

Håndhygiejne

En handling mellem anstændighed og krænkelse

Udfordringer til et webbaseret undervisningsmateriale

Er du på det rene med hvornår
håndhygiejne skal udføres?



*"Ren samvittighed er ikke nok,
hvis dine hænder er snavsede."*

Speciale i almen-pædagogik

Danmarks Pædagogiske Universitet

Vejleder : Steen Høyrup

Af Jette Holt studienummer 1198546

Juni 2004

Forord

At skrive baglæns

Det elektroniske webbaserede undervisningsmateriale *Værd at vide om håndhygiejne* (VAV) blev udarbejdet fra efteråret 2002 og frem til maj 2004, hvor det færdige produkt blev lanceret ved Fagligt Forum¹ for hygiejnesygeplejersker, mikrobiologer og andre med interesse for hygiejne i det danske sundhedsvæsen.

Specialet er således et udtryk for mine ”historiske” didaktiske overvejelser, gjort i tidsrummet 2002 og op til maj 2004 omkring afklaring af barrierer, indhold og form af dette webbaserede undervisningsmateriale i håndhygiejne.

Fra jeg planlagde materialet først til brug i Grønland med udspring i grønlandsk kultur og tænkning og senere til brug i Danmark, har jeg løbende haft mange pædagogiske overvejelser hhv. under interviewfasen af de kommende brugere, i den første grove behandling af de indsamlede data, i udfærdigelsen af drejebogen til programmet, under testperioden af programmet på sundhedspersonalet og i den endelige grafiske opsætning og tilretning af programmet.

Jeg føler således, at jeg bestandig i min skriveproces i specialet har måttet kæmpe med ”hønen og ægget problematikken”, når jeg skulle trevle disse pædagogiske overvejelser op. Utallige gange har jeg stillet mig selv spørgsmålene: ”Hvad kom først? Hvornår kom disse overvejelser ind? Hvad udløste hvad og i hvilken rækkefølgen kom erkendelsen?” Dette har klart haft indflydelse på mine overvejelser omkring specialets kronologiske rækkefølge, af teoriernes udvælgelse og deres sammenhæng. Jeg har ofte undervejs i skriveprocessen siddet med fornemmelsen af, at skulle forklare et maleri uden at kunne gøre rede for valget af farver og komposition – detaljerne og penselstrøgene er forsvundet og kun det færdige billede fremstår.

Det endelige billede/produkt af speciales baggrund og overvejelser kan nu opleves på www.ssi.dk/haandhygiejne, hvor det indtil nu har modtaget megen ros fra brugerne i sundhedsvæsenet og haft ca. 23.000 besøg siden lanceringen 12 maj 2004.

¹ I det kommissorium, der er udstukket fra Sundhedsstyrelsen til Det Centrale afsnit for sygehushygiejne er bl.a. afholdelse af et årligt orienteringsmøde for samarbejdspartnere inden for det infektionshygiejniske område. Dette møde hedder Fagligt Forum og har omkring 100 deltagere.

Værd at vide om håndhygiejne er udarbejdet i et tæt samarbejde mellem Center for Antibiotikaresistens og Sygehushygiejne ved Statens Serum Institut og firmaerne Mindbricks A/S , MOCH A/S og Synkron A/S

Jeg vil gerne her rette en stor tak til min mand og mine tre drenge men også til familie, veninder, venner og kollegaer, som har udholdt mine ”skriverier” i de sidste 6 år.

Også en stor tak til Steen Høyrup for konstruktiv vejledning og bistand, udlån af litteratur og opmuntrende mails!

Indholdsfortegnelse

Forord	1
At skrive baglæns	1
1.1 Egen faglige baggrund og arbejdsområde	7
1.2 Baggrunden for dette speciale – at oversætte håndhygiejne bogstavelig talt	9
1.3 Læsevejledning	10
2 <i>Voksenpædagogiske vilkår og rammer - generelt og i sundhedsvæsenet</i>	10
2.1 Interaktionel sygepleje og handlinger	12
2.2 Læreprocesser og læringsrum på arbejdspladsen	13
2.2.1 Læreprocesser	13
2.2.2 Kurt Lewins syn på læreprocesser og adfærdsændring	15
2.3 Situeret læring og samspil på arbejdspladsen	16
2.4 Reflektion	17
2.5 Læringsrum	18
2.6 Opsamling og udgangspunkt for den metodiske tilgang til barrierer i forhold til håndhygiejne	19
3 <i>Problemformulering</i>	21
4 <i>Videnskabsteoretiske og metodiske overvejelser</i>	22
4.1 At udforske egen praksis	23
5 <i>Indsamling af imperi, aktuelle metodetiltag og kategorisering af indsamlet data</i>	24
5.1 Indsamling af imperi	24
5.2 1.del: Litteraturundersøgelsen	24
5.2.1 Resultater af litteraturundersøgelse af emnet håndhygiejne, dets forebyggende effekt og kendte barrierer	25
5.2.2 Et over 150 år gammelt klinisk kontrolleret forsøg om håndhygiejne	25
5.2.3 Naturvidenskabelig fakta om håndhygiejne	26
5.2.4 Kendte barrierer for at udføre håndhygiejne	27
5.2.5 Sammenfatning af del 1 : Litteraturundersøgelsen	28
5.3 2.del af undersøgelsen - spørgeskemaundersøgelse	29
5.3.1 Beskrivelse af spørgeskema anvendt i 1983-84	29
5.3.2 Baggrunden for at genudsende spørgeskemaet fra 1983 – 84 i 2002-2003:	30
5.3.3 Behandling af data fra spørgeskema 2002-2003	31
5.3.4 Overvejelser omkring det ufuldstændige datamateriale fra spørgeskemaundersøgelsen 2002-2003	32
5.4 At afdække nye forståelsesmuligheder ud fra indsamlet kvalitative data	33
5.5 Baggrund for kategorisering af data fra spørgeskema 2002-2003	34
5.5.1 Udvalgte kategoriserede kvalitative udsagn fra spørgeskemaer 2002-2003, som var korrekt udfyldt, men hvor der var forbehold for svaret	35
5.5.2 Udvalgte kategoriserede kvalitative udsagn fra spørgeskemaet 2002-2003, der blev kasseret på grund af mangelfuld udfyldning	36
5.6 3. del af undersøgelsen: Det semistrukturerede kvalitative interview	38
5.6.1 Det aktuelle semistrukturerede kvalitative interviews udførelse 2002-2003	39
5.6.2 Kategorisering og resultater af det semistrukturerede kvalitative interview 2002-2003	40
5.6.2.1 Det semistrukturerede kvalitative interviews udsagn	41

5.6.3	Sammenfatning og foreløbig bearbejdning af del 2 og 3 - kvalitative data fra interview og spørgeskema	45
6	Valg af teorier til belysning af de kvalitative udsagn	46
6.1	Hygiejnens historiske og nutidige placering i samfundet	48
6.1.1	Hygiejnens historiske italesættelse	48
6.1.2	Kvinder og hygiejne – i hjemmet og i sygehuset	50
6.1.2.1	Hygiejne i hjemmet – den gode husmoder	50
6.1.2.2	Hygiejne på sygehuset – den gode sygeplejerske	52
6.1.3	Sammenfatning	53
6.2	Hvad ligger der bag en handling?	54
6.2.1	Det gode menneske og 2 slags dyd	55
6.2.2	At sætte respondenter i et dilemma	57
6.2.3	Sammenfatning	59
6.2.4	Ufrivillige og frivillige handlinger	59
6.2.5	Handlinger og de muligheder de gives	62
6.2.6	Sammenfatning	64
6.3	Hvad ser medicinske fagpersoner, når de ser?	65
6.3.1	Det kliniske blik – et udtryk for den moderne medicin	66
6.3.2	Blikket idag – er det blevet skarpere?	68
6.3.3	Sammenfatning	70
6.4	Erfaring, samspil og reflektiv tænkning:	71
6.4.1	Erfaring og samspil	71
6.4.2	Refleksiv tænkning i en hygiejnisk praksis	75
6.4.3	Sammenfatning	77
6.5	At styre handlinger	79
6.5.1	Governmentality	79
6.5.2	”Disciplin må der til!”	82
6.5.3	Selvkontrol som den anden teknik i ledelsens conduct of conduct	84
6.5.4	Sammenfatning	86
6.6	Håndhygiejne og relationer	87
6.6.1	Samhandlingsritualer og håndhygiejne	88
6.6.2	Snavs – tegnet på de andres tilstedeværelse	91
6.6.3	Sammenfatning	92
6.6.4	Når scenen er sat til håndhygiejne	92
6.6.5	At række hånden frem	94
6.6.6	Når det hjemlige bliver kulissen på sundhedsvæsenets scene	96
7	Konklusion	99
8	Efterskrift – perspektivering	103
9	Primær litteraturliste	104
10	Sekundær litteraturliste	110

Summary

This thesis is an empirical investigation of the aspects of the hand hygienic practice as it takes place in the Danish health care system as of today.

The mapping of critical factors and implications that affect this practice when planning an educational outline to promote a behavioral change is of utmost importance since the factual compliance of guidelines for hand hygiene is well below 50 %.

This thesis attempts to answer the following question:’

How can the health staff’s lack of compliance with the effective rules of handhygiene be explained and understood as basis for planning educational material to support a behavioral change.

Starting out with the conditions of workplace learning the practice is examined through a questionnaire and qualitative interviews in order to uncover the explanations for this low rate of compliance.

In the examination I start out by defining the historical background for the hygienic paradigm as such and the drastic intervention it has on the social identity on the parties implied.

The expression of hygiene is in such a manner a reflection of the current moral, values, ethics and standards of the society as such.

Data gathered through the empirical examination is analyzed and discussed on the basis of theories on action, experience, reflective thinking, control and rituals.

The thesis include theorists of as well as psychological, philosophical, pedagogical, sociological and anthropological background in this discursive examination of the conditions of hygiene and thereby also hand hygiene, in order to aim for a broader view and understanding of the conditions and environment of this field.

The conclusion is that hygiene is still a field that has great implications on interactions between individuals. Furthermore it is difficult for the staff to draw a professional line between the clean and the unclean and thereby perform hand hygiene without compromising each

other. It is suggested to organize hand hygiene through an open minded dialogue and continuous consideration there upon. Finally it is advisable to confer with the website www.ssi.dk/haandhygiejne as it is the final result of this thesis ´pedagogical contemplations.

Resume

Dette speciale tager afsæt i den håndhygiejniske praksis, som den udspiller sig i det danske sundhedsvæsen i dag. Med udgangspunkt i en efterlevelse af retningslinier for håndhygiejne, som er langt under 50%, er en afdækning af faktorer og forhold, der påvirker denne praksis af største vigtighed, når man ønsker at planlægge en adfærdsændrende undervisning.

Specialets spørgsmål er:

Hvordan kan man forstå og forklare sundhedspersonalets manglende efterlevelse af handlingen håndhygiejne i forhold til gældende skriftlige retningslinier, som basis for at tilrettelægge et handlingsændrende undervisningsmateriale

Med udgangspunkt i vilkår for arbejdspladslæring undersøges praksis gennem spørgeskema og kvalitative interviews med henblik på at afdække baggrunde for den lave efterlevelse. I undersøgelsen tages udgangspunkt i hygiejnens historiske italesættelsen og den markante indgriben den har i de impliceredes sociale identitet. Hygiejnens udtryk er dermed en afspejling af samfundets gældende moral, værdier, etiketter og normer. Data indhentet gennem den empirisk undersøgelse analyseres og diskuteres ud fra teorier om handling, erfaring, reflektiv tænkning, styring og ritualer. Der inddrages teoretikere med såvel psykologisk, filosofisk, pædagogisk, sociologisk og antropologisk baggrund i denne diskursive gennemgang af hygiejnens og dermed også håndhygiejnens vilkår, idet der tilstræbes en bred forståelse af feltets vilkår og betingelser.

Der konkluderes, at hygiejne stadig er et felt, der griber dybt ind i relationer mellem mennesker og at det er svært for personalet at trække en faglig skillelinie mellem det rene og det urene og dermed at udføre håndhygiejne uden at krænke den anden. Det foreslås at iscenesætte hygiejnen gennem en fordomsfri dialog og stadig refleksion og der henvises til *Værd at vide om hygiejne* på adressen www.ssi.dk/haandhygiejne, som er det endelige produkt af dette speciales pædagogiske overvejelser.

1. Indledning

En af de vigtigste og mest veldokumenterede handlinger man som sundhedspersonalet kan gribe til for at forebygge sygehusinfektioner er at udføre en korrekt håndhygiejne i de situationer, hvor der er risiko for at viderebringe mikroorganismer, der kan forårsage en infektion.

Sygehusinfektioner defineres som infektioner, der opstår under pleje eller behandling på samfundets institutioner og kan ramme såvel borgere som professionelle omsorgsudøvere og behandlere. Undersøgelser viser, at ca. 8-10 % af det samlede antal patienter, som indlægges på danske sygehuse pådrager sig en sygehusinfektion, hvilket betyder en merudgift på ca. 1 milliard kr. om året for det danske sundhedssystem (CAS-Nyt 2000). En sygehusinfektion betyder forlænget indlæggelsestid, smerter, lidelse, isolation, mulig invaliditet eller død for patienterne og forlængede ventelister og forhøjede udgifter til pleje, behandling og rekonvalescens for samfundet.

Dette enkle forebyggende tiltag i form af håndhygiejne kan kort udtrykkes i en vejledning/retningslinie som

- at håndhygiejne skal udføres før alle rene opgaver og
- efter alle urene opgaver.

Dette lyder jo meget enkelt og ser også enkelt ud på tryk i de hygiejniske retningslinier til vejledning for sundhedsvæsenets personalet, MEN... et eller andet sted er det åbenbart svært for den fagligt uddannede, reflekterende praktiker i den aktuelle situation at foretage dette skøn over, hvad der er rent og urent og dermed efterleve disse retningslinier. Litteraturen viser, at langt under 50 % faktisk udfører håndhygiejne i de nævnte situationer (Zimakoff 1987, Pittet 2001). Man taler således om, at der er en lav efterlevelse af retningslinierne.

1.1 Egen faglige baggrund og arbejdsområde

Jeg er uddannet som sygeplejerske i 1982 og har op til 1996 arbejdet på operationsgange i hhv. Grønland og i Danmark, og på kirurgiske, medicinske og intensive sengeafdelinger i Danmark. Sideløbende med dette har jeg erhvervet mig en merkonomuddannelse i Ledelse og Samarbejde og afsluttede i 1996 en sygeplejefaglig diplomeksamen i undervisning ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole. Herefter har jeg været ansat på en sygeplejerskole, indtil jeg

i 1998 blev ansat ved Statens Serum Institut, hvor jeg har erhvervet mig en pædagogisk diplomeksamen i sundhedspædagogik, inden jeg fortsatte på Cand. pæd. pæd. studiet ved det nuværende Danmarks Pædagogiske Universitet. I 2002 afsluttede jeg specialuddannelsen som hygiejnesygeplejerske.

