Kodegruppen "Læring" omhandler den måde, hvorpå deltagerne havde fået deres viden og erfaring med at håndtere smitterisiko blandt patienter. De fortalte om, hvordan de

fandt viden og hvordan de brugte deres erfaring, også i relation til at retningslinjer og praksis ændrede sig over tid. I kodegruppen om læring er der to subgrupper.

5.4.1 Erfaring og viden

Når deltagerne plejede og behandlede isolationspatienter, var der oftest brug for at opdatere eller genopfriske viden om isolationsforholdsreglerne for den aktuelle situation, som oftest var udløst af en diagnose eller særlige mikroorganismer.

Man søgte viden i de retningslinjer, der forelå for hospitalet og/eller afdelingen. Retningslinjer var elektroniske og blev printet ud, både til kontor og isolationsstue. Generelt blev udtrykt, at retningslinjer var gode og anvendelige, men at man samtidig ikke mente, at alt kunne læses i retningslinjer og at retningslinjer også blev læst forskelligt. Det kunne give anledning til nogle diskussioner, når man havde isolationspatienter – eller at opgaver udførtes forskelligt og at det derved skabte forvirring og misforståelser.

Altså nogen følger meget stringent de der hygiejneforholdsregler, men der er altså også nogen, der siger - jamen jeg er jo ikke i kontakt med patienten, så behøver jeg ikke tage hele udstyret på - selv om det jo ikke er graderet på den måde i vores retningslinjer. Og det irriterer mig, jeg synes da mit eget arbejde er spildt, hvis der ikke bliver bakket op om det. Er det så fordi, det ikke er nødvendigt, eller tager vedkommende, der lige var inde og give en besked, en eller anden potentiel smitte med ud?

Desuden var personalet gode til at spørge hinanden, om det var det rigtige, man gjorde, f.eks. om det var med eller uden maske og visir i en given situation. Hygiejne-sygeplejersken blev også ofte kontaktet og det blev udtrykt, at det var godt at have nogen at spørge til råds.

Flere deltagere omtalte nogle infektionssygdomme som særlige opmærksomhedsområder. Det drejede sig f.eks. om Hepatitis B-virus eller HIV. Når man fik kendskab til en patient med disse sygdomme, skærpedes opmærksomheden og man havde brug for at ridse retningslinjer op.

Hos nogle af deltagerne var erfaringen med isolationspatienter større end hos andre. Det drejede sig primært om hygiejnenøglepersoner og sygeplejersker fra en afdeling med mange isolationspatienter samt afdelingen fra Århus. De erfarne nævnte, at det var vigtigt at indrette en isolationsstue fysisk godt, så man havde det udstyr, man skulle bruge, ligesom man havde rutiner for at alliere sig med kolleger ude på gangen, hvis man fik brug for tilkald, mens man var på isolationsstuen. Man havde også indarbejdet rutiner for at præsentere sig for patienten i døren, inden man iklædte sig værnemidler. De erfarne og rutinerede skelnede også mellem direkte kontakt med opgaver omkring patienten, hvor man iklædte sig alle værnemidler og andre opgaver, hvor man kunne undlade nogle af værnemidlerne.

Begrebet ”overisolering” blev nævnt i flere fokusgrupper. Her var tale om, at mindre erfarne var tilbøjelige til at ordinere isolation mere for en sikkerheds skyld end med et reelt grundlag. Men der var også tale om specielle erfaringer med ”Roskildesyge” (dansk betegnelse for en ekstrem smitsom viral mave-tarminfektion). Når man havde oplevet at have stor smittespredning med Roskildesyge i sin afdeling, var man tilbøjelig til at isolere for mange patienter. Man erkendte, at en bedre journaloptagelse eller indlæggelsessamtale kunne forhindre, at de forkerte patienter blev isoleret.

Når man først har oplevet, at det er ude over det hele - og det er ikke sjovt - så isolerer man hellere ti gange for meget end en gang for lidt. Men alle patienter med diarre og opkastninger har jo ikke smitsomme sygdomme. Vi skal være bedre til at spørge ind til patienternes sædvanlige mønstre og hvad der ellers florerer i deres omgangskreds.

5.4.2 Udvikling og omstilling

I alle fokusgrupper drøftedes forhold i relation til isolationsforholdsregler, som man ikke brugte længere. Man drøftede, om det man gjorde engang, havde relation til, at man gjorde anderledes, der hvor man var ansat dengang eller om retningslinjer overordnet set havde ændret sig.

Der havde vi også de der smitteposser, smelteposser og alt muligt. Det synes jeg, man er gået lidt væk fra igen, der sker hele tiden nyt. Man skal være opdateret.

Der taltes om, at der var kommet mange nye bakterier, som man skulle forholde sig til, fordi de ikke måtte spredes mellem patienterne. I ”gamle dage” isolerede man ikke så mange patienter, der klarede man sig med skærpet opmærksomhed på håndhygiejne og rengøring og i nogle situationer med enestue til patienterne, men uden isolation. Der blev efterlyst mere nuancering af retningslinjer og at ”man måtte bruge sin sunde fornuft og omtanke”.

Man fik nyt medicoteknisk udstyr, hvor der ikke var tænkt på rengøring og desinfektion under udviklingen eller nyt elektronisk udstyr, som blev benyttet tæt på patienterne.

Nu vi snakker hygiejne generelt – i disse digitaliserede tider, hvor man skal have en computer med ind på stuen, det er en hygiejneproblematik, synes jeg. Det kan godt være, vi har styr på det andet, men nu er der et nyt problem. Der skal hele tiden nye rutiner til.

Sygeplejerskerne fra Århus, som havde været igennem en tilrettelagt ændring i arbejdsgange og forholdsregler omkring smitteafbrydelse, delte mange erfaringer omkring den omstillingsproces. Man oplevede det som vanskeligt at få aflært indarbejdede rutiner, men man var gode til at minde hinanden om de ændrede forhold, så det på den måde blev hurtigere indarbejdet. De var ikke bekymrede for om forholdsreglerne var gode nok, selv om man nedtonende isolationsforholdsreglerne. Der var god information og

medinddragelse i processen, så man tillagde det derfor vaner og at det var svært at omstille sig.

Jeg har haft det mest vanskeligt med at få aflært de rutiner, som har fungeret i rigtig mange år, pludselig må patienterne både gå ud og færdes, hvor de vil. Ja det kræver aflæring, det er helt sikkert. Altså, jeg har jo gået her i så mange år, at man skulle tro, det var løgn, ikke, så jeg tog mig da tit i noget, som jeg ikke skulle gøre mere, det tog måneder, inden jeg fik mig vænnet af med det. Jeg tror, det nogen gange er sværere at aflære, end det er at lære.

6 DISKUSSION

Formålet med dette studie har været at udforske og beskrive, hvordan sundhedspersonale opfatter og håndterer risiko for smittespredning, både hos isolationspatienter og hos patienter, som ikke er isoleret. Desuden har formålet været at afdække, om opfattelsen af smitterisiko hos isolationspatienter påvirker sundhedspersonalets opfattelse af betydningen af de generelle infektionshygiejniske forholdsregler. Studiets resultater diskuteres for hver kodegruppe med den teoretiske referenceramme. Den øvrige konceptuelle ramme og nye referencer er inddraget, hvor det er relevant. Efterfølgende diskuteres studiets metode

6.1 Resultatdiskussion

6.1.1 Smitterisiko ved isolationspatienter

Deltagerne oplevede smitterisiko forskelligt. Nogle oplevede det som en stor smitterisiko at passe isolationspatienter og det var forbundet med et stort psykisk pres og angst for at sprede smitte. Andre oplevede, at der ikke var en smitterisiko, fordi de overholdt de infektionshygiejniske forholdsregler.

