

Hygiejnesygeplejerskers udfordringer  
med de infektionshygiejniske  
retningslinjer i forhold til forebyggelse  
af smitte med antibiotikaresistente  
bakterier

Grete Holch Skalkam

Master of Public Health

MPH 2014:19



norden

Nordic School of Public Health  
NHV

Hygiejnesygeplejerskers udfordringer med de infektionshygiejniske retningslinjer i forhold til forebyggelse af smitte med antibiotikaresistente bakterier

© Nordic School of Public Health NHV  
ISSN 1104-5701  
ISBN 978-91-86739-84-3



norden

Nordic School of Public Health  
NHV

MPH 2014:19  
Dnr U12/08:360

## Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Hygiejnesygeplejerskers udfordringer med de infektionshygiejniske retningslinjer i forhold til forebyggelse af smitte med antibiotikaresistente bakterier				
Författare Grete Holch Skalkam				
Författarens befattning och adress Hygiejnesygeplejerske Søndergade 95 9370 Hals Hou				
Datum då examensarbetet godkändes 12.09.2014			Handledare NHV Lene Povlsen, Docent, DrPH	
Antal sidor 51	Språk – examensarbete Dansk	Språk – sammanfattning Dansk/Engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-86739-84-3

### Sammanfattning

**Formål:** Formålet med studiet var at få en forståelse af hvordan hygiejnesygeplejersker i Danmark oplever, at de nationale infektionshygiejniske retningslinjer er anvendelige og relevante i arbejdet med at forebygge smitte med antibiotikaresistente bakterier. Desuden var der en forventning om, at studiet kunne belyse om der var behov for eller ønske om at optimere eller revurdere det infektionshygiejniske fokus på forebyggelse af smitte med antibiotikaresistente bakterier i forhold til de generelle og supplerende infektionshygiejniske retningslinjer.

**Metode:** Studiet var et kvalitativ studie, hvor det empiriske materiale blev indsamlet i fem fokusgruppeinterviews med i alt 24 danske hygiejnesygeplejersker. Til analysen blev der anvendt systematisk tekstkondensering. Den teoretiske og begrebsmæssige ramme omfattede Antonovsky's teori om Salutogenese, Kommunikation, og Health literacy.

**Resultater:** Hygiejnesygeplejerskerne fandt varierende støtte i retningslinjerne, som de opfattede som deres teoretiske fundament og som den ramme, de arbejdede ud fra. De oplevede desuden en stor udfordring i at få de nationale retningslinjer gjort anvendelige i praksis. Dele af sundhedspersonalet havde ikke de fornødne forudsætninger for at kunne læse og forstå den skrevne tekst, bl.a. fordi de manglede grundlæggende viden om hygiejne. Der var derfor enighed om at retningslinjerne ikke kunne stå alene, men skulle oversættes og suppleres med tilstedeværelse i praksis. Kendskabet og tilgængeligheden til retningslinjerne varierede hos sundhedspersonalet og dette var, sammenholdt med hospitalernes indretning og økonomiske prioritering, med til at gøre retningslinjernes anvendelighed i praksis problematisk. Samtidig udtrykte hygiejnesygeplejerskerne manglende tillid til udviklingen af retningslinjerne og opfordrede til nytænkning, specielt mindre fokus på de supplerende og øget fokus på de generelle retningslinjer.

**Konklusion:** Der er behov for at revurdere fokus for forebyggelse af smitte med antibiotikaresistente bakterier. Desuden bør man fra national side initiere et samarbejde som kan optimere indhold, kommunikation og layout af de infektionshygiejniske retningslinjer for derigennem at gøre dem mere forståelige, anvendelige og relevante i arbejdet med at forebygge smitte med antibiotikaresistente bakterier.

### Nyckelord

hygiejnesygeplejersker, infektionshygiejniske retningslinjer, sense of coherence, kommunikation, health literacy, sundhedsfremme



## Master of Public Health – Thesis –

Title and subtitle of the thesis Infections control nurses' views on challenges regarding infection control guidelines and preventing infections caused by multi-drug resistant microorganisms in Denmark				
Author Grete Holch Skalkam				
Author's position and address Infection control nurse Søndergade 95 DK-9370 Hals Hou				
Date of approval 12.09.2014			Supervisor NHV Lene Povlsen, associate professor, DrPH	
No. of pages 51	Language – thesis Danish	Language – abstract Danish/English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-86739-84-3

### Abstract

**Objectives:** This study aimed to understand whether infection control nurses in Denmark consider the national guidelines on infection control as useful and relevant regarding multi-drug resistant microorganisms. We also aimed to identify potential needs and wishes to optimize or reconsider the general and supplementary guidelines on infection control as applied to preventing multi-drug resistant microorganisms.

**Methods:** This qualitative study collected data from 24 Danish infection control nurses in 5 focus group discussions. Data was analyzed using systematic text condensation. The theoretical and conceptual frame included Antonovsky's theory of salutogenesis, communication, and health literacy.

**Results:** Participants experienced varying levels of support from the guidelines, but mainly perceived them as a theoretical foundation and framework. They saw a great challenge in making the guidelines understandable in practice. Due to language difficulties and lack of health literacy, some health care professionals lacked elementary knowledge of hygiene because they were unable to read and understand the text. Accordingly, the guidelines required translation and follow up in practice. The health care professionals' knowledge and ability to access the guidelines also varied. Combined these challenges with hospitals' arrangements and economic priorities, the guidelines' practicability was problematic. Furthermore, participants distrusted the guidelines' development process and called a new perspective that focuses less focus on making more supplementary guidelines and instead focus more on the general guidelines.

**Conclusions:** Denmark should reconsider its level of focus on preventing multi-drug resistant microorganisms. A national collaboration could optimize the contents, layout, and communication of the guidelines to make them understandable, useful, and relevant in preventing infections caused by multi-drug resistant microorganisms.

### Key words

infection control nurses, guidelines on infection control, sense of coherence; communication, health literacy, health promotion

## INDHOLD

1. INDLEDNING.....	5
2. BAGGRUND.....	6
2.1 Antibiotikaresistente bakterier – et folkesundhedsproblem.....	6
2.2 Spredning af bakterier i og udenfor sundhedsvæsenet .....	7
2.3 Infektionsforebyggelse i sundhedsvæsenet .....	8
2.3.1 De infektionshygiejniske retningslinjer.....	8
2.3.2 Efterlevelse, anvendelighed og konsekvenser af retningslinjerne .....	10
3. PROBLEMFORMULERING.....	11
3.1 Formål.....	12
3.2 Forskningsspørgsmål .....	12
4. TEORETISK OG BEGREBSMÆSSIG RAMME .....	13
4.1 Sense of Coherence .....	13
4.2 Kommunikation.....	14
4.3 Health literacy .....	16
5. METODE .....	17
5.1 Design.....	17
5.2 Informanter.....	18
5.3 Dataindsamling.....	19
5.4 Dataanalyse .....	20
5.4.1 Forfatterens forforståelse .....	21
5.5 Valideringstiltag .....	21
5.6 Ethiske overvejelser.....	22
6. RESULTATER.....	22
6.1 Eget sprog, langt væk fra praksis .....	23
6.1.1 Fagfolks forståelse af retningslinjerne .....	23
6.1.2 Oversættelse af retningslinjerne.....	24
6.1.3 Andres forståelse af retningslinjerne.....	25
6.2 Varierende tryghed og problematisk anvendelighed .....	26
6.2.1 En støtte for hygiejnesygeplejerskerne.....	26
6.2.2 Brugbare for sundhedspersonalet.....	27
6.3 Manglende tillid og troværdighed .....	28
6.3.1 Utryghed vedrørende fremtidens ejerskab af infektionshygiejnen .....	29
6.3.2 Hygiejnesygeplejerskernes tillid til retningslinjerne.....	30
6.3.3 Hygiejnesygeplejerskernes tillid til sig selv og andre.....	31
7. DISKUSSION.....	32
7.1 Resultatdiskussion .....	32
7.1.1 Udfordringer i arbejdet med retningslinjerne .....	32
7.1.2 Retningslinjernes anvendelighed og relevans i praksis .....	35
7.2 Metodediskussion .....	38
7.2.1 Design og dataindsamling .....	38
7.2.2 Studiets validitet, reliabilitet og overførbarhed .....	40
8. KONKLUSION .....	41
9. PERSPEKTIVER FOR PRAKSIS .....	41
10. TAK.....	42
11. REFERENCER.....	43
BILAG.....	48



## 1. INDLEDNING

Som nystartet hygiejnesygeplejerske i 2006 blev jeg præsenteret for en opgave som jeg havde svært ved at se det meningsfulde i. Det drejede sig om vejledning til klinikken i hvordan sundhedspersonalets adfærd skulle være for at undgå spredning af to antibiotikaresistente bakterier. Når man fandt en af disse bakterier hos en intensiv/opvågnings patient, skulle patienten isoleres på enestue og personalet skulle overholde nogle supplerende infektionshygiejniske retningslinjer. Problemet var, at intensive/opvågningsafsnit kun havde få eller ingen enestuer og derfor måtte reducere de sparsomme pladser de havde og i stedet anvende dem som ene/isolationsstuer. Konsekvensen kunne derfor være mangel på pladser til dårlige intensivpatienter, at operationer blev udsat, og/eller at afsnittene valgte ikke at følge de infektionshygiejniske retningslinjer.

En anden udfordring var, at den risikovurdering der var gjort i forhold til at forebygge smitte med bakterierne, var fagligt vanskelig at forsvare overfor de kliniske afdelinger. Sundhedspersonalet havde mange gode, logiske og faglige argumenter for at patienter med de to antibiotikaresistente bakterier ikke skulle isoleres. Modsvaret fra infektionshygiejnen var svagt og blev ofte til: ”Jeg forstår jer godt, men det er altså en beslutning oppefra, som I forventes at efterleve”. Problemet løste sig over tid, eftersom man fandt frem til at disse antibiotikaresistente bakterier var mere udbredt end forventet og ikke lod sig kontrollere. Løsningen blev derfor, at man holdt op med at lede efter bakterierne og måtte tro på, at personalet overholdt de generelle infektionshygiejniske retningslinjer, som i princippet var tilstrækkelige til at forebygge smitte.

Erfaringsmæssigt kan risikoen for smitte med kendte antibiotikaresistente bakterier således nedtones over tid. Når nye ukendte antibiotikaresistente bakterier erkendes i Danmark, vurderes de af de offentlige myndigheder Statens Sundhedsstyrelse (SST) og Statens Serum Institut (SSI) med hensyn til smitte risiko, og efterfølgende tages der stilling til hvilke forholdsregler der skal overholdes. Men som udgangspunkt kan smitte med antibiotikaresistente bakterier forebygges ved efterlevelse af de generelle infektionshygiejniske forholdsregler, som er et krav i forhold til alle patienter, eftersom man i realiteten ikke ved, hvilke bakterier en patient bringer med sig ind i sundhedsvæsenet.

I 2006 udgav SST for første gang en vejledning for en ny antibiotikaresistent bakterie hvor risikovurderingen var at de generelle infektionshygiejniske retningslinjer var tilstrækkelige, men at man ud fra et forsigtighedsprincip, alligevel skulle isolere disse patienter på enestue, dvs. anvende supplerende infektionshygiejniske forholdsregler. Vejledningen blev revideret i 2012 efter det samme princip.

Forekomsten af antibiotikaresistente bakterier i Danmark er steget over de senere år. Anvendelse af supplerende nationale og regionale infektionshygiejniske retningslinjer medfører derfor øgede udgifter og arbejdsbelastninger til sundhedsvæsenet og kan desuden føre til negative konsekvenser for smittede patienter og borgere i forhold til pleje, behandling samt stigmatisering af patient og pårørende. Samtidig er der tilkommet flere studier, som stiller spørgsmålstegn ved effekten af de dele af de

infektionshygiejniske retningslinjer, som omhandler de skærpede forholdsregler med isolation. Denne udvikling vil påvirke hygiejnesygeplejerskernes arbejde og holdning til retningslinjerne - men i hvilken grad og retning er ikke tydeligt. Personligt oplever jeg tilfælde hvor isolation og supplerende forholdsregler ikke giver mening og er vanskelige at håndtere. Når jeg som fagperson oplever egen usikkerhed, bliver det desuden en udfordring at skulle give budskabet videre og skabe mening og sammenhæng hos dem, som skal håndtere retningslinjerne i forhold til patienterne.

Der er ingen tvivl om at antibiotikaresistente bakterier er et problem, som skal tages meget alvorligt. De infektionshygiejniske retningslinjer er hygiejneorganisationernes platform og vigtigste redskab til at forebygge smitte med antibiotikaresistente bakterier. Spørgsmålet er bare om den alvor, vi tillægger de forskellige antibiotikaresistente bakterier, stadig har fokus rette sted, eller om tiden er inde til revurderinger og optimeringer? Dette MPH-arbejde søger at belyse og give svar på dette spørgsmål.

## 2. BAGGRUND

### 2.1 Antibiotikaresistente bakterier – et folkesundhedsproblem

Da penicillin og andre antibiotika omkring 1930, blev introduceret til behandling af infektioner, havde det stor betydning for folkesundheden. Behandlingen førte til hurtigere helbredelse og nedsættelse af risiko for smitte til andre. Det viste sig dog at bakterierne udviklede et forsvar, som gjorde dem modstandsdygtige/resistente overfor flere og flere antibiotika. Denne udvikling gjorde dengang som nu behandlingen af infektioner vanskelig og langstrakt (Jensen 2002).

Forekomsten af resistente bakterier er stærkt stigende globalt og samtidig er udviklingen af nye antibiotika nærmest stoppet (EDC/EMEA 2009). Denne udvikling vil reducere mulighederne for at behandle infektioner og mulighederne for avanceret kirurgisk og medicinsk behandling som er afhængig af at behandlingsrelaterede infektioner kan forbygges med antibiotika (World Health Organization 2012). Udviklingen af antibiotikaresistens og antibiotikaresistente bakterier følges derfor tæt. Det Europæiske Center for sygdoms forebyggelse og kontrol (ECDC) omtaler udviklingen som en stadig øgende folkesundhedsudfordring i Europa (EDC/EMEA 2009).

Verdens Sundhedsorganisation (WHO) betegner udviklingen som en trussel mod menneskets sundhed og et globalt problem som det er vigtigt at få kontrol over (World Health Organization 2012). I Europa dør 25.000 mennesker årligt som følge af infektioner med antibiotikaresistente bakterier og det skønnes, at det har medført øgede sundhedsudgifter på ca. 1.5 milliard euro (Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri 2013). SSI beregnede i 2006, at meromkostninger for indlæggelse på isolationsstue på grund af antibiotikaresistente bakterier og behandling af en patient med en infektion fra antibiotikaresistente hudbakterier, kostede sundhedsvæsenet 50.000 kr. om dagen (Sundhedsstyrelsen 2006).



Stigningen i antallet af antibiotikaresistente bakterier er sket samtidig med, at forbruget af bredspektrede antibiotika på de danske hospitaler er steget fra 50 % af totalforbruget i 2002 til 66 % i 2011, svarende til en stigning på 67 %. Hos de praktiserende læger var stigningen 78 % (Statens Serum Institut. 2011). Denne udvikling er tilsvarende i resten af Norden (Skov, Westh 2005). Globaliseringen og landbrugets anvendelse af antibiotika menes også at have en andel i denne stigende udvikling, idet bakterier, antibiotikafølsomme såvel som antibiotikaresistente, flytter sig med mennesker, dyr og fødevarer og på den måde spredes ud i samfundet og rundt i verden (Frimodt-Møller, Kolmos 2011).

Antibiotikaresistente bakterier er et folkesundhedsproblem hvor forebyggelse omhandler både hvordan antibiotika anvendes i landbruget og i sundhedsvæsenet, men også hvordan det ved hjælp af adfærdsregulerende retningslinjer sikres at smitte fra person til person ikke sker. Sidstnævnte er fokus i dette MPH-arbejde.

## **2.2 Spredning af bakterier i og udenfor sundhedsvæsenet**

Mange bakterier har deres naturlige reservoir hos mennesker eksempelvis i fordøjelsessystemet, i blodbanen, på slimhinder og på huden. Bakterierne vil kun forårsage infektioner hvis de transporteres til steder hvor de normalt ikke findes. Transport af en tarmbakterie fra tarmen til urinvejene vil for eksempel kunne give urinvejsbetændelse og en ellers harmløs hudbakterie vil kunne forårsage alvorlige postoperative sår infektioner. Denne form for smitte kaldes indirekte kontaktsmitte. Det betragtes også som indirekte kontaktsmitte, når bakterierne transporteres fra person til person via et mellemlid, for eksempel personalets hænder eller utilstrækkeligt rengjort udstyr (Statens Serum Institut 2013). Smitte med bakterier kan også ske direkte fra person til person, dette kaldes direkte kontaktsmitte. Denne smittemåde kræver en tæt fysisk kontakt. Overførsel via hænderne er den hyppigste smittemåde (Statens Serum Institut 2012a).

Tidligere var de som blev smittet fortrinsvis svage, syge og gamle mennesker med relation til hospitalsvæsenet (Jensen 2002). Denne udvikling er ændret og en større stigning ses nu uden for hospitalerne (Skov, Hansen 2011). I 2012 beskrev SSI en antibiotikaresistent hudbakterie hvor antallet af nye tilfælde i 2011 var det højeste i over 25 år. Stigningen sås primært hos ellers raske personer uden relation til hospitaler (Statens Serum Institut. 2012). Et tilsvarende mønster ses i andre europæiske lande (van Trijp et al. 2007, Rubinovitch, Pittet 2001).