Siden etableringen i 1902 har virksomhedsaktiviteterne for den offentlige institution Statens Serum Institut på Amager været rettet mod at omsætte forskningsbaseret naturvidenskabelig viden m.h.p. at opklare, praktisk forebygge, behandle og bekæmpe smitsomme sygdomme. Som hygiejnesygeplejerske ansat i Det Centrale afsnit for Sygehushygiejne ved Statens Serum Institut ligger planlægning af og undervisning i sygehushygiejne inden for mit daglige virksomhedsområde. D.v.s. at jeg rådgiver, vejleder og underviser det danske sundhedsvæsen i at opspore, forebygge og behandle sygehusinfektioner, enten telefonisk, eller som planlagt undervisning. Målgrupperne er såvel studerende som uddannet sundhedsfagligt personale indenfor alle sundhedsprofessioner.

Statens Serum Institut udfærdiger endvidere overordnede retningslinier til det sundhedsfaglige personale i sundhedsvæsenet og dets uddannelsesinstitutioner, er rådgiver for Sundhedsstyrelsen og det politiske ministerium, der hører til sundhedsområdet og er ansvarlig for en landsdækkende overvågning og registrering af infektionssygdomme (Jensen 2002).

Som et led i vejledningen og rådgivningen udgiver Det Centrale Afsnit for Sygehushygiejne (CAS) publikationer som Råd og Anvisninger og Informationsmateriale om forebyggelse af infektioner. CAS har endvidere i samarbejde med Dansk Standard i 2002 udgivet en hygiejnestandard, som et redskab til at styre og kvalitetssikre udvalgte hygiejniske områder indenfor sundhedsvæsenet. Disse udgivelser har alle form som et normativt og informativt materiale, der er instruerende på det tekniske plan, men materialet har ingen forslag til implementering af tiltagene eller reflektioner over tiltagenes handlemuligheder i praksis (Dansk Standard 2001).

Endelig har CAS i samarbejde med Danmarks Sygeplejerskehøjskole udarbejdet en revideret 30 ugers formel kompetencegivende specialuddannelse i infektionshygiejne. Jeg var hhv. planlægger af og deltager på denne uddannelse, som uddannede det første hold af hygiejnesygeplejersker i året 2001-2002 (Sundhedsstyrelsen 2000).

1.2 Baggrunden for dette speciale – at oversætte håndhygiejne bogstavelig talt

Inspirationen til at se nærmere på baggrunden for den lave efterlevelse af retningslinien for håndhygiejne er affødt af min rådgivende og vejledende funktion som hygiejnesygeplejerske for det grønlandske sundhedsvæsen, hvor jeg har undervisningsopgaver i hygiejne af bl. a. ufaglært grønlandsksproget personale i børneinstitutioner med tolkebistand. Da sproget gengiver vores opfattelse af verden og som sådan er en afstøbning af livet, som det leves og erfares kan det skabe visse problemer, når man skal oversætte naturvidenskabens sprog om hygiejne, til det dagligt talte sprog for ikke-sundhedsuddannede grønlandske pædagogmedhjælpere (Jensen 2003 s. 18-32). I tolkningen har jeg således oplevet en subjektiv og ufaglig fortolkning hos såvel tolk som personale.

Min tanke var derfor at udvikle et webbaseret undervisningsmateriale, som i billeder og animationer og i respekt for det grønlandske sprogs fortælletradition, illustrerede det som smitte oversættes til på grønlandsk – nemlig ”det lille man kan give væk”. Imidlertid var der ikke basis for økonomisk støtte i det grønlandske sundhedsvæsen, og projektet blev lagt til side i sommeren 2002.

I maj 2001 havde CAS fusioneret med Afdelingen for Antibiotikaresistens ved samme institut, og var i stedet blevet til det nuværende Det Centrale Afsnit for Sygehushygiejne. Ved fusionen var der blevet oprettet et selvstændigt forebyggelsescenter med et budget specielt sat af til yderligere at nedbringe sygehusinfektionerne med 25 %. Ideen fra Grønland med et webbaseret undervisningsmateriale i håndhygiejne blev således ført over i dansk centerregi i efteråret 2002.

Det webbaserede undervisningsmateriale er tænkt som et fagligt materiale i lighed med det nuværende informations- og rådgivningsmateriale, der udgives fra CAS. Hensigten med det webbaserede undervisningsmateriale er med udgangspunkt i den lave compliance i billedlige illustrationer og en problematiserende tekst interaktivt at illustrere handlemulighederne i praksis og dermed skabe baggrund for refleksion og en dialog over muligheder for håndhygiejne.

Materialets mål er altså i sit udgangspunkt tilbage til tolkeproblematikken i Grønland – hvordan ”oversætter” man sammenhænge mellem håndhygiejne og smitte, så det giver mening at efterleve retningslinierne?

1.3 Læsevejledning

Specialet falder i to dele:

Første del omfatter kort introduktion til det hygiejniske område og dets problemstilling.

Herefter følger generelle og specielle vilkår for og overvejelser om læring på arbejdspladsen i Sundhedsvæsenet i forhold til feltet håndhygiejne.

Dernæst følger den empiriske undersøgelse og herunder overvejelser omkring metoder til afdækning af praksis. Der præsenteres data fra litteraturundersøgelse, spørgeskema og kvalitative interviews og baggrunden for kategorisering af disse og hypoteser opstilles. Herefter præsenteres teorier til afklaring af de opstillede hypoteser.

I 2. del af specialet foldes hygiejnens historiske og samfundsmæssige kontekst ud som baggrund for den senere analyse og fortolkning af det empiriske datamateriale. Der sigtes mod en bred teoretisk forståelse og afklaring af forhold der kan virke som en barriere for håndhygiejne og forklare den lave compliance. De kvalitative data inddrages løbende som citater i teksten, så læseren ved selvsyn kan følge og vurdere argumentationen. Filosofen Aristoteles og filosof og pædagog J. Deweys tilgang til handlinger og refleksion over disse, inddrages sammen med M.Foucoult's filosofiske og idehistoriske syn på styrings- og disciplinerings teknikker til kontrol af handlinger. Afslutningsvis illustreres v.h.a. sociologen E. Goffman, hvorledes denne styring af hverdagslivets handlinger på mikroplanet finder sted i form af ritualer og i en dramaturgisk iscenesættelse. Der konkluderes ud fra de foreliggende sammenfatninger som afslutter hvert afsnit, og der perspektiveres med en henvisning til det endelige produkt *Værd at vide om håndhygiejne* og dets udformning.

2 Voksenpædagogiske vilkår og rammer - generelt og i sundhedsvæsenet

Voksenpædagogik tager som udgangspunkt afsæt i, at alle inden for livets områder har egne erfaringer, som danner grundlag for det, den enkelte opfatter som værende meningsfuldt og relevant (Henningsen og Wahlgren 1987 s. 149). At lære nogen noget er hermed at tage udgangspunkt i sin egen opfattelse af det område, der skal læres noget i og ikke mindst i de erfaringer som de, der skal lære noget har.

At lære er altså et udtryk for at kunne se mening med undervisningen - at kunne se den i en sammenhæng. Antonovsky kalder dette Sense of Coherence i sin sociologisk /psykologiske

opfattelse af, hvornår mennesket opfatter livet og dermed også de erfaringer de tilegner sig, som meningsfyldte (Antonovsky 1991).

I ordet pædagogik ligger der videre en forståelse af, at undervisning skal gøre noget ved og føre, bevæge den, der undervises et sted hen, underforstået et andet sted end man var før (Rasmussen 2000).

Alt fagligt sundhedspersonale har i varierende grad haft undervisning i hygiejne og hygiejniske problemstillinger i deres formelle grunduddannelse, men set i lyset af den lave efterlevelse af retningslinierne er undervisning i emnet håndhygiejne ofte på dagsordenen i sundhedsvæsenet. Undervisningen udføres i det væsentligste af landets hygiejnesygeplejersker, som også er vejledere i specifikke problemstillinger og i tilrettelæggelse af arbejdsprocedurer indenfor pleje og behandling.

Denne undervisning i håndhygiejne på arbejdspladsen kan ikke betegnes som en formel uddannelsen, idet den ikke er lovmæssigt organiseret og systematiseret i forhold til en specifik uddannelsesinstitutions mål og ikke afsluttes med en kompetencegivende eksamen. Undervisning er dog ikke at betragte som in-formel, idet der er en vis form for organisering og systematisering i kraft af at den oftest er en del af det obligatoriske introduktionsprogram for nyansatte, som altid varetages af uddannede hygiejnesygeplejersker. Den eksisterende undervisning i hygiejne af sundhedsvæsenets personale må således betragtes som en "non formel" undervisning (Winter- Jensen 2000 s.9-19). Undervisning i håndhygiejne på arbejdspladsen er i dag iværksat af sundhedsvæsenets ledere - primært i ønsket om at ændre personalets adfærd, men også på opfordring af personalet i relation til oplevelser, hvor nye arbejdsrutiner skal indføres, eller når man har haft et aktuelt udbrud af smitte. Med ca. 35 hygiejnesygeplejersker til at dække sundhedsvæsenets knap 100.000 medarbejdere er dette en stor opgave.

Ud fra viden om den lave efterlevelse af retningslinierne og det store undervisningsbehov i håndhygiejne er det webbaserede undervisningsmateriale tænkt som et konstruktivt bidrag til såvel undervisere, som de der skal undervises eller ønsker at få mere viden ved at problematisere forholdet mellem teori ("der skal udføres håndhygiejne") og praksis ("det bliver ikke gjort"). Undervisningsmaterialet i håndhygiejne skal have en adfærdsændring som mål og understøtte såvel nysgerrighed som selvstyret læring (Wahlgren 2002 s. 35-38).

2.1 Interaktionel sygepleje og handlinger

Det webbaserede undervisningsmateriale i håndhygiejne skal rettes mod alle sundhedssektorens personalegrupper. I min tilgang til handlingen håndhygiejne, som den opstår i mødet mellem sundhedspersonalet og patienterne eller i de afledte handlinger af dette møde, kan jeg ikke frasige mig min sygeplejemæssige forståelse eller måske nærmere forforståelse af, hvad det er der kendetegner dette møde og beslutningsgrundlaget for handlingerne. Jeg vil derfor kort gøre rede for den interaktionelle sygepleje, som er min teoretiske og praktiske tilgang til mit kliniske fag, og som også præger min pædagogiske tilgang.

Den danske sygeplejerske og filosof M. Scheel (1994), beskriver sygepleje som en interaktionel praksis. I denne praksis er interaktion et nøglebegreb, der udtrykker, at menneskelige handlinger og forhold mennesker imellem indebærer en gensidighed og tillid til den anden. Der må således tages udgangspunkt i såvel en *viden om*, som en *forståelse for* patientens situation og denne situations muligheder og begrænsninger (ibid s. 88-94).

Interaktionel sygepleje befinder sig dermed i en position mellem den fundamentalistiske og den relativistiske sygepleje. Den fundamentalistiske sygepleje skal forstås, som den opfattelse af faget sygepleje, som er baseret på en biomedicinsk-teknologisk tankegang, som den giver sig udtryk i den lægelige uddannelse, der traditionsmæssigt har haft stor indflydelse på sygeplejen. I modsætning hertil står den relativistiske sygepleje kendetegnet ved, at ingen viden er sand i sig selv, fordi handlingerne afhænger af den enkelte situation og den enkelte sygeplejerske (ibid s. 42- 56).

Den interaktionelle sygepleje befinder sig således i en position mellem de to yderbegreber og ligger i et skæringspunkt mellem natur-, human- og samfundsvidenskab. Dette betyder, at viden må og skal bearbejdes i forhold til den enkelte person og situation for at kunne anvendes hensigtsmæssigt. I den enkelte situation har sygeplejersken dels en *aktiv indgribende forholdsmåde*, hvor hun tager initiativ og handler men også en *modtagende forholdsmåde*, hvor hun tilkendegiver, at være til rådighed og søger mod at oprette et tillidsforhold til den anden (ibid s.210-215).

Den interaktionelle sygepleje opererer med tre handletyper, der ikke kan adskilles og ikke er hinandens uovervindelige modsætninger. Den handletype der er mest fremtrædende i situationen vil være udsprunget af problemet eller den kontekst den opstår i.

De tre handletyper er hhv.:

Den *kognitivt instrumentelle*, der bygger på naturvidenskabelig viden, der kan forklare og forudsige og dermed virke anvisende for problemløsende og resultatorienterede aktiviteter, den *æstetisk-ekspressive*, der bygger på humanvidenskabelig viden og som har sit udgangspunkt i forståelse af hensigter, meningssammenhænge og fortolkning. Handlinger begrundes her i værdier og sproget og det sansede er nøglen til en gensidig forståelse. Endelig er der den *moralsk –praktiske*, som bygger på viden fra samfundsvidenskaberne og som handler om, hvordan forholdet til den anden skabes ud fra de etiske gyldige normer. Er det forpligtelsen over for den enkelte i situation eller overfor samfundet der skal vægtes? Her kommer bl.a. samarbejdets værdier til en nødvendig drøftelse i såvel sygeplejen som i samarbejdet med de øvrige faggrupper i sundhedsvæsenet. Tilsammen afføder de tre handletyper en moralsk praksis, der bygger på moralske værdier og med et potentiale til at forstå og skabe forandringer og selvstændighed. Hermed kvalificeres grundlaget for det kliniske skøn og den deraf valgte afledte handling, der vil støtte og hjælpe patienten bedst muligt i den gældende situation (ibid s. 109-111).

Refleksioner over udvikling af kompetencer, - herindunder det kliniske skøn, arbejdspladslæring og handlingers karakter og typer har de sidste år fyldt meget ikke kun i sygeplejen, men har også i stigende grad givet sig udtryk i den lægefaglige verden (Kjær, 2003). I denne faggruppe er der langsomt, i takt med det generelle samfundsmæssige fokus på mangfoldighed og individualitet, set en stigende erkendelse af at værdier, holdninger og det menneskelige skøn er væsentlige aspekter af det kliniske arbejde (Lunde 1995, s. 17-18).