Risikooplevelse er et individuelt og subjektivt begreb, som er forbundet til individets kulturelle baggrund og dannet på baggrund af bl.a. viden og følelser. En risikooplevelse kan forstærkes af opmærksomhed. Egenkontrol over en given hændelse eller opgave har betydning for, hvordan risiko opleves og hvilke handlinger, den medfører (Grandjean et al 2001). Fordi de havde forskellige uddannelser og erfaringer, var det naturligt, at deltagerne oplevede smitterisiko forskelligt. Isolationsforholdsregler bidrog til at skærpe opmærksomheden på smitterisiko og forstærkede dermed risikooplevelsen og oplevelsen af angst forbundet med at passe isolationspatienter. Der blev ikke talt om systematiske risikoanalyser eller identificering af risikoområder i fællesskab. Risikoanalyser i fællesskab vil give en fælles opfattelse af risikovurderinger og kan være en mulighed for at dele viden og udpege områder, som giver anledning til angst. Risiko-

kommunikation kunne være en mulighed for at dæmme op for angsten og det psykiske pres, som sundhedspersonalet oplevede.

Den ekstra opmærksomhed gav nogle af deltagerne anledning til at tænke sig om og bruge deres viden og erfaring til de opgaver, som skulle udføres på isolationsstuen. Infektionshygiejniske retningslinjer var en tilførsel af viden og handleanvisninger for deltagerne. Men det var forskelligt, hvor stor betydning deltagerne tillagde retningslinjerne. Det kan være et udtryk for forskellige vidensniveau, at følelser frem for viden dominerer risikooplevelsen.

Viden og erfaring er også med til at danne de handlekompetencer, man har (Saugstad og Mach-Zagal 2003). Derfor kan det ses som et udtryk for forskellige handlekompetencer, når deltagerne stode på og anvendte infektionshygiejniske forholdsregler forskelligt. Saugstad og Mach-Zagal (2003) beskriver handlerum og ekspertviden som elementer af handlekompetence. Når deltagerne opfattede det som trygt og risikofrit, når de overholdt retningslinjer, stode de på eksperternes anvisninger og oplevede dermed større frihed i deres opgaveudførelse, her betragtet som handlerummet.

Når de erfarne deltagere havde pleje- og behandlingsopgaver hos patienter i isolation, var deres arbejdstilrettelæggelse mere velovervejet og de arbejdede mere systematisk end ellers. De opfattede ligefrem deres hygiejne som bedre, fordi de tænkte sig bedre om. Handlekompetence er en sammensat kompetence af viden, holdninger og evnen til at handle i forhold til opgaver. En speciel handlekompetence kræver viden og erfaring og udvikles netop i forhold til de opgaver og problemstillinger, hvor handlekompetencen skal bruges (Saugstad og Mach-Zagal 2003). Derfor er det et udtryk for større handlekompetence, når der var deltagere, som anvendte deres viden og erfaring. De var i stand til at reflektere over og nuancere deres opfattelse af deres arbejde.

Det er en stor udfordring for sundhedsvæsenet, hvis mange flere patienter indlægges pga. resistente bakterier og isoleres. Udfordringen kan måske løses ved at "satse" endnu mere på brug af generelle forholdsregler, dvs. at patienterne i så fald ikke isoleres. Der projekteres og bygges i dag mange nye hospitaler i Danmark og i resten af Norden (Danske Regioner 2012) og mange af disse får/har enestuer med eget toilet til patienterne. Patienterne vil dermed primært opholde sig i deres "eget" miljø. Der vil være begrænset risiko for smittespredning til medpatienter, hvis sundhedspersonalet efterlever forholdsregler for smitteafbrydelse. Deltagerne i dette studie pegede på, at de altid udførte håndhygiejne, når de forlod en enestue, hvor i mod smitteafbrydelse mellem patienter på flersengsstuer kunne være et problem. Studier viser ikke entydigt, at enestuer reducerer antallet af hospitalserhvervede infektioner, fordi det kræver en indsats med mange elementer. Men enestuer kan bidrage til at mindske smittespredning (Bracco et al 2007, Dettenkofer et al 2004), fordi de understøtter en god infektionshygiejnisk adfærd, som deltagerne i dette studie også pegede på.

6.1.2 Smitterisiko ved almindelige patienter

Sundhedspersonalet i dette studie opfattede smitterisiko hos patienter, som ikke var i isolation, her kaldet *andre* eller *almindelige* patienter, forskelligt. I hvert fald udtrykte de sig forskelligt. Nogle udtrykte, at der *altid* var en smitterisiko og at de, ved at efterleve retningslinjer, forebyggede smittespredning. Andre udtrykte, at der *ingen* smitterisiko var, fordi de efterlevede retningslinjer. I princippet afføder de to holdninger eller risikovurderinger de samme handlinger i praksis til at forebygge smittespredning, nemlig efterlevelse af de generelle infektionshygiejniske forholdsregler. Men den bagvedliggende risikoanalyse, som identificerer og beskriver risikoen, resulterer i forskellige risikovurderinger og dermed forskellig kognitiv tilgang til opgaverne. Risikooplevelser er individuelle og forskellige (Gyldendal 2012). Det tyder på, som nævnt i foregående afsnit, at sundhedspersonale ikke foretog systematiske risikoanalyser sammen og at de heller ikke sammen identificerede risikoområder, således at de afstemte risikovurderinger.

Til sammenligning med kodegruppen om smitterisiko ved isolationspatienter blev der ikke udtrykt angst i forhold til oplevelse og håndtering af smitterisiko ved almindelige patienter. Egenkontrol over en given opgave og anvendelse af et vist forsigtighedsprincip har betydning for, hvordan risiko opleves og hvilke handlinger, det afføder (Grandjean et al 2001). Uanset om sundhedspersonalet oplevede, at der altid var en smitterisiko, som de havde viden og anvisninger til at håndtere – eller at der ingen smitterisiko var, fordi de havde viden og anvisninger til at håndtere smitterisikoen, havde de handlekompetencer og oplevede et stort handlerum.

Deltagerne oplevede, at tilgængelighed og fokus havde betydning for efterlevelse af retningslinjer. F.eks. var det nemt at udføre håndhygiejne med hånddesinfektionsmiddel og man oplevede, at det generelt havde forbedret håndhygiejnen. Handlerummet som pædagogisk begreb omfatter både handlemuligheder og –barrierer. Handlerummet er både det faktiske/reelle handlerum og det oplevede handlerum som en subjektiv oplevelse (Saugstad og Mach-Zagal 2003). Deltagerne opfattede, at de havde nemme og effektive handlemuligheder for håndhygiejne og fandt det naturligt, at det var sådan. De opfattede deres handlerum som stort, måske i virkeligheden større end det reelt var, fordi tilgængelighed og effekt gav mening for dem.

Det forholdt sig anderledes, hvor deltagerne oplevede særlige risikosituationer. Her oplevede de barrierer for deres handlemuligheder, som ikke nødvendigvis var helt reelle. Det kunne som eksempel være, at man ikke fik udført håndhygiejne, når der var travlt eller man skulle hjælpe en kollega samtidigt med, at man selv var i gang med noget andet. Deltagerne risikovurderede i forhold til brug af handsker og forklæder, men opfattede det som en handlebarriere, at forklædet ikke var rigtigt implementeret i praksis, selv om den fysiske tilgængelighed var god. Det modsatte var tilfældet for deltagerne fra afdelingen i Århus, som fandt det helt naturligt at anvende handsker og forklæder. De vurderede, at de afbrød smitteveje og at værnemidlerne ikke betød noget for kontakten til patienterne.

Handlekompetence udvikles ved at afdække problemområder, barrierer og muligheder og lægge nye strategier (Saugstad og Mach-Zagal 2003). Pga. konkrete problemstillinger havde afdelingen i Århus sammen med deres hygiejneorganisation gennemgået problemstillinger og var nået frem til konkrete løsninger. De havde brugt og udviklet deres specielle handlekompetence, som også krævede viden og erfaring. Det så ud til, at processen havde givet dem et handlerum, som de opfattede som større end det reelt var. Processen kan også anskues og diskuteres inden for risikobegrebet. En risikoanalyse er en systematisk metode til at identificere risici ved konkrete opgaver (Gyldendal 2012). Ved en efterfølgende risikohåndtering beslutes, hvordan risici håndteres og med risikokommunikation fortolkes og kommunikeres denne viden (Grandjean et al 2001). Som for sundhedspersonalet her, kan opnås et fælles billede af risici undervejs i processen. Ved at anvende sundhedspædagogiske metoder og arbejde med risikobegrebet åbnes mulighed for, at sundhedspersonale får en fælles opfattelse af smitterisikoen og opfatter sig som kompetente til at håndtere den.