Antibiotika resistente bakterier findes også hos dyr. I Danmark 2009 registrerede man for første gang smitte med en speciel antibiotikaresistent hudbakterie fra levende grise til mennesker (Statens Serum Institut 2011). Efterfølgende blev der registreret en stor stigning i fund af personer, hvor denne smittevej var sandsynlig. I Danmark blev der i 2009 registreret 820 nye smittede personer og for 2013 blev der registreret 2113 nye smittede personer. En stigning på næsten 200 % (Statens Serum Institut 2014).

## 2.3 Infektionsforebyggelse i sundhedsvæsenet

SENIC-studiet (Haley et al. 1980) undersøgte effekten af at forebygge hospitalsinfektioner og påviste, at en struktur med en hygiejnesygeplejerske pr. 250 hospitalssenge, en læge/epidemiolog pr. 1000 senge samt et effektivt overvågningssystem med feedback til klinikken og ledelsen kunne reducere infektionsraten med 32 % målt på de fire hyppigste hospitals erhvervede infektioner. Studiet dannede grundlag for opbygningen af hygiejneorganisationer mange steder i verden (Pittet 2005).

I Danmark har alle offentlige somatiske og flere psykiatriske hospitaler en ledelses forankret hygiejneorganisation med hygiejnesygeplejersker, hygiejnelæger, infektionshygiejniske retningslinjer og et netværk af hygiejnekontaktpersoner rundt på de enkelte afsnit. (Statens Serum Institut 2012b). Organisationens hovedformål er at forebygge at borgeren/patienten bliver smittet med smitsomme sygdomme eller pådrager sig en infektion i kontakten med sundhedsvæsenet. Arbejdet med forebyggelse af hospitalsinfektioner er ifølge SST (2012) komplekst og kræver multimodale interventioner.

I den primære sundhedstjeneste i Danmarks er der ikke opbygget samme veletablerede struktur for infektionsforebyggelse som på hospitalerne og der peges på at der for fremtiden er brug for et tværsektorielt samarbejde omkring infektionshygiejne (Bloch 2012).

SST og SSI er de offentlige myndigheder som har det overordnede ansvar i det nationale og internationale smitteberedskab i Danmark. En offentlig myndighed har lovhjemmel til at være myndighedsudøvende, dvs. at myndigheden kan udstede påbud og, hvis ikke de opfyldes, sanktioner (Statens Serum Institut 2012b). SSI har en Central Enhed for Infektionshygiejne (CEI) som udarbejder nationale infektionshygiejniske retningslinjer og varetager den centrale koordinering af det infektionshygiejniske arbejde gennem rådgivning og vejledning af sundhedssektoren, diverse ministerier og styrelser (Statens Serum Institut 2012b).

Hygiejneorganisationerne har til opgave at få formidlet og implementeret de nationale infektionshygiejniske retningslinjer ud til sundhedsvæsenet.

### 2.3.1 De infektionshygiejniske retningslinjer

I infektionshygiejniske fagkredse skelnes der mellem infektionshygiejniske standarder, -vejledninger, retningslinjer, forholdsregler og instrukser. I forbindelse med dataindsamlingen blev det i midlertidigt synligt at der ikke var enighed om hvilket ord der anvendes i hvilken sammenhæng og dette gav forvirring og misforståelser. Derfor anvendes der i dette MPH-arbejde kun ordet ” infektionshygiejniske retningslinjer”. Hvor det skønnes nødvendigt er der desuden skelnet mellem om retningslinjerne er udarbejdet nationalt, regionalt eller lokalt. Lokale retningslinjer er udarbejdet af de kliniske afsnit/afdelinger på baggrund af regionale retningslinjer. Med nationale

infektionshygiejniske retningslinjer menes SST's vejledning om forebyggelse af spredning af MRSA (Sundhedsstyrelsen 2012) samt SSI's Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om behandling af patienter med smitsomme sygdomme, herunder isolation (Statens Serum Institut 2011).

Alle hygiejneorganisationerne udarbejder løbende egne retningslinjer med afsæt i de nationale infektionshygiejniske retningslinjer som et minimums krav. Retningslinjerne skrives ud fra en forudsætning om at sundhedspersonalet har en grundviden om infektionshygiejne. Her forstås sundhedspersonale som personale der er i kontakt med patienten eller dennes omgivelser/ejendele.

Danmarks fem regioner har organiseret Infektionshygiejnen forskelligt med hensyn til ledelsestilknytning og antal af hygiejneenheder. Tre regioner er tilknyttet Klinisk Mikrobiologisk Afdeling (KMA) med en fælles regional enhed. To regioner har begge fire hygiejneenheder men har forskellig ledelsestilknytning: en enhed er tilknyttet KMA og tre enheder hører til Kvalitetsafdelingen. Omvendt er det i den sidste region hvor tre enheder er tilknyttet til KMA og en tilknyttet Kvalitetsafdelingen

Afhængig af hvordan hygiejneorganisationen er opbygget udarbejdes de regionale retningslinjer som et fælles regionalt dokument, eller som flere dokumenter knyttet til små lokale enheder i regionen. Bearbejdningen fra national til regional og videre til lokal retningslinje er et fortolknings arbejde og der kan være variation i det færdige produkt. Der ses tillige lokale variationer eksempelvis hvor hygiejneorganisation har særlige problemstillinger som f.eks. en stor forekomst af antibiotikaresistente bakterier eller få enestuer (Statens Serum Institut 2011).

Uanset om de infektionshygiejniske retningslinjer er nationale, regionale eller lokale så er de ens opbygget i generelle og supplerende retningslinjer. De generelle retningslinjer har siden 1988 været anbefalet både i primærsektoren og på hospitalerne. De tager udgangspunkt i, at det ikke altid er muligt at afgøre, om en patient udgør en konkret risiko for smitte, og man må derfor tage generelle infektionshygiejniske forholdsregler ved alle patienter (Sundhedsstyrelsen 2012). De generelle infektionshygiejniske retningslinjer er udformet så de forebygger al slags kontaktsmitte. De er indbygget i de kliniske retningslinjer for at sikre arbejdsrutiner i situationer, som kan indebære en smittefare (Statens Serum Institut 2013).

### **De generelle infektionshygiejniske retningslinjer**

- Knytter sig til alle generelle procedurer f.eks. afbrydelse af kontaktsmitte via håndhygiejne, rengøring og desinfektion af udstyr, anlæggelse af urinvejskateter og sårskift
- Tager udgangspunkt i at man ikke ved hvem som udgør en smitterisiko og gælder derfor alle patienter/borgere i alle situationer
- Gælder uanset om man arbejder i primær sektor eller på hospitaler
- Åbner mulighed for individuelle risikovurderinger

I 2011 udgav Statens Serum Institut en ny national retningslinje om behandling af patienter med smitsomme sygdomme, herunder isolation. Her blev det præciseret at de

generelle infektionshygiejniske retningslinjer ville kunne forebygge smitte med antibiotikaresistente bakterier hvis de blev kombineret med gode fysiske rammer og veltilrettelagte arbejdsgange. Det blev således konkluderet at brugen af fysisk isolation eventuelt kunne minimeres (Statens Serum Institut 2011).

### **De supplerende infektionshygiejniske retningslinjer**

- Knytter sig til diagnoser eller antibiotikaresistente bakterier og indebærer isolation
- Tager udgangspunkt i erkendt smitterisiko ved udvalgte sygdomme eller antibiotikaresistente bakterier og gælder derfor kun patienter som har fået påvist eller som mistænkes for at kunne være smittet
- Er detaljerede og tilrettelagt efter den aktuelle smitemåde med begrænset mulighed for individuelle risikovurderinger
- Der er forskellige retningslinjer gældende for primær sektor og for hospitaler

For både de generelle og supplerende retningslinjer gælder at det til enhver tid er arbejdsgiverens ansvar i samarbejde med sikkerhedsorganisationen og infektionshygiejnen at evaluere og sørge for at retningslinjerne anvendes og fungerer. (Sundhedsstyrelsen 2012).

Det betragtes som en del af en normal praksis, når patienter isoleres i det danske sundhedsvæsen. Egentlig lovhjemmel for denne handling findes imidlertid ikke og patienter/borgere kan nægte at lade sig isolere på grund af smitte risiko med antibiotikaresistente bakterier (Statens Serum Institut 2011).

### **2.3.2 Efterlevelse, anvendelighed og konsekvenser af retningslinjerne**

For at identificere patienter som ved indlæggelse skal følge de supplerende retningslinjer med isolation, skal alle patienter inden indlæggelse udspørges med hensyn til, om de er smittet eller er i en risikosituation for at være smittet. En undersøgelse i Region Nordjylland viste at kun 50 % foretog den påkrævede screening af patienterne inden indlæggelse. En følge heraf kan være at patienter med antibiotikaresistente bakterier bliver indlagt uden supplerende retningslinjer og isolation (Aaen 2011).

Håndhygiejne er den bedst dokumenterede enkeltstående handling til forebyggelse af smitte ved direkte og indirekte kontakt (Pittet et al. 1999). Trods denne viden er det stadig under 50 % som udfører håndhygiejne korrekt (Holt 2004). I Region Nordjylland har personalet i flere år udført håndhygiejneaudit to gange årligt ved hjælp af en spørgeskemaundersøgelse. 95 % af det deltagende sundhedspersonale opfyldte kriterierne for at udføre håndhygiejne korrekt. Audit blev senere ændret til både at omfatte spørgsmål og observation, og her faldt andelen som udførte korrekt håndhygiejne drastisk, enkelte steder blev kun 15 % af personalet ”godkendt”. Der var således et gab mellem viden og handling. Viden resulterer ikke automatisk i større efterlevelse af retningslinjerne, og samtidig er opfattelsen af hvad der er rent og urent kompleks og afhænger bl.a. af den enkeltes og samfundets gældende værdier og normer (Holt 2004).

Om isolation i enerum rent faktisk har en smitteforbyggende effekt kan ikke klart påvises, men enestuer gør at sundhedspersonalet kan tilrettelægge en bedre smitteforebyggende adfærd (Børseth 2011). Isolation bliver derfor en foranstaltning, som i princippet skærper sundhedspersonalets opmærksomhed på at overholde de generelle infektionshygiejniske retningslinjer.

Udbrud med antibiotikaresistente bakterier, opstår oftest på steder med tæt fysisk kontakt for eksempel på intensive børneafdelinger, institutioner med fysisk psykisk handicappede og plejehjem (Sundhedsstyrelsen 2012). Her beskrives de supplerende infektionshygiejniske retningslinjer med isolation som effektive til at stoppe yderligere spredning af antibiotikaresistente bakterier (Statens Serum Institut 2008). Et nyt norsk studie viste imidlertid at isolation af borgere med antibiotikaresistente bakterier på plejehjem ikke resulterede i færre tilfælde af smittede end på plejehjem, hvor der ikke blev isoleret (Elstrøm 2013).

Et dansk studie påviste at plejepersonalet opfatter risikoen for smitte forskelligt og laver individuelle risikovurderinger, både i forhold til patienter med og uden påviste antibiotikaresistente bakterier (Jensen 2012). Andre sætter spørgsmål ved om den nuværende isolationsprocedure, mere er drevet af en kraftig tro og et ønske om at gøre noget for at forhindre smitte på hospitalerne end den er baseret på entydige beviser på en effekt (Kirkland 2009). Her er opfordringen at fokus skal rettes på en forbedring af håndhygiejnen og at udvikle retningslinjer mere fleksible for dermed at skabe mulighed for risikovurderinger i hver enkelt situation (Kirkland 2009).

Det viser sig at have implikationer for patienten og dennes omgivelser, for personalet samt samfundsøkonomien når de supplerende infektionshygiejniske retningslinjer med isolation skal følges. Flere studier viser at patienten føler sig stigmatiseret og frarøvet deres frihed (Skymann 2010, Sørensen 2013, Wiklund 2011). Et studie viser, at isolationspatienter oplever flere utilsigtede hændelser, udtrykker større utilfredshed med behandlingen og får mindre dokumenteret pleje (Selfox 2003).

### 3. PROBLEMFORMULERING

Ud fra eksisterende viden om hvordan de enkelte bakterier smitter, vil de generelle forholdsregler kombineret med gode fysiske rammer i princippet være tilstrækkelige til at hindre smitte med antibiotikaresistente bakterier. Ud fra en faglig vurdering og et forsigtighedsprincip er det imidlertid i de danske nationale retningslinjer bestemt, at der til udvalgte antibiotikaresistente bakterier skal anvendes supplerende retningslinjer med isolation.

Med udsigten til en stadig stigning i antallet af antibiotikaresistente bakterier og begrænsede/ingen behandlingsmuligheder, må man forvente at flere patienter både på og udenfor de danske hospitaler, skal følge de supplerende infektionshygiejniske retningslinjer med isolation. Dette har store omkostninger for både patienten, personalet og samfundet, samtidig med at nye studier påviser at retningslinjerne ikke altid er nødvendige og har den ønskede effekt.

De supplerende infektionshygiejniske retningslinjer med isolation er detaljerede og tilrettelagt med begrænset mulighed for individuelle risikovurderinger. Dette er en udfordring ved implementeringen og efterlevelse af retningslinjerne da studier viser at sundhedspersonalet håndterer smitte risiko forskelligt og laver egne risikovurderinger.

Håndhygiejne er den bedst dokumenterede enkeltstående handling til forebyggelse af smitte ved direkte og indirekte kontakt, men trods denne viden ligger efterlevelsen af håndhygiejne stadig på et alt for lavt niveau. Denne manglende kobling mellem viden og handling kan i infektionshygiejniske fagkredse skabe usikkerhed om fokus, i forhold til forebyggelse af smitte med antibiotikaresistente bakterier er lagt på rette sted.

Der er et forbedringspotentiale i forhold til screening af patienter med henblik på smitte risiko inden indlæggelse, men den største udfordring ses i den store masse der ikke er kendt og som kan være smittet uden at dette nogensinde bliver opdaget. Forebyggelse af smitte vil her være afhængig af kvaliteten og efterlevelsen af de generelle infektionshygiejniske retningslinjer. Det vil derfor være relevant at undersøge hvordan hygiejnesygeplejersker i Danmark oplever at anvendelse af de infektionshygiejniske retningslinjer er relevante i arbejdet med at forebygge smitte med antibiotikaresistente bakterier og om de oplever at retningslinjerne er håndterbare og giver mening i hverdagen.

### **3.1 Formål**

Formålet med dette studie er at få en forståelse af hvordan hygiejnesygeplejersker i Danmark oplever, at de nationale infektionshygiejniske retningslinjer er anvendelige og relevante i forebyggelsen af smitte med antibiotikaresistente bakterier.

Studiet forventes at kunne bidrage med yderligere viden til dialog i sundhedsfaglige og infektionshygiejniske kredse. Specielt skal det belyse om der er behov for – eller ønske om - at optimere og/eller revurdere det infektionshygiejniske fokus på forebyggelse af smitte med antibiotikaresistente bakterier i forhold til de generelle og supplerende infektionshygiejniske retningslinjer

### **3.2 Forskningsspørgsmål**

Hvad ser danske hygiejnesygeplejersker som de største udfordringer i arbejdet med de infektionshygiejniske retningslinjer i forhold til at forebygge smitte med antibiotikaresistente bakterier?

Hvordan oplever hygiejnesygeplejerskerne at de infektionshygiejniske retningslinjer er anvendelige og relevante i praksis?

## 4. TEORETISK OG BEGREBSMÆSSIG RAMME

Dele af den teoretiske ramme blev sat fra start og prægede udarbejdelsen af interviewguiden. Hensigten var at stille sig åben over for at verden kan ses på mange måder, og at ting kan have forskellige betydninger for forskellige personer. Der var i denne første fase fokus på hvad som gav mening i arbejdet med de infektionshygiejniske retningslinjer og her blev Aron Antonovsky's teori om Sense of Coherence inddraget.

Mulige udfordringer i implementering af retningslinjerne gjorde at teorier om kommunikation blev inddraget. Den teoretiske referenceramme udviklede sig således i nært samspil med dataindsamling og analyse og i denne proces blev begrebet Health literacy også inddraget.

### 4.1 Sense of Coherence

Den medicinske sociolog Aaron Antonovsky ønskede at forstå, hvorfor nogle mennesker klarer sig godt og bevarer deres sundhed, trivsel og tro på livet, selv under vanskelige forhold. Til at forstå dette udviklede han teorien om salutogenese, som han præsenterede i 1979 (Antonovsky 2007).

Det salutogene står i modsætning til det patogene og medicinske/videnskabelige syn på sundhed/sygdom, hvor målet er at identificere risikofaktorerne og udvikle behandling af og muligheder for at undgå disse. Det salutogene perspektiv har opmærksomheden på de betingelser mennesker lever under i deres hverdag og som de udvikler sig og handler i forhold til. Fokus er på årsagen/kilden til sundhed. Teorien tager udgangspunkt i, at det ligger i den menneskelige eksistens, at stressfaktorer er allesteds nærværende og at det derfor er evnen til at håndtere den stressfremkaldende spændingstilstand, der er afgørende.

Det overordnede begreb i salutogenese er "Sense of Coherence" som på dansk oversættes til Oplevelsen Af Sammenhæng (OAS). Begrebet består af tre komponenter: Begribelighed, Håndterbarhed og Meningsfuldhed, som er indbyrdes forbundet og bidrager til henholdsvis en svag eller stærk oplevelse af sammenhæng. Oplevelsen af sammenhæng ses som sundhedens fundament, hvor en stærk OAS er knyttet til et stærk selv og en fast/stabil identitet.