Jeg ser derfor ingen hindring i at vedkende mig Scheels sygeplejefaglige syn på handlinger i min afdækning af faktorer, der påvirker det flerfaglige skøn, der går forud for handlingen håndhygiejne, idet jeg ser denne interaktionelle praksis, som værende et stadigt udviklende fælles udgangspunkt for de to største faggrupper i sundhedssektoren, læger og sygeplejersker. Jeg vedkender mig således det faktum som Scheel (1994) anfører - nemlig at man ved at indgå i en praksis også indgår i et fagligt fællesskab.

2.2 Læreprocesser og læringsrum på arbejdspladsen

2.2.1 Læreprocesser

En lærende organisation en organisation, der understøtter sine medarbejders læring og kontinuerligt har som mål at udvikle sig for at nå sine mål (Bottrup 2001).

Sundhedsvæsenet er at betragte som en sådan organisation, hvis mål er at reducere sygehusinfektionerne med 25 % i henhold til den tidligere nævnte bevilling til Statens Serum Institut. Et af midlerne til at nå dette mål kunne være et webbaseret undervisningsprogram i håndhygiejne. Undervisning og vejledning i håndhygiejne er hermed del af de læringsaktiviteter, der finder sted i direkte tilknytning til arbejdet og som Wahlgreen m. flere (2002, s. 24 –41) beskriver som en del af kompetenceudviklingen på arbejdspladsen.

Når en adfærdsændring mod at udføre håndhygiejne hyppigere er målet, er det ifølge Bottrup (2001) af største vigtighed, at man gør sig overvejelser over, hvilke barrierer der kan ligge i vejen for sådanne udviklings- og læreprocesser i målet mod at etablere en refleksiv praksis i det daglige arbejde. Med et webbaseret undervisningsmateriale der iværksættes som et projekt "fra oven" er det af største vigtighed, at man så vidt muligt inddrager de kommende brugeres behov og ønsker til dette materiale. Spørgsmålet til brugerne og udgangspunktet for udforskningen af feltet håndhygiejne skal derfor være: "Hvordan kan det være at efterlevelsen af retningslinierne ikke er højere?"

En væsentlig del af den læring, der foregår, er knyttet til handlinger og til erfaringer, der udspringer af disse. At tage udgangspunkt i egne erfaringer betyder at den enkelte skal reflektere over egen praksis med henblik på at videreudvikle sig og skabe et kollegialt netværk med en fællesfaglig identitet. I et hierarkisk system som sundhedsvæsenet, kan dette være en konfliktfyldt proces, der kan afføde barrierer i form af angst og modstand mod læring/ forandring og i sidste ende give sig udtryk i en form for afmagt. Denne læreproces indeholder altså både kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige faktorer, der skal tages højde for i en voksenpædagogisk sammenhæng.

Det er en alment accepteret opfattelse, at man med udgangspunkt i individets egne erfaringer på et højt fagligt niveau, og ved at tilstræbe en høj grad af aktualitet og deltagerstyring med refleksionen som redskab kan iværksætte denne videreudvikling af egen praksis og imødekomme disse konfliktfyldte processer. Det kræver dog et trygt læringsmiljø, karakteriseret ved et tolerant socialt klima med åbne kommunikationsveje og med en tolerant og engageret lærer med refleksionen som redskab (Winther-Jensen 1996, Brookfield 1986, Wahlgren et al 2002, Fasting 1998).

2.2.2 Kurt Lewins syn på læreprocesser og adfærdsændring

Da der altså er tale om en ønsket adfærdsændring hos sundhedspersonalet vil jeg kort introducere den tyskfødte amerikanske psykolog Kurt Lewin (1890-1947), som har beskæftiget sig med forhold omkring indlæringsituationen.

Lewin forstår indlæring som, at den enkelte ændrer, erstatter eller overskrider tidligere indlærte og udviklede mønstre over, hvordan verden ser ud og hænger sammen, og hvordan man kan handle på disse forhold. Læring er et spørgsmål om at overvinde modstanden mod sådanne ændringer i sit syn på omverdenen, og er dermed ikke kun knyttet til den enkelte, men også til det sociale miljø man er en del af. Læring er et spørgsmål om ”om-indlæring” og stiller krav til sundhedspersonalet om at ændre attitude til det at lære, til sig selv og til andre.

En varig indlæring kan ikke indtræde, hvis man kun satser på kundskabsniveau, d.v.s. bibringer den enkelte mere viden. Der må og skal ske sammenhængende ændringer på følgende 3 niveauer i personligheden i læreprocessen: *personens kognitive udrustning*, forstået som individets kundskaber, begreber, forventninger og antagelser af og om verden, *individets motivation* forstået som hans opfattelse af, hvad man bør og ikke bør, ønsker og aversioner og endelig individets *måde at handle på* forstået, som dets bevidste kontrol over sine bevægelser og handlingsrepertoire.

Ændringer indenfor disse områder er ikke styret af samme lovmæssigheder, og ændringer i et område kan dermed komme i konflikt med ændringer i et andet område.

Det enkelte individs oplevelse af verden er påvirket af hans følelser, fordomme og motiver, der bygger på grundlag af indtryk og erfaringer. Mellem følelser/holdning og motiver og handlingstilskyndelse eksisterer både et samspil og en konflikt. Indlæring og konflikt er således altid tæt forbundet og vil forstærkes af, at adfærdsændringen kan have udspring i en hel ny måde at opleve en kendt social situation på for den enkelte

Det er dog ikke sikkert, at en direkte og personlig erfaring nødvendigvis fører til en ønsket adfærdsændring. Lewin taler i denne sammenhæng om at ”store oplevelser og ”intense erfaringer” bør kunne kombineres med muligheden for at eksperimentere og prøve sig frem, idet individets grundholdning til at eksperimentere er essentiel for at gøre egne oplevelser, følelser og handlinger som udgangspunkt for en adfærdsændring.²

² Experimentariets vandafdeling for børn er et sådant levende studie i eksperimentering og erfaringsdannelse, som jeg fandt megen inspiration i til udarbejdelsen af de interaktive øvelser i *Værd at vide om håndhygiejne*

Ifølge Lewin forløber denne ændringsproces, denne ”om-indlæring” i tre faser –:

- 1.fase betegnes som *unfreezing*, hvor gamle strukturer optøes og mister deres betydning,
- 2.fase er *change* karakteriseret som en overgang, hvor individet er i en søgende ændringsfase
- 3. fase betegnet som *refreezing*, hvor den nye opfattelse der blev opnået i fase 2 fastholdes og dermed restrukturer individets omverdensopfattelsen

Unfreezing/optøningsfasen kan individet reagere med benægtelse, der kan give alvorligt ubehag, uligevægt, angst og skyldfølelse, og denne fase kræver en høj grad af psykologisk tryghed hos den enkelte (Høyrup 1975 s. 141-156).

Læringsprocesser er altså individuelle men sker i et samspil med andre livet igennem.

2.3 Situeret læring og samspil på arbejdspladsen

Lave og Wengers (2003) antropologiske og sociologiske tilgang til en analyse af læring, som deltagelse i praksis vægtlægger den dynamik, der sker i et arbejdsfællesskab mellem den, der lærer og udøverne af praksis. Når læreprocesser på arbejdspladsen ifølge Lave og Wenger er en grundlæggende social praksis, er de fortalere for et flyt af fokus fra den traditionelle opfattelse af læring, som en individuel, intellektuel proces, der bygger på undervisning, til det sociale aspekt af læring. Læring forstås her som en evig proces, der foregår i samspil med andre mennesker i et praksisfællesskab. Det betyder, at mening, forståelse og læring er defineret i forhold til sociale og kulturelle handlekontekster, hvor fællesskabet organiserer deltagelsen og dermed muligheden for læring gennem deltagelse. Forskellige situationer med forskellige deltagere giver bestemte forudsætninger for læringsmuligheder.

Læring som deltagelse i et praksisfællesskab betyder, at praksis må kunne mestres, d.v.s.. at der må oparbejdes en fælles forståelse af, hvad der sker i en konkret praksis, og hvad det betyder for deltagernes liv og for praksisfællesskabet. Deltagelse og forbundethed til den fælles praksis er hermed det centrale, og de to faktorer bliver det grundlag, hvorigennem viden og færdigheder erhverves og generes. Deltagelsen i et sådant socialt fællesskab gør det altså også muligt at indfri samfundsmæssige forventninger udtrykt i organisationens mål og værdier og danne sig til medborger eller vel rettere medarbejder og kollega (Lave og Wenger 2003, Elle 2000 s. 10-32, Hounsgård 2000 s. 63.75).

Berthelsen (2001) fremfører analogt til dette, at kulturen ændres, når samfundets hovedfunktioner ændres. Det danske samfund er således gennem det 20. århundrede karakteriseret ved hhv. en kontinuitet og et brud med denne kontinuitet, som Berthelsen med en grov generalisering inddeler i tre tidsepoker, udtrykt som tre generationer med hver sine samfunds- og personlighedstræk.:

Den første er "*mellemligsgenerationen*", som er født i begyndelsen af forrige århundrede, og karakteriseret som det traditionsstyrede menneske. Den anden er "'68'generationen", som er født efter krigen og er at betegne som et indrestyret menneske og den tredje generation er "*de unge*", som i dag er mellem 15 og 30. *De unge* angives at være præget af såvel flygtighed som af refleksion og selvrefleksion. Berthelsen ser fremtidsmennesket, som præget af social autonomi med kontakt og handlerum som sin arena.

Overvejelser omkring sådanne forskelligheder i de 3 generationer finder jeg interessante, idet modstand mod at følge retningslinier for håndhygiejne måske kan afledes af, hvorvidt man er traditionsstyret, indrestyret eller styret af refleksion. Dette vil få betydning for såvel valg af handletype, som hvad det er, der sætter ændringsprocessens igang. Situeret læring, som den sker i en arbejdspladssammenhæng, er med sin læringsform, der ikke er knyttet til skolen med undervisning, klasseværelse, skema etc. men som er en ikke-skolastisk læring, der foregår i hverdagsliv og arbejdsliv uden for læringsanstaltens formaliserede rammer, meget påvirket af disse tre generationers fundamentalt forskellige tanke sæt omkring hvad det er, der styrer handlinger. Hermed betones og vægtlægges vigtigheden af at reflektere over erfaringen og praksis som udgangspunkt for læring, da den situerede læring i sin tilgang er relationel og har sit udgangspunkt i faget og i den praksis, den løbende er etableret herudfra.

2.4 Refleksion

Refleksion forstås her som den professionelles overvejelser over egne handlinger, når hun står overfor unikke problemer, karakteriseret af usikkerhed, uorden, ubestemmelighed, kompleksitet og værdikonflikt, og som ikke kan løses via den tekniske rationalitets anvisende viden. I tillæg til dette påpeger Schön, at de professionelle indenfor bla sundhedssektoren afkræves dels en holdning, der vægter hensynet til den enkelte patient og dennes behov og samtidig skal opretholde effektivitet i en bureaukratisk organisation (Wahlgren 2002 s. 102-113, Schön 2001 s.).

For Schön er handling og tænkning ikke to tidsmæssigt adskilte størrelser, der er styret af rationelle overvejelser. Ifølge Schön ligger vores viden i vores handling. Han betegner det som *know how*.

Know how i Schønsk forstand er som oftest udtryk for en form for viden, som ikke stammer fra en intellektuel forudgående overvejelse. Det er handlinger, genkendelser og bedømmelser, som vi sjældent er opmærksomme på hvordan vi har lært, og som vi derfor ikke altid er i stand til at beskrive. *Reflektion - i - handling* er udtryk for, at vi kan samle tankerne og tænke over hvad vi gør, mens vi gør det, eller efter at vi har gjort det – *reflektion-over-handling*. Faren for den professionelle, erfarne praktiker kan være at rutinen og vanen i handlingen lukker af for en videreudvikling af handlingen, at man bliver trukket ind i et fejlagtigt mønster. En reflektion over tingene og handlinger tilknyttet hertil kan modvirke dette. Reflektion i handling kan dermed foregå i selv usikre handlinger, fordi den ikke er bundet til den tekniske rationalitet (Wahlgren 2002 Schön 2001).

Den håndhygiejniske praksis, som den ses i dag er således udtryk for den fælles læringshistorie, og den fælles reflektion, der her finder og har fundet sted. Hermed kan denne praksis ved at blive belyst give mulighed for udvikling af forskellige former for gensidigt engagement i personalegruppen, til en fælles forståelse og afstemning af handlingen håndhygiejne og til en udvikling af repertoire, stil og diskurser omkring denne.

For at kunne reflektere over praksis må deltagerne på én og samme tid, eller i det mindste set i en sammenhæng over tid og rum, handle i praksis og reflektere over sine handlinger i praksis. De ydre rammer (betingelserne i og om praksisfællesskaber) præger altså mulighederne for læring og må afdækkes ved spørgsmålet "Hvor og hvordan læres håndhygiejne?".

2.5 Læringsrum

Bottrup (2001 s. 58) introducerer begrebet læringsrum, som et udtryk for de muligheder og begrænsninger, der er for at lære i det daglige arbejde.

Bottrup fremfører analogt til Wenger og Lave, at faktorer som karakteren og organiseringen af arbejdet, de formelle og uformelle samarbejdsrelationer, såvel som samfundsmæssige påvirkninger/indflydelse på arbejdet har betydning for læringsrummet. Ved at inddrage begrebet læringsrum som forståelsesramme understreges vigtigheden af konstant at se på individer, som havende forskellige erfaringspositioner alt afhængig af deres baggrund, alder og livshistorie såvel fagligt som privat. Hermed påvirkes og formes læringsrummet løbende

af, hvem der er deltager og under hvilke forudsætninger læringsrummet gives i en tidsmæssig og organisatorisk sammenhæng. Arbejds- og ansvarsdelingen på arbejdspladsen afspejler samfundets roller og domæner lige såvel som at kulturelle forandringer i samfundet også påvirker de uddannelsesinstitutioner, der uddanner arbejdspladsens personale (Jørgensen og Warring 2002 s.56).

Binder og Elkjær (2000) argumenterer for parallelle systemer som læringsrum, hvor viden skabes og trives i praksisfællesskaber og de vægtlægger, at den problemorienterede karakter, som viden har, fordrer at man krydser fagligheder og faggrupper. I læringsrummet kan der således tales ”om praksis”, d.v.s. udveksling af historier og fælles traditioner og der kan tales ”indenfor en praksis”, d.v.s. udveksling af tanker om, hvad der er nødvendigt for at videreudvikle igangværende aktiviteter (Lave og Wenger 2001).