Selv om deltagerne opfattede smitterisiko hos almindelige patienter som håndterbart, så de mange særlige risikosituationer. Det handlede bl.a. om opmærksomhed på, at patienter og pårørende ikke spredte smitte mellem hinanden i fællesarealer. Det var en stor opgave at være opmærksomme på patienternes adfærd og der var hændelser, som de ikke havde kontrol over. Ifølge Giddens (1996) er det at forholde sig til risici en af modernitetens altid tilstedeværende elementer. Derfor kan der være forhold, som det kan være nyttigt for risikovurderingen at drøfte i fællesskab, men som sundhedspersonale må acceptere ikke at kunne ændre på indenfor de givne rammer.

Hvis sundhedsvæsenet kan løse udfordringen med at håndtere flere patienter med resistente bakterier - eller andre patienter, hvis sygdom i dag gør, at de isoleres under hospitalsindlæggelse – med enestuer og de generelle infektionshygiejniske forholdsregler, vil dette få stor betydning. Tidligere i opgaven er beskrevet, hvilke omkostninger det har for patienter, sundhedspersonale og sundhedsvæsenets økonomi, når patienter isoleres. Hvis patienter har enestuer – uden de er isoleret – har de mulighed for at bevæge sig frit i afdelingen og hospitalets øvrige omgivelser. Der vil derfor altid være en risiko for, at patienter selv spreder mikroorganismer, som smitter ved kontaktsmitte. Sundhedsstyrelsen udsender i disse år en række forebyggelsespakker, som skal bidrage til at styrke folkesundheden gennem en systematisk forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats af høj kvalitet i kommunerne. I efterår 2012 kommer en forebyggelsespakke om hygiejne i høring (Sundhedsstyrelsen 2012). Hvis pakken indeholder anbefalinger til indsatser for bl.a. god og effektiv håndhygiejne, kan risikoen, for at patienter selv spreder bakterier, måske formindskes. En endnu ikke publiceret undersøgelse i Region Midtjylland i 2011 viste, at mere end halvdelen af deltagerne i undersøgelsen udførte ingen eller kun mangelfuld håndhygiejne efter i alt 910 toiletbesøg (Kilde: Jarl Christensen, Conceptmaking). Undersøgelsen understøtter, at der er brug for undervisning af borgere om smitteveje og metoder til at forebygge smittespredning.

Patienter er opmærksomme på risikoen for hospitalserhvervede infektioner, men har meget lidt viden om, hvordan infektioner spredes og hvordan de forebygges (Madeo, Shields og Owen 2008). Det understøtter, at sundhedspersonale i dette studie brugte meget tid på information til patienter og pårørende om smitteafbrydelse, især god

håndhygiejne. Et stort studie i danske daginstitutioner dokumenterede, at undervisning og intervention vedrørende håndhygiejne medførte et fald i børns sygelighed på 34 % (Ladegaard og Stage 1999). Som beskrevet i introduktionen ses en lille stigning i dødelighed af infektionssygdomme. Også i den forbindelse kan undervisning og interventioner for borgere omkring god hygiejnisk adfærd vise sig at være en gavnlig sundhedsfremmende indsats. Forebyggelsespakken om hygiejne vil derfor kunne få stor betydning for sygdomsforebyggelse og sygefravær generelt, og ikke kun bidrage til nye og succesfulde løsninger for smitteforebyggelse i hospitalsvæsenet.

6.1.3 At passe og at være isolationspatient

Samarbejde i arbejdsopgaver omkring isolationspatienter blev tillagt stor betydning. Det lettede mange arbejdsprocesser, at man var flere om at dele ansvaret for komplekse opgaver. Deltagerne oplevede, at det var opgaver, som skulle planlægges og at der ofte ikke var afsat tilstrækkelige ressourcer i form af tid og personale. Holdt Christensen (2012) beskriver to idealer for samarbejde. Effektivitetsidealet kendes oprindeligt fra industrialiseringens systematik og standardisering, hvor der var forudsigelighed og formelle koordineringsmekanismer. Samarbejde ud fra et kreativitetsideal omfatter dynamiske processer, fleksibilitet og udvikling i sociale relationer. Samarbejde om isolationspatienter kan med fordel anskues med begge idealer for øje. Hvis ledelsen eller organisationen ud fra et effektivitetsideal skaber rammerne for samarbejdet, kan sundhedspersonerne i fællesskab løse opgaverne i et relationelt samarbejde. Her vil de få et fælles ansvar for arbejdet, men også en vis autoritet til selv at træffe beslutninger. I samarbejdet kan de udrette mere og der kan være en tidsmæssig gevinst ved at samarbejde.

I det relationelle samarbejde er koordination og motivation væsentlige begreber. Det øger motivationen at have et vist ansvar for resultaterne af ens arbejdsindsats, ligesom tilstedeværelsen af samarbejdspartnere kan påvirke individets motivation og arbejdsindsats i positiv retning (Holdt Christensen 2012). Det blev oplevet som et stort ansvar og en stor arbejdsopgave at passe isolationspatienter alene. Derfor kan det ses som en gevinst for både organisationen og sundhedspersonalet, hvis arbejdet med isolationspatienter tilrettelægges ud fra de to samarbejdsideal med primært fokus på det relationelle kreativitetsideal. I dette samarbejde, hvor sundhedspersonalet må koordinere deres opgaver og tid, kan der skabes flere muligheder for at komme eller være på isolationsstuen. Det er bekymrende, at deltagerne havde en opfattelse af, at de var så lidt på isolationsstuerne, at de ikke kunne observere patienterne tilstrækkeligt. Tidligere nævnte studier om flere utilsigtede hændelser og mindre dokumenteret pleje hos isolationspatienter (Stelfox, Bates og Redelmaier 2003) understøtter, at det kan have stor betydning at fokusere på samarbejdet for at imødegå disse situationer og at det kan fremme patientsikkerheden.

Patienterne har ret til at modtage undersøgelse, pleje og behandling, herunder også den kvalitet, som er tilgængelig og som kan forventes (Hunt et al 2009). Derfor er det vigtigt

at se på metoder og organisering, som fremmer kvalitet og patientsikkerhed, også for isolationspatienter.

Set i et menneskerettighedsperspektiv har ethvert menneske grundlæggende ret til frihed, så længe der ikke er lovhjemmel for det modsatte (UN 1948). I forhold til Epidemiloven er der ikke lovhjemmel til at isolere mange af de patienter, som i dag isoleres på hospitalerne, men det betragtes som en del af normal praksis (SSI 2011). Patienter skal informeres og give samtykke og sundhedspersonale har pligt til at dokumentere iværksat behandling, det gælder også isolationsforanstaltninger (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011a). Derfor bør det være velovervejet og fagligt begrundet, når patienter skal isoleres og når der udarbejdes retningslinjer for isolation.

Deltagerne havde en nuanceret opfattelse af, hvilke oplevelser patienter i isolation havde. Det drejede sig om både positive og negative oplevelser. De positive udsagn om at være isolationspatient stammede fra udtalelser fra patienter (genfortalt af deltagerne), mens mange af de negative udsagn udtryktes som deltagernes opfattelser og fortolkninger. Wiklund (2011) peger på, at patienter/borgere med resistente ESBL-bakterier har brug for en bedre information fra sundhedsvæsenet, for at kunne håndtere deres livssituation efter udskrivelsen. Der er ikke grund til at tro, at det forholder sig anderledes for patienter med andre resistente bakterier (Skyman, Sjöström og Hellström 2010), ligesom isolationspatienter generelt kan have brug for bedre information og kommunikation med sundhedspersonale.