Oplevelsen af sammenhæng skabes gennem erfaringer og en stærk OAS fremmes af de såkaldte generelle modstandsressourcer, dvs. livsoplevelser, der er karakteriseret ved indre sammenhæng, medbestemmelse og en balance mellem over og underbelastning. De anses som ressourcer og evner som er bundet til den enkelte og dennes omgivelser og miljø. En generel modstandsressource omfatter erfaringer, om er tæt knyttet til de tre komponenter, begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed (Antonovsky 2007).

Antonovsky (2007) siger videre at der er fire livsområder, hvor det er særligt vigtigt at indhøste erfaringer som giver begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed for den enkelte. Det er i livsområder som omfatter de indre følelser, de nære interpersonelle relationer, den primære rolleaktivitet og de eksistentielle forhold. Antonovsky (2007) definerer begrebet OAS som:

*En global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, (1) at de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; (2) at der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og (3) at disse krav er udfordringer, der er værd at engagere sig i (Antonovsky 2007).*

- Begribelighed henviser til i hvilken udstrækning, man opfatter de stimuli man konfronteres med enten i det indre eller det ydre miljø, som kognitivt forståelige, som ordnede, sammenhængende og strukturerede
- Håndterbarhed dækker over i hvilken udstrækning man opfatter, at der står ressourcer til ens rådighed, der er tilstrækkelige til at klare de krav, man stilles overfor.
- Meningsfuldhed hænger bl.a. sammen med engagement og motivation i tilværelsen. Komponenten henviser til i hvilken udstrækning man føler, at livet er forståeligt rent følelsesmæssigt, og at de udfordringer hverdagen byder på er værd at investere energi og engagement i (Antonovsky 2007).

Ifølge Antonovsky udvikles oplevelsen af sammenhæng fra forskellige læreprocesser livet igennem (Antonovsky 2007).

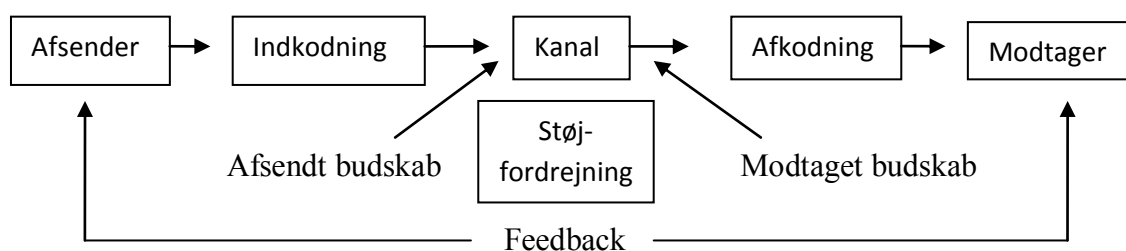
## 4.2 Kommunikation

Kommunikation defineres som en udveksling af budskaber, der forbinder mennesker til hinanden, og hvor et budskab forstås som en meningsbærende enhed. Kommunikation er således mere end det talte ord, da det også omfatter meningsbærende tegn som f.eks. mimik, nonverbale lyde, adfærd og fravær af handlinger. Der er flere former for kommunikation og deres fordele og ulemper diskuteres ofte. Haslebo (2004) er dog af den opfattelse at det afgørende spørgsmål snarere handler om valg af tilgang til kommunikation og beskriver to måder at forstå kommunikation på: Som en transmission af informationer eller som noget der skabes kulturelt mellem mennesker.

I transmissionsmodellen defineres evnen til at kommunikere, som at være i stand til at fremføre et budskab på en måde, så mennesker let kan forstå og acceptere det (Hersey, Blanchard 1993). Figur 1 illustrerer hvordan en afsender har et formål med et budskab og koder det alt efter, hvilken kommunikationskanal det drejer sig om. Inden budskabet modtages, kan det risikere at blive behæftet med forskellige støjkilder eller en mulig forvrejning. Der vil desuden være en modtager, som afkoder og forstår budskabet i sin helhed. Feedback vil være modtagerens reaktion på budskabet.



Der er således fokus på den enkelte og dennes færdigheder. Om budskabet kommer igennem hos modtageren hviler på afsenderen, eftersom det drejer sig om at vælge den rigtige kommunikationskanal og være bevidst om, at faktorer som viden, fordomme og følelser hos afsenderen selv, kan påvirke formuleringen af budskabet og at de samme faktorer hos modtageren vil have indflydelse på, hvordan denne forstår budskabet. Det er afsenderen der bestemmer om der skal kommunikeres, og hvad der skal kommunikeres om og det forventes at det afsendte budskab modtages og forstås i samme form som det sendes. Fokus er således på afsenderens evner og ikke så meget på konteksten og relationens betydning for kommunikationen.

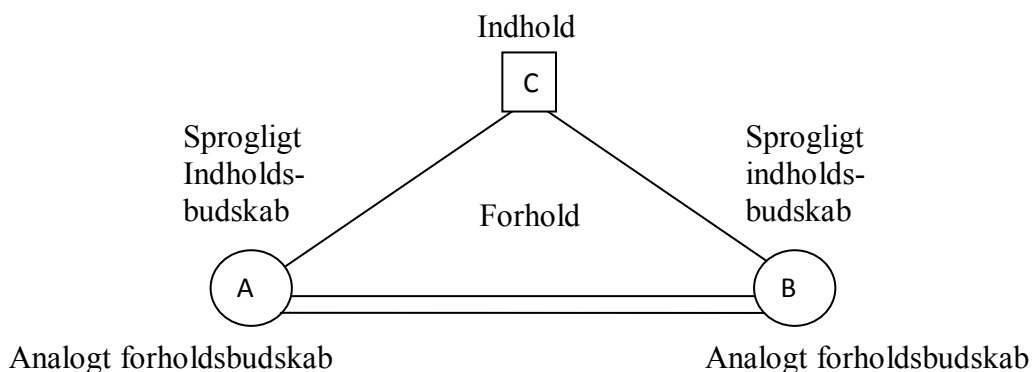


Figur 1. Transmissionsmodellen (Hersey, Blanchard 1993).

Når kommunikation forstås som noget der skabes kulturelt mellem mennesker indtager konteksten en central plads, ligesom der skabes et relationsfokuseret sprog. Der er to vigtige elementer i denne kommunikationsforståelse. For det første, at der i kommunikation indgår to typer af budskaber, et indholds- og et forholdsbudskab og for det andet at kommunikation ikke kan fravælges (Haslebo 2004).

I en relation vil der altid foregå en kommunikation, der ikke kan forstås uden for sin sammenhæng. Grundtanken i Watzlawick, Beavin og Jackson`s kommunikationsteori er, at en persons adfærd ikke kan forstås isoleret, men må ses som udtryk for de relationer personen indgår i. At al handling, ikke alene tale, ses som kommunikation (Watzlawick, Beavin & Jackson 1967). Bateson udtrykker det som at man ikke kan ikke-kommunikere. Kommunikation er indlejret i hvilken som helst social relation og kan ikke fravælges (Bateson 1972). Uanset om man er passiv eller aktiv, om man taler eller ikke, er til stede eller ej, opfatter andre budskabet. Enhver kommunikation må derfor betragtes i den sammenhæng, hvori den forekommer, ellers vil den ikke kunne forstås (Hansen 2001).

At enhver kommunikation har både et indholds- og et relations aspekt illustreres i Benedikte Madsens kommunikationstrekant (Figur 2), hvor der ses en sammenhæng mellem indholds- og forholdssiden. Denne sammenhæng går flere veje og har hver sit ”sprog”. Der er tale om digital kommunikation der svarer til det talte sprog, og analog kommunikation som svarer til kropssproget. Indholdskommunikationen består primært af den digitale kommunikation, mens forholds-kommunikation består af både en digital og en analog kommunikation, hvor den analoge er den primære (Madsen 2004).



Figur 2. Kommunikationstrekanten (Madsen 2004).

Da det er i forholdskommunikation, vi skaber og definerer et forhold til os selv og andre, vil den analoge kommunikation få en central og vigtig rolle i al dialog. Denne betydning fremhæves og uddybes af Thornquist (2004 side 16):

*I dialog er vi ikke kun koncentreret om emnet, vi er også koncentreret om hinanden. Forholdet til den anden er bestemmende for, hvad vi taler om, og for hvordan vi taler. Bevidst og ubevidst vælger vi emne, ord og udtryksmåder, som den anden kan forstå ud fra sine forudsætninger. Tilpasning og justering af egne bidrag sker både før og mens der produceres. Vi lægger endvidere mærke til, hvordan de opfattes og fortolkes af andre, og det bidrager igen til, hvad vi fortsætter med at fortælle.*

Den analoge kommunikation er altså styrende for, hvordan vi forstår og formidler os i et socialt fællesskab. Jo mere uklare relationer er defineret, jo vanskeligere er det at formidle et indhold uden at der opstår misforståelser. Denne uklarhed svarer til begrebet ”inkongruens” og består af uoverensstemmelser mellem det digitale og analoge budskab i forholdskommunikationen (Ølgaard 1991). En sådan situation kræver megen energi og vil klart svække udbyttet af indholdskommunikationen.

### 4.3 Health literacy

Health literacy er et begreb som blev anvendt første gang i 1970'erne og som i sin tidlige form blev defineret som patienters og borgernes evne til at læse, forstå og handle på sundhedsrelateret information. Health literacy blev anset for at være væsentlig for at sikre individets mulighed for at navigere i sundhedsvæsenet og foretage informerede valg i relation til sundhed. Litteraturen om health literacy byder på mange definitioner og antagelser om relationen mellem health literacy og den enkeltes og/eller gruppens sundhedstilstand. De har dog alle det til fælles, at muligheden for at tilegne sig viden og foretage informerede valg, er en grundlæggende rettighed og et væsentligt fundament for forbedring af sundheden og en reduktion af den sociale ulighed i sundhed (Sundhedsstyrelsen. 2009).

Health literacy er primært udviklet i USA, Australien og Canada og har her fundet anvendelse i de enkelte landes folkesundhedsprogrammer. I Danmark er begrebet endnu ikke anvendt i forebyggelses- og sundhedsfremme sammenhæng. Man har forsøgt at oversætte Health literacy til dansk, men uden at finde et dækkende begreb og har derfor valgt at bibeholde det engelske navn (Sundhedsstyrelsen. 2009).

Nutbeam beskriver health literacy som en kompetence på tre niveauer, hvor den første funktionel health literacy er den laveste. Udviklingen fra et lavere til et højere trin medfører mulighed for større autonomi og empowerment (Nutbeam 2000).

- Funktionel health literacy, hvor man har tilstrækkelige basale læse- og skrivefærdigheder til at man kan fungere effektivt i hverdagsituationer. At man kan forstå skriftlig og mundtlig information fra sundhedsprofessionelle, kan handle efter mundtlige eller skriftlige anvisninger, og har en basal viden om sundhed og sundhedsvæsenets organisering
- Kommunikativ/interagerende health literacy er mere avancerede kognitive færdigheder omhandlende evnen til kritisk at udtrække information og udlede mening fra forskellige former for kommunikation, og evnen til at anvende oplysninger til skiftende omstændigheder. Her er også inddraget evnen til at forstå mere vidtrækkende og moderne kommunikationsformer som internet og diverse medier og at man kan forholde sig til store mængder information som kan være modstridende og i værste fald fejlagtigt.
- Kritisk health literacy er ligeledes mere avancerede kognitive færdigheder omhandlende evnen til at analysere information og at bruge disse oplysninger til at udøve større kontrol over livsbegivenheder og situationer. Her er en opsøgende funktion på viden med kritisk tænkning og analyse (Nutbeam 2000).

Health literacy er således stærkt inspireret af begrebet empowerment og handler ifølge Nutbeam og Kickbusch (2000, 2001), om at være i stand til at bedømme, sortere og bruge information. Begrebet anses for at være afgørende for at opnå magt og kontrol over egen sundhed. Information og viden anses for nødvendigt, men ikke tilstrækkeligt, hvis man skal overkomme uligheds- og marginaliseringsproblematikker. Individuer skal inspireres til kritisk tænkning og til at handle på den information, de præsenteres for, og derfor er magtdimensionen helt væsentlig at inddrage i arbejdet med health literacy.

## 5. METODE

### 5.1 Design

Da formålet med studiet var at undersøge hygiejnesygeplejerskers oplevelser af et fænomen, blev der valgt en kvalitativ tilgang, hvor empirien blev hentet fra interviews. Den kvalitative tilgang anvendes ved komplekse og sammensatte problemstillinger hvor man forsøger at forstå verden ud fra informanternes synspunkt og udfolde den mening, der knytter sig til deres oplevelser/livsverden (Launsø L 2000). En og samme

virkelighed kan beskrives ud fra forskellige perspektiver, eftersom mennesker oplever og erfarer forskelligt. Dette stiller krav til forskerens objektivitet, ligesom forskerens perspektiv og position vil have betydning for de kundskaber som fremkommer (Malterud 2012).

Et kvalitativt studie kan bidrage med flere indfaldsvinkler og give mulighed for at præsentere mangfoldighed og nuancer. Målet er forståelse og nye kundskaber (Malterud 2011); i dette studie forståelse og kundskab om hvordan danske hygiejnesygeplejersker oplever, at de infektionshygiejniske retningslinjer er anvendelige og relevante.

## 5.2 Informanter

Informanterne blev udvalgt strategisk og ud fra en forventning om, at de kunne belyse problemstillingerne tilstrækkeligt både i dybde, bredde og variation (Malterud 2011). Formålet med sammensætningen var ikke, at der skulle opnås enighed eller præsenteres løsninger på de spørgsmål, der blev diskuteret, men at få forskellige synspunkter og oplevelser frem (Kvale, Brinkmann 2009).

Malterud (2011) anbefaler at fokusgrupper sammensættes så homogene som muligt i forhold til profession og status, for at der ikke skal opstå spændinger og konkurrence internt i grupperne. Dette blev efterlevet, eftersom alle informanterne var hygiejnesygeplejersker ansat i de danske hygiejneorganisationer. De kender derfor hinanden i varierende grad og mødes jævnligt til faglige møder. Ultimo 2013 var der i alt 62 hygiejnesygeplejersker fordelt på Danmarks fem regioner. Heraf var tre mænd og 59 kvinder; tre var ansat i primære teams og fem i MRSA-teams.

Flere regioner har specialiseret sig og dannet teams med specialer inden for forebyggelse af specielle antibiotikaresistente bakterier, samt forebyggelse af smitte udenfor hospitalerne. Det blev tilstræbt, at der i fokusgrupperne deltog informanter fra de specielle teams, samt at der var en blanding af nye og gamle hygiejnesygeplejersker, både med hensyn til alder og anciennitet. Det var endvidere et ønske, at der deltog informanter som ikke havde en formel hygiejneuddannelse. For at få så stor en variation i sammensætningen som muligt, ville det have været ønskeligt at udvælge informanter på tværs af regionerne, men dette var af økonomiske og logistiske grunde ikke muligt. Det anbefalede antal deltagere i fokusgrupper varierer meget (Malterud 2011, Halkier 2008). For at opfylde ønsket om bredde, dybde og variation i belysningen af problemstillingerne, blev der i dette studie valgt fokusgrupper med 4-6 deltagere.

Der blev sendt informationsbrev til lederne af de infektionshygiejniske enheder med forespørgsel, om hygiejnesygeplejerskerne kunne kontaktes om at deltage i fokusgruppeinterviews (Bilag 1). Efterfølgende blev der taget kontakt til den enkelte hygiejnesygeplejerske, som i et brev blev orienteret og adspurgt om deltagelse (Bilag 2). Der blev etableret fem fokusgrupper, en i hver region og med den ønskede bredde i forhold til køn, alder og anciennitet, samt i forhold til formel uddannelse som hygiejnesygeplejerske (Tabel 1). En informant (af totalt to) var ansat i et specialteam med ansvar for vejledning til den primære sundhedssektor, mens tre informanter (af

totalt fem) var ansat i teams med ansvar for vejledning i forebyggelse og behandling af antibiotikaresistente bakterier.

Tabel 1. Deltagerne i de fem fokusgrupper fordelt på køn, alder, anciennitet og uddannelse; belyst i forhold til det samlede antal danske hygiejnesygeplejersker.

Antal informanter per fokusgruppe	Antal mænd	Antal kvinder	Alder*	Anciennitet* som hygiejne sygeplejerske	Ingen hygiejne-uddannelse
4	1	3	43,2 (35-50)	5,8 (0-18)	2
4	1	3	56,3 (51-62)	7,7 (1-18)	1
5		5	50,6 (43-55)	5,4 (1-9)	2
6		6	51,8 (36-66)	8,4 (1-27)	2
5		5	54,4 (42-64)	10,4 (2-18)	1
Deltagere ialt 24	2	22	51,3 (35-66)	7,5 (0-27)	8
Danmark ialt 62	3	59			

\* Antal år angivet i gennemsnit og range

## 5.3 Dataindsamling

Fokusgruppeinterview er specielt velegnede, hvis vi vil lære om erfaringer og holdninger i et miljø hvor mange mennesker samarbejder (Malterud 2011). Kvale og Brinkmann (2009) fremhæver fordelene ved den kollektive dialog, hvor flere spontane og emotionelle synspunkter kan komme frem end i individuelle interviews.