Ifølge Lewin (Høyrup 1975) er konflikt og læring tæt forbundet. læreprocesser og læringsrum vil hermed indeholde konflikter og dilemmaer. Dilemmaer, der kan opstå i situationen hvor arbejdet/håndhygiejne skal udføres, kan søges i så forskellige forsvarsmekanismer, som fortrængninger, rationaliseringer og projektioner i sine forklaringer på, hvorfor håndhygiejne ikke udføres i de angivne 50 % af tilfældene. Forklaringer kunne søges i modsætningerne mellem den enkelte og fællesskabet, i modsætningerne mellem to faggrupper, eller mellem ledelse og medarbejder (Jørgensen og Warring 2002), mellem veteraner og nyankomne (Lave og Wenger 2000) og mellem generationer (Berthelsen 2001).

Berthelsen (2003) er talsmand for, at dilemmaet, selv om det kan betragtes som udtryk for et umuligt valg, kan indeholde energi til at bane nye veje. I dilemmaet kan der åbnes muligheder for i sin søgen efter nye veje at se nye sider ved sig selv, situationen og dens muligheder. I en kommende afdækning af feltet håndhygiejne må dette dilemma således anskueliggøres indenfor flere teoretiske områder.

2.6 Opsamling og udgangspunkt for den metodiske tilgang til barrierer i forhold til håndhygiejne

Det webbaserede materiale om håndhygiejne skal altså finde sin udfordring i at nedbryde den mur, der kunne eksistere mellem såvel individets som fællesskabets dybere forankrede meninger, holdninger og følelser og den faktiske viden og oplevelser omkring handlingen og erfaringen for at håndhygiejne er den vigtigste enkeltstående faktor til at reducere infektioner. Det webbaserede materiale skal med udgangspunkt i den praktiske hverdag udvide

læringsrummet og være medvirkende til en tryk læringsproces, hvor en adfærdsændring er målet. Målet med et fælles undervisningsprogram er at bidrage til, at praksis erfaring og refleksioner kommer til at tilhøre fællesskabet og dermed medvirker til at forstærke og videreudvikle et fælles fagligt ansvar og identitet på tværs af hierarkier. Læring skal hermed være såvel en individuel og samspilsmæssig proces, der kan skabe grundlag for en dialog om at kunne genkende mønstre, reflektere over handlinger og gøre sig sit etiske grundlag for handlingen bevidst.

Når man med et sådant undervisningsmateriale ønsker at kunne bidrage til et større samspil og forståelse af fællesskabet på arbejdspladsen spiller den situerede læring en vigtig rolle i den praktiske kompetenceudvikling i sundhedsvæsenet. Tanken og hensigten med at udnytte det elektroniske medie med dets muligheder for interaktivitet, eksperimentering og at være tæt på viden og historier om hygiejne er netop ønsket om at komme så tæt på den situerede læringsituation som muligt (Svensson og Åberg 2001 s. 11-51).

En metodisk tilgang og afdækning af feltet modstand mod og barrierer overfor håndhygiejne skal med udgangspunkt i læreprocesser, læringsrum og refleksion derfor tage udgangspunkt i nedenstående :

En historisk og samfundsmæssig afklaring og forståelse af håndhygiejne på såvel det faglige, som på det private plan, betragtet og kommenteret ud fra hvor den finder sted og giver sig udtryk i det samspil, der er indenfor de relevante faggrupper i sundhedsvæsenet på alle organisatoriske niveauer med henblik på at afdække faggruppernes viden om, erfaring med og mening og holdninger til håndhygiejne.

Det er hermed af største vigtighed at søge en forklaring eller forståelse af tankesættet bag handlingen at vælge eller fravælge håndhygiejne før udarbejdelse af et undervisningsprogram, der skal skabe basis for læreprocesser på arbejdspladsen, og som skal indbyde til fælles flerfaglig dialog over en ikke tilfredsstillende praksis med henblik på en tryk *unfreezing, change og refreezing*. Der søges således afdækket, hvorledes sundhedspersonalet ser, definerer og løser problemer omkring valg af håndhygiejne ud fra egen viden og egne erfaringer, samt reflekterer ud fra disse over relationen mellem problemdefinition, problemløsning og konsekvensen heraf. Videre vil jeg se nærmere på, hvordan adfærd i sundhedsvæsenet styres dels gennem *conduct of conduct* og gennem dagliglivets ritualer, og hvordan dette påvirker relationen mellem hhv. personale og patient og personalet imellem.

I situationen hvor sundhedspersonalet skal vælge håndhygiejne må der altså i min nuværende hypotese ske en forhandling, en refleksion over muligheder og muligt udfald af valget. I denne vurdering af den enkelte situation og dens handlemuligheder ligger det, der i den sundhedsprofessionelle verden kaldes det *klinisk kvalificerede skøn*. Dette skøn består dels af faglig viden men også af den enkeltes erfaring, fremkommet ved en refleksion over tidligere handlinger. Erfaringen kan således give sig udtryk først som en bevidst handling og senere over tid blive en ubevidst handling, en vane. Handlinger foretaget i den aktuelle situation kan karakteriseres som både ubevidste - eller ikke-reflekterede - og bevidste handlinger. Disse handlinger udføres i både en historisk og en social kontekst, hvor relationen til den anden er i fokus i det møde, hvor håndhygiejne skal udføres.

Formålet med at undersøge vilkår og muligheder i undervisning af voksne i sundhedssektoren i håndhygiejne med henblik på at højne efterlevelsen af håndhygiejne har altså en adfærdsændring som mål. For at kunne gøre håndhygiejne meningsfyldt for brugerne af det webbaserede materiale skal denne metodiske tilgang bidrage til, at der kan gives svar på hvad det er der kan påvirke den enkeltes skøn i den aktuelle situation – hvad kan i forhold til hygiejne forstyrre valget for den enkelte? Hvordan vælges der, når man står i et skæringsfelt? Hvilken forholdsmåde og handlingstype vælges og hvilke overvejelser står der bag valget? Er håndhygiejne et dilemma? Er det mangel på viden, er det hensynet til den anden, til sig selv eller er det noget helt andet – og hvordan kommer man i det webbaserede undervisningsmateriale dette nærmere i målet på at styrke det sundhedsfaglige personales handlekompetence og få dem til at handle i henhold til retningslinien?

Med andre ord: Hvor svært kan det være at udføre håndhygiejne og hvordan gør man det mindre svært?

Dette speciale vil i denne meget brede afklaring af ovenstående have en tværfaglig tilgang med inspiration fra bl.a. pædagogik, filosofi og sociologi.

3 Problemformulering

Udefra disse afklarende pædagogiske forhold bliver min problemformulering som følgende:

Hvordan kan man forstå og forklare sundhedspersonalets manglende efterlevelse af handlingen håndhygiejne i forhold til gældende skriftlige retningslinier, som basis for at tilrettelægge et handlingsændrende undervisningsmateriale

4 Videnskabsteoretiske og metodiske overvejelser

At forklare og forstå, er et udtryk for den oprindelige karakteristik af de to forskellige videnskabstraditioner: naturvidenskaben forklarer og humanvidenskaben forstår. Den franske filosof Ricoeur (1993 s. 94-) anskuer dog dette forhold dialektisk, og mener at begge traditioner drejer sig om at forklare og forstå, at de er to på hinanden følgende momenter i en samlet og kompliceret proces i fortolkningen af virkeligheden. Naturvidenskaben og forklaringen kan dog ifølge Ricoeur anskues som det metodiske og humanvidenskaben som det forståelsesmæssige. Ved at kombinere de to undersøgelsesmetoder kan beskrivelsen blive så nuanceret og fyldestgørende som muligt, idet kvantitative data kan beskrive omfanget af problemet, mens de kvalitative data kan belyse problemets indhold og substans samt konsekvenserne heraf. Dette princip kaldes for metodetriangulering. Teoritriangulering er udtryk for anvendelse af forskellige teorier eller forskellige teoretiske perspektiver ved fortolkning af et og samme datamateriale. Den teoretiske triangulering er et udtryk for, at forskeren ikke forlader sig på, at de indsamlede data lader sig forklare ud fra kun en teoretisk synsvinkel. Hermed vil der være delresultater af denne tilgang med forskellige teorier, som bedre kan forklares med en teori en anden.

Triangulering kan således bidrage til at øge indsigten i et område ved at tilvejebringe et mere sammenhængende helhedsbillede ud fra forskellige perspektiver, idet man hermed kan opnå en bredere forståelse af samspillet mellem data ud fra hver sin teori og afdække nye lag af kompleksitet. Videre kan triangulering betragtes som en strategi til validering af en kvalitativ undersøgelse (Holstein 1995, s.329-338, Jensen 1991 s. 106- 120, Mainz 1995, s. 263 - 268).

Triangulering er hermed et udtryk for at se en sag fra flere sider og en sådan tilgang i dette speciale falder i tråd med den interaktionelle sygeplejers syn på verden og mulige handletyper. Som Harder fremhæver (1990, s. 174-91) er udforskning af fænomener i sygeplejen påtrængende for derigennem at få afdækket den viden som praksis hviler på og siden udsætte denne for kritisk refleksion. Denne udforskning vil jeg således udstrække til hele den flerfaglige hygiejniske praksis.

4.1 At udforske egen praksis

Det er indenfor sundhedsvæsenets ellers historisk meget naturvidenskabelig forskningsregi, primært udført af den lægelige faggruppe, blevet tiltagende accepteret at forske indenfor den humanistiske tradition til at afdække områder som værdier, holdninger og menneskelige skøn. Lunde (1995 s. 21-22) fremhæver fordele ved at klinikerne selv udforsker egen praksis for dermed at kunne se handlingernes barrierer og sådan få større indflydelse på de kommende handlinger. Dette er dog ikke uproblematisk, idet man kan blive blind overfor den praksis man selv er en del af. Den parallelle forskning, hvor sundhedspersonalet går i dialog med andre faggrupper om udforskningen af praksis og dermed frembringer et mere nuanceret og uafhængigt billede af den virkelighed, der ønskes udforsket er dermed at foretrække.

Det ideelle forskning indenfor lægevidenskabelig effektforskning, er traditionsmæssigt udlagt som den objektive forskning, der undersøger, hvordan uafhængige variabler influerer på det man ønsker at måle effekten på gennem en anvendelse af en eksperimentalgruppe og en sammenlignelig kontrolgruppe – altså det kontrollerede kliniske eksperiment/det randomiserede forsøg. MEN.. selv i dette forsøg kommer forskerens subjektivitet til syne, idet enhver forskning jo grundlæggende er udsprunget af forskerens hypotesegenerering og hans tankeproces. Dermed påvirker denne tankeproces hans udvælgelse af det materiale, der skal danne grundlag for forskningen. Al forskning af såvel kvantitativ som kvalitativ karakter indeholder altså værdimæssige vurderinger og valg.

I erkendelse af, at forskerens tankeprocesser er med til at frembringe resultaterne er Lunde (1995 s. 23 – 26) fortaler for at begrebet objektivitet i stedet erstattes med begrebet refleksiv subjektivitet. Kvalitativ såvel som kvantitativ forskning fordrer hermed, at forskeren kan forlade nogle af de strukturer og opfattelser, som den hidtidige faglige opfattelse har været forankret i. Lunde citerer antropologen Hastrup, der fremfører at forskeren gennem de udforskede erfaring kan nå til en mere rummelig opfattelse af virkeligheden, hvis man udnytter sine egne menneskelige erfaringer. Dog kan forskeren komme til at indtage scenen og dermed til i en ikke ønsket grad at styre den kvalitative dataindsamling

Kvalitativ forskning er en forskningsform, der ikke fører til en endegyldig sandhed om det undersøgte, men som i højere grad leder frem mod en form for klarhed om det undersøgtes betydning i en større menneskelig sammenhæng. Den kvalitative forsknings mål er at nå frem til teoretiske generaliseringer om indholdsmæssige strukturer i den undersøgte virkelighed – oftere som en generering af nye forståelser eller teorier end som en test af det eksisterende.

For at nå dette mål fremfører Maunsbach og Lunde (1995, s. 142-153) at det materiale, der skal undersøges udvælges strategisk ud fra undersøgelsens hensigt og formål. Ved en kvalitativ undersøgelse er informanterne det vigtigste ophav til kildematerialet. En udvælgelse af informanter, der har viden om emnet og er i stand til at reflektere og formulere sig om dette er derfor essentielt frem for primært at sigte mod at udvælgelsen skal være repræsentativ. Hensigten med udvælgelsen er at gøre materialet så fyldigt og nuanceret som muligt.

Det kvalitative forskningsinterview har til opgave at indfange den interviewedes/informantens oplevelser, intentioner og handlinger og disses betydninger og meninger for den enkelte. Det er informantens perspektiv eller hans/hendes livsverdensopfattelse der søges, idet handlinger og motiver udspringer af den virkelighedsopfattelse, som vores livsverden udstyrer os med. Samtidig må der medtænkes de strukturelle og organisatoriske forhold, som kan have indflydelse på denne virkelighedsopfattelse.

5 Indsamling af imperi, aktuelle metodetiltag og kategorisering af indsamlet data

5.1 Indsamling af imperi

For at afdække læringsrummet og de barrierer for håndhygiejne, der kunne ligge i dette tager indsamlingen af empiri udgangspunkt i handlingen håndhygiejne udført af sundhedspersonale i sundhedsvæsenet.

Indsamlingen af data må tage det hensyn som Bottrup (2001) anfører nemlig, at arbejdet håndhygiejne indeholder såvel et instrumentelt som et subjektivt perspektiv og sammensætningen af undersøgelsesmetoder skal, som tidligere nævnt tage hensyn til dette aspekt.

Undersøgelsen af problemstillingen falder således i 3 hoveddele:

- Første del gennemføres som en litteraturundersøgelse baseret på databasesøgning
- Anden del af undersøgelsen gennemføres som en spørgeskemaundersøgelse.
- Tredie del gennemføres som et kvalitativt semistruktureret interview.

5.2 1.del: Litteraturundersøgelsen

Litteraturundersøgelse har form af databasesøgning.

Der blev søgt af to omgange i hhv. MedLine og Cochrane.

Første søgning var på kombinationen af *hand hygiene and infection*, på *hand wash and infection* og *hand disinfection and infection*.

Anden søgning var på kombinationen *handhygiene*, *hand wash* og *hand disinfection* i kombination med hhv. *compliance*, *behavior*, *barrierer* og *change*.

5.2.1 Resultater af litteraturundersøgelse af emnet håndhygiejne, dets forebyggende effekt og kendte barrierer

Ved søgning i Cochrane og Medline fandtes meget få artikler som gennem klassiske eksperimentelle opsætninger kunne dokumentere en direkte sammenhæng mellem håndhygiejne og antallet af sygehusinfektioner.