Patienterne er som lægmænd underlagt sundhedspersonalets specialviden om deres sygdom/tilstand, som er årsag til, at de er isoleret. Set fra patientens perspektiv har sundhedspersonalet med deres viden vurderet deres situation som så stor en risiko, at de må isoleres og personalet må iføres værnemidler i deres kontakt med dem. Patienterne er afhængige af disse eksperter og har reelt ingen indflydelse og handlemuligheder. Handlerummet er mindre, som Saugstad og Mach-Zagal (2003) beskriver det. For at imødegå den stigmatisering, som deltagerne opfattede, at patienterne oplevede og som andre studier også beskriver (Wiklund 2011, Skyman, Sjöström og Helleström 2010), må sundhedspersonalet derfor være villige til at indgå i en frugtbar dialog med patienterne, også om de eventuelle negative oplevelser.

6.1.4 Læring

Sundhedspersonalet i dette studie mente, at man ikke kunne læse alt i retningslinjer og at retningslinjer blev læst forskelligt. Når man ikke kan læse alt i retningslinjer, er det nødvendigt, at sundhedspersonale har viden om smitteafbrydelse. Retningslinjer til sundhedspersonale er skrevet som anvisninger, hvor man forudsætter en sundhedsfaglig grundviden. Retningslinjer har karakter af handleanvisninger og har kun korte forklaringer, hvor det er nødvendigt, men indeholder henvisninger og referencer, hvor der kan søges mere viden (Region Midtjylland 2011).

Den grundlæggende viden om infektionsforebyggelse, som sundhedspersonale skal have for at kunne handle og agere ud fra retningslinjer, stammer fra deres grunduddannelse eller ansættelser. Som beskrevet tidligere er indholdet i grundlæggende infektionshygiejne meget varierende i sundhedspersonalets grunduddannelser og infektionshygiejne er ikke et selvstændigt fag. Det synes for flere af uddannelserne som mangelfuldt for at kunne agere i praksis. Personalet har også forskellige erfaringer, derfor læser de retningslinjer forskelligt, risikovurderer forskelligt og agerer dermed forskelligt. Det kan skabe forvirring og misforståelser.

Der var sundhedspersoner, som talte om, at de skulle opdatere deres viden om Hepatitis B-virus og HIV, når de skulle ind til patienter, hvor disse diagnoser var erkendt. Hepatitis B og HIV smitter primært som blodoverført smitte og seksuel kontakt (Jensen 2004). Der er derfor ikke specielle forholdsregler over for patienter med disse diagnoser, men man anvender de generelle forholdsregler. Dette kan ses som et eksempel på, at sundhedspersonalets grunduddannelse i infektionshygiejne og smitteveje kan være mangelfuld. Eksemplet kendes også andre steder og understøttes af et nyt engelsk studie, som konkluderer, at der er behov for at forbedre sundhedspersonalets viden om blodoverførte virusinfektioner. Konklusionen er bl.a. dannet på baggrund af, at 86 % af sundhedspersonale, som indgår i studiet, er bekymrede over mulig blodoverført virusmitte (Winchester et al 2012).

Sundhedspersonalets grunduddannelser er omfattet af autorisationsloven. Formålet med autorisationsordningerne er at styrke patientsikkerheden og fremme kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011a). I forhold til grunduddannelserne tyder resultaterne på, at der kan være forbedringsmuligheder for at styrke patientsikkerhed og kvalitet indenfor infektionsforebyggelse, også set i lyset af den globale udvikling af antibiotikaresistens.

De mellemlange videregående uddannelser er teoretiske og videnskabeligt funderet og teoribegrebet er foreskrivende og normativt i forhold til praksis. Saugstad og Mach-Zagal (2003) betegner det som det ”scientistiske perspektiv”. For at imødegå denne dualisme mellem teori og praksis, bør infektionshygiejne i grunduddannelserne også tage afsæt i det ”praksisistiske perspektiv”, hvor man opfatter en større sammenhæng mellem teori og praksis (Saugstad og Mach-Zagal 2003).

Deltagerne udtrykte, at sundhedspersonale læste og opfattede retningslinjer forskelligt. Der er argumenteret for, at erfaring og viden har betydning for, hvordan retningslinjer læses og opfattes. Desuden findes forskellige retningslinjer med en vis variation i anbefalinger inden for det infektionshygiejniske område. Det kan være problematisk, at mange aktører er på banen, fordi dette kan risikere at hæmme udvikling af handlekompetence og bidrage til forvirring og misforståelser. Derfor må sundhedsministerens beslutning om, at der fremadrettet skal være et enstrengt system vedrørende infektionshygiejniske retningslinjer (CEI 2012), ses som en styrke. En yderligere styrke kunne være at lade det infektionshygiejniske område i højere grad være omfattet af lovgivning, som man ser det i Norge og Sverige (Helse- og omsorgsdepartementet 2012, Sveriges Riksdag 2004).

De erfarne og rutinerede deltagere anvendte deres viden om infektionshygiejne og smitteveje og skelnede derfor mellem opgaver på isolationsstuen, hvor de havde værnemidler på og andre, hvor de ikke havde. De oplevede derfor ikke begrænsninger i deres handlerum i samme omfang, som det sundhedspersonale, som ikke havde eller anvendte den samme viden. De deltagere, som i dette studie blev betragtet som erfarne og udtrykte størst viden, var hygiejnenøglepersoner, sundhedspersonale fra en afdeling med en isolationsenhed i Hospitalsenheden Vest og afdelingen fra Århus.

Deltagerne udtrykte, at meget ændrede sig over tid, man skulle være opdateret og på forkant med ny udvikling, som førte nye infektionshygiejniske udfordringer med sig. Retningslinjer var et godt sted at holde sig ajourført med ny viden og handleanvisninger. Men da retningslinjer ikke beskriver alt, blev efterlyst, at det var mere legalt at bruge sin sunde fornuft. Giddens (1996) taler om, at den moderne viden har en skiftende og dynamisk karakter, som gør, at ekspertudtalelser sjældent er evigt gyldige. Det komplicerer lægfolks forståelse og dermed deres adfærd og praksis. For netop at udvikle handlekompetencer må der være en frugtbar vekselvirkning mellem eksperter og modtagere af eksperternes budskab, mellem videnskaben og den sunde fornuft, som Saugstad og Mach-Zagal (2003) beskriver det. Det tyder på, at det er vigtigt med dialog og tæt samarbejde mellem sundhedspersonalet og de eksperter – her infektionshygiejniske fagspecialister som f.eks. hygiejnesygeplejersker - der udarbejder retningslinjerne.

Sygeplejerskerne fra Århus, som havde gennemgået en omstillingsproces i forhold til infektionshygiejniske retningslinjer, havde været i en sådan dialog med hygiejneorganisationen. Med god information og medinddragelse i processen bidrog det til nye handlekompetencer, om end gamle vaner var svære at aflære. Infektionsregistrering dokumenterer, at de ændrede procedurer ikke har givet anledning til stigning i infektionsrate i afdelingen i Århus. Tværtimod har processen og de ændrede retningslinjer været en del af udbrudshåndteringen, som har reduceret antallet af patienter med de pågældende resistente bakterier (Aarhus Universitetshospital 2011).

Nogle sundhedspersoner agerede ud fra større viden og erfaring. Det er f.eks. de såkaldte hygiejnenøglepersoner, som har en større viden qua undervisning, temadage og nyhedsinformation. Resultaterne tyder imidlertid på, at denne viden ikke nødvendigvis formidles eller implementeres blandt kolleger. Det er en opgave for hospitalernes ledelse og hygiejneorganisationer at iværksætte tiltag, som kan sikre dette. Det kan gøres i et samarbejde, som omfatter både effektivitets- og kreativitetsidealet, som Holdt Christensen (2012) beskriver det. Hygiejneorganisationer kan bidrage med kreativitet, udfordre og skabe dynamik. Horisontal kommunikation og sociale relationer er vigtige elementer af det kreative samarbejdsideal, som kan bidrage til udvikling. Horisontal kommunikation og sociale relationer kan f.eks. skabes ved at etablere hygiejnegrupper for at løse fælles udfordringer.