Der blev udfærdiget en interviewguide (Bilag 3) med få og åbne spørgsmål for at sikre en nysgerrig og uforudsigelig dialog igennem interviewet (Kvale, Brinkmann 2009). Forfatteren var moderator og ledede dermed interviewet, men var indstillet på mest at lytte og få informanterne til at tale frit. Den største opgave var at muliggøre den sociale interaktion i gruppen, at alle var med og følte sig tilpas og trygge, og at sikre at alle relevante temaer blev berørt i interviewet (Halkier 2008).

Interviewene blev optaget på bånd og transskriberet umiddelbart efter af forfatteren. Dette var for at få alle nuancer med og for at starte analyseprocessen så tidligt som muligt, samt for at få mulighed for at reflektere over, hvad som skulle medtages i de næste interviews (Malterud 2011). Alle interviews forgik i et mødelokale på et lokalt hospital, som var udvalgt af en fra gruppen. Interviewene varede 1 - 1½ time.

På grund af forfatterens begrænsede erfaring med denne form for dataindsamling blev der etableret et samarbejde med Forskningsenheden ved Aalborg Universitetshospital. En person fra forskningsenheden deltog i første fokusgruppeinterview som hjælper og ved gennemlæsning af det transskriberede datamateriale. Planen var egentlig, at den første fokusgruppe skulle være et pilotprojekt, men personen fra forskningsenheden opfordrede efterfølgende til at det skulle indgå på lige fod med de øvrige interviews.

## 5.4 Dataanalyse

Forfatteren var ansvarlig for analyseprocessen som startede med at danne sig et overblik over datamaterialet og herefter at reducerer det på systematisk vis. Med udgangspunkt i problemstillingerne blev der stillet spørgsmål til datamaterialet og svarene var de mønstre og kendetegn som gennem kritisk refleksion kunne identificeres og genfortælles. Betydningen af forfatterens for forståelse og den teoretiske referenceramme var vigtig at få afklaret, sådan at datamaterialet kunne behandles så ensartet som muligt. Til analysen blev anvendt systematisk tekstkondensering som beskrevet af Malterud (2011). Metoden blev fulgt og omhandlede følgende trin:

- At få et helhedsindtryk og se temaer
- At identificere meningsdannende enheder og abstrahere indholdet i disse til kodegrupper
- At holde kodegrupper op imod studiets formål
- At sammenfatte kodegruppernes betydning vha. kunstige citater
- At abstrahere overordnede temaer til kategorier

Det var et rigt datamateriale og for at bevare overblikket blev analysen inddelt i mindre enheder som blev samlet til sidst. To interviews blev gennemlæst i helhed og der kunne skimtes otte foreløbige temaer som blev anvendt til alle interviews. Teksten blev herefter med afsæt i de otte temaer gennemgået systematisk linje for linje for at identificere naturlige meningsenheder, som de blev udtrykt af informanterne.

De fremkomne meningsenheder blev taget ud af deres sammenhæng og placeret i en af de otte tema grupper. Meningsenhederne i hver temagrupper blev efterfølgende analyseret ud fra informanternes synspunkt, sådan som forfatteren forstod dem med spørgsmålene: Hvad handler det her om? og Hvad er det de siger? I denne proces blev de meningsbærende enheder knyttet sammen i flere kodegrupper.

Samme fremgangsmåde blev gjort med de næste to interviews og det sidste interview alene. I analysen af sidste interview fremkom nye nuancer i de meningsbærende enheder, og for at sikre at der i de første analyser ikke var gjort fejl tolkninger; blev analysen gentaget for alle interviews. Der fremkom yderligere tre overordnede temaer. Der blev efterfølgende arbejdet videre på tværs af interviewene. De otte overordnede temaer blev abstraheret til tre kategorier med flere kodegrupper i hver kategori. For hver kodegruppe blev der skabt nogle få velvalgte citater, sammenfattet af flere oprindelige citater (kunstigt citat). Ifølge Malterud (2011) har dette citat en mere generel form og det blev derfor tilstræbt, at citaterne var lige så farverige og beskrivende som de oprindelige udsagn.

Til sidst bevægede analysen sig mod kritisk fortolkning og diskussion og her blev uddrag af interviewene inddraget. I denne proces blev mønstrene i forhold til teorierne diskuteret sådan at der skete en bevægelse fra overfladefortolkning til en dybere fortolkning.

### 5.4.1 Forfatterens forforståelse

Ved enhver forskningsmetode der anvendes, vil forfatterens person på en eller anden måde påvirke processen og dens resultater (Kvale, Brinkmann 2009). Det er derfor vigtigt at forfatteren synliggør sin egen forforståelse og anvender denne viden til at reflektere over hvilken betydning den kan have i forhold til det færdige resultat. Forfatteren af dette MPH-arbejde er uddannet sygeplejerske. Dette er et fag som i stor grad fokuserer på bevidst brug af de mellem menneskelige relationer samt omsorg for det andet menneske.

Forfatteren har arbejdet i psykiatrien og på somatisk sygehus, dels som almindelig sygeplejerske, som leder og som undervisningsansvarlig sygeplejerske. I en periode blev der prøvet kræfter med egen virksomhed og i de sidste syv år har ansættelsen været som hygiejnesygeplejerske i Region Nordjylland. Over tid har forfatteren bevæget sig fra at være en fysisk del af plejen i klinikken til at være vejleder/konsulent for hele sundhedsvæsenet i Regionen. Det i dag at skulle se ned i andres hverdag, deres relationer og problemer, samtidig med at skulle balancere mellem medarbejder, ledere og politikere er en daglig udfordring.

Forfatteren har en speciel interesse for kommunikation og læring. Har afsluttet diplomuddannelse i NLP (Neuro –Lingvistig – Programmering) samt diplom i Sundhedsformidling og klinisk uddannelse, og har endvidere diplom i Infektionshygiejne fra NHV.

## 5.5 Valideringstiltag

Begrebet validitet refererer til hvorvidt data samt bearbejdning og tolkning af data er valid; det vil sige om en undersøgelsen måler det som var intentionen. Det stiller krav om at undersøgelsen gennemføres på en transparent måde, så det er muligt at følge forfatterens vej gennem processen (Kvale, Brinkmann 2009). Som person vil man være præget af sin forforståelse, med en faglig og personlig forestilling om, hvordan tingene er. Kvale og Brinkmann (2009) anfører, at analysedelen er en balance mellem at lade teksten tale, holdt op imod forfatterens perspektiv. Derfor er kritisk selvrefleksion en nødvendighed.

For at sikre validiteten af dataindsamlingen gennemgik forfatteren interviewguide med vejleder, og guiden blev tilrettet så den ikke indeholdt ledende spørgsmål. Herefter blev guidens spørgsmål diskuteret med den person fra Forskningsenheden ved Aalborg Universitets Hospital som blev tilknyttet for at støtte forfatteren i interview metoden og hvordan man praktisk kunne sikre at hun som moderator ikke blev for styrende og ledende. Interviewguiden blev i den forbindelse reduceret til to åbne og overordnede spørgsmål (Bilag 3).

Personen fra forskningsenheden vejledte endvidere i kommunikative teknikker til brug i interviewet og deltog som observatør i første interview, hvor der blev givet mundtlig og skriftlig feedback. Ved næstsidsste interview og gennemgang af transskriberingen, deltog en person uddannet Cand.ling.merc. med erfaring i udførelse af fokusgruppintervjuer.

Fokus var feedback på validitetsbegrebet. Efter hvert interview blev båndene hørt i fuld længde og da transskriberingen var gjort blev forfatteren vejledt i en overordnet analysemodel. Resultaterne blev desuden kontinuerligt diskuteret med vejleder samt en kollega og holdt op i mod noter udarbejdet under MPH-arbejdet.

## 5.6 Etiske overvejelser

I Danmark er det udelukkende biomedicinsk forskning, som skal godkendes i De Nationale Videnskabs etiske Komiteer (Den Nationale Videnskabsetiske Komite. 2011). I dette studie indgik ikke patienter eller personfølsomme oplysninger og Datatilsynets godkendelse var derfor heller ikke aktuel (Datatilsynet. 2014).

Der blev indhentet accept hos deltagernes nærmeste leder om de måtte deltage i interviewene. De deltagende informanter blev forud for interviewet informeret skriftligt om undersøgelsen og om at resultatet ville blive publiceret som en del af et MPH-arbejde. Det blev understreget at det var frivilligt at deltage og at man altid kunne trække sit tilsagn om deltagelse tilbage samt at der ville blive lagt vægt på diskretion, både i fokusgrupperne og ved publicering.

Datamaterialet blev anonymiseret og opbevaret under sikre forhold. I Danmark er anonymiserede oplysninger ikke længere omfattet af persondataloven og forfatteren kan derfor fortsat opbevare og anvende data. Der er dags dato (April 2014) ingen tidsgrænse for opbevaringens længde (Datatilsynet. 2014).

## 6. RESULTATER

Tabel 2. Oversigt over de fremkomne kategorier og kodegrupper.

Kategorier	Kodegrupper
Eget sprog langt væk fra praksis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fagfolks forståelse af retningslinjerne</li> <li>• Oversættelse af retningslinjerne</li> <li>• Andres forståelse af retningslinjerne</li> </ul>
Variierende tryghed og problematisk anvendelighed	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En støtte for hygiejnesygeplejerskerne</li> <li>• Brugbare for sundhedspersonalet</li> </ul>
Manglende tillid og troværdighed	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utryghed vedrørende fremtidens ejerskab af infektionshygiejnen</li> <li>• Hygiejnesygeplejerskernes tillid til retningslinjerne</li> <li>• Hygiejnesygeplejerskernes tillid til sig selv og andre</li> </ul>

Den indhentede empiri bestod af fem fokusgruppeinterviews. Gennem analysen blev der identificeret tre hovedkategorier samt otte kodegrupper, som alle er en del af



beskrivelsen af de danske hygiejnesygeplejerskernes oplevelser af, hvordan det er at arbejde med infektionshygiejniske retningslinjer i forhold til at forebygge smitte med antibiotikaresistente bakterier. Se tabel 2.

## 6.1 Eget sprog, langt væk fra praksis

Kategorien ”Eget sprog langt fra praksis” omhandler hvordan hygiejnesygeplejerskerne oplevede at de selv og andre forstod retningslinjerne. Der var enighed om at de nationale retningslinjer krævede bearbejdning inden de var forståelige og anvendelige og at man i den enkelte organisation brugte mange ressourcer på denne proces. For at de nationale retningslinjer kunne forstås af sundhedspersonalet blev stort set alle oversat til et ”lokalt sprog” indenfor hver enkelt region eller lokal organisation. Også denne proces var ressourcetung og ikke altid vellykket, da hygiejnesygeplejerskerne havde svært ved at fralægge sig terminologien fra de nationale retningslinjer i den videre lokale ”oversættelse”. Der var også en generel oplevelse at andre havde svært ved at forstå retningslinjerne. Her blev beskrevet barriere som sprog, viden, fag og kultur.

### 6.1.1 Fagfolks forståelse af retningslinjerne

Informanterne fortalte at de er uddannet til at læse forskellig udenlandsk og dansk litteratur. At en af deres funktioner er at holde organisationen opdateret med sidste nye viden og at det er dagligdag at læse og forstå nationale og internationale standarder, guidelines, retningslinjer m.m. Trods denne ekspertise var der bred enighed om at de nationale retningslinjer var krævede at læse og forstå og at der skal tilvænning til at bruge dem. Nye hygiejnesygeplejersker oplyste at de ved gentagne gennemlæsninger oplevede at de forstod mindre og mindre og at megen tekst var uforståelig.

*Så læste jeg retningslinjen for tredje gang og pludselig var den fuld af røde Post-it, det forstår jeg ikke, det forstår jeg ikke, osv.*

Andre, mere erfarne, havde vænnet sig til terminologien og hæftede sig ikke ved manglerne – det som stod mellem linjerne. De havde talrige historier og diskussioner med sig i forståelserne.

*De nationale retningslinjer har måske et problem i forhold til at blive spiselige ude i afdelingerne, de er svære og tunge at læse. Det er sådan lidt det her kancelli sprog, lov sprog, paragraf sprog. Det der også gør det svært er at der er noget som er bør og skal og så har vi sundhedsstyrelsen, hvor det kun er anbefalinger. De er ikke glade for at skrive skal! At retningslinjerne er skrevet på en måde så de oftest kun beskriver hvad der som minimum kræves, gør også at de bliver svære at tolke.*

Når tolkningen bliver svær, kan det opleves at der er mange forskellige meninger om hvad der reelt står i retningslinjerne. Denne mangfoldighed gør at ønsket om ejerskab og også et fælles ejerskab af retningslinjerne bliver en stor og vedvarende arbejdsopgave. Der blev talt om at det at blive hygiejnesygeplejerske blev oplevet som

det mest omstændelige jobskifte. Faget har sit helt eget sprog – sin helt egen terminologi. Det er en anden måde at tale på end brugeren taler på. Og på den måde er det svært når man er ude og argumenterer med sundhedspersonalet, ledelsen eller politikerne, fordi man ikke bruger deres terminologi.

*Vi som hygiejnesygeplejersker har vores eget sprog, det er der ingen tvivl om, og det er det sprog som afspejler de nationale retningslinjer. Et sprog meget langt væk fra det sprog man bruger ude i klinikken – og det er ikke godt.*

Måden at opsætte de nationale retningslinjer blev også kommenteret. SSI indeholder mere prosa og SST er mere stringent. Prosa kan give mening for dem som skriver prosaen, men ikke nødvendigvis for den som ikke er med i overvejelserne bag, og dermed kan vigtige informationer drukne i formuleringer.

## **6.1.2 Oversættelse af retningslinjerne**

At gøre retningslinjerne ”spiselige” for deres brugere i både skrift og tale anså hygiejnesygeplejerskerne som et af deres kerneområder. Der var enighed om at det ikke var nok at lave retningslinjer, man skulle ud til brugeren, i deres kontekst, ellers virkede retningslinjerne ikke. *Retningslinjerne kan ikke stå alene.*

Det blev udtrykt at det var tankevækkende at hygiejnesygeplejerskerne havde deres helt eget sprog og at et vigtigt element i at implementere de nationale retningslinjer var at de havde den samme terminologi som brugeren af retningslinjerne. Dette betød at når retningslinjerne skulle oversættes til det ”lokale sprog”, så kunne det ikke gøres uden at brugerne var med inde over og gerne med deltagelse i arbejdsgrupper. Man havde tidligere været gode til at inddrage brugerne i arbejdsgrupper, men desværre havde effektivisering, nedskæringer og andre regler og krav gjort at denne mulighed ikke længere var til stede i samme grad. Derved mistede man noget af ejerskabet til retningslinjerne.

*Lige præcis håndhygiejneretningslinjen synes jeg faktisk er oversat godt til det lokale sprog og er forståeligt for de fleste. Der er andre retningslinjer hvor jeg vil sige at den oversætning vi har lavet, den åbner op for at man bliver nødt til at ringe og spørge om hjælp. En dag tog jeg vores lokale rengøringsretningslinje frem – og jeg kunne fandeme ikke forstå den selv. Vi har en isolationsretningslinje som er vanskelig og som de sidste fem år har været helt utilgængelig for brugeren. Et godt eksempel på en retningslinje der er lavet uden at inddrage brugeren.*

Andre beskrev hvordan det først er i mødet med brugeren – når man står ansigt til ansigt og taler sammen, at man bliver klar over, at det man skriver overhovedet ikke giver mening hos den man står overfor. Der blev videre talt om at de nationale retningslinjer var utilgængelige for de fleste sundhedspersonaler og at de regionale/lokale ofte var svære at bruge og ikke så kendte hos sundhedspersonalet.

*Man skal simpelthen have en dialog med en der kan oversætte det, og vi som hygiejnesygeplejersker kan læse de nationale – men vi skal fandeme godt nok være bedre til at oversætte dem til brugerniveau.*

Andre havde erfaringer med at anvende de nationale retningslinjer mere direkte i deres lokale retningslinjer. De synes de var gode, gav en fælles forståelse og ensartethed, specielt i forhold til de patienter som blev flyttet rundt i regionen.

*Mange af kunderne havde jeg nær sagt, de læser jo også de nationale retningslinjer. Så idéen med, at vores lokale retningslinjer er et miniformat af de nationale, giver god mening. Det er noget nemmere, hvis man kun har en ting at forholde sig til, og at det ikke bare er noget, vi har fundet på... (lang pause)... Vi arbejder altså også meget med ordlyden. Vi prøver at skrive det, som det står i den nationale vejledning. Dermed kommer vi ikke ud i, at vi har fået fortolket nogle ting anderledes, end det der egentlig er belæg for. Så vi prøver at læne os meget op af vores reference.*

### **6.1.3 Andres forståelse af retningslinjerne**

Ifølge deltagerne var retningslinjerne for alle som arbejder indenfor sundhedsvæsenet og hensigten at alle skal kunne læse og forstå dem.

*Jeg underviste rengøringspersonalet og portørerne forleden og her var mange med anden etnisk baggrund og hvis man sådan gik tæt på dem, så vidste de faktisk ikke hvad de havde sagt ja til! Og portørerne som kommer rundt rigtig mange steder. Har de forstået hvad det er, og kan de faktisk læse de retningslinjer? - det er i hvert fald noget jeg tænker meget over.*

Man mente også at det var en stor pædagogisk opgave at få gjort retningslinjerne forståelige. Når man som specialist kom ud i afdelingerne blev det nogle gange oplevet at der blev talt forbi hinanden. Vidensniveauet omkring de infektionshygiejniske retningslinjer var nogle steder meget begrænset, specielt omkring kontakt smitte og smitteveje, og dermed opstod der en fornemmelse af at man ikke ramte dem der var målet eller dem man regnede med.