Derimod var der adskillige cases af deskriptiv karakter og case-stories, der påviste at håndhygiejne er en vigtig faktor til at reducere forekomsten af infektioner. Netop på grund af denne velbeskrevne, men ikke klinisk dokumenterede sammenhæng er det i dag ikke etisk korrekt eller for den sags skyld tilladt at udføre et klinisk kontrolleret forsøg med en kontrolgruppe, d.v.s. en gruppe, hvor håndhygiejne ikke udføres ifølge retningslinierne. Videre har andre faktorer som patientens alder, mængden af smitstof man udsættes for, hvilket operativt indgreb man er blevet udsat for eller sygdom man lider af betydning for, hvorvidt man faktisk får en infektion. Disse faktoreres nøjagtige sammenhæng er ikke kortlagt (Larson 1986, 1988).

I litteraturen er beskrevet et historisk klinisk kontrolleret eksperiment, som jeg her kort vil gengive, idet denne faglige erkendelse af de kausale sammenhænge er det udgangspunkt der henvises til, når man debatterer evidensen bag håndhygiejne.

5.2.2 Et over 150 år gammelt klinisk kontrolleret forsøg om håndhygiejne

I forbindelse med den epidemiske barselsfeber i Aberdeen i 1795 hævdede lægen A. Gordon, at feberen skyldtes et ”råddent” materiale, der blev indført i kvindernes livmoder af enten lægen eller jordemoderen, når de undersøgte kvinden med deres hænder. Han anbefalede derfor, at jordemoderen og lægen vaskede deres hænder, før de tilså kvinderne.

Den engelske læge O. W. Holmes anså ligeledes et ”kim”, som værende årsag til feberen og dermed infektionen og var enig i, at det var hjælperen ved fødselen, der var årsag til dette. Hans anbefaling i 1843 var derfor, at lægen burde vente en dag mellem andet arbejde som oftest var autopsi³ og assistance til fødsel, at han burde skifte tøj mellem de to forehavender

³ Autopsi er dissektion af lig i videnskabelig sammenhæng med henblik på en bekræftelse af dødsårsagen

og vaske sine hænder i klorkalkvand, før han tilså kvinderne. Han mødte dog modstand fra sine lægefaglige kolleger, der dels ikke troede på teorien med et smitstof som årsag til feberen, dels IKKE mente at de – akademikerne – kunne være årsag til sygdom.⁴

På et tilsvarende tidspunkt på verdens største fødeklinik i Wien var de fødende fordelt på to afdelinger. På fødeafdeling 1 var dødeligheden høj - 29 % af de fødende kvinder døde af barselsefeber, hvorimod dette kun var tilfældet for ca. 3% på den anden fødeafdeling. Den ungarske fødselslæge I. Semmelweis stillede den hypotese, at forskellen på de 2 afdelinger kunne skyldes, at fødslerne på afsnit 1 blev varetaget af medicinske studenter, der kom direkte fra autopsierne, hvorimod fødslerne på afsnit 2 blev forestået af jordemødre. Semmelweis rokerede på de to personalegrupper – og dødeligheden fulgte de medicin studerende, og faldt på afsnittet, hvor jordemødrene nu assisterede de fødende.

Semmelweis hypotese om et smitstof overført fra ligene til de fødende kvinder via de medicinstuderendes hænder blev yderligere bekræftet, da hans kollega Kolletscha døde efter at have snittet sig i fingeren under en autopsi med de samme symptomer, som de kvinder, der havde haft barselsefeber og var døde af det.

Efter indførsel af klorkalkvand til håndhygiejne faldt dødeligheden på fødeafdelingerne drastisk og Semmelweis betragtes af mange, som håndhygiejnens fader

Men..... ligesom sin kollega O. Holmes mødte også han stor modstand fra sine kollegaer og Semmelweis forlod tilslut sin stilling og døde uden at være blevet anerkendt for sin indsats for håndhygiejnen af sin samtid (Pittet 2001, Schmidt 1986 s. 51-61).

5.2.3 Naturvidenskabelig fakta om håndhygiejne

I dag er Semmelweis hypotese om især personalets hænders rolle i spredning af smitte ikke kun fra patient til patient, men også fra patient til personalet og omvendt, blevet yderligere bekræftet. Mikroorganismer findes i størst omfang på kroppen og især på kroppen, hvor der er varmt, mange hudfolder og kontakt med hud, d.v.s. f.eks. i armhuler, og i skridtet. Mikroorganismer binder sig til hudskæl og afstødes til omgivelserne, hvor de kan genfindes på f.eks. tøj og sengetøj og som støv på vandrette flader. Kliniske undersøgelser viser, at selv kortvarig kontakt mellem sundhedspersonale og patient, som f.eks. ved håndtryk, at rede

⁴ Denne forestilling om, at akademikere er ”renere” end andre, har under skrivningen af dette speciale atter været aktuel i sagen om Det store Bogtyveri fra Det kongelige Biblioteks samling, hvor man netop IKKE afhørte bibliotekets akademikerne om bøgernes forsvinden.

patientens seng eller at flytte på patientens bord, stol eller afskærmningsgardin kan medføre forurening af hænderne med uønskede mikroorganismer.

Den største forurening af personalets hænder sker ved direkte kontakt med organisk materiale, der kan indeholde smitsomme mikroorganismer, f.eks. blod, urin, afføring og opkast.

Mænd bærer flere mikroorganismer på huden end kvinder, lige såvel som personens alder, hudens fysiske tilstand og antallet af gange håndhygiejne udføres på en dag spiller en rolle for, hvilke mikroorganismer der findes på hænderne af såvel fast som midlertidig karakter hos sundhedspersonalet (Pittet 1999, Larsson 1998, 1999, Sanderson 1992).

Håndhygiejne anbefales udført før alle rene procedurer og efter alle urene procedurer samt efter brug af handsker for at undgå smittespredning

- Rene procedurer er defineret som arbejdsopgaver, hvor der dels er en meget lille risiko for at blive forurenet på hænderne med det omtalte organiske materiale, men ydermere er rene opgaver også arbejdsopgaver i områder på kroppen, hvor man ikke ønsker at tilføre yderligere mikroorganismer
- Urene procedurer er arbejdsopgaver, hvor der er stor risiko for at personalet bliver påført større mængder af organiske materiale.

Håndhygiejne kan udføres som hånddesinfektion med et spritholdigt middel, og tager ca 30 sekunder – eller som håndvask med vand og sæbe, hvilket tager min. 60 sekunder.

5.2.4 Kendte barrierer for at udføre håndhygiejne

Følgende risikofaktorer og barrierer for god håndhygiejne, afdækket ved observations- og kvantitative og kvalitative studier i den vestlige verdens sundhedsvæsen gennem de sidste 25-30 år (D. Pittet 2001):

Faktorer med indflydelse på efterlevelse af retningslinier for håndhygiejne

Personalets uddannelsesmæssige baggrund (sygeplejersker har højst efterlevelse)

Køn (mænd har laveste efterlevelse)

På afdelinger hvor man har travlt og dermed har mange kontakter udføres håndhygiejne sjældnere

Weekendarbejde betyder færre antal håndhygiejne

Når der bæres handsker og overtrækskittel udføres håndhygiejne sjældnere

Når personalet selv skal angive, hvad der kan virke som en barriere for at de kan efterleve retningslinierne for håndhygiejne angiver de følgende:

Vil hellere bruge tiden på andre forhold omkring patienten

Håndhygiejne påvirker sundhedspersonalets og patientens indbyrdes forhold (relationship)

Ingen rollemodeller blandt kollegaerne at tage form efter

Manglende viden om håndhygiejnes effekt på nedbringelse af sygehusinfektioner

Kender ikke til retningslinierne/tænker ikke på retningslinierne i hverdagen

Almindelig skepticisme i forhold til / uenig i retningslinierne

Har ofte for travlt til at nå at udføre håndhygiejne enten på grund af underbemanding, overbelægning eller fordi tingene generelt skal gå stærkt

Personalet anser det at blive smittet af patienten, som værende en lille risiko

Personalet anser handsker og overtrækskittel, som så effektiv en beskyttelse at håndhygiejne ikke er nødvendig

Håndhygiejnemidler irriterer/skader huden

Der er ikke anbragt tilstrækkeligt mange håndvaske/ det er svært at komme til en håndvask

Der mangler opfyldning af håndhygiejnemidler

Andre studier antyder, at der er en lav korrelation mellem hvornår personalet siger, at de udfører håndhygiejne og den reelle observation af, hvornår det sker (O'Boyle 2001).

Med henblik på at højne compliance af de håndhygiejniske retningslinier har der gennem tiden såvel nationalt som internationalt været iværksat utallige kampagner og andre tiltag for at højne opmærksomheden på problemet med det mål at få personalet til at ændre adfærd uden at nogen studier kan fremvise bevis for, at den ønskede adfærdsændring er af varig art.

Nogle undersøgelser vil dog hævde, at en sammenkædning af focus på håndhygiejne, en registrering af midler brugt til håndhygiejne og en registrering og udmelding til den enkelte afdelinger om et fald i mængden af mikroorganismer, der typisk spredes via hænder kan have en gunstig effekt på antallet af håndhygiejne. Heller ingen af disse forsøg har dog indtil videre kunnet dokumentere en effekt, der strakte sig varigt udover forsøgsperioden (Pittet 2000, Vesterdal 2003, Ladefoged 1999, Ndawula 2001).

5.2.5 Sammenfatning af del 1 : Litteraturundersøgelsen

Håndhygiejne er en kendt teknik med en historisk lav compliance.

Faggrupper og kønnene imellem har forskellige efterlevelse af retningslinjerne. Andre faktorer som tid, interpersonelle forhold, fysiske rammer og manglende tiltro til retningslinjerne spiller ind på handlingen håndhygiejne, som personalet selv rapporterer, at de udfører oftere end det kan observeres. Håndhygiejne er videre en teknik, som læres i praksis og som kan udføres med to forskellige metoder med forskellig tidsforbrug hhv. håndvask og hånddesinfektion.

Der har siden Semmelweis tid i sundhedssektoren været et konstant fokus med varierende tryk, som ikke har haft held til at ændre håndhygiejnepraksis varigt. I de angivne barrierer angives faktorer af såvel organisatoriske, uddannelsesmæssige som interpersonelle grunde. Mest interessant finder jeg forhold, som angiver at håndhygiejne påvirker forholdet mellem patient og personalet. Videre udtrykkes en vis mistillid til retningslinier og den viden disse bygger på.

Ud fra litteraturgennemgangen vælges det gennem del 2 og 3 af emperiindsamlingen yderligere at afdække disse forhold.

5.3 2.del af undersøgelsen - spørgeskemaundersøgelse

2. del af indsamlingen af data fandt sted som en spørgeskemaundersøgelse.

Et kvantitativt spørgeskema fra en tidligere undersøgelse af sammenhæng mellem holdning til håndhygiejne og adfærd blev anvendt.

5.3.1 Beskrivelse af spørgeskema anvendt i 1983-84

Spørgeskemaet blev oprindeligt udfærdiget af hygiejnesygeplejerske J. Zimakoff (1987), som en del af hendes Ph.D. afhandling i emnet håndhygiejne. Spørgeskemaet var opbygget efter en beslutningsteoretisk model (multi-attribute utility), hvor handlingsadfærd beskrives som en kombination af værdier, der prioriteres af den enkelte ud fra en vurdering af, hvor nyttige disse er for den enkelte. Ud fra dette er tesen at f.eks. håndhygiejne vil vælges såfremt opfattelsen af fordelene ved håndhygiejne opvejes af ulemperne.

Zimakoff udsendte i alt 1955 spørgeskemaer til læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, laboranter, portører og andre faggrupper på i alt 11 sygehuse og en større plejehjem på Sjælland og i Jylland i 1983-1984.

I alt besvarede 1447 personer skemaet. Den gennemsnitlige besvarelsesprocent var for de største faggrupper på 83 %. 1,5% af skemaerne måtte kasseres på grund af mangelfuld udfyldelse.

Spørgeskemaet indeholdt følgende variabler:

Køn, alder, professionel baggrund, antal arbejdsår på hhv. hospital og/plejehjem, eget skøn over antal håndvaske/hånddesinfektion pr dag og eget skøn over antal patientkontakter pr dag. Spørgeskemaet indeholdt et hierarki af faktorer eller hensyn som i større eller mindre grad internationalt var vist kunne interferere med valget af håndhygiejne.

Hierarkiet i spørgeskemaet bestod af 2 hovedkategorier: ”forhold der vejer for” og ”forhold der vejer imod håndhygiejne,” . Under disse to hovedforhold var 4 underkategorier med forhold vedrørende den adspurgte selv, forhold vedr. patienten, øvrige omstændigheder vedr. arbejdssituationen og vaner og normer. Endelig var der udfor disse placeret 3 specifikke udsagn, som udtryk for værdinormer for eller imod håndhygiejne. Respondenterne af skemaet blev bedt om at fordele 10 point i hver enkelt kategori.

Der blev udført pilottest på spørgeskemaet før udsendelsen og et vejledende ark om skemaets udfyldelse ledsaget af en mundtlig vejledning af den lokale hygiejnesygeplejerske (Zimakoff 1987)

5.3.2 Baggrunden for at genudsende spørgeskemaet fra 1983 – 84 i 2002-2003:

Som nævnt er læringsrum og dermed såvel formelle som uformelle læringsprocesser under påvirkning af den almindelige udvikling, der sker i de sociale relationer i nærmiljøet og i samarbejdssammenhænge under skiftende organisationstænkninger og ikke mindst den skiftende mediebevågenhed af området (Mathiesen 1998 s. 555-590). Disse skiftende forhold kan således have en ikke ubetydelig indflydelse på hygiejnens såvel private som professionelle italesættelse og dermed på mening og holdning til og dermed barrierer for håndhygiejne.

Hensigten med at genudsende det tidligere spørgeskema var hermed at afdække om tidligere fundne faktorer/barrierer, stadig var gældende set i lyset af de markante ændringer i bl.a sygehusenes organisation, ændringer i de sundhedsfaglige uddannelser med en stadig større vægtning af det teoretiske og mindre fokus på den praktiske oplæring, med oprettelsen af nye faggrupper og deraf afledte opgaveglidninger der er sket gennem de sidste ca. 15 år siden Zimakoffs undersøgelse. Videre er der sket en stadig ændring i mønstrene i familiernes opbygning og funktion og dermed en stigende institutionalisering af børn og unge, som kunne have påvirket den almindelige dannelse, evnen til at skelne rent fra urent og dermed ændre grundlaget for det skøn, der ligger bag handlingen håndhygiejne idag.

Der blev indhentet tilladelse hos J. Zimakoff og spørgeskemaet blev genoptrykt i sin indholdsmæssige form, men der blev tilstræbt et nyt lay-out, der i sin opsætning af spørgsmålene skulle være mere overskueligt end det hidtidige spørgeskema. Da hensigten med at genudsende spørgeskemaet, som sagt var at kunne registrere en evt. ændring i handlings- og holdningsmønsteret kunne der ikke ændres i indholdet eller strukturen af spørgeskemaet, da der derved ville kunne risikeres en sådan forståelsesbias, der ville forhindre en sammenligning af data.