Deltagerne udtrykte, at det var godt at have nogen at spørge til råds. Et nyt studie peger på, at sundhedspersonale trods vor elektroniske tidsalder ser ansigt-til-ansigt kontakt med det infektionshygiejniske team som den mest optimale mulighed for at modtage information og sprede infektionshygiejniske budskaber. I studiet var det dog kun knap

halvdelen af sundhedspersonalet, som havde regelmæssig adgang til computer (Farrugia og Borg 2012). Derfor er studiet ikke helt sammenligneligt med danske forhold, men bør være et opmærksomhedspunkt for organisering og arbejdsmetoder i hygiejneorganisationer, idet retningslinjer, nyheder m.v. i vid udstrækning formidles elektronisk.

Infektionsforebyggelse er en kerneopgave indenfor patientsikkerhed og derfor må den ikke overlades til individer, men være organiseret og ledelsesforankret (Holmes 2007, Dansk Standard 2012). Der kan være grund til at undersøge nærmere, om hygiejneorganisationerne og de infektionshygiejniske teams bør styrkes sådan, at personlig kontakt med sundhedspersonale kan udvikles og hospitalserhvervede infektioner forebygges. Hygiejneorganisationer er i dag i stor udstrækning organiseret som anbefalet i SENIC-studiet fra 1985 (Haley et al 1985). Det er vigtigt at være i stadig udvikling i forhold til de infektionshygiejniske udfordringer, som f.eks. antibiotikaresistens og de problemstillinger, der følger af det. Forskere hæfter sig ved, at det er uddannelse og adfærdsændringer, som skal forbedre infektionshygiejnisk praksis (Pittet 2005).

6.2 Metodediskussion

6.2.1 Design

Malterud (2011) anbefaler, at der er en vis homogenitet i en fokusgruppe. Ud fra den begrundelse blev valgt, at deltagerne skulle kende hinanden og have et vist fælles erfaringsgrundlag, derfor var de fra samme afdeling. Endvidere havde deltagerne i hvert interview samme uddannelsesbaggrund for at sikre ligeværd mellem deltagerne. Formålet med dette valg var ikke at se på forskelle mellem de forskellige faggrupper, tværtimod blev det understreget, at interviews ikke handlede om at teste viden. Men data er dannet på gruppeniveau (Halkier 2010) og det blev tydeligt, at der var forskellige vidensniveauer i grupperne, som kunne have betydning for, hvordan man opfatter smitterisiko. Det tyder på, at der er behov for at se yderligere på dette for at kvalificere de retningslinjer og den vejledning, som er en del af hygiejnesygeplejerskers arbejde. Det var ikke det primære formål med studiet at se på faggruppernes forskellige vidensniveau og blev til en vis grad et dilemma, fordi dette blev understreget for deltagerne. I et dansk studie i primærsektor peges der på, at personalets uddannelse har betydning for infektionsforebyggelse i praksis (Andersen 2011). Det kunne derfor have været en styrke for studiet, hvis denne vinkel havde været inddraget i større omfang.

Oplægget til fokusgruppeinterviews var, at de skulle foregå i neutralt mødelokale, således at deltagerne var væk fra afdelingerne og der var ro omkring interviewene. Rent praktisk var der dog i halvdelen af fokusgrupperne ønske fra lederen om, at interviews foregik i egen afdeling af hensyn til muligheden for tilkald. Det gav lidt uro i to interviews. Det var også svært at få koordineret, at så mange sundhedspersoner var fraværende fra deres afdeling på samme tid og derfor var det nødvendigt, at de ikke var

væk i mere end en time. Det viste sig imidlertid, at den afsatte tid var tilstrækkelig til at få svar på spørgsmål og passende i forhold til at undgå gentagelser og fordybelse i detaljer, som ikke var relevante i forhold til interviewspørgsmålene.

I fire interviews blev det kun muligt at rekruttere fire deltagere i fokusgruppen, fordi der var sygdom eller forfald af anden årsag. I to af disse interviews var der ikke den samme dynamik og erfaringsudveksling, som i de andre grupper. Det begrundes valget af mindst fem deltagere, som Malterud anbefaler (2011). Da det var de muliges kunst at få etableret fokusgrupperne med deltagere fra de samme afdelinger, var det et bevidst valg at gennemføre interviews alligevel.

Det var en kvalitetssikring af processen at have en observatør med i interviews. Derudover var det en gevinst for interviewer/en/forfatteren at blive evalueret af en erfaren person efter hvert interview.

Den teoretiske ramme stod åben under dataindsamling og –analyse. Det betyder, at det endelige valg af teori blev gjort ud fra resultatbeskrivelsen, sådan at teorien kunne belyse problemformuleringen og forklare resultaterne på den mest tilfredsstillende måde. Der er i teorifremstillingen fokuseret på at fordybe de enkelte forfatters bearbejdning og beskrivelse af teoribegreberne. En større bredde i teoribeskrivelsen kunne formentlig have nuanceret resultatdiskussionen og dermed styrket studiet yderligere. Den øvrige konceptuelle ramme belyser, hvordan antibiotikaresistens er et stigende folkesundhedsproblem og at der er risiko for, at det vil betyde, at flere patienter i fremtiden isoleres under indlæggelse på hospitaler.

6.2.2 Troværdighed, pålidelighed og overførbare

I opgaven er fulgt en enkel og gennemskuelig struktur. Der er argumenteret for relevansen af emnet samt at undersøgelsesmetoden skal sikre en dækkende besvarelse af problemformuleringen, så studiet fremstår troværdigt og pålideligt. Det er forsøgt at beskrive tydeligt, hvordan studiet er designet, hvilke overvejelser og valg, der har været omkring dataindsamling og deltagere, så opgaven fremstår som troværdig.

Det er ikke muligt i kvalitative undersøgelser at genfinde de samme udsagn med de samme deltagere, da deltagerne undervejs har reflekteret og udvekslet erfaringer med de andre deltagere og derfor i dag vil svare anderledes. Ikke alle besvarelser kunne genfindes i alle interviews, men efterhånden tegnede der sig et billede, som tyder på en vis generaliserbarhed og mulighed for lignende besvarelser, hvis nye og flere interviews blev foretaget. Det kan ses som en svaghed, hvis ikke alle besvarelser kan genfindes i alle interviews (Malterud 2011), men kan også være et udtryk for gruppernes forskelligheder i uddannelse, erfaringer og arbejdsområder. Det er derfor beskrevet i resultatbeskrivelsen og -diskussionen, hvor der har været enkeltstående men vigtige udsagn. Det har været hensigten at give studiet bedst mulig troværdighed og overførbare ved at interviewe forskellige grupper af sundhedspersonale med forskellige uddannelser. Gruppernes sammensætning af forskellige køn, alder og erfaring har betydning for, hvor

repræsentativ en undersøgelse bliver (Halkier 2010) og det vurderes, at undersøgelsen lever op til dette forhold.

Interviewguiden, som blev brugt til fokusgruppesamtaler, indeholdt få og overordnede spørgsmål. Undervejs handlede det om at lytte aktivt og stille få supplerende spørgsmål. Intervieweren brugte teknikker med uddybende spørgsmål, f.eks. *"Ja... kan du sige noget mere om det?"* eller *"Hvad tænker I andre om det"*. Det var også vigtigt at give plads til tavshed og refleksion undervejs. I nogle fokusgrupper stillede intervieweren nogle afklarende spørgsmål om emner eller risikoområder, som var blevet omtalt i tidligere interviews.

I studiet kan genfindes elementer af de samme formuleringer i forskningsspørgsmål, interviewspørgsmål og i nogle af kodegrupperne. Det kan ses som en svaghed for studiet som udtryk for, at man har fået de svar, man forventede og ikke har udforsket feltet tilstrækkeligt kritisk og åbent i analysefasen. I dataanalysen blev det tilstræbt at holde ordlyd i kodegrupper, såvel som i kondensater og resultatbeskrivelse, så tæt på ordlyden i det oprindelige datamateriale som muligt for at sikre troværdighed og skal derfor ses som et resultat af dette.