*Det der er problemet i dag, hvis du går ind og ser grunduddannelsen for sygeplejersker og så ser, hvor meget uddannelsen i hygiejne fylder..... Faget hedder mikrobiologi!*

Tendensen var også at der blev lavet flere og flere supplerende retningslinjer og at personalet fokuserede på dem i stedet for de generelle retningslinjer. De generelle blev dermed sværere at i-tale-sætte og gøre forståelige fordi de supplerende forplumrede billedet.

*Vi er nået til et punkt, hvor vi alle sammen har fået øjnene op for at vi ikke bare kan blive ved med at lave supplerende forholdsregler, fordi det er fuldstændig undergravende for de generelle. Så jeg tror, at det vender. Ja for ellers er vi tilbage til for 30 år siden.*

## 6.2 Varierende tryghed og problematisk anvendelighed

Kategorien ”Varierende tryghed og problematisk anvendelighed” omhandler hvordan hygiejnesygeplejerskerne oplevede at retningslinjerne gav dem tryghed i deres daglige arbejde. De diskuterede begrebet evidens og havde forskellige opfattelser af hvilken betydning begrebet havde for dem og hvilken støtte det gav dem. At der var evidens bag retningslinjerne var ikke ensbetydende med at sundhedspersonalet altid så mening med at følge dem. De oplevede i stedet retningslinjerne som problematiske og u håndterbare at anvende i praksis. Hygiejnesygeplejerskerne oplevede også at sundhedspersonalets kendskab til retningslinjerne varierede og at dette, sammen med hvordan hospitalerne var indrettede, deres økonomiske prioriteringer samt hvordan de tilrettelagde deres dokumentstyring, havde betydning for sundhedspersonalets muligheder for at efterleve retningslinjerne og deres vilje til at anvende dem i praksis.

### 6.2.1 En støtte for hygiejnesygeplejerskerne

Hygiejnesygeplejerskerne var enige om at retningslinjerne var deres teoretiske fundament. Retningslinjerne var referencen og den ramme de arbejdede ud fra.

*At have nogle nationale retningslinjer som jeg kan referere til giver mig tryghed i hverdagen. Jeg kan godt have en personlig holdning til en situation, men ved hjælp af retningslinjerne bliver der fælles regler for alt personale i regionen/hospitalet.*

De var også enige om at retningslinjerne blev brugt som begrundelse og underbygning i deres vejledning af sundhedspersonalet og de følte generelt at retningslinjerne støttede dem i vejledningssituation. Der var et helt andet afsæt.

*Vi skal ikke diskutere om det er rigtigt eller forkert, vi skal snakke om, hvordan I får retningslinjen til at virke i jeres hverdag.*

Det blev også fremført at retningslinjerne gav mere vægt til den viden man tilegnede sig både som hygiejnesygeplejerske og som bruger. Som novice fik man en masse ”gratis” viden, men også den erfarne hygiejnesygeplejerske fik mere ballast. Man fik en helt anden attitude når man stod overfor brugeren og vidste at man havde en retningslinje i ryggen. Det var også vigtigt at man i rådgivningen kunne sige at det ikke var noget man selv havde fundet på, men at det var noget der var evidens for eller konsensus om. Som ny hygiejnesygeplejerske ville man være fuldstændig ”lost” uden retningslinjerne at forholde sig til.

Tidligere hed retningslinjerne ”Råd og anvisninger”, men i dag hedder de ”Nationale retningslinjer”. Dette skift i navn og udformning blev nævnt som et kvalitetsløft da retningslinjerne nu blev oplevet mere valide og evidensbaserede end tidligere. *Retningslinjerne har fået en anden klang nu.* Før kunne man sige at det var en god ide at følge dem – men man havde egentlig ikke pligt til det. Denne udlægning var der dog ikke enighed om.

*Jeg tror ikke man skal tage fejl af de gamle ”Råd og anvisninger”, de havde ligeså meget vægt som de nationale retningslinjer der udgår i dag*

Det som kendetegnede de nationale retningslinjer var at de var evidensbaserede. Der kunne dog være problemområder af regional/lokal karakter som gjorde at hygiejneorganisationerne gik ind og tilrettede retningslinjerne til lokale forhold. Det betød at retningslinjerne kunne variere fra den ene hygiejneorganisation til den anden.

*Jeg føler at jeg har noget evidens i ryggen og noget hjemmel til at handle, men jeg føler ikke altid at jeg har en stor pæl at holde og støtte mig til. Når man står ude og skal tolke på retningslinjerne og gøre dem håndterbare og begribelige i personalets hverdag, så kan det godt blive vanskeligt, for hvis det ikke giver mening for personalet det her, så kan det være nok så evidensbaseret.*

Ifølge hygiejnesygeplejerskerne gik den evidens som ligger bag retningslinjerne kun til en vis grænse. Dette blev begrundet med at mange af retningslinjerne udelukkende byggede på god klinisk praksis, dvs. en fælles faglig beslutning på baggrund af hvad al fornuft pegede hen i mod og derfor som minimum skulle gøres. Vigtigheden af at retningslinjerne tydeligt synliggjorde, hvilken evidens der lå bag de enkelte punkter blev nævnt som en styrke og var en hjælp til den enkelte hygiejnesygeplejerske i forhold til hvad det egentligt var, hun/han havde i ryggen i en vejledningssituation. *Er det sund fornuft eller er det store randomiserede undersøgelser der ligger bag?*

## **6.2.2 Brugbare for sundhedspersonalet**

Ingen var i tvivl om at retningslinjerne skulle være kendt af sundhedspersonalet for at kunne anvendes i praksis. Hygiejnesygeplejerskerne tog udgangspunkt i egne erfaringer og den bagvedliggende holdning var at *alle ved jo, hvad det betyder at isolere patienter.*

De forfulgte desuden emnet og forsøgte at uddybe det yderligere ved at spørge ind til hinandens erfaringer:

*Vidste I at der var nationale retningslinjer inden I startede som hygiejnesygeplejersker? Jeg gjorde ikke og jeg må sige at de retningslinjer som Infektionshygiejnen laver ligger langt, meget langt væk fra min hverdag. Det har kun været i særlige tilfælde at man er nået så dybt ned i dokumentet, og bare det at finde retningslinjerne er vanskeligt. Afdelingen skal være i et stort problem inden de selv finder retningslinjerne.*

Erfarne hygiejnesygeplejersker havde forskellige erindringer om deres kendskab til retningslinjerne. *Jeg vidste godt, de lå der, men jeg kendte dem ikke, som jeg gør i dag.* De oplevede at de dengang brugte dem gennem deres hygiejnesygeplejerske og huskede ikke dette som problematisk. Andre oplevede at de vidste at der stod en mappe med retningslinjer i hver afdeling, men de anede ikke hvad der stod i den og det kom helt bag på dem at det var noget man skulle rette ind efter. De var tænksomme over den udvikling der var i kendskabet til retningslinjerne i dag. Der var enighed om at der ikke

var meget ved at have retningslinjer, hvis brugeren ikke vidste at de eksisterede. I så fald var det implementeringsprocessen der havde betydning for om retningslinjerne blev brugt til noget eller ej.

Der lå en generel udfordring i at få gjort retningslinjerne tilgængelige for brugeren. De regionale dokumentstyringssystemer som havde overtaget retningslinjernes papirudgave, var vanskelige at få adgang til og få overblik over samt ikke mindst, svære at søge i. *Jeg blev fuldstændig tabt i det her dokument af et system og det var lidt synd.* Der var heller ikke altid de nødvendige computere til rådighed og flere havde ikke den kompetence der skulle til for at bruge en computer.

*Selvom at vi lever i en IT verden, så kan det være rigtig svært for sundhedspersonalet at finde retningslinjerne, og ofte siger de "vi har ikke tid". Men det er faktisk ret nemt, fordi vi efterhånden har fået bygget dem op sådan, så de ligger som regionale retningslinjer. De er faktisk ret nemme at finde, men de bruger det ikke så tit.*

Hygiejnesygeplejerskerne oplevede at retningslinjerne fyldte meget og hvis sundhedspersonalet ikke havde tiden til at kunne gå ind og søge eller vidste hvor man fandt det rette – så var det et stort område at finde rundt i. Man oplevede ligeledes at indretningen af dagens hospitaler gjorde det vanskeligt at efterleve retningslinjerne.

*Husene! De er jo ikke bygget til isolationspatienter. Der er altid overbelægning og hvordan gør man så lige det? I den sammenhæng synes jeg også at vi bliver brugt, og så skal man nogle gange være lidt kreativ.*

Retningslinjernes anvendelighed var også påvirket af økonomien. Nogle oplevede at de redskaber der var behov for i forhold til at kunne følge retningslinjerne blev bevilget, men at selve driften ikke var medtaget i de økonomiske prioriteringer. Her kom hygiejnesygeplejerskerne i et dilemma, for på den ene side havde de forsøgt at gøre det håndterbart for sundhedspersonalet, men når økonomien ikke var til det kunne resultatet blive, at sundhedspersonalet følte sig svigtet og derfor oplevede retningslinjerne som besværlige og uhåndterbare. I det tilfælde kunne man så kun trække ”trumfkortet”.

*Det er ikke mig der har sagt det, det er SSI eller SST - og det skal følges, ellers får I et problem.*

### **6.3 Manglende tillid og troværdighed**

Kategorien ”Manglende tillid og troværdighed” omhandler hvordan de interviewede hygiejnesygeplejersker oplevede at der var flere aktører end dem selv som interesserede sig for infektionshygiejne, og hvordan de oplevede dette som en udfordring, og noget der kunne skabe utryghed. De efterspurgte national styring og synliggørelse af hvem som bestemte over hvem. De oplevede endvidere at der blev fokuseret på det forkerte i forebyggelsen af antibiotikaresistente bakterier og at hygiejnesygeplejerskernes arbejde blev nedprioriteret. Hygiejnesygeplejerskerne udtrykte manglende tillid til den

udvikling retningslinjerne havde og opfordrede til nytænkning med fokus på at tale de supplerende retningslinjer med isolation ned og de generelle retningslinjer op.

### **6.3.1 Utryghed vedrørende fremtidens ejerskab af infektionshygiejnen**

At organiseringen af infektionshygiejnen var velbeskrevet og veletableret var der enighed om blandt hygiejnesygeplejerskerne. Der blev dog diskuteret hvordan man så fremtiden og her var oplevelsen at der var for mange aktører på banen som havde hver sin dagsorden. Hygiejnesygeplejerskerne oplevede dette som *et kæmpe problem* og andre følte det som at mange forskellige faggrupper havde fingrene langt nede i de infektionshygiejniske retningslinjer.

De infektionshygiejniske retningslinjer blev også udfordret af kliniske retningslinjer, og derved opstod der utryghed i forhold til hvem som bestemte og hvem som havde ansvaret for at koordinere de kliniske og infektionshygiejniske retningslinjer. Hygiejnesygeplejerskerne oplevede at der ikke blev taget stilling til hvem der skulle vige pladsen for hvem og hvilke udfordringer dette skift kunne få. Vigtigst oplevede de dog at der manglede en national beslutning om hvem som overordnet skulle tage stilling til den valgte vej og beslutning om at dette valg var den retning sundhedsvæsenet skulle. Hygiejnesygeplejerskerne oplevede også konkurrence fra andre organisationer:

*Det jeg oplever i dag, som vi er i konkurrence med, det er kvalitetsorganisationerne. De er blevet så meget stærkere på hospitalerne i Danmark, at vi på en eller anden måde kører parallelt nu, og jo stærkere kvalitetsorganisationen bliver, jo svagere bliver vi som hygiejneorganisation.*

Det blev diskuteret at kvalitetsorganisationen havde et højere uddannelsesniveau og fik tilført flere ressourcer. Nogle mente at det også handlede om hvilke prioriteringer der blev taget i sundhedsvæsenet og beskrev hvordan man oplevede at der blev set forskelligt på de to organisationer:

*Jeg tænker at alt det her kvalitets noget det er stadigvæk lidt nyt og i hvert faldt meget meget frækt og sexet. Hygiejne, det er i organisationen og i kulturen sådan mere støvet og med knold i nakken.*

Der blev også diskuteret andre grunde til hvorfor hygiejnesygeplejerskerne oplevede at deres arbejde blev nedprioriteret. Den grundlæggende sygepleje havde haft det svært i de senere år og da infektionshygiejne byggede på den grundlæggende sygepleje kunne dette måske forklare den dalende popularitet som nogle oplevede.

Hygiejnesygeplejerskerne forestillede sig også forskellige kulturer i sundhedsvæsenet og beskrev dette som en udfordring for retningslinjerne. Her tænkte man at de supplerende retningslinjer omhandlede det patogene, og at dette per tradition var et lægefagligt område, mens de generelle retningslinjer var placeret indenfor omsorg og pleje.

*De supplerende retningslinjer er skønne at tage fat i og vældig farlige og det er vildt uhyggeligt for hvis du ikke gør hvad der står, så bliver du også selv syg. De generelle er derimod sværere at gøre interessante. Her er der nemlig dybest set ikke noget problem og man kan vælge at vente til problemet kommer.*

### **6.3.2 Hygiejnesygeplejerskernes tillid til retningslinjerne**

Hygiejnesygeplejerskerne var enige om at tillid til retningslinjerne var fundamentalt for at kunne bringe dem videre ud i praksis. Retningslinjerne var hvad deres arbejde handlede om og hvad al deres tid gik med. Målet var at få andre til at se det samme og italesætte infektionshygiejne i alle de fora de kunne. De var stolte af retningslinjerne og udtrykte umiddelbart tillid til at de var relevante og anvendelige.

At der i de seneste år havde været meget fokus på de supplerende retningslinjer og isolation blev forsvaret med den globale stigning i antallet af antibiotikaresistente bakterier. Men uanset dette var der et gab mellem viden og handling i forhold til isolation og brug af supplerende retningslinjer.

*Hvordan kan vi tale om, at vi har evidens i ryggen, når vi isolerer patienter med antibiotikaresistente bakterier? Det er jo faktisk sådan, at en del af de patienter som vi isolerer, der er det overhovedet ikke nødvendigt, hvis de generelle infektionshygiejniske retningslinjer er i orden!*

Andre følte man valgte den lette løsning når der kom nye antibiotikaresistente bakterier og at man burde bruge sin viden bedre.

*Så laver vi lige nogle nye supplerende retningslinjer i stedet for at gå tilbage og tænke... okay hvad er smittevejen så for den her antibiotikaresistente bakterie? Jamen det vi kender til i dag det er jo kontaktsmitte og hvorfor er det så, at vi bliver ved med at lægge flere og flere supplerende retningslinjer til?*

Der var enighed om at antallet af supplerende retningslinjer blev større og større og at dette var en national tendens, men en uhensigtsmæssig udvikling i forhold til forebyggelsen af smitte med antibiotikaresistente bakterier. Derfor var der ønske om at man fra national side skulle reflektere og handle.

*Nu må vi altså trække os tilbage og kigge lidt på det her. Om det er den rigtige vej vi går, eller om det er den forkerte, om der findes andre og bedre veje at gå? Vi har de generelle retningslinjer, som faktisk kan afbryde smittevejen alene.*

Hygiejnesygeplejerskerne oplevede også at infektionsforebyggelse blev talt op i et leje som både var belastende for borgere, patienter og pårørende og gjorde det kompliceret for sundhedspersonalet og dem der havde en antibiotikaresistent bakterie. Man undrede sig over at SSI og SST deltog i denne optrapning og havde f.eks. svært ved at se mening med at der blev udarbejdet en vejledning for kun én antibiotikaresistent bakterie.



Der var desuden enighed om at sundhedspersonalet generelt manglede grundlæggende viden om infektionshygiejne og at denne manglende viden kunne vanskeliggøre anvendelsen af retningslinjerne. Man så at patienter ikke fik den behandling de skulle have, at der var en udtalt frygt for at få de antibiotikaresistente bakterier ind på hospitalerne, og at noget sundhedspersonale ikke turde passe patienter med antibiotikaresistente bakterier fordi de var gravide. Disse oplevelser rystede hygiejnesygeplejerskerne som så en udfordring i at få implementeret en generel viden om infektionshygiejne.

*Når det er nødvendigt at lave supplerende forholdsregler, for at få sundhedspersonalet til bare at efterleve de generelle så er vi jo igen... igen tilbage, som jeg ser det, ved grunduddannelsen af sundhedspersonalet, sygeplejerske, læger, social og sundhedsassistenter og alle andre.*

### **6.3.3 Hygiejnesygeplejerskernes tillid til sig selv og andre**

Det havde betydning for hygiejnesygeplejerskerne at de oplevede at andre havde tillid til de infektionshygiejniske retningslinjer og infektionshygiejnen som organisation. I takt med udviklingen af flere antibiotikaresistente bakterier og opstramning omkring isolation og supplerende retningslinjer blev tilliden imidlertid sat på prøve.