Det genoptrykte spørgeskema blev i udformning- og testfasen gentagne gange kritiseret af det udvalgte testpersonale for at være svært overskueligt. Der blev udfærdiget en skriftlig udfyldelsesvejledning, og dette afhjalp tilsyneladende vanskelighederne i en sådan grad, at skemaet til sidst blev vurderet som brugbart og blev udsendt. På spørgeskemaets vejledningsdel blev der yderligere tilføjet plads til kommentarer fra de udspurgte. Det sidste tiltag skulle vise sig at blive meget nyttigt...! (Bilag 1)

Spørgeskemaerne blev herefter udsendt og via de regionale hygiejnesygeplejersker uddelt til læger, sygeplejersker, sygehjælpere, social og sundhedsassistenter og andet personale på sygehusene.

5.3.3 Behandling af data fra spørgeskema 2002-2003

Ud fra svarprocenten og de skriftlige kommentarer på de returnerede svar må det konstateres, at det trods mange anstrengelser ikke lykkedes at gøre det kvantitative spørgeskema læser venligt og muligt at udfylde.

Der blev udsendt 50 stk. spørgeskemaer til 43 hygiejnesygeplejersker i hele landet - d.v.s. i alt 1700 skemaer.

I alt blev der returneret 782 stk. skemaer, hvilket er en svarprocent på 46 %.

Ud af de 782 returnerede skemaer måtte 368 skemaer kasseres på grund af mangelfuld udfyldning.

358 skemaer måtte kasseres, fordi sidste halvdel af spørgeskemaet, hvor der spørges om hvad, der taler imod håndhygiejne var mangelfuldt eller slet ikke udfyldt.

Differencen på ti spørgeskemaer mellem 368 og 358 måtte kasseres, p.g.a. øvrige manglende oplysninger.

294 spørgeskemaer var korrekt udfyldt, men med adskillige påtegninger om vanskeligheder ved at udfylde skemaet korrekt. Dette svarer til en reel svarprocent på 17 %.

I alt 154 kritiske kommentarer var påtegnet de 782 skemaer.

5.3.4 Overvejelser omkring det ufuldstændige datamateriale fra spørgeskemaundersøgelsen 2002-2003

I betragtning af den lave svarprocent og de skriftlige påtegninger fra respondenterne om bl.a. at have pointgivet i flæng fandt jeg i første omgang ikke materialet egnet til en statistisk analyse med henblik på en sammenligning med den tidligere undersøgelse af Zimakoff fra 1983-84.

Jeg præsenterede i stedet de foreløbige samlede resultater fra hhv. spørgeskemaundersøgelsen og det kvalitative interview for mikrobiologer, hygiejnesygeplejersker og andre deltagere ved Fagligt Forum⁵ i maj 2003 og kommenterede den lave svarprocent og de ”hidsige” påtegnede kommentarer til spørgeskemaet som

”at det så ud til at vi havde trådt på nogle ømme tæer, at praksis i dag åbenbart ikke brød sig om at blive spurgt om, hvad de ikke gjorde – og at hvis vores formål med spørgeskemaet kun havde været at skabe opmærksomhed omkring emnet håndhygiejne – ja -så måtte man sige, at vi havde haft succes i hus!”

Jeg lagde herefter spørgeskemaerne på hylden, og havde egentlig ikke tænkt mig at bruge dem videre i specialet.

Undervejs i den senere skrive – og erkendelses? - proces læste jeg dog kommentarerne fra spørgeskemaerne igennem igen, efter jeg havde gennemarbejdet de kvalitative udsagn fra det semistrukturerede interview og så dem nu i lyset af bl.a. Aristoteles og Deweys udlægning af, hvad der driver handlinger (se senere teoriafsnit). Nu fandt jeg udsagnene så interessante, at jeg besluttede mig for at bruge de kvalitative ”hidsige” udsagn, som et udtryk for *”Hvad sker der, når man beder sundhedspersonalet om at forholde sig til en handling, der ikke er foreskrevet som en korrekt handling”*.

Jeg vil således lade spørgeskemaets kvalitative udsagn indgå på lige fod sammen med de kvalitative interviews udsagn velvidende, at de er afgivet ud fra hver sin kontekst og i det følgende gøre rede for min metodiske tilgang.

⁵ Faglig Forum er det orienterende fællesmøde som CAS er pålagt af Sundhedsstyrelsen at afholde årligt for samarbejdspartnere indenfor det infektionshygieniske område.

5.4 At afdække nye forståelsesmuligheder ud fra indsamlet kvalitative data

Det centrale i den kvalitative tilgang indenfor den human og samfundsvidenskabelige tradition er ifølge Jørgensen (1995) at tage udgangspunkt i, at informanten opfattes som levende og handlende på grundlag af en basal meningssøgen, en kritisk overvejelse/reflektion og at informanten fungerer i en social sammenhæng. I en kvalitativ tilgang stiller man sig som forsker åben over for afdækning af nye forståelsesmuligheder med vægtlægning af tolkning og udvikling af begreber i analysen. Den kvalitative metode kan således defineres som en metode, der under en eller anden form indsamler beskrivelser af udvalgte personers livsverden med henblik på fortolkning af viden (Kvale 1997, s.41).

Under min gennemgang af de kvalitative udsagn har jeg overordnet været inspireret af Grounded Theory analysemetoden, som har været meget benyttet som teoretisk tilgang i sygepleje- og medicinsk-sociologisk forskning (Nielsen, Lunde 1995 s. 82-84.) Grounded Theory har sit teoretiske fundament i den sociologiske tradition kaldet symbolsk interaktionisme (Holm og Schmidt, 1995 s. 222). Hovedtanken er således i Grounded Theory, at vore handlinger ikke kan forstås adskilt fra den sociale kontekst, men skal forstås som et system af symbolske interaktioner mellem de forskellige aktører, som ikke altid kan se, hvilke symbolske betydninger deres handlinger har. Grounded Theory kan anvendes dels som metode, hvor resultatet så bliver en beskrivelse af fænomenet - dels som metode som resulterer i produktionen af en Grounded Theory - om det afdækkede fænomen.

Grounded Theory har for mig været en overordnet inspirerende metode til at afdække, beskrive og forstå de symbolsystemer og sociale processer, som håndhygiejne er en del af uden at jeg dermed kan kalde specialet for et Grounded Theory projekt (Holm, Schmidt 1995 s. 222-235).

Som en forudsætning for at bruge en sådan metode må man være velbevandret i litteraturen om emnet, kunne anvende egne faglige og personlige erfaringer og være sensitiv over for nuancerne i data gennem hele forløbet. Det sidste kan opnås ved bl.a. at lade data ligge, gennemgå dem igen efter en periode og så gå videre (Jensen og Johnsen 2000 s. 224- 226, Holm og Schmidt 1995).

Jensen og Johnsen (2000/ Glaser og Strauss 1990) foreslår i henhold til Grounded Theory, at man i sin gennemlæsning af kvalitative udsagn ser og navngiver efter følgende 4 forhold:

Hvordan folk beskriver årsager OG relationer og interaktioner mellem aktører i forhold til problemstillingen, hvilke mål og strategier der beskrives for at nå målene og hvilke ræsonnementer der gøres om konsekvensen af forskellige handlinger. Dette benævnes den åbne kodning.

I min gennemgang af de kvalitative udsagn har jeg således søgt efter nøglebegreber som så at sige ”bærer ” den interviewedes forståelse og har forsøgt at sætte mig i informanten/respondentens sted ved at forestille mig situationen ud fra mit mangeårige praksiskendskab. I denne identificering af begreber er jeg som nævnt båret af min interaktionelle tilgang, men har bestræbt mig på en stadig refleksion – en bestandig spørger mig selv ”Hvad kan dette udsagn være udtryk for?” frem for ”Nåh ja., selvfølgelig siger de sådan” og ud fra dette givet hvert udsagn et navn – en kategori. I denne sammenhæng har jeg måttet nøjes med de udsagn som informanten eller respondenterne har afgivet, d.v.s. hans verbale udtryk, som han åbent udtrykker i interviewet men jeg har ikke det udtryk han afgiver, forstået som de udtryk, som kan aflæses af en handling, et ansigtsudtryk eller en kropsholdning under interviewet.

Herefter følger den fokuserede kodning, hvor jeg har søgt emner som optræder hyppigt, som er fyldigt beskrevet i interviewene og som kan ses som værende i tæt relation til hinanden.

På grundlag af dette er udvalgt teorier, som jeg anser som egnede til at belyse de udvalgte emner.

Jeg har således i min analyse af de kvalitative udsagn valgt at bringe disse direkte ind i gennemgangen af teorien. På denne måde inddrages de kvalitative udsagn dels flere gange i forskellige teoriforhold, dels håber jeg at give læseren en større forståelse af, hvad der kan ligge bag informanternes forklaring på og refleksion over deres håndhygiejniske handlinger. Ved denne analyseform er det mit håb at kunne opretholde det, man i Grounded Theory kalder en teoretisk sensitivitet, en følsomhed overfor nuancerne i data og deres mening.

5.5 Baggrund for kategorisering af data fra spørgeskema 2002-2003

Databearbejdelsen er inddelt i hhv. data fra spørgeskema som var korrekt udfyldt og data fra spørgeskema, som ikke var korrekt udfyldt.

Spørgeskemaernes udsagn blev kategoriseret i 3 kategorier ud fra hhv. åben og fokuseret kodning af udtalelserne.

Generelt angives forklaringen på, hvorfor spørgeskemaet enten ikke er udfyldt eller er udfyldt med forbehold med påtegningen:

”der er ikke noget der taler imod håndhygiejne” .

Argumenterne for hvorfor man ikke har svaret eller har gjort det med forbehold er dog forskellige, og det er denne forskellighed i modstand, benægtelse og skyldfølelse som Lewin henviser til, jeg har forsøgt at afdække i et mønster ved den valgte kategorisering.

I min søgen efter handlingstyper tog jeg afsæt og inspiration i den interaktionelle sygeplejers tidligere nævnte tre handlingstyper, *den kognitivt instrumentelle*, *den æstetisk ekspressive* og *den moralsk praktiske* som hjælp til en kodning af svarene. Jeg stillede hermed følgende spørgsmål til det enkelte udsagn:

1. Er dette skema for respondenten svært at forstå, svært at læse, svært at overskue, kompliceret eller manglede man vejledning
2. Er det for respondenten svært at uddele point, fordi en vægtning ikke er mulig
3. Er det for respondenten svært at uddele point, fordi denne ikke moralsk føler sig i stand til dette, eller fordi der for hende ikke er forhold der taler imod håndhygiejne begrundet i sin holdning til, mening om eller at hun ikke kan identificere sig med de situationer der er oplyst

Jeg vil lige her indskyde, at jeg ikke er af den opfattelse, at nogen identificerer sig med håndhygiejne, men at jeg tolker det som, at ingen vil/kan identificere sig med den mening der ligger bag forhold, der taler imod. Lige såvel skal kategoriseringen betragtes som en kunstig opdeling, da der kan argumenteres for at flere udsagn kan placeres forskelligt. Kategoriseringen er et udtryk for mit valg. Jeg har udvalgt repræsentative fulde udsagn ud i hver kategori og plukket de hyppigst forekommende ord/sætninger ud og lagt under udsagnene

5.5.1 Udvalgte kategoriserede kvalitative udsagn fra spørgeskemaer 2002-2003, som var korrekt udfyldt, men hvor der var forbehold for svaret

Svært at forstå spørgeskemaet (Kognitiv forståelse)	Svært at give point i spørgeskemaet (Teknisk umulige)	Svært at svare på hvad der taler imod (Følelser, holdning, mening, identificering med udsagnene)
<i>Kompliceret at forstå og udfylde. Savner et tlf. nr., hvor der kan gives yderligere vejledning i måden at udfylde og forstå skemaet på (sygeplejerske)</i>	<i>Har svært ved at fordele point, alt for mange noller⁶ spørgsmål (social og sundhedsassistent)</i> <i>Det fremgår ikke af</i>	<i>Efter min mening er dette et meget underligt spørgeskema og mange af svarmulighederne kan jeg egentlig slet ikke bruge! Så I kan ikke bruge mine svar til noget – de afdækker ikke min holdning til håndhygiejne. Jeg har blot</i>

⁶ Nordjysk udtryk for ”mærkelig”

<p><i>Ikke særlig logisk spørgeskema - måske er spørgeskemaet for gammelt så man ikke får svar på det man gerne vil vide noget om? (sygeplejerske)</i></p> <p><i>Spørgsmålene er svære at forstå og derfor bliver svarene derefter (sygeplejerske)</i></p> <p>Repræsentativt pluk fra udsagnene – oftest brugte ord:</p> <p><i>Svært at overskue/svært tilgængeligt/ulogisk/ikke relevant/er ikke helt klar over..</i></p> <p><i>..dårligst formulerede og mest tåbelige/upræcise/ubrugeligt /forvirrende/underlige/uklar e skod!!! skema</i></p>	<p><i>skemaet om 10 er det bedste eller det dårligste (sygehjælper)</i></p> <p><i>Et mærkeligt forvirrende skema at udfylde. Hvordan kan man give points både for og imod håndvask (fysioterapeut)</i></p> <p><i>Dårlige uforstående spørgsmål svært at give point til 10, når man ikke vil give mere end 1 point til hvert (sygeplejerske)</i></p> <p>Repræsentativt pluk fra udsagnene – oftest brugte ord:</p> <p><i>Der er store uklarheder/gæt/tilfældigt/f ordelt med løs hånd/vældig svært/vedr. pointgivning</i></p> <p>)</p>	<p><i>fordelt de 10 point bedst muligt (= nærmest tilfældigt) (fysioterapeut)</i></p> <p><i>Kan man svare 0 i samtlige kategorier? det ville være ønskeligt under imod! (læge)</i></p> <p><i>Nogle mærkværdige spørgsmål, da håndvask/desinfektion er en nødvendig del af arbejdet som sundhedspersonale. Der er ingen undskyldning for ikke at opretholde en god håndhygiejne. (sygeplejerske)</i></p> <p><i>personligt syntes jeg det er et meget dårligt formuleret spørgeskema, idet de ting der vejer imod er urealistiske. Det kunne f. eks være et hjertestop. Ellers er der ingen undskyldning (sygeplejerske)</i></p> <p>Repræsentativt pluk fra udsagnene – oftest brugte ord:</p> <p><i>besvarelsen imod (med to streger under) håndvask hygiejne er svært at besvare ud fra et objektivt synspunkt/ikke mulige at svare oprigtigt på /.. men tvinges til at svare noget som man ikke er enig i = falsk udsagn</i></p>
--	--	---