Interviews er en interaktion mellem intervieweren og deltagere og leder til svar, der er forankret i konteksten. Spørgsmål kan ikke stilles ud fra neutral teknik for at opnå upåvirkede svar fra informanterne (Tanggaard og Brinkmann 2010). Alligevel kan det ses som en bias, at intervieweren er hygiejnesygeplejerske og faglig specialist indenfor det undersøgte felt og at det kan have påvirket deltagernes besvarelser. Interaktionen er afgørende for den viden, man får (Tanggaard og Brinkmann 2010). Det var forfatterens opfattelse, at besvarelserne var meget ærlige og reflekterende og at deltagerne heller ikke lagde skjul på egne erfaringer, hvor de kunne have handlet mere hensigtsmæssigt i forhold til smitterisiko. Når deltagerne sad i gruppe med kolleger, var det også sværere at "pynte" på udsagn om egne handlinger. I et ældre studie peges på, at sygeplejersker i fortællinger danner idealbilleder af god sygepleje i stedet for at fortælle om den virkelige sygepleje (Hansen 1994), derfor var det et lille opmærksomhedspunkt.

Undervejs blev analysen drøftet med vejleder og kolleger for at validere den. En kollega læste hele det transskriberede materiale og herefter resultatbeskrivelsen for at sikre, at forfatteren var tro mod det originale empiriske materiale.

Der er gennem studiet forsøgt at holde en systematisk tilgang. Analysen blev gennemført systematisk og med fokus på at holde resultater og de kunstige citater så tæt på ordlyden i det empiriske materiale som muligt. Dermed blev det muligt at sikre den form for objektivitet, som er mulig med en kvalitativ analytisk tilgang, som Brinkmann og Tanggaard (2010) anbefaler. I opgaveskrivningen blev tilstræbt at vise systematikken og beskrive en gennemskuelig analysemetode. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) vil et studie, som udføres systematisk og beskrives, så der er gennemskuelighed, føre til, at læserne vil kunne overføre resultater til andre sammenhænge. Samtidig må resultater gerne præsenteres, så de giver læseren mulighed for at se efter andre fortolkninger. Det er op til læseren at vurdere, om opgaven lever op til disse forhold.

7 KONKLUSION

Dette MPH-arbejde viser, at sundhedspersonale opfatter smitterisiko forskelligt, både i forhold til smitterisiko ved isolationspatienter og ikke-isolerede patienter, samt at arbejdet med at pleje og behandle isolationspatienter kan være forbundet med stor angst for at sprede smitte. Forskelle i videns- og erfaringsgrundlag samt individuelle risikovurderinger ses som medvirkende årsager til at sundhedspersonale opfatter og håndterer smitterisiko forskelligt.

Studiet bidrager således til øget kendskab om sundhedspersonalets oplevelser og deres håndtering af smitterisiko og kan dermed bidrage til at nuancere og optimere de danske retningslinjer for infektionsforebyggelse og håndtering af smitterisiko i sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenet står i disse år overfor store udfordringer i form af antibiotikaresistente bakterier, som repræsenterer et stigende folkesundhedsproblem. Set i det lys kan studiet desuden være et nyttigt værktøj i arbejdet med at højne patientsikkerheden på de danske hospitaler.

8 PERSPEKTIVER FOR PRAKSIS

Studiets fund peger på en række behov og initiativer for at kunne imødegå sundhedsvæsenets fremtidige udfordringer med at skulle håndtere endnu flere patienter og borgere med resistente bakterier.

Der er brug for en drøftelse af fremtidig strategi for håndtering af patienter med resistente bakterier i sundhedsvæsenet. Der skal tages højde for, at disse patienter opnår den samme kvalitet i sundhedsydelserne som andre patienter og at patientsikkerheden er i højsædet. Det skal indgå i overvejelserne, at patienterne i vid udstrækning vil ligge på enestuer på hospitalerne i fremtiden.

Den kommende forebyggelsespakke om hygiejne ses som et sundhedsfremmende tiltag for at øge patienters og borgeres viden om smitte og hvordan smitte forebygges. Det er vigtigt, at forebyggelsespakken indeholder muligheder for interventioner og implementeringsstrategier, således at pakken kan bidrage til at mindske risikoen for smittespredning, både på hospitaler og i samfundet.

Dette og andre studier peger på, at der skal findes løsninger, der fremmer sundhedsvæsenets ydelser i forhold til information og kommunikation med isolationspatienter, således at patienterne kan håndtere eventuelle følger af at have været i isolation.

For at sikre at sundhedspersonalet er i stand til at løse de infektionshygiejniske udfordringer i praksis, nu og i fremtiden, peges der i studiet på, at der er et behov for at kortlægge indholdet af infektionsforebyggelse i sundhedspersonalets grunduddannelser.

For at sikre at sundhedspersonale har et klart og entydigt billede af håndtering af smitterisiko, er der et behov for at se på i hvor høj grad de mange aktører i infektionsforebyggelse i Danmark bidrager til at skabe dette billede eller om der i stedet skabes u hensigtsmæssig forvirring og misforståelser.

Hygiejneorganisationer på danske hospitaler er i vid udstrækning organiseret og arbejder efter ældre anbefalinger. Der vil være brug for at se på, om hygiejneorganisationer og de infektionshygiejniske teams bør styrkes og om der skal tages nye metoder i brug for at imødekomme behovet for infektionshygiejnisk bistand i praksis.

9 TAK

Undervejs i studiet har jeg kun mødt positive tilkendegivelser og hjælpsomhed, derfor er der mange, som fortjener en stor TAK.

Den største tak tilfalder alle deltagerne, som med stort vid og engagement svarede på spørgsmål og fortalte om deres oplevelser. Det var en fornøjelse at interviewe dem, opleve deres erfaringsudveksling, kollegiale sparring og dele gode grin. Tak. Også tak til alle lederne, som brugte tid på at sammensætte grupperne, ikke hos en eneste mødte jeg modstand, kun interesse, men jeg ved, at det var en udfordring for alle at samle og undvære grupperne i en travl hverdag.

Tak til min ledelse og mine kolleger for at give tid og plads til mit studie og tak til Eva Glassou og Else Hjortbak, som var observatører i fokusgrupperne. I denne sammenhæng fortjener mine nærmeste kolleger Ian Gottlieb og Hanne Hvingelby og min kollega Bodil Forman i Århus en stor tak for gennemlæsning af materialet, konstruktiv kritik og gode diskussioner. Tak for støtte og opmuntring undervejs i studiet.

En helt særlig tak vil jeg rette til min vejleder, universitetslektor, DrPH Lene Povlsen, Nordic School of Public Health. Tak for god, inspirerende og engageret vejledning og tak for mange opmuntringer.

10 REFERENCER

Aarhus Universitet (2011). *Studieordning for Bacheloruddannelse i medicin 2011*. Available at: <http://bachelor.au.dk/medicin/> [accessed august 2012].

Aarhus Universitetshospital (2011). Infektionshygiejnisk Afsnit, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling. *Årsberetning 2011*. Available at: <http://www.auh.dk/om+auh/afdelinger/klinisk+mikrobiologisk+afdeling/infektionshygiejnisk+afsnit/%c3%a5rsberetninger> [accessed august 2012].

Andersen, AM. (2011) *Infektionshygiejne på plejehjem i Århus Kommune*, MPH 2011:118. Århus, Danmark: Aarhus Universitet.

Beskæftigelsesministeriet (2010). *Arbejdsmiljøloven*. Available at: www.retsinformation.dk [accessed juni 2012].

Bloch, B. (2012). *Hygiejne på tværs – tværsektorielt samarbejde omkring patient/borger med behov for infektionshygiejnisk bistand – hvordan løses opgaven?* MPH 2012:2. Göteborg, Sverige: Nordic School of Public Health.

Bracco D., Dubois MJ., Bouali R., Eggiman P. (2007). "Single rooms may help to prevent nosocomial bloodstream infection and cross-transmission of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in intensive care units". *Intensive Care Medicine*, vol. 33, no. 5, pp. 836-840.

Brinkmann, S. og Tanggaard, L. (2010). *Kvalitative metoder*, Hans Reitzels Forlag, København.

Center for Kliniske Retningslinjer (2012). *Afdelingen for sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet*. Available at: www.kliniskeretningslinjer.dk [accessed august 2012].