*Først isolerede vi alle patienterne og nu ingen. De antibiotikaresistente bakterier er der jo stadig. Vi pøder og finder og gør ingenting. At gå ud og fortælle det og skabe mening, det kræver virkelig sin mand. Det kræver altså sin mand at gå ud og fortælle dem baggrunden for, at man gjorde sådan for 3 mdr. siden, og nu gør vi anderledes.*

Hygiejnesygeplejerskerne oplevede at de tilpassede retningslinjerne både i forhold til den enkelte patient og afdeling og i forhold til de faciliteter og rammer som sundhedspersonalet havde at arbejde under. De oplevede at de brugte meget tid på denne tilpasning, men at det var rigtigt og nødvendigt, for at retningslinjerne kunne blive håndterbare og anvendelige i den lokale kontekst.

*Og det tror jeg alle gør, at vi bøjer - vi bøjer retningslinjerne i samarbejde med personalet. Det kan være rigtigt svært nogen gange for noget af vores personale er bare så firkantet, og siger: "Jamen det kan ikke nytte noget! Reglerne er sådan og det kan vi bare overhovedet ikke ændre". Og der synes jeg at vi nogle gange står i et dilemma. For hvad skulle der være i vejen med at vi brugte vores faglighed til at bøje nogle regler for den enkelte patient for at gøre det her tåleligt. Her støder vi nogle gange lidt op imod personalet som slet ikke kan have at vi bryder de firkantede regler der er, og det synes jeg kan være noget af en udfordring.*

Mange havde oplevet at tilpasse retningslinjerne til lokale forhold og der var enighed om at når man "bøjede reglerne" så opstod der en gråzone som kunne være vanskelig at finde rundt i. Omvendt udtrykte flere vigtigheden i af have rimelig firkantede regler for dermed at kunne sikre at den rådgivning og vejledning man gav, var den samme.

Hygiejnesygeplejerskerne oplevede at de havde store forventninger til sig selv og deres formåen i forhold til at få retningslinjerne implementeret i sundhedsvæsenet. De var dog opmærksomme på at der var udfordringer de ikke selv kunne løse i dette arbejde og hvor de havde brug for hjælp udefra. Endvidere oplevede de også andre udfordringer, men fandt at disse var vanskelige at synliggøre og sætte ord på. De udtrykte at det var som at *bygge bro over et system med brister*, men kunne ikke præcist forklare hvad det var.

Hygiejnesygeplejerskerne oplevede at de via interviewene fik en time til at reflektere over deres funktion og gav udtryk for at dette havde været meget positivt og noget man burde gøre oftere.

*Vi skulle tage et emne op og få kigget både på noget vedrørende de supplerende retningslinjer, og hvorfor i alverden vi gør så meget, hvis vi hellere vil noget med den generelle hygiejne.*

## 7. DISKUSSION

Formålet med dette studie var at udforske og beskrive hvad hygiejnesygeplejerskerne i Danmark oplever som de største udfordringer i arbejdet med de infektionshygiejniske retningslinjer i forhold til at forebygge smitte med antibiotikaresistente bakterier samt hvordan de oplever, at de nationale infektionshygiejniske retningslinjer er anvendelige og relevante i praksis. Studiets resultater diskuteres op mod tidligere angivne og nye referencer samt den teoretiske og begrebsmæssige ramme. Diskussionen struktureres svarende til studiets forskningsspørgsmål.

### 7.1 Resultatdiskussion

#### 7.1.1 Udfordringer i arbejdet med retningslinjerne

Hygiejnesygeplejersker er skolet til at kunne læse, forstå og kritisk analysere kompliceret tekstmateriale og vil derfor ifølge Nutbeam (2000) befinde sig på det højeste health literacy niveau. Når de alligevel oplever at de nationale retningslinjer er krævende at læse og forstå, kan det eventuelt forklares med at retningslinjerne er overordnede dokumenter som er udfærdiget af offentlige myndigheder (Statens Serum Institut 2012b). Resultatet bliver imidlertid at hygiejnesygeplejerskerne både oplever at vigtig information risikerer at gå tabt i de lange prosatekster, og at retningslinjerne er vanskelige at tolke. Dette gør at den enkelte hygiejnesygeplejerske laver egne fortolkninger, hvilket kan risikere at resultere i en række forskellige meninger om hvad der rent faktisk står i retningslinjerne, og at de dermed ikke anvendes og efterleves som tænkt.

Som ansvarlig for udarbejdelsen af de nationale infektionshygiejniske retningslinjer og den overordnede koordinering af det infektionshygiejniske arbejde (Statens Serum Institut 2012b), må det være SSIs ansvar at retningslinjerne formuleres sådan at de er

begribelige og dermed ikke gøres til genstand for tolkning/mistolkning. Ved at benytte transmissionsmodellen (Hersey, Blanchard 1993) til at kommunikere nye eller reviderede retningslinjer ud til hygiejneorganisationerne, vil SST og SSI samtidig naturligt forvente at budskabet er forstået. Dermed bliver det hygiejnesygeplejerskers eller andres ansvar at skulle gøre SSI opmærksom på retningslinjernes mangler. Omvendt kunne SST og SSI i stedet vælge at bruge mere tid på at sikre at retningslinjerne var begribelige og dermed blev oplevet som meningsfulde (Antonovsky 2007) af de personalegrupper og andre, der skal forstå og anvende dem i praksis. Ifølge Ølgaard (1991) ville hygiejnesygeplejerskerne dermed spare tid og energi, som i stedet kunne bruges på at implementere retningslinjerne i klinikken til gavn for patientsikkerheden og folkesundheden (IKAS 2013).

Hygiejnesygeplejerskerne havde selv svært ved at forstå retningslinjerne omkring f.eks. isolation og vidste desuden fra mødet med sundhedspersonalet, at man i klinikken heller ikke oplevede dem som begribelige og anvendelige i praksis. I sådanne tilfælde må det være en forudsætning at hygiejnesygeplejerskerne får stillet de ressourcer til rådighed som er nødvendige for at få retningslinjerne gjort forståelige i praksis. Hvis ikke, kan det resultere i uoverskuelige konsekvenser for forebyggelse af smitte med antibiotikaresistente bakterier og reducerer mulighederne for avanceret kirurgisk og medicinsk behandling (World Health Organization 2012).

For at sikre at mest muligt sundhedspersonale skal kunne forstå og anvende retningslinjerne som tiltænkt, var det ifølge hygiejnesygeplejerskerne nødvendigt at oversætte dem til et mere letforståeligt sprog. Problemet var imidlertid, at de var bevidste om, at de havde et eget sprog som lå langt væk fra sundhedspersonalets, og som de havde svært ved at fralægge sig. Det betød at oversættelse til lokale retningslinjer burde ske i samarbejde med forskelligt sundhedspersonale, noget som få desværre havde mulighed for at deltage i på grund af effektivisering og besparelser. Hvis sundhedspersonalet ikke forstår og/eller oplever retningslinjerne som håndterbare og meningsfulde (Antonovsky 2007) vil de imidlertid heller ikke bidrage til det forebyggende arbejde med at hindre smitte med antibiotikaresistente bakterier. Et arbejde som bliver mere og mere nødvendigt, set i lyset af den globale stigning af antibiotikaresistente bakterier som WHO beskriver som et globalt problem for folkesundheden, og som det er vigtigt at få kontrol over (World Health Organization 2012).

Manglende deltagelse af sundhedspersonalet i arbejdet med at gøre retningslinjerne håndterbare lokalt og regionalt kan derfor risikere at få uheldige konsekvenser (Sundhedsstyrelsen 2006, Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri 2013). En mulig sidegevinst ved at sundhedspersonalet deltog i arbejdet med oversættelsen af retningslinjerne kunne være, at de derved oplevede ejerskab af retningslinjen og blev motiverede i implementeringsprocessen. Ifølge Holt (2004) er der et gab mellem viden og handling hos sundhedspersonalet. Det kunne imidlertid tænkes, at den viden som sundhedspersonalet har, ikke er tilstrækkelig til at gøre retningslinjerne begribelige for dem (Antonovsky 2007).

Hygiejnesygeplejerskerne forklarede også den manglende begribelighed med, at retningslinjerne er udarbejdet ud fra den forudsætning, at sundhedspersonalet har en grundlæggende viden omkring infektionshygiejne. Hygiejnesygeplejerskerne oplevede at denne viden hos sundhedspersonalet, og specielt omkring kontaktsmitte og smitteveje, var begrænset og at man derfor kunne tale forbi hinanden. Selvom sundhedspersonalet kunne læse retningslinjerne, havde de ikke nødvendigvis et tilstrækkeligt fundament til at kunne forstå indholdet. Ifølge Lysdahl (2011) indførte Syddansk University College af denne årsag et to ugers valgfrit kursus i infektionshygiejne allerede i 2011. Jensen (2012) fandt tilsvarende at sundhedspersonalets viden indenfor infektionsforebyggelse var meget varierende og foreslog, at man kortlagde sundhedsuddannelsernes indhold af grundlæggende hygiejne for at sikre, at personalet havde det nødvendige fundament til at kunne løse nuværende og kommende infektionshygiejniske udfordringer.

Hygiejnesygeplejerskerne oplevede endvidere, at der var personale i sundhedsvæsenet som i princippet ikke vidste, hvad de sagde ja og nej til, og faktisk ikke forstod det danske sprog – og som derfor ikke var i stand til at læse retningslinjerne. Health literacy anses som afgørende for at opnå magt og kontrol over egen sundhed (Nutbeam 2000, Kitckbusch 2001), men må også anses for at være en afgørende faktor i arbejdet med at implementere de infektionshygiejniske retningslinjer. Også andre ser health literacy som en nødvendig medspiller og opfordrer SST til at medtage health literacy som et naturligt element i forebyggelses- og sundhedsfremme-sammenhæng i Danmark (Sørensen, Nørgaard & Maindal 2014). En vurdering af det danske sundhedspersonales health literacy niveau er, så vidt forfatteren har kunnet finde frem til, ikke gjort tidligere. Det kunne desuden være interessant at få identificeret andre faktorer som kan have indflydelse på sundhedspersonalets forståelse og ageren i forhold til de infektionshygiejniske retningslinjer.

Hygiejnesygeplejerskerne oplevede, at der samfundsmæssigt var en dalende interesse for og nedprioritering af generel hygiejne. Eftersom generel hygiejne blev set som en del af den generelle sygepleje mente de, at dette måske kunne relateres til de udfordringer som den grundlæggende sygepleje havde haft den senere tid. Dette kan tænkes at være korrekt, hvis man ser det i lyset af den nuværende prioritering af undervisning i hygiejne på sundhedsuddannelserne samt tidligere opfordringer til at kortlægge indholdet af infektionshygiejne indenfor sundhedsuddannelserne (Jensen 2012). Der findes imidlertid et internationalt fokus fra WHO og Rådet for bedre hygiejne (2014), som betyder, at den generelle hygiejne forplanter sig ud i kommunerne og derigennem motiverer skolerne til at aktivere børnene i dette tema. Disse lokale tiltag må ses som en vigtig styrkelse af kendskabet til generel hygiejne i samfundet og dermed også indirekte som en styrkelse af folkesundheden.

Hygiejnesygeplejerskerne oplevede også en fagkulturel udfordring, idet de mente at de supplerende infektionshygiejniske retningslinjer, som lå tættere på det patogene, blev anset for at være mere ”spændende, farlige og udfordrende”, hvorimod de generelle retningslinjer som per tradition hører til omsorg og pleje, ikke nødvendigvis repræsenterede et problem og man kunne vælge at vente, til problemet eventuelt opstod. Sundhedspersonalet blev således ”blændet” af de supplerende retningslinjer og så derfor

ikke altid det meningsfulde i at investere i den generelle hygiejne (Antonovsky 2007). Det må imidlertid betragtes som en oplagt svækkelse at det forebyggende arbejde, at de supplerende retningslinjer tales op mens de generelle tales ned, eftersom de generelle retningslinjer er en forudsætning for at forebygge smitte med antibiotikaresistente bakterier. De udgør selve fundamentet, som man ved behov kan bygge de supplerende retningslinjer ovenpå (Statens Serum Institut 2011).

I 2012 meldte sundhedsministeren ud at der fremadrettet skulle være et enstrengt system vedrørende infektionshygiejniske retningslinjer (CEI 2012). Da der på dette tidspunkt var mange aktører på banen med forskellige vinkler på hygiejnen, som skabte forvirring i feltet, blev dette set som en styrkelse af infektionshygiejnen. Hygiejnesygeplejerskerne mente dog ikke, at SSI og SST havde løftet denne opgave. De havde fortsat vanskeligt ved at håndtere de mange aktører og skelne mellem, hvem der bestemmer og hvem der er med på sidelinjen, og dette skabte utryghed omkring de krav, der blev stillet til dem.

En af de aktører, som hygiejnesygeplejerskerne især følte sig udfordret af, var kvalitetsafdelingerne. De oplevede at når kvalitetsafdelingerne blev stærkere, blev de selv svagere, og at kvalitetsafdelingerne desuden blev prioriteret højere både med hensyn til flere ressourcer og højere uddannelser. Kvalitetsafdelingernes og andres delagtighed, som kunne ses som en styrkelse af infektionshygiejnen, blev i stedet oplevet som noget u håndterbart og en kilde til utryghed. Det kan derfor synes vigtigt at SST og SSI træder i karakter i forhold til at påtage sig det overordnede ansvar for og styringen af smitteberedskabet i Danmark (Statens Serum Institut 2012b), sådan at det står lysende klart, hvem som bestemmer og hvor nye tiltag skal godkendes og drøftes. WHO (2012) pointerer at arbejdet med at forbygge smitte med antibiotikaresistente bakterier kan være med til at løse et globalt problem, og det er vigtigt at der er skabes optimale rammer omkring dette arbejde.

### **7.1.2 Retningslinjernes anvendelighed og relevans i praksis**

Hvis forebyggelse af smitte med antibiotikaresistente bakterier skal lykkes, er det en forudsætning at sundhedspersonalet som minimum kan læse og forstå dem, og at personalet har en grundlæggende viden om infektionshygiejne. Kan disse kompetencer ikke sikres at være til stede, vil det danske sundhedsvæsen have en ukendt stor gruppe sundhedspersonale som ikke er i stand til at handle på sundhedsrelateret information (Nutbeam 2000) og dermed heller ikke vil kunne efterleve de infektionshygiejniske retningslinjer. I disse situationer vil retningslinjerne således være uanvendelige og dermed uden relevans. At sundhedspersonalet ikke selv kan søge og forstå information vil ifølge Antonovsky (2000) også mindske deres oplevelse af sammenhæng og dermed deres motivation og engagement i forebyggelsesarbejdet. Dette er en stor udfordring for sundhedsvæsenet og for forebyggelse af smitte med antibiotikaresistente bakterier. Der bør optimeres omkring dette felt, sådan at det sikres, at alle kan læse, forstå og agere ud fra retningslinjerne.

Det må også være et absolut mindstekrav at de infektionshygiejniske retningslinjer er kendt af sundhedspersonalet. Alle infektionshygiejniske retningslinjer lægges ud på nettet i lokale eller regionale dokumenteringssystemer, i Region Nordjylland som PRI-dokument (Region Nordjylland 2014). Hygiejnesygeplejerskerne oplevede imidlertid, at sundhedspersonale ikke vidste hvor retningslinjerne var at finde, eller blev oplevet som vanskelige at få adgang til. Det var svært for sundhedspersonalet at søge i systemet og få overblik over, om man nu var kommet ind på den rigtige retningslinje. Desuden havde alle ikke den fornødne kompetence til at anvende en computer.

Resultatet af disse mange forhindringer blev, at hygiejnesygeplejerskerne oplevede at retningslinjerne var utilgængelige for store dele af sundhedspersonalet, og at det derfor ikke gav mening at anvende så mange ressourcer på at udfærdige retningslinjerne, når der ikke var ressourcer til at sikre deres tilgængelighed. Oplevelsen af sammenhæng blev derfor lav hos både sundhedspersonalet og hygiejnesygeplejerskerne (Antonovsky 2007), hvilket kunne resultere i manglende motivation til at engagere sig i det forebyggende arbejde. Dette vil være en helt uacceptabel konsekvens set i lyset af den alvor, som smitte med antibiotikaresistente bakterier har for folkesundheden (EDC/EMEA 2009).

I erkendelse af at retningslinjerne var vanskelige at gøre forståelige og at dele af det kliniske personale derfor kunne have svært ved at forstå budskabet (Hersey, Blanchard 1993), blev det desuden pointeret at retningslinjerne ikke kunne stå alene. Dette understreger at konteksten har en betydning for begribeligheden (Watzlawick, Beavin & Jackson 1967) og at det derfor er nødvendigt at stå ansigt til ansigt med personalet for at infektionshygiejniske problemstillinger kan begribes og håndteres i den aktuelle kontekst (Hansen 2001). Vigtige oplysninger må nå frem til alle, hvad enten de taler eller ej (Bateson 1972).

Det er desuden i mødet at hygiejnesygeplejerskerne lærer sundhedspersonalet at kende og kan sikre sig at retningslinjerne er forstået (Ølgaard 1991) og dermed om de er korrekt implementeret. Her vil der også være mulighed for at undersøge behovet for yderligere undervisning og for at tilrette sin vejledning i forhold til den enkeltes kompetencer (Madsen 2004). Hygiejnesygeplejerskerne har således en naturlig og vigtig rolle i praksis, som i fremtiden gerne skal optimeres i forhold til at sikre at retningslinjerne kan læses, forstås og efterleves, sådan at alle i det danske sundhedsvæsen deltager i arbejdet med at hindre smitte med antibiotikaresistente bakterier.