5.5.2 Udvalgte kategoriserede kvalitative udsagn fra spørgeskemaet 2002-2003, der blev kasseret på grund af mangelfuld udfyldning

Svært at forstå spørgeskemaet (Forståelse)	Svært at give point i spørgeskemaet (Teknisk umulige)	Svært at svare på hvad der taler imod (Følelser, holdning, mening, identificering med udsagnene)
<p><i>Spørgsmålene er ulogiske og ikke til at forstå! I en travl hverdag har man ikke tid til at læse et sådant spørgeskema flere gange for at udfylde det! De sidste 3 spørgsmål forstod jeg absolut ikke... Forstår ikke de sidste</i></p>	<p><i>Dumt spørgeskema specielt afs. om "imod håndvask/desinfektion". Ingen af spørgsmålene kan besvares da de ikke er i overensstemmelse med virkeligheden. Nogle prøver at udfylde den alligevel, trods samme ovenstående</i></p>	<p><i>...Spørgsmålene er udformet som om man ikke vasker hænder, hvilket jo ikke er rigtigt. (sygeplejerske)</i></p> <p><i>De sidste 3 spørgsmål kan jeg ikke besvare, idet ingen af de mulige svar er relevante/kan jeg finde noget rigtigt i.</i></p>

<p><i>spørgsmål</i> <i>Skemaet er kringlet og svært at besvare/især de sidste spørgsmål imod håndvask – (sygeplejerske)</i></p> <p><i>Jeg forstår ikke den nederste del af skemaet! Man skal da vaske/desinficere hænder (sygeplejerske)</i></p> <p>Repræsentativt pluk fra udsagnene – oftest brugte ord: <i>Ubrugeligt/Svære underlige/meget vildledende spørgsmål</i></p>	<p><i>holdning - skemaets troværdighed???</i> – (sygeplejerske)</p> <p><i>Forhold der taler imod er svær at udfylde, da jeg ikke har nogle points at dele ud af. Jeg husker ALTID hænder og jeg kunne så men nok godt vaske mere (Sygeplejerske)</i></p> <p><i>Tåbeligt system- det tager langt tid at forstå pointgivningen. Hvordan kan man give point til "imod" spørgsmålene? (i øvrigt latterlige spørgsmål. undskyld (og en smiley) (fysioterapeut)</i></p> <p><i>Mærkelige spørgsmål og svære at give point pga. af spørgeteknik. PS: håndvask og/håndhygiejne er jo noget der skal gøres uanset om patienten interesserer sig for det eller jeg ikke gider! (Sygeplejerske)</i></p>	<p><i>Spørgeskemaet er meget tvetydigt formuleret og dermed vanskeligt at forstå. Kollegaer imellem forstår det forskelligt! Og udfylder dermed efter forståelse (sygeplejerske)</i></p> <p><i>Der er to kolonner der ikke er muligt at udfylde, da det er opfundne holdninger som jeg ikke/principielt kan forholde mig til og derfor heller ikke kan give point(sygeplejerske)</i></p> <p><i>Dårligt skema. Det ene udelukker ikke det andet (sygeplejerske)</i></p> <p><i>Skemaet er svært at udfylde. Det er meningsløst at spørge om forhold er taler imod håndvask. Selvfølgelig skal man vaske hænder (sygeplejerske)</i></p> <p>Repræsentativt pluk fra udsagnene – oftest brugte ord: <i>Jeg kan ikke have /være imod/det giver ikke mening for mig/ ikke passer på mig så derfor kan jeg ikke svare på disse spørgsmål der er helt urealistiske, meningsløse, ikke relevante og som føles forkerte, rene gæt og som noget vrøvl at svare på</i></p>
---	---	--

Samtlige kommentarer kan rekvireres hos forfatteren.

Personalet giver i svarene udtryk for problemer af såvel kognitiv som moralsk karakter i at besvare spørgeskemaet. Set i lyset af den lave compliance bekræfter dette spørgeskema umiddelbart fundet fra litteraturundersøgelsen; nemlig at der er en divergens mellem selvrapporert og observeret efterlevelse af retningslinien for håndhygiejne. Videre er svarprocenten betydelig lavere end i 1983-84, hvilke kan tolkes som enten praksis smertelig erkendelse af, at det faktisk forholder sig ringe med håndhygiejnen og at et ærligt svar er en indrømmelse heraf, eller at praksis faktisk føler at have en høj efterlevelse og dermed anser spørgsmålet som irrelevant.

Olsen (2004 s. 80) påpeger, at respondenter ofte redigerer deres svar ved spørgsmål, der vækker stærke følelser. Der sker således en svarredigering, der ikke kun angår selvpræsentation af såkaldte socialt ønskede adfærdsformer og holdninger, men også en redigering i videre betydning, således at det afgivne svar er hvad respondenterne opfatter som passende og fremstiller respondenterne som socialt sympatisk. Denne fælles svarredigering kunne jeg i respondenternes svarskema aflæse i de næsten sprogligt identiske afvisninger af spørgeskemaet

5.6 3. del af undersøgelsen: Det semistrukturerede kvalitative interview

Som supplement til spørgeskemaundersøgelsen blev udført et semistruktureret kvalitativt interview.

Det semistrukturerede kvalitative forskningsinterview er interviewet, hvor temaerne på forhånd er udvalgt af forskeren, og hvor emnet udforskes i en dialog, som parterne sammen konstruerer.

Forud for interviewet må interviewer sikre sig, at det kvalitative interview er egnet til frembringelsen af de data man ønsker, og man må gøre sig klart, hvilke temaer som f.eks. følelser, holdninger, oplevelser eller andet man som minimum ønsker belyst ud fra de problemstillinger, som projektet indeholder. Indledende "pilotinterviews" kan være en hjælp til yderligere tematisering og afgrænsning af emnet (Hall 1995 s. 182 –190 /Kvale 1993).

Kommunikationen mellem interviewer og interviewperson er en proces, hvor parterne på skift er afsender og modtager. Denne proces er selvsagt afhængig af den kontekst, som interviewet foregår i. Interviewets iscenesættelse kan have sin indflydelse på samtaleforløbet og bør foregå det sted, hvor informanten føler sig bedst tilrette f.eks. på arbejdspladsen under udførelsen af arbejdet eller tilbagetrukket på et kontor, hvor samtalen kan foregå i fred og ro. Således må man som interviewer gøre sig sit forhold til emnet klart, så interviewet ikke forstyrres af egen mening om emnet lige såvel som man må erkende, at der kan være forventninger til interviewer og dennes baggrund eller ansættelsessted, der kan gøre det svært for informanten at glemme ham/hende som repræsentant for f.eks. en bestemt holdning (Hall 1995, Fog 1994).

Fog (1994) fremhæver, at alt andet lige er det kvalitative forskningsinterview styret af forskerens interesse, og at det hermed er ham/hende der iscenesætter samtalen. Netop dette faktum gør interview situationen følsom for denne reflektive subjektivitet, som Lunde var inde på - ligeså vel som at samtalen jo netop ikke er baseret på gensidighed mellem parterne, men er karakteriseret ved at det kun er interviewer, der udspørger og den anden der svarer.

Kvale opstiller 10 krav til interviewereren som bl.a. er at han er klar, lydhør, følsom, åben men også styrende og tolkende. Intervieweren må under interviewet stræbe mod en sensitiv, lyttende attitude, der tåler pauserne mellem de stillede spørgsmål, mens den interviewede tænker sig om og overvejer sit svar. Vigtigst af alt er det dog, at interviewereren formår at samle spørgsmål og svar op og evt. sammen med informanten konkludere på dem.

Interviewet skal forudgås af grundig information om interviewets formål og der skal indhentes tilladelse fra evt. ledelse, ligeså vel som informanten skal sikres anonymitet og at evt. udsagn sløres, så de ikke kan spores. Båndoptagelse af samtalen kan bidrage til objektiviteten i fastholdelsen af det sproglige materialesamtalen og sikre, at interviewers fulde opmærksomhed koncentrerer om samtalen og ikke notaterne. Det skal dog bemærkes, at båndudskrivning tager meget tid og at der i transskriptionen, hvis ikke de udføres nøjagtigt foregår en udvælgelse af data og dermed en tolkning (Dyhr og Schmidt, 1995 s. 154 – 166, Fog 1994).

5.6.1 Det aktuelle semistrukturerede kvalitative interviews udførelse 2002-2003

Gennem de sidste 10 år er forskning udført i varierende grad indenfor håndhygiejne i udlandet, men ikke i Danmark siden Zimakoffs afhandling (Pittet 2000). Ved gennemlæsningen af den udenlandske litteratur ses en stadig referering af tidligere afdækkede årsager/faktorer til manglende compliance af håndhygiejniske retningslinier. Dette kan i sig selv have en selvforstærkende effekt – alle læser samme artikler – alle mener at dette er grunden og til sidst bliver det måske grunden til den lave compliance. Med filosofen Gadamer's ord bliver horisonten fyldt af kendte og accepterede fordomme, der påvirker forståelsen (Scheel 1994 s. 121-125).

Med denne kvalitative undersøgelse var ønsket at interviewe fordomsfrit og afdække måske usagte/uerkendte barrierer. Ønsket var at indfange med den interviewedes egne ord, hvad det var han/hun angav som grund til at håndhygiejne ikke blev udført. Som siddende i en central instans som Det Centrale Afsnit for Sygehushygiejne (CAS) med et formelt ansvar for overvågning og udfærdigelse af retningslinier for hygiejne og med en baggrund som hygiejnesygeplejerske er risikoen for at få sine fordomme cementeret stor, når man går ud og interviewer praksis og kollegaer. Videre kan der i et interview mellem en repræsentant fra en central instans som CAS og med en fra praksis opstå ønsket fra praksis om at fremstå korrekt og som lærebogen foreskriver (Olsen 2004). Begge forhold kan bevirke, at interviewet ikke kommer til at afdække de faktiske handlinger. Det besluttedes derfor at hyre eksterne

interviewere med en ikke-sundhedsfaglig baggrund til at udføre interviewopgaven, altså at indgå i en parallel forskning.

De to interviewere var uddannet som hhv. cand mag og journalist fra et pædagogisk konsulentfirma. Jeg deltog i de to indledende pilotinterview med to hygiejnesygeplejersker i praksis og dette bekræftede kun min teori om at være forudindtaget og gensidigt bekræfte hinandens fordomme eller antagelse om årsagen til den lave efterlevelse af håndhygiejne! Herefter overtog de to interviewere.

Der blev forud for interviewene udsendt brev til alle landets hygiejneorganisationer⁷ og sygehusledelser med besked om, at CAS var i gang med afdækning af det håndhygiejniske område gennem en spørgeskemaundersøgelse og et kvalitativt interview med ekstern bistand. I brevet blev der bedt om at få stillet personale til rådighed som repræsenterede mænd, kvinder, i hhv. ledende og almindelige stillinger indenfor personalegruppen læge, sygeplejerske og evt. anden faggruppe (Bilag 2).

Interviewene blev udført som enten semistrukturerede interview med deltagelse af begge interviewere, som telefoninterview eller som interview med op til 2 informanter på den interviewedes arbejdsplads.

Interviewene blev nedskrevet eller optaget på bånd og udskrevet i størstedelen af tilfældene og informanternes identitet blev noteret, men hemmeligholdt.

Interviews blev afholdt på sygehuse på Fyn, Sjælland og i Jylland. Informanterne var hygiejnesygeplejersker og mikrobiologer og sygeplejersker, læger, portører og cheflæger fra behandlings- og sengeafsnit i og omkring hygiejneorganisationen og var udvalgt af ledelsen ud fra undersøgelsens hensigt og formål. Begge køn, flere uddannelser og forskellige involveringsgrader i det hygiejniske arbejde var således repræsenteret.

Interviewerne og undertegnede var løbende i kontakt i interview perioden, der strakte sig fra december 2002 til februar 2003 for at identificere, tematisere og afgrænse særlige områder, som der skulle spørges videre ind til.

5.6.2 Kategorisering og resultater af det semistrukturerede kvalitative interview 2002-2003

Analyse og kategorisering af de kvalitative udsagn blev i første omgang udført af konsulentfirmaet.

⁷ Ansvar for hygiejnen påhviler ledelsen på sygehuset. Dette ansvar udføres af en hygiejneorganisation som oftest består af repræsentanter fra ledelsen, mikrobiologisk afdeling, teknisk afdeling og hygiejnesygeplejerske

Ved min gennemgang af de 8 ud af 12 interview, hvor der var båndoptagerudskrift, fandt jeg yderligere udsagn af værdi i en forståelse af barrierer for håndhygiejne, som tilsyneladende ikke havde givet mening for de eksterne konsulenter, måske netop på grund af deres ikke-sundhedsfaglige baggrund. Derimod var der i deres analyse fremhævet andre udsagn, som ingen relevans havde i forhold til problematikken håndhygiejne og smittespredning, og som jeg derfor har udeladt.

Ovenstående kan vidne om, at den eksterne interviewer efterhånden som interviewrækken havde udviklet sig, havde dannet sig en egen forståelse af, hvorfor feltet så ud som det gjorde, og måske derfor ikke længere havde samme objektive tilgang til barrierer indenfor håndhygiejne. Dette eget ikke-faglige syn på årsagssammenhæng var efterfølgende det, der styrede en del af interviewene, og som vi ikke i den koordinerende samtale fik samlet op og korrigeret på. Måske skyldes det, at jeg netop i denne sammenhæng var meget opmærksom på ikke at styre interviewerne for kraftigt ud fra min egen forforståelse, men netop være åben over for andre vinkler på emnet.

Jeg har valgt at gengive de kvalitative udsagn i meningsblokke, idet de i deres helhed giver læseren en meget sensitiv indføring i det felt, som skal analyseres.

I min inddeling er udsagnene hhv. åbent og fokuseret kodet som tidligere beskrevet.

De fulde interviewudskrifter kan indhentes hos forfatteren efter aftale.

5.6.2.1 Det semistrukturerede kvalitative interviews udsagn

Måske er der for meget viden?

Hvad styrer – for meget eller for lidt viden, blikket, skønnet eller retningslinier?