Centrale Enhed for Infektionshygiejne (2012), Statens Serum Institut. *CEI-NYT nr. 122 Juli 2012*. Available at: <http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/CEI-NYT/2012/Nr%20122%20-%20Juli%202012.aspx> [accessed juli 2012]

Danish Presidency of the Council of the European Union (2012). Available at: <http://eu2012.dk/da/NewsList/Marts/Uge-10/Antibiotic-Resistance> [accessed august 2012].

Danske Regioner (2012). *Danmark investerer i nye sygehuse*. Available at: www.godtsygehusbyggeri.dk [accessed august 2012].

Dansk Selskab for Infektionsmedicin. (2011). *Retningslinjer for håndtering af influenza*. Available at: http://www.infmed.dk/guidelines#influenza_version_13dec2011_v4.pdf [accessed juli 2012].

Dansk Standard (2012). *Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren*. DS 2450 og DS 2451-serien. www.ds.dk [accessed juli 2012].

Datatilsynet (2011). Available at: www.datatilsynet.dk [Accessed: november 2011].

Den Centrale Videnskabsetiske Komite (2011). Available at: www.cvk.sum.dk [accessed november 2011].

Dettenkofer M, Seegers S, Antes G, Motschall E, Schumacher M, Daschner FD. (2004). „Does the Architecture of Hospital Facilities Influence Nosocomial Infection Rates? A Systematic Review”, *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 25, pp. 21-25.

Farrugie C, Borg MA (2012). “Delivering the infection control message: a communication challenge”. *Journal of Hospital Infection*, vol. 80, pp. 224-228.

Frimodt-Møller, N. (2011). ”Den internationale overvågning af antibiotikaresistens”. *Ugeskrift for læger*, Nov; Vol. 173, no. 45, pp.2880-2882.

Frimodt-Møller, N., Kolmos, HJ. (2011). ”Selektion og spredning af antibiotika-resistente bakterier”. *Ugeskrift for læger*, Nov; Vol. 173, no. 45, pp.2885-2888.

Giddens, A. (1996). ”Skæbne, risiko og sikkerhed” i *Modernitet og selvidentitet*. Hans Reitzels Forlag, København, pp. 131-170.

Grandjean, P., Albertsen, K., Gunnarson, LB., Hendriksen, HB., Hultengren, E., Keiding, L., Søborg, I., Scheel Thomsen, A., Balling, H. (2001). ”Oplevelse af risici” Rapport fra en arbejdsgruppe. *Miljø og Sundhed*, 7. årgang, suppl. nr. 1. Sundhedsministeriets Miljømedicinske Forskningscenter. København. ISSN 1601-4146.

Graneheim, UH., Lundman, B. (2004). “Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness”, *Nurse Education Today*, vol. 24, pp. 105-112.

Gyldendal (2012). *Den Store Danske Encyklopædi*. Available at: www.denstoredanske.dk [accessed juli 2012]

Haley, RW., Culver, DH., White, JW., Morgan, WM., Emori, TG., Munn, VP., Hooton, TM. (1985). “The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US Hospitals”, *American Journal of Epidemiology*, Vol. 121, no. 2, pp. 182-205.

Haley, RW., Quade, D., Freeman, HE., Bennett, JV. (1980). “The SENIC project. Study on the efficacy of nosocomial infection control. Summary on study design”, *American Journal of Epidemiology*, Vol. 111, no. 5, pp. 472-485..

Halkier, B. (2010). ”Fokusgrupper” i *Kvalitative metoder*, eds. Brinkmann, S. og Tanggaard, L., Hans Reitzels Forlag, København, 121-135.

Hansen, HP. (1994). "Hvad er en fortælling? – Om sygeplejersker i heltepositioner", *Klinisk Sygepleje*, Nr. 1/1996, pp. 53-59.

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer (Smittervernloven) 1995/2012*. Available at: www.lovdata.no [accessed august 2012]

Holdt Christensen, P. (2012). *Samarbejde mellem mennesker i organisationen*, Hans Reitzels Forlag, København.

Holmes AH. (2007). "Can organisational change reduce hospital acquired infections?", *Journal of Hospital Infection*, vol. 65, pp. 191-192.

Hjort PF. (2010). Kultur og helse. I: *Alderdom. Helse, omsorg og kultur*. Universitetsforlaget, Oslo, pp. 179-188.

Hunt P., Backman G., Bueno de Mesquita J., Finer L., Khosla R., Korljan D., Oldring L. (2009). The right to the highest attainable standard of health. In: *Oxford Textbook of Public Health*. Detels R., Beaglehole R., Lansang MA., Gulliford M. (eds). Oxford University Press, England, (pp. 335-350).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011a). *Autorisationsloven. Bekendtgørelse om lov af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed*. Available at: www.retsinformation.dk [accessed maj 2012].

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011b). *Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet*. Available at: www.retsinformation.dk [accessed juli 2012].

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2009). *Epidemiloven. Bekendtgørelse af lov om foranstaltninger mod smittsomme og andre overførbare sygdomme*. Available at: www.retsinformation.dk [accessed maj 2012].

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010). *Sundhedsloven. Bekendtgørelse af sundhedsloven*. Available at: www.retsinformation.dk [accessed juli 2012].

IKAS (2010). Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. *Den Danske Kvalitetsmodel. Standarder for sygehuse*. Available at: www.ikas.dk [accessed maj. 2012].

Jensen, Klaus (2004). *Medicinsk mikrobiologi og infektionspatologi*, 12. udgave, Nyt Nordisk forlag Arnold Busck, København.

Koch Hansen, M. (2011). "Vi skal have styr på antibiotikaforbruget nu". *Ugeskrift for læger*. Nov; Vol. 175, no. 45, p. 2877.

Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Interview: Introduktion til et håndværk*, Hans Reitzels Forlag, København.

Ladegaard MB., Stage V. (1999). "Håndhygiejne og småbørnssygdom i daginstitutioner. En interventionsundersøgelse", *Ugeskrift for Læger*, vol. 161, pp. 4396-4400.

Litosseliti, L. (2003). *Using focusgroups in research*. Continuum, London.

Madeo M., Shields L., Owen E. (2008). "A pilot study to investigate patients reported knowledge, awareness, and beliefs on health care-associated infection", *American Journal of Infection Control*, vol. 36, pp. 63-69.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*, (3.udgave) Universitetsforlaget, Oslo.

Mæland, JG. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*, (3. udgave) Universitetsforlaget, Oslo.

Olsen, B. (2010). *Pandemi. Myterna, fakta, hoten*. Nordstedts, Stockholm.

Pedersen, KM., Kolmos, HJ. (2011). "Hospitalsinfektioner – en samfundsøkonomisk udfordring", *Ugeskrift for Læger*, Nov; Vol. 169, no. 48, pp. 4135-4138.

Pittet, D. (2005). "Infection control and quality health care in the new millennium", *American Journal of Infection Control*, June; Vol. 33, no. 5, pp. 258-267.

Rienecker, L. og Stray Jørgensen, P. (2006). *Den gode opgave*. (3. udg. 2. opl.) Forlaget Samfundslitteratur, Frederiksberg.

Region Midtjylland (2011). Hygiejneorganisationen. *Regionale hygiejnedokumenter*. Available at: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_KvalKoor.NSF/UI2/93195D9E33A8EB23C125742700407EB7?OpenDocument [accessed november 2011].

Rønne, T. (2009). "Forebyggelse af smitsomme sygdomme" i *Forebyggende sundhedsarbejde*. Kamper-Jørgensen, F., Almind, G., Jensen BB. (5. udgave) Munksgaard, København, pp. 385-398.

Saugstad, T. og Mach-Zagal, R. (2003). *Sundhedspædagogik for praktikere* (2. udgave) Munksgaard, København.

Skov, R., Hansen, DS. (2011). "MRSA og ESBL er fortsat stigende i samfundet og ved hospitalsassocierede udbrud", *Ugeskrift for Læger*, Nov; Vol. 173, no. 45, pp. 2869-2872.

Skov, R., Urth, TR., Hansen, DS. (2007). "Methicillinresistente S. aureus og multiresistente enterobacteriaceae", *Ugerskrift for Læger*, Dec; Vol. 169, no. 49, pp. 4259-4263.