At bevæge sig ud i praksis kan dog også skabe udfordringer for hygiejnesygeplejerskerne, som oplevede at retningslinjernes anvendelighed blev sat på prøve når/hvis dagligdagen var overbelægning med patienter i senge både på gange og i opholdsrum. Overbelægning i sig selv er en øget risiko for spredning af smitte med antibiotikaresistente bakterier til miljøet. Endvidere skulle der ofte isoleres flere patienter end der er enestuer, og dette skabte dilemmaer, hvor hygiejnesygeplejerskerne i stedet for at følge og vejlede i retningslinjerne, følte sig nødsaget til at gøre det bedst mulige i den aktuelle situation. De danske hospitaler er ikke bygget til at rumme det antal isolationspatienter, som retningslinjerne anbefaler, og det var derfor nødvendigt at

vurdere og prioritere, hvilke patienter det var mest vigtigt at isolere. Dette skabte usikkerhed og forvirring om retningslinjernes relevans og anvendelighed.

I fremtiden er det nødvendigt at denne prioritering placeres centralt ved SSI og SST og at det medtænkes at antibiotikaresistente bakterier smitter ved direkte og indirekte kontaktsmitte, og at de generelle infektionshygiejniske retningslinjer derfor i mange tilfælde skulle kunne løfte denne opgave alene. Både SST og SSI har som mål at den generelle hygiejne skal løftes, således at de supplerende retningslinjer i fremtiden bliver en undtagelse i forhold til forebyggelse af smitte med antibiotikaresistente bakterier (Sundhedsstyrelsen 2012, Statens Serum Institut 2011).

I det anbefalede arbejde med at revurdere og prioriterer, vil det endvidere være hensigtsmæssigt at medtage erfaringer i forhold til hvor der er størst risiko for smitte (Statens Serum Institut 2008, Sundhedsstyrelsen 2012), og hvor studier har vist at isolation ikke resulterede i færre tilfælde af smittede (Elstrøm 2013). Ligeledes at synliggøre det paradoksale i at man bevidst arbejder med at styrke den generelle hygiejne ved at anvende isolation (Børseth 2011, Jensen 2012), specielt eftersom isolation kræver væsentligt flere ressourcer (Sundhedsstyrelsen 2006).

Det blev i studie også nævnt, at sundhedspersonalet måske blev ”blændet” af de supplerende retningslinjer og derfor ikke altid så meningen i at investere i den generelle hygiejne. Dette er imidlertid en uheldig udvikling, når man ved hvor vigtig den generelle hygiejne er i forhold til at forbygge smitte for alle patienter som færdes i sundhedsvæsenet (Statens Serum Institut 2013), samtidig med at vi ofte ikke ved, hvem der er smittet med antibiotikaresistente bakterier (Aaen 2011). I disse overvejelser er det endvidere vigtigt at medtage de studier som beskriver implikationer ved at isolere en patient (Skymann 2010, Sørensen 2013, Wiklund 2011), samt hvilke negative konsekvenser isolation har for patientsikkerheden (Selfox 2003). Dette er for at sikre, at både etiske aspekter og den foreliggende evidens indgår i udarbejdelsen af retningslinjerne (SST 2007), samt at de udviser nødvendig respekt for de internationale menneskerettigheder (United Nation 1948).

Retningslinjerne var hygiejnesygeplejerskernes arbejdsdokument, deres teoretiske fundament og den ramme de havde at arbejde ud fra. De var derfor meget opmærksomme på og afhængige af disse dokumenters kvalitet, når de skulle vejlede sundhedspersonalet i infektionsforebyggelse og skulle kunne stole på, at retningslinjerne var baseret på den aktuelt bedste viden (SST 2007). Evidens blev således anvendt som markør for i hvilken udstrækning der eventuelt var hjemmel til at tilrette retningslinjerne til lokale forhold. Hverken SST (2012) eller SSI (2011) havde imidlertid indarbejdet en sådan evidens score, og den støtte man ellers kunne have oplevet, dalede derfor, når det i stedet blev op til den enkelte at tolke og vurdere, hvad og hvor der kunne tilrettes til lokale forhold. Dette kunne desuden resultere i forskellig vejledning, hvor hygiejnesygeplejerskernes og retningslinjernes troværdighed blev udfordret. Det kunne også tænkes at en dialog om evidensens betydning for infektionshygiejnen ville støtte hygiejnesygeplejerskerne i deres daglig arbejde med forebyggelse og give større mening og styrke oplevelsen af sammenhæng (Antonovsky 2007).

Omvendt kunne hygiejnesygeplejerskerne også foretage en faglig risikovurdering som imødekom de krav der var i retningslinjerne og dermed hjælpe sundhedspersonalet til den bedst tænkelige løsning indenfor de givne rammer. Det er kendt fra andre studier at sundhedspersonalet håndterer smitterisiko forskelligt og også laver egne risikovurderinger (Jensen 2012). Dette støttes af Kirkland (2009), som finder at retningslinjerne skal udvikles mere fleksibelt for dermed at skabe mulighed for risikovurderinger i hver enkelt situation. Det kan tænkes at udvikling af kompetencer omkring risikovurderinger både blandt sundhedspersonalet og hygiejnesygeplejerskerne kunne være med til at højne den generelle hygiejne, og samtidig skabe bedre arbejdsforhold for patienter og sundhedspersonalet på grund af færre isolationspatienter. Hvis retningslinjerne blev mere håndterbare og meningsgivende ville dette også kunne resultere i en stærkere oplevelse af sammenhæng (Antonovsky 2007) hos både sundhedspersonalet og hygiejnesygeplejerskerne.

Selvom hygiejnesygeplejerskerne stort set oplevede at retningslinjerne var relevante og anvendelige, oplevede de også misforhold som ikke gav mening. Der var f.eks. evidens for at overholdelse af de generelle infektionshygiejniske retningslinjer ville være tilstrækkeligt til at forebygge smitte med antibiotikaresistente bakterier (Statens Serum Institut 2013, Sundhedsstyrelsen 2012, Statens Serum Institut 2011, Elstrøm 2013), SSI 2014), men alligevel isolerede man disse patienter på hospitalerne, ligesom borgere fik begrænsninger i egen bolig og liv (Sørensen 2013). Hygiejnesygeplejerskerne anvendte deres kompetencer omkring kritisk health literacy (Nutbeam 2000) og havde derfor svært ved at finde mening i beslutningen om, at der skulle anvendes supplerende retningslinjer med isolation i forbindelse med smitte med antibiotikaresistente bakterier. Når oplevelse af sammenhæng mangler, vil det ifølge Antonovsky (2007) over tid kunne påvirke hygiejnesygeplejerskernes evne til at håndtere isolationssituationer i praksis.

Når fagfolk udtrykker mistillid og tvivl til egen platform, er det tid at handle, og det er derfor yderst vigtigt at der fra national side bliver set på om den viden man har omkring smitteveje burde resultere i et andet infektionshygiejnisk fokus. Hygiejnesygeplejerskerne har givet deres feedback på retningslinjerne (Hersey, Blanchard 1993) og for at styrke begribeligheden, håndterbarheden, meningsfuldheden og dermed deres oplevelse af sammenhæng (Antonovsky 2007) bør der fra national side initieres et samarbejdet som kan optimere indhold, kommunikation og layout af de infektionshygiejniske retningslinjer for derigennem at gøre dem mere forståelige, anvendelige og relevante i arbejdet med at forebygge smitte med antibiotikaresistente bakterier.

## **7.2 Metodediskussion**

### **7.2.1 Design og dataindsamling**

Valget af et kvalitativt design gav mulighed for at få belyst forskningsspørgsmålene, hvor hensigten var at forstå verden ud fra informanternes synspunkt og udfolde den



mening, der knyttede sig til deres oplevelser/livsverden. Det har bidraget med mange indfaldsvinkler på hvordan hygiejnesygeplejerskerne oplevede arbejdet med de nationale retningslinjer samt mangfoldighed og nuancer i forhold til oplevelsen af deres anvendelighed og relevans.

Ifølge Malterud (2011) skal informanterne udvælges ud fra det kriterie at de har en viden om det, som studiet skal belyse. Derfor foretrækkes informationsrigdom frem for repræsentativitet. Ud fra dette blev informanterne, som alle var hygiejnesygeplejersker ansat i de danske hygiejneorganisationer, strategisk udvalgt. Det var derfor homogene grupper, hvor det kan være vanskeligt at få data frem, som giver nye kundskaber (Malterud 2011). For at styrke dynamikken i fokusgrupperne blev der i udvælgelsen lagt vægt på mangfoldighed i forhold til køn, alder, anciennitet som hygiejnesygeplejerske, samt i forhold til gennemgået uddannelse som hygiejnesygeplejerske. Der var desuden et ønske om at fokusgrupperne skulle sammensættes på tværs ad regionerne, men dette var logistisk og økonomisk desværre ikke muligt.

Ud fra problemstillingen var det oplagt at vælge danske hygiejnesygeplejersker. Ved studiets udførelse var der i alt 62 mulige hygiejnesygeplejersker, hvoraf de tre var mænd. Alle tre var planlagt til at deltage ud fra den betragtning, at mænd og kvinder kommunikere forskelligt. En mand meldte afbud. Variation i alder blev også prioriteret for at inddrage mulige forskelle i sygeplejerskernes grunduddannelser, som kunne tænkes at bidrage til forskellighed i oplevelsen af sammenhæng. Dette var også årsagen til at både erfarne og mindre erfarne hygiejnesygeplejersker blev inkluderet i studiet. Den enkelte informants health literacy niveau er bl.a. afhængigt af anciennitet som hygiejnesygeplejerske samt eventuel videreuddannelse inden for faget. Derfor blev variation i forhold til uddannelse som hygiejnesygeplejerske medtaget. Endvidere blev der set på om hygiejnesygeplejerskerne havde specialfunktion inden for forebyggelse af antibiotikaresistente bakterier. Trods aflysninger og omrokeringer anses sammensætningen af fokusgrupperne derfor som tilfredsstillende i forhold til variation og bredde.

Litteraturen anbefaler at der ikke anvendes informanter som er kendt af moderator eller er en del af dennes netværk, da det kan være vanskeligt at interview folk, man kender, og dette kan resultere i en kommunikation som er underforstået (Halkier 2008). Denne anbefaling kunne ikke efterleves i studiet, hvor forfatteren var moderator og hvor det desuden ikke var muligt at sammensætte grupper som ikke var en del af moderators netværk. Forfatteren har fra studiets start været meget bevidst omkring denne problemstilling og lagde som ”forebyggelsesstrategi” en ramme for interviewet med få og åbne spørgsmål, som lagde op til at moderator selvfølgelig skulle lede/styre interviewet, men primært skulle lytte og lade deltagerne tale frit. Informanterne blev inden interviewet informeret om dette, samt at moderator ville træde ud af sin position som hygiejnesygeplejerske. Det var indtrykket, at informanterne hurtigt syntes at glemme, at det var en kollega, der var moderator, og dermed ikke oplevede dette som en ulempe. Flere gange var det desuden en fordel, at moderator på grund af sin viden på området, kunne forfølge emner som måske ellers ikke var blevet belyst.

På grund af forfatterens begrænsede erfaring med denne form for dataindsamling, blev der etableret samarbejde med forskningsenheden ved Aalborg Universitets Hospital, som bl.a. deltog i den endelige tilpasning af interviewguide og vejledning i moderators rolle. Denne støtte gjorde forfatteren i stand til på en naturlig måde at være mere lyttende og alligevel styrende, specielt ved hjælp af det non-verbale sprog. Malterud (2012) påpeger, at ligegyldig hvor meget der er planlagt, skal man være forberedt på at kunne improvisere. Det blev imidlertid ikke nødvendigt, da de to overgribende spørgsmål lagde så meget op til diskussion og ”forhandling” mellem deltagerne (Halkier 2008), at moderator end ikke fik anvendt de planlagte underspørgsmål, som blev besvaret uden at disse blev stillet.

Det er fokusgruppernes sociale interaktion som skaber de empiriske data (Halkier 2008). Moderator satte derfor allerede i introduktionen af informanterne rammer for det sociale rum omkring fokusgrupperne med signal om at informanterne selv skulle styre diskussionen, både i forhold til at alle kom til orde, at diskussionen blev holdt i gang, og at fokus først og fremmest var på deres egne erfaringer, oplevelser og fortællinger - og ikke udelukkende på deres holdninger. Et mere direkte styringsredskab for moderator blev i stedet kropssprog og spørgsmålenes udformning samt den måde, de blev stillet på. Et par gange skete det, at en deltager sjældent deltog i diskussionen, uden at gruppen forsøgte at ændre dette. Her gik moderator ind og inviterede informanten ind i dialogen ved at henvende sig direkte eller ved at forsøge at få øjenkontakt eller nikke opfordrende.

I to af fokusgruppediskussionerne deltog en erfaren observatør, sådan at moderators funktion blev evalueret og empirien blev gennemgået både før og efter transskriberingen. Det havde været ønskeligt at der havde været mulighed for at inddrage en observatør i alle interviews, da dette bidrog til udvikling af moderators kvalifikationer og repræsenterede en kvalitetssikring af dataindsamlingen.

### **7.2.2 Studiets validitet, reliabilitet og overførbarhed**

Begrebet validitet knytter sig til spørgsmålet om, hvorvidt data og fortolkning er pålidelige, gyldige og sande. Det stiller krav om at undersøgelsen er gennemført på en transparent og korrekt måde, og at det er muligt at følge forfatterens vej gennem processen (Kvale, Brinkmann 2009). Forfatteren kender feltet indgående både med hensyn til sprog og kultur og valgte at være moderator og selv udføre interviewene. Fordelen kan være at flere nuancer blev fanget i besvarelserne med mulighed for at spørge ind til emnet og at en ny vinkel på emnet blev fanget og uddybet. Samtidig var der en oplagt risiko for at forfatterens forforståelse kunne påvirke både dataindsamling og analyseprocessen (Malterud 2011). For at håndtere dette samt synliggøre og øge bevidstheden om egen forforståelses indvirkning, har forfatteren dels beskrevet denne og ligeledes i indledningen detaljeret gjort rede for hvad der lå til grund for at vælge dette MPH-tema.

Krav om reliabilitet kan ikke honoreres i kvalitative studier på grund af den sociale kontekst et studie baseret på interviews foregår i (Kvale, Brinkmann 2009) og som

betyder, at det ikke er muligt at reproducere undersøgelsen, fordi det at deltage vil resultere i efterfølgende refleksion og dermed forandre informanternes erfaringer og holdninger. Nøjagtigt det samme interview vil derfor ikke kunne gentages, og derfor er beskrivelse og overholdelse af en transparent og struktureret metode vigtigt. Man kan desuden øge reliabiliteten ved at lade flere forskere, uafhængig af hinanden, bearbejde data og sammenholde kondenseringer, kodninger, subkategorier og kategorier med henblik på at opnå analytisk konsensus. Det har ikke været muligt i dette studie, men ville have været en styrke for resultatet.

Generaliserbarhed handler om, hvorvidt forskningsresultater kan overføres til andre grupper i befolkningen. Malterud (2011) anbefaler at man i kvalitativ forskning i stedet vurderer overførbarhed, da dette begreb indebærer at der findes grænser og betingelser for, hvordan resultater kan gøres gældende i andre sammenhæng end i det enkelte studie. I dette MPH-studie har 24 ud af 62 mulige informanter deltaget. Eftersom den strategiske udvælgelse af deltagerne anses for vellykket og resulterede i et varierende og mangfoldigt datamateriale, vurderes det derfor, at studiets resultater kan overføres på og ses som udtryk for gruppen af hygiejnesygeplejersker i Danmark.

## 8. KONKLUSION

Danske hygiejnesygeplejersker oplever at de nationale infektionshygiejniske retningslinjer ikke er tilstrækkeligt anvendelige og relevante i forhold til de store udfordringer som sundhedsvæsenet står over for i disse år i form af antibiotikaresistente bakterier. Dette repræsenterer et problem for patientsikkerheden såvel som for folkesundheden.

Studiet viser, at der er behov for at optimere og revurdere fokus for forebyggelse af smitte med antibiotikaresistente bakterier. Fra national side bør man initiere et samarbejde som kan optimere indhold, kommunikation og layout af de infektionshygiejniske retningslinjer for derigennem at gøre dem mere forståelige, anvendelige og relevante i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde.

## 9. PERSPEKTIVER FOR PRAKSIS

Ud over ovennævnte opfordring til et nationalt samarbejde for at optimere de nationale infektionshygiejniske retningslinjer, foreslås nedenstående initiativer med udgangspunkt i studiets resultater:

Fra national side bør man

- Tydeligt markere, hvem der er ansvarlig for, samt hvor og hvordan nye tiltag i forhold til infektionshygiejne skal drøftes og godkendes
- Iværksætte en undersøgelse af de infektionshygiejniske retningslinjers tilgængelighed for sundhedspersonalet for at identificere, hvordan de påviste udfordringer bedst kan takles

- Iværksætte tiltag som kan sikre at det danske sundhedspersonale har en grundlæggende viden om infektionshygiejne
- Indarbejde health literacy-begrebet i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde
- Etablere dialog om evidensbegrebets udfordringer og implementering i det infektions-hygiejniske arbejde.

Fra regional og lokal side bør man

- Støtte hygiejnesygeplejerskernes arbejde med at sikre, at lokale retningslinjer ikke udsendes, før de er begribelige. Dette gøres bl.a. ved at sundhedspersonalet får mulighed for at deltage i arbejdet med at bearbejde og omsætte de nationale infektionshygiejniske retningslinjer til lokal praksis
- Støtte implementeringen af retningslinjerne, bl.a. ved at hygiejnesygeplejerskernes tilstedeværelse i klinikken bliver prioriteret.