Skyman, E., Sjöström, HT., Hellström, L. (2010). "Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated". *Scand J Caring Sci*. Vol. 24, pp. 101–107.

Statens Serum Institut (2010). *DANMAP*. August. ISBN 1600-2032.

Statens Serum Institut (2012). *Infektionshygiejne*. Available at: <http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne.aspx> [accessed juli 2012]

Statens Serum Institut (2011). *Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om behandling af patienter med smitsomme sygdomme, herunder isolation*, (4. udgave) CEI 2011. Available at: <http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Retningslinjer/NIR.aspx> [accessed juni 2012].

Stelfox, HT., Bates, DW., Redelmaier, DA. (2003). "Safety of Patients Isolated for Infection Control". *American Medical Association*. Oktober; vol. 290, no. 14, pp. 1899-1905.

Sundhedsstyrelsen (2006c). *Beredskab for pandemisk influenza*. Available at: <http://www.sst.dk/Udgivelser/2006/Beredskab%20for%20pandemisk%20influenza%20-%20National%20strategi%20og%20rammer%20for%20planlaegning%20i%20sundhedsberedskabet.aspx> [accessed juli 2012].

Sundhedsstyrelsen (2011). *Dødsårsagsregisteret 2010. Tal og analyse*. Available at: <http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Doedsaarsager.aspx> [accessed juli 2012].

Sundhedsstyrelsen (2006a). *Rapport om MRSA-økonomi*.

Sundhedsstyrelsen (2012). *Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker*. Available at: <http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Kommunal%20sundhedsplanlaegning/sst-FBpakker.aspx> [accessed august 2012].

Sundhedsstyrelsen (2006b). *Vejledning om forebyggelse af spredning af MRSA*. Available at: <http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Smitsomme%20sygdomme/MRSA/MRSA%20vejledning.aspx> [accessed juli 2012].

Sundhedsstyrelsen (2009). *Vejledning til læger og andet sundhedspersonale om influenza A (H1N1)v*. Available at: www.retsinformation.dk [accessed juli 2012].

- Sveriges Riksdag (2004). *Smittskyddslag 2004:168*. Available at: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Smittskyddslag-2004168_sfs-2004-168/?bet=2004:168 [accessed august 2012]
- Tanggaard, L., Brinkmann S. (2010). "Interviewet: Samtalen som forskningsmetode" i *Kvalitative metoder*, eds. Brinkmann, S. og Tanggaard, L. Hans Reitzels Forlag, København, pp. 29-53.
- UN (1948). United Nations. *The Universal Declaration of Human rights*.
- Undervisningsministeriet (2008). *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor*. Available at: www.retsinformation.dk [accessed august 2012]
- UNI.C. (2012). Danmarks It-center for uddannelse og forskning. Available at: <https://www.elevplan.dk/offentlig/default.aspx?sideid=hovedforlob&hovedforlob=391#> [accessed august 2012]
- VIA University College (2012). *Bachelor- og akademiuddannelser*. Available at: www.viauc.dk [accessed august 2012]
- World Health Organization (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*.
- World Health Organization (2011). *World Health Days*. Available at: <http://www.who.int/world-health-day/2011/en/index.html> [assecced juli 2012].
- Wiklund, S. (2011). *Vad innebär det att drabbas av ESBL-bildande tarmbakterier?* 2011:3. Göteborg, Sverige: Nordic School of Public Health.
- Winchester S.A., Cliffe S., Tomkins S., Batty L., Ncube F., Zuckerman M. (2012). "Healthcareworkers' perceptions of occupational exposure to blood-borne viruses and reporting barriers: a questionnaire-based study", *Journal of Hospital Infection*, vol. 82, pp. 36-39.

11 BILAG

Bilag 1: Interviewguide.

Bilag 2: Deltagere i fokusgruppeinterviews.

Bilag 3: Information til informanter i fokusgruppeinterviews.

Arbejdstitel

Hvordan oplever og håndterer sundhedspersonale infektionshygiejniske forholdsregler omkring patienter i isolation? – Et kvalitativt studie.

Introduktion

I kender til, at vi til daglig anvender nogle generelle infektionshygiejniske forholdsregler for at forhindre smittespredning og at vi har supplerende forholdsregler, når vi har patienter med f.eks. resistente mikroorganismer, som vi isolerer.

Spørgsmål

Hvordan oplever I, det er at passe/behandle patienter, som er på isolationsstue?

Hvordan oplever I smitterisikoen omkring disse patienter?

Hvordan håndterer I det i det daglige arbejde?

Hvad tror I, det betyder for patienten, som er i isolation pga. resistente mikroorganismer?

Hvordan oplever I at pleje/behandle ”almindelige” patienter, som ikke er i isolation, hvordan er smitterisiko omkring disse patienter?

I studiet deltog 38 sundhedspersoner i 8 fokusgrupper:

Hospitalsenheden Vest:

1. Medicinske sygeplejersker
2. Ortopædkirurgiske sygeplejersker
3. Akutområdet sygeplejersker
4. Kirurgiske social- og sundhedsassistenter
5. Ergo- og fysioterapeuter
6. Medicinske læger
7. Hygiejnenøglepersoner

Århus Universitetshospital:

8. Medicinske sygeplejersker

Sundhedspersonerne fordeler sig i forhold til køn, alder og erfaring således:

Fordeling af køn:

32 kvinder og 6 mænd.

Bilag 2, tabel 1. Fordeling i forhold til alder

Alder	Antal sundhedspersonale
< 35 år	7
35-45 år	14
> 45 år	14

Bilag 2, tabel 2. Fordeling i forhold til erfaring

Erfaring – antal år	Antal sundhedspersonale
< 10 år	13
10-20 år	11
> 20 år	11

For 3 deltagere er alder og erfaring uoplyst.

Information til informanter i fokusgruppeinterviews Bilag 3

Din leder har givet tilsagn om, at du må deltage i et fokusgruppeinterview sammen med fire-fem af dine kolleger. Medvirken er naturligvis helt frivilligt.

Interviewet er en del af en undersøgelse, som jeg laver i forbindelse med, at jeg afslutter mit masterstudie i folkesundhedsvidenskab ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) i Göteborg.

Hvad går undersøgelsen ud på?

Jeg vil gerne undersøge, hvordan sundhedspersonale oplever og håndterer infektionshygiejniske forholdsregler både for patienter i isolation og patienter, som ikke er i isolation. Derfor vil jeg i interviewet spørge ind til oplevelser og forhold omkring dette.

Formålet med undersøgelsen

Undersøgelsens formål er at beskrive, hvordan sundhedspersonale oplever og håndterer risiko for smittespredning, når patienterne er isoleret og om det påvirker deres opfattelse af de generelle infektionshygiejniske forholdsregler.

Undersøgelsen bidrager til at nuancere det samlede billede af afbrydelse af kontaktsmitte og isolation.

Hvad indebærer det at deltage?

Du skal bruge ca. en time af din arbejdstid til interviewet sammen med fire-fem kolleger. Jeg stiller fire-fem spørgsmål, som I svarer på i interviewet.

I interviewet deltager jeg sammen med en kollega fra Kvalitet og Udvikling, som er observatør under interviewet.

Alle interviews anonymiseres og opbevares fortroligt. Når mit speciale er godkendt destrueres alt materiale fra interviews.

Jeg vil gerne opfordre til tavshedspligt og loyalitet overfor dem, man er i gruppe sammen med.

Hvem deltager?

I undersøgelsen deltager otte fokusgrupper med ca. fem deltagere i hver gruppe.

Grupperne repræsenterer forskelligt sundhedspersonale, men hver gruppe er sammensat af samme faggruppe for at skabe mest mulig ligeværd og tryghed under interviews.

Information om resultater

Når undersøgelsen og mit speciale er færdigt og godkendt, er det tilgængeligt på NHVs hjemmeside, ligesom jeg, som andre master- og kandidatstuderende i Hospitalsenheden Vest, skal præsentere specialet ved en mindre forelæsning.

Du er til enhver tid velkommen til at kontakte mig for yderligere oplysninger.

Venlig hilsen

Anette Jensen, hygiejnesygeplejerske

anette.jensen@vest.rm.dk

Tlf. 7843 8709