## 10. TAK

Arbejdet med studiet har været en lang og spændende proces og. En stor tak tilfalder informanterne for beredvilligt at stille op til interviewene, og med stor viden og engagement at fortælle om deres oplevelser. Det var en fornøjelse at interview dem.

Tak til min ledelse og mine kollegaer for at give tid og plads til mit studie og tak til Mette Grønkjær, Postdoc, MNg, Ph.d. fra forskningsenheden ved Aalborg Universitets Hospital for at stille sin ekspertise til rådighed og deltage og vejlede i det første fokusgruppeinterview. Det gav en god støtte til at gå videre. Også en tak til Maria Skriver for at være observatør og give feedback samt gennemlæse transskriberinger.

En tak til de mange dygtige og inspirerende lærer og andet personale på NHV som har været med til at skabe et positivt og lærende studiemiljø. En hel speciel tak til min vejleder Lene Povlsen, Docent, DrPh som tålmodigt har fulgt mig på forskellige markvandring og nænsomt men bestemt vist den rette vej igen. Tak Lene, det har været en fantastisk rejse sammen med dig.

Til sidst vil jeg takke min familie for den støtte og overbærenhed de har udvist i hele mit studie.

## 11. REFERENCER

- Aaen, D. 2011, *Smittespredning med Methicillinresistent Staphylococcus aureus på Barselsafdelinger - En sundhedsøkonomisk analyse*, Aarhus Universitet.
- Antonovsky, A. 2007, *Helbredets mysterium*, Narayana Press, Gylling.
- Bateson, G. 1972, *Steps to an ecology of mind*, Ballantine Books, New York.
- Bloch, B. 2012, "*Hygiejne på tværs*" -tværsektorielt samarbejde omkring patient/borger med behov for infektionshygiejnisk bistand - hvordan løses opgaven?, Nordic School of Public Health NHV.
- Børseth, A. 2011, *Enerom, et smitte- og sygdomsforebyggende tiltak i sykehus?*, Nordic School of Public Health NHV.
- CEI 2012, , *Ansvar for nationale retningslinjer vedrørende hygiejne-området i sundhedsvæsenet varetages fremover af SSI* [Homepage of SSI], [Online]. Available: <http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/CEI-NYT/2012/Nr%20122%20-%20Juli%202012.aspx> [2014, april].
- Datatilsynet. 2014, januar-last update. Available: [www.datatilsynet.dk](http://www.datatilsynet.dk) [2014, marts].
- Den Nationale Videnskabsetiske Komite. 2011, , *Den Nationale Videnskabsetiske Komite*. Available: <http://www.cvk.sum.dk/> [2013, august].
- EDC/EMEA, J.W.G. 2009, *Joint Technical Report. The bacterial challenge: time to react.*, European Center for Disease Prevention and Control, Stockholm.
- Elstrøm, P. 2013, *Å isolere beboere er ikke nødvendig for å forebygge smitte av MRSA på sykehjem.*, Nordic School of Public Health NHV.
- Frimodt-Møller, N. & Kolmos, H.J. 2011, "Selection and spreading of antibiotic resistance in bacteria", *Ugeskrift for læger*, vol. 173, no. 45, pp. 2885-2888.
- Haley, R.W., Quade, D., Freeman, H.E. & Bennett, J.V. 1980, "The SENIC Project. Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project). Summary of study design", *American Journal of Epidemiology*, vol. 111, no. 5, pp. 472-485.
- Halkier, B. 2008, *Fokusgrupper*, 2.th edn, Samfundslitteratur, Frederiksberg.
- Hansen, H. 2001, *Hvordan har du det? Kommunikation i sundhedssektoren*, 1.th edn, Munksgaard, København.

- Haslebo, G. 2004, *Relationer i organisationer. En verden til forskel*, Dansk psykologisk forlag, Danmark.
- Hersey, P. & Blanchard, K.H. 1993, *Management of organizational behavior: Utilizing human resources*, 6 th edn, Prentice-hall International, London.
- Holt, J. 2004, *Håndhygiejne - En afhandling mellem anstændighed og krænkelse. Udfordringer til et webbaseret undervisningsmateriale*.
- IKAS 2013, 3. juni-last update, *Den Danske kvalitetsmodel. Standarder for sygehuse* [Homepage of Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsæsenet], [Online]. Available: <http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse.aspx> [2014, April 28.].
- Jensen, K. 2002, *Bekæmpelse af infektionssygdomme. Statens Serum Institut 1902 - 2002*, Nyt Nordisk Forlag, København.
- Jensen, A. 2012, *Sundhedspersonalets opfattelse og håndtering af smitterisiko.*, Nordic School of Public Health NHV.
- Kirkland, K.B. 2009, "Taking off the gloves: toward a less dogmatic approach to the use of contact isolation", *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, vol. 48, no. 6, pp. 766-771.
- Kitckbusch, I. 2001, "Health literacy: addressing the health and education divide", *Health Promot.Inst.*, , pp. 289-97.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. 2009, *Interview: Introduktion til et håndværk*, Hans Reitzels Forlag, København.
- Launsø L, R.O. 2000, *Forskning om og med mennesker. 1. oplag*, 4.th edn, Nyt Nordisk Forlag, Hvidovre.
- Madsen, B. 2004, "Kommunikationstrekanten - indhold, forhold og kontekst" in *Psykologiske grundtemaer*, eds. O. Løv & E. Svejgaard, KvaN, Århus.
- Malterud, K. 2012, *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*, Universitetsforlaget, oslo.
- Malterud, K. 2011, *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. 3.th edn, Universitetsforlaget, Oslo.
- Ministeriet for Fødevarer & Landbrug og Fiskeri 2013, , *Bekæmpelse af antibiotikaresistens er et spørgsmål om liv og død* [Homepage of Misteriet for Fødevarer, landbrug og Fiskeri], [Online]. Available: <http://fvm.dk/nyheder/nyheder/nyhed/bekaempelse-af-antibiotikaresistens-er-et-spoergsmaal-om-liv-eller-doed/> [2013, august].

- Nutbeam, D. 2000, "Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century", *Health Promot. Int.*, , pp. 259-267.
- Ølgaard, B. 1991, *Kommunikation og økomentale systemer ifølge Gregory Bateson*, 2.th edn, Akademisk Forlag, København.
- Pittet, D. 2005, "Infection control and quality health care in the new millennium", *American Journal of Infection Control*, vol. 33, no. 5, pp. 258-267.
- Pittet, D., Dharan, S., Touveneau, S., Sauvan, V. & Perneger, T.V. 1999, "Bacterial contamination of the hands of hospital staff during routine patient care", *Archives of Internal Medicine*, vol. 159, no. 8, pp. 821-826.
- Region Nordjylland 2014, , *PRI - retningslinjer, instrukser, dokumenter m.m.* [Homepage of Region Nordjylland], [Online]. Available: <http://pri.rn.dk/overview/Sider/dokumenter.aspx?sf=77b11dbc-f2f4-4472-bdbd-dfd1a53b002b> [2014, 29. april].
- Rubinovitch, B. & Pittet, D. 2001, "Screening for methicillin-resistant Staphylococcus aureus in the endemic hospital: what have we learned?", *The Journal of hospital infection*, vol. 47, no. 1, pp. 9-18.
- Selfox, H.e.a. 2003, "Safety of patients Isolated for Infection Control", *American Medical association*, , pp. 1899-1905.
- Skov, R. & Hansen, D.S. 2011, "Still increasing incidence of MRSA and ESBL-producing Enterobacteriaceae in society and in hospital-associated cases", *Ugeskrift for læger*, vol. 173, no. 45, pp. 2869-2872.
- Skov, R. & Westh, H. 2005, "Epidemisk stigning i antallet af Mthicilinresistente Staphyococcus aureus (MRSA) i Danmark", .
- Skymann, E.e.a. 2010, "Patients expirences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated", *Scand J caring Sci*, , pp. 101-107.
- Sørensen, A. 2013, *Oplevelse af sammenhæng hos bærere af Meticillin ResistentStaphylococcus aureus (MRSA). Et kvalitativt studie.*, Nordic School of Public Health.
- Sørensen, K., Nørgaard, O. & Maindal, H. 2014, "Behov for mere forskning i patienters sundhedskompetence", *Ugeskrift for læger*, vol. 1130050, pp. 176.
- Statens Serum Institut 2014, januar-last update, *MRSA, laboratorieanmeldelsespligtige sygdomme* [Homepage of Statens serum Institut], [Online]. Available: <http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Sygdomsovervaagning/Sygdomsdata.aspx?sygd>

[omskode=MRSA&xaxis=Aar&show=&datatype=Laboratory&extendedfilters=False#HeaderText](#) [2014, marts].

Statens Serum Institut 2013, november-last update, *Generelle infektionshygiejniske retningslinjer* [Homepage of Statens Serum Institut], [Online]. Available: <http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Retningslinjer/Generelle%20Infektionshygiejniske%20Retningslinjer.aspx> [2014, marts].

Statens Serum Institut 2012a, december-last update, *Methicillin resistente Staphylococcus aureus*. [Homepage of Statens Serum Institut], [Online]. Available: <http://www.ssi.dk/Service/Sygdomsleksikon/M/Methicillin%20resistente%20Staphylococcus%20aureus.aspx>. [2014, marts].

Statens Serum Institut 2012b, marts-last update, *Organisering. Centrale aktører, love og regler* [Homepage of Statens Serum Institut], [Online]. Available: <http://www.ssi.dk/pdf.ashx?title=Organisering&url=http%3a%2f%2fwww.ssi.dk%2fSmitteberedskab%2fInfektionshygiejne%2fOrganisering.aspx%3fpdf%3d1> [2014, .

Statens Serum Institut 2011, *Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om behandling af patienter med smitsomme sygdomme, herunder isolation.* , Statens Serum Institut.

Statens Serum Institut 2008, , *EPI-NYT 48-2008. MRSA-udbrud på neonetal afdelinger* [Homepage of Statens Serum Institut], [Online]. Available: SSI [http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/~/\\_media/Indhold/DK%20-%20dansk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2008/2008%20PDF/EPI-NYT%20-%202008%20-%20uge%2048.ashx](http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/~/_media/Indhold/DK%20-%20dansk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2008/2008%20PDF/EPI-NYT%20-%202008%20-%20uge%2048.ashx) [2013, august].

Statens Serum Institut. 2012, oktober-last update, *Stigende forekomst af MRSA bakterien* [Homepage of statens serum institut], [Online]. Available: [http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyheder/2012/2012\\_10\\_Stigende%20forekomst%20af%20MRSA\\_041012.aspx](http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyheder/2012/2012_10_Stigende%20forekomst%20af%20MRSA_041012.aspx) [2014, marts].

Statens Serum Institut. 2011, *DANMAP 2011 - Use of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in bacteria from food animals, food and humans in Denmark 2011.*, Statens Serum Institut, Fødevarer- og Veterinærinstituttet, Danmarks Tekniske Universitet, Fødevarerstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen.;

Sundhedsstyrelsen 2012, *Vejledning om forebyggelse af spredning af MRSA.*

Sundhedsstyrelsen 2006, *Rapport om MRSA-økonomi 2006.*

Sundhedsstyrelsen. 2009, , *Health literacy. Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner* [Homepage of SST], [Online]. Available:



[http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2009/cff/dokumentation/healthliteracy\\_notat.pdf](http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2009/cff/dokumentation/healthliteracy_notat.pdf) [2014, april].

van Trijp, M.J., Melles, D.C., Hendriks, W.D., Parlevliet, G.A., Gommans, M. & Ott, A. 2007, "Successful control of widespread methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization and infection in a large teaching hospital in the Netherlands", *Infection control and hospital epidemiology : the official journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America*, vol. 28, no. 8, pp. 970-975.

Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. 1967, *Pragmatics of communication: A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*, W.W.Norton, New York.

Wiklund, S. 2011, *Vad innebär det att drabbas av ESBL-bildande tarmbakterier?*, Nordic School of Public Health.

World Health Organization 2012, *The evolving threat of antimicrobial resistance. Options for Action.* , WHO, Geneva.

## BILAG

Bilag 1: Informationsbrev til ledelser af Infektionshygiejnen i Danmark

Bilag 2: Informationsbrev til informanter med forespørgsel om medvirken

Bilag 3: Interview guide

## Bilag 1

### Informationsbrev. Ledelser af Infektionshygiejnen i Danmark

Kære xxxxxx

Jeg er ved at afslutte mit masterstudie i folkesundhedsvidenskab ved Nordiska högskolan för folkehälsvetenskap (NHV) i Göteborg, og har valgt at lave et kvalitativt studie med fokusgruppe interviews, hvor informanterne er de danske hygiejnesygeplejersker.

***Derfor vil jeg høre om det er i orden, at jeg henvender mig til***

***hygiejnesygeplejerskerne i Region XXXX, for at spørge om de vil deltage?***

Planen er at samle en gruppe med 5 - 6 hygiejnesygeplejersker i hver af de fem regioner i Danmark. Varighed maksimum 1½ time. De første interviews er planlagt i ugerne 40 og 41.

Torsdag den 26. september 2013 gøres der et ”pilotprojekt/interview” i Region Nordjylland med deltagelse af forskningsenheden ved Aalborg Universitetshospital. Masterstudiet forventes færdigt maj 2014. Alle interviews anonymiseres og opbevares fortroligt. Når mit speciale er godkendt destrueres alt materiale fra interviews og specialet vil være tilgængeligt på NHV’s hjemmeside

Formålet med studie er at:

- Få en dybere forståelse for hvordan hygiejnesygeplejersker i Danmark oplever, at de nationale infektionshygiejniske forholdsregler er anvendelige og relevante i forebyggelsen af smitte med resistente bakterier
- Kunne bidrage med yderligere viden til dialog i sundhedsfaglige og infektionshygiejniske kredse om, hvorvidt danske hygiejnesygeplejersker oplever de infektionshygiejniske forholdsregler som meningsfulde og håndterbare i praksis.

Jeg håber der vil blive set velvilligt på min forespørgsel, og ved behov sender jeg gerne yderligere oplysninger.

Med venlig hilsen

Grete Skalkam

Hygiejnesygeplejerske

## Bilag 2

### Informationsbrev. Forespørgsel om informanternes medvirken

Kære XXX

Jeg er ved at afslutte mit masterstudie i folkesundhedsvidenskab ved Nordiska högskolan för folkehälsvetenskap (NHV) i Göteborg, og har valgt at lave et kvalitativt studie med fokusgruppe interviews, hvor informanterne er de danske hygiejnesygeplejersker. Jeg har forespurgt jeres ledelse og de bakker op om projektet.

*Derfor vil jeg høre, om I vil og, om I kan deltage i et fokusgruppeinterview på tværs i regionen?*

Planen er at samle en gruppe med 5 - 6 hygiejnesygeplejersker i hver af de fem regioner i Danmark. Varighed maksimum 1½ time. De første interviews er planlagt i ugerne 40 og 41.

Torsdag den 26. september 2013 gøres der et ”pilotprojekt/interview” i Region Nordjylland med deltagelse af forskningsenheden ved Aalborg Universitetshospital.

Masterstudiet forventes færdigt maj 2014. Alle interviews anonymiseres og opbevares fortroligt. Når mit speciale er godkendt destrueres alt materiale fra interviews og specialet vil være tilgængeligt på NHV's hjemmeside

Formålet med studie er at:

- Få en dybere forståelse for hvordan hygiejnesygeplejersker i Danmark oplever, at de nationale infektionshygiejniske forholdsregler er anvendelige og relevante i forebyggelsen af smitte med resistente bakterier
- Kunne bidrage med yderligere viden til dialog i sundhedsfaglige og infektionshygiejniske kredse om, hvorvidt danske hygiejnesygeplejersker oplever de infektionshygiejniske forholdsregler som meningsfulde og håndterbare i praksis.

Et fokusgruppe interview handler om at få jeres oplevelser frem om et fænomen - her de Infektionshygiejniske forholdsregler. Der er ingen forkerte svar eller meninger og målet er ikke at nå til enighed eller præsenteres løsninger på de spørgsmål, der diskuteres, men at få forskellige synspunkter på sagen frem. Der vil være meget lidt styring fra min side – jeg har 6 spørgsmål og bryder kun ind hvis det umulige skulle ske, at I bliver mundlamme, eller hvis I snakker for meget i munden på hinanden.

Jeg håber meget at det kan lykkes og ved behov sender jeg gerne yderligere oplysninger.

Mange hilsner fra  
Grete Skalkam  
Hygiejnesygeplejerske

**Spørgeguide**

1. Udfordring  
Prøv at fortæl lidt om, hvordan I arbejder med infektionshygiejniske retningslinjer?
  
2. Oplevelse  
Hvordan oplever I retningslinjerne i forebyggelse af resistente bakterier?

---

Forståelige  
Hvordan oplever I at retningslinjerne er forståelige?

Mening  
Hvordan oplever I retningslinjerne er relevante?

Håndterbare  
Hvordan oplever I retningslinjerne  
Er anvendelige?

**Samle op -  
Vigtigt budskab  
med hjem**

---

Fremtid  
Prøv at forstil jer at der er gået 10 - 15 år. Hvad tænker I så der vil være fokus på i forhold til forebyggelse af smitte?

**Debriefing**

- Ting som ikke blev ”sagt”?
- Hvordan oplevede du interviewet?
- Afrunding og endnu engang tak!