Måske er der for meget viden. Det kunne tyde på, at den enkelte ansatte foretager vurderinger på grundlag af deres egen viden og dermed tilsidesætter procedurerne, som er baseret på teori og praksis (mikrobiolog)

Det er som om, at når folk har viden, så dispenserer de for reglerne. Så begynder de selv at definere, hvad de mener er rigtigt (mikrobiolog)

Det er ikke sikkert, at det der er rigtigt for patient A- også er rigtigt for patient B. Hvordan laver man procedurer med individuelle hensyn og ikke kører det hele over en kam? Det er også det, som er argumentet for lægerne og for så vidt også for sygeplejersken for at afvige fra proceduren, fordi at man skønner, at her ville patienten være bedre tjent med det (mikrobiolog)

De skal ikke skønne !– de skal styres skal de!

Om at styre og ensrette adfærd ved hjælp af ledelse og retningslinier

Det kan godt være min holdning er gammeldags, men sygehuset skal køres militærisk med kæft-trit og retning..... procedurecheck er formentlig det, der skal til (mikrobiolog)

Man skal lære folk at følge en procedure. Når der er en procedure, så er det den man følger. Og der skal gode argumenter til for at afvige den. I dag er det næsten lige omvendt. Nu skal man have gode argumenter for at bruge procedure (mikrobiolog)

Afdelingsledelsen er nøglen i det her (håndhygiejne) område. De skal sørge for at reglerne håndhæves og det gør de ikke altid (sygeplejerske)

Skal jeg være meget kontant, når du spørger så direkte - så er ledelserne generelt for slappe og usynlige på dette område. Jeg har været inden for dette felt i mange år, så det er ikke tilfældigt hvad jeg siger! (hygiejnesygeplejerske)

For den rene er alting rent.

At være ren og gøre rent

Det er ødelæggende for moralen at se på rengøringen. Det var godt en tid, men nu er her beskidt. Der ligger støv på alting og der er skidt i krogene. Det fordrer ikke personalets hygiejne (sygeplejerske)

Hvis ting ser nussede ud, så opfører folk sig nusset (hygiejnesygeplejerske)

Det er sindssygt svært at se resultatet

At have viden om sammenhænge for at kunne handle

Der mangler konkret viden om, hvad infektioner er, hvad er det for bakterietyper man taler om, hvordan ser de ud og hvordan smittekæderne afbrydes (2 sygeplejersker)

Man kan snakke om der er viden nok, men jeg tror nok, at vi mangler viden om hele den sammenhæng infektioner indgår i (sygeplejerske)

Det er jo et meget svært område (håndhygiejne), for man ser sjældent resultatet af det man gør eller ikke gør. Det er jo ikke til at vide, om Olsen fik sin infektion, fordi jeg ikke vasker fingre. Der går en rum tid og patienten er i mellemtiden overflyttet til en anden afdeling eller udskrevet. Der er ikke en direkte konsekvens, og det er sindssygt svært at se resultatet i forhold til genoplivning af patienter (hygiejnesygeplejerske)⁸

Vi er jo ikke anderledes end, at hvis vi ser resultater så sker der noget (hygiejnesygeplejerske)

^{8 8}underforstået - at gør man ikke det korrekte i en genoplivningssituation, så dør patienten....!

Det der ikke kan ses kan vel ikke være farlig

At kunne se det usynlige for at kunne handle

Når det skrider lidt for os er det, fordi vi ikke ved nok om, hvad der gemmer sig under disse ting⁹ (sygeplejerske)

Vi ved det alle sammen, at vi skal vaske hænder, men der er mange rutiner. Man siger "Nåå ja jeg har kun rørt patientens bord og ikke patienten" og så går man ud og rører madvognen (som patientens mad uddeles fra) man ser ikke risikoen for man har ikke haft hænderne i et sår. Man ved godt at man skal vaske hænder, men ikke hvorfor. Det bliver ikke omsat til praksis og selv om forståelsen er der, afspejles det ikke i handlinger (sygeplejersker)

Vi forstår udmærket, at det ikke må komme i patientens sår eller når vi suger ham i halsen¹⁰ men når vi går (hen) og siger goddag, så tænker vi ikke over det (sygeplejerske)

Hvis bare man kunne se det, der bringes videre, så ville vi handle anderledes

Refleksioner over at gøre det usynlige synligt

Det ville være smart, hvis der var en farve på bakterierne. Jeg så et program på en ungdomskanal og jeg tror det virker på mine børn. Det var på et diskotek- der var en ung fyr på toilettet og så fulgte man ham ligesom i en film, og så tog han i håndtaget og så pliiingg – så var der en rød cirkel. Så gik han ud til en pige og så Pliiingg – så var der en ny rød cirkel. Pludselig var der røde cirkler over det hele (illustration af smitte via hænderne) (sygeplejerske)

Det er godt med billeder af bakterier på håndtag o.s.v. (sygeplejerske)

Når man skal lappe sin cykel kan det være en fordel at tage bøtten med Swarfega¹¹ frem fra skabet , før man skal igen med at tage dækket af for ellers skal man gå i gang med skabet med beskidte hænder. Dette billede kan overføres på måden at arrangere sig på ved et sårskift, en operation mv. (mikrobiologs illustration af hvordan han underviser læger i rene og urene opgaver)

Mig og så de andre

Samspil, social regulering, normer og roller – at tale sammen om hygiejne

Forbehold i forhold til kollegaer og handlingen

Hvis X siger, at et ur er problematisk i forhold til infektionsrisiko ,så tager jeg det af for X er en mand, hvis viden jeg har megen respekt for (overlæge)

⁹ her henvises til ure og ringe, som ikke må bæres på arbejdet men som alligevel ofte ses i alle faggrupper

¹⁰ Patienter med megen slim i luftrøret bliver suget for få en bedre vejrtrækning

¹¹ Et håndrensemiddel til at fjerne olie og lignende med

Jeg tror, at det hænger sammen med, at mikrobiologi er et speciale på linie med vores eget. Vi løser vores problemer og de løser deres. Og de har tilfældigvis sygehushygiejnen som deres område. Vi blander os jo heller ikke i hvad urologerne (sygdomme i urinvejene) laver. Eller ikke laver og så spiller det altså også ind, at der på medicinstudiet ikke lægges meget vægt på hygiejne (uddannelsesansvarlig overlæge)

Jeg overvejer, hvordan vi gør noget ved, at vi i vores kultur mangler en accept af, at vi siger til hinanden, at vi ikke vasker hænder ordentligt. Det er ikke acceptabelt, at sige det som de her psykologer med "jeg er okay og du er okay". Det kan vi nemmere i færdsel. "det var da en uheldig parkering- er du ikke bange for at den næste kører ind i din bil når nu han skal ud"? Men på hygiejneområdet vender folk det ind i sig selv og siger "her er det kun mig som har en ordentlig håndhygiejne – jo, og så hende over på afsnit B. Resten går og griser". Kan man nå en accept af, at håndvask er et emne, man gerne må tage op, når man ikke synes, at det fungerer - er vi nået langt (mikrobiolog)

Vi observerer jo især de sygeplejestuderende og siger tingene, så du kan tro jeg følger op. Der er ingen, der går med ure og ringe på afdelingen. På nær læger. Deres personlighed sidder rundt om armen (oversygeplejerske)

I vores uniformsregler står der, at man ikke må gå med håndsmykker og jeg siger det altid til kollegaerne. "Har du ikke glemt at få dit ur af?" og så tager de det af. Det er en udbredt holdning på afdelingen, at vi ikke vil se den slags ting, så det får ikke lov at passere. Nej, jeg siger det ikke til en læge for det er sværere (afdelingssygeplejerske)

Vores intensiv er helt speciel og det er ånden. Vi ser ikke sygeplejersker dernede med smarte bæltter.¹² De varer to timer, så er de af igen. Det er ikke kotume på den afdeling. (hygiejnesygeplejerske)

Kollegaen kan ikke få ringen af og derfor får den lov at blive siddende. Ringen betyder meget for den pågældende, og derfor bliver den ikke klippet over¹³ (overlæge om kollega der opererer med ring på underhandsken)

Mig og så de andre

Samspil, social regulering, normer og roller – at tale sammen om hygiejne

Forbehold i forhold til patienten

Det (håndhygiejne) er nok mere et problem, når man får en ny patient, som man modtager, viser ind på stuen osv. Eller man giver patienten et klem. Her vasker jeg ikke hænder, når jeg skal gå igen, for vi kan ikke modtage dem med at markere "at du

¹² Bæltter af stof som kunne vaskes er idag overvejende erstattet af personalets egne, smartere bæltter i læder eller lignende. Disse bæltter bliver ikke vasket dagligt og anses derfor som uhygiejniske

¹³ Ringe fungerer som et optimalt miljø for mikroorganismer og er derfor ikke forenelig med korrekt håndhygiejne i en faglig sammenhæng

er ikke ren”, derfor bruger jeg albuen i bøjlens(dørhåndtaget) på døren og går over i skyllerummet¹⁴ og vasker hænder. Det er mere anstændigt (sygeplejerske)

Vi er et ambulatorium¹⁵, hvor patienterne kommer 3 gange om ugen i 3-5 timer for at komme i dialyse¹⁶ Det er dermed stampatienter, som har de samme senge. De føler det lidt som deres andet hjem og vi gør hvad vi kan for at de skal have denne følelse. Det at patienterne er faste betyder som regel også, at lægen ikke giver hånd. Det tror jeg lægen bruger til at lade være med at vaske hænder. Måske også nogle gange, når han går ud af stuen (sygeplejerske)

Vores patienter kommer hjemmefra og jeg tror at vi vurderer dem som mindre udsatte fordi de er her (på ambulatoriet) i kort tid. En halv dag. (sygeplejerske)

5.6.3 Sammenfatning og foreløbig bearbejdning af del 2 og 3 - kvalitative data fra interview og spørgeskema

En hurtigt sammenfatning af data viser, at den væsentligste forskel på Semmelweis tid og nu er, at ingen af de adspurgte eller interviewede er i tvivl om at håndhygiejne er en effektiv metode som enkeltstående handling! Men ..

”Vi ved det jo godt alle sammen .at vi skal vaske hænder men...”

underbygger Lewins påstand om, at viden alene ikke giver en adfærdsændring. Grundene til ikke at efterleve retningslinierne er umiddelbart stadig mange og af mere eller mindre bevidste grunde, men flere nævner, at det er svært at handle på noget man ikke kan se og dermed ikke kan se udfaldet af, og at det at udføre eller at påtale hygiejne er vanskeligt, fordi det påvirker de interpersonelle relationer på såvel kollegialt plan som i forhold til patienterne. En eller anden form for erkendelse af, at det ikke er som det burde være tyder de ret ”mopsede” bemærkninger på spørgeskemaet på, men også en indrømmelse af, at der er situationer, hvor håndhygiejne bevidst bliver fravalgt på grund af noget mere vitalt, nemlig at redde liv f.eks. i en hjertestopsituation.

Som data foreligger nu ser det ud til at handlingen håndhygiejne er

- forudgået af et klinisk skøn, som kan have karakter af et dilemma

en handling af såvel bevidst som ubevidst/ureflekteret karakter

- som er styret af blikket – det man kan se - og erfaringen for, hvad der kan ske en handling, hvis lave efterlevelse er kendt, og som i en erkendelse af dette

¹⁴ Skyllerummet er det separate arbejdslokale, hvor bl.a. snavset udstyr vaskes

¹⁵ Ambulatoriet er kendetegnet ved et afsnit som ikke har døgnfunktion dvs at der ikke er indlagte patienter.

¹⁶ Kunstig rensning af blodet for affaldsstoffer hos nyresyge patienter).

- ønskes styret af ledelsen via disciplin og retningslinier

men under hensyntagen til at det individuelle skøn, der tilgodeser den enkelte patient bevarer en handling der er præget af samspil og social regulering, og som er under indflydelse af

- ønsket om at fremstå som det gode menneske
- hensynet til og respekten for den anden
- høflighed overfor den anden
- risikoen for at skabe konflikt, hvis den påpeges overfor kollegaer eller når den udføres efter kontakt med patienten
- hensynet om at få indlæggelsen til at virke så tillidsfuldt, trygt og hjemligt som muligt

Endelig kan man ved at stille et direkte spørgsmål om, hvornår man ikke gør som man skal bringe så meget forstyrrelse i den enkelte og det faglige kollektiv, at man kan fremprovokere en energifyldt proces, hvor de sundhedsfaglige med udgangspunkt i egen praksis og på tværs af faggrupper

- reflekterer over og om forhold, der kan tale imod håndhygiejne kan være rigtigt
- at man finder fælles formuleringer /bliver enig om, at "*sådan gør vi ikke her*" og dermed sætter normen for handlingen

6 Valg af teorier til belysning af de kvalitative udsagn

Jeg vil indledningsvis kort gøre rede for valget af teoretikere, der hovedsageligt anvendes i analysen.

Dr. phil. og rektor ved DPU Lars Henrik Schmidts "*Lys, luft og renlighed*" (1986) er en idehistorisk fremstilling af og muligt bud på et svar på snavset tilstedeværelse, og hygiejnens italesættelse og organisering, som et redskab i det 20. århundredes renlighedsprojekt, hvor målet er ordentliggørelse. I sin tilgang til snavs er Schmidt inspireret af socialantropologen M. Douglas, som også kort vil blive inddraget.

Filosoffen Aristoteles (384-322) tanker omkring de moralske og intellektuelle dyder, som de er fremført i den Nikomacheiske Etik (1995), er hovedværket til kendskabet til Aristoteles' syn på bl.a., hvordan mennesket bør være, og hvordan det bør opføre sig overfor andre mennesker. Videre har Aristoteles haft stor indflydelse på udviklingen af nøjagtig tænkning. Aristoteles påstand er, at vi ikke kan løse problemer, før vi har klare begreber. Da Aristoteles i

sin moralfilosofi diskuterer forholdet mellem forståelse og anvendelse af viden, kan han være med til at give ny indsigt i hvor, og hvordan man lærer i samfundet og, hvad der kan ligge af mening bag handlingen håndhygiejne.

Den franske idehistoriker og filosof M. Foucault (1926-1984) beskæftiger sig med forholdet mellem viden og magt, viden verden, viden om de andre, viden om sig selv og viden om viden, idet det moderne menneske på engang både er subjekt og objekt for denne viden. D.v.s. at vi som mennesker ifølge Foucault ikke er suveræne subjekter og dermed ikke frit vælger vores udsagn og udsagnsform. De ideologiske og institutionelle er med andre ord rammer for, hvad der i en given periode *overhovedet lader* sig tænke inden for et vidensfelt, i dette tilfælde altså hygiejne. Således kan Foucault være en hjælp til at forstå sammenhænge, og afdække hvad der hhv. styrer klinikerens blik og hvordan *disciplinen* som styringsredskab er kommet på banen i en hygiejnesammenhæng i den vestlige verden

For den amerikanske filosof, sociolog og pædagog John Dewey (1859-1952) består virkeligheden af en række problemsituationer, hvor der ikke gives ét sandt svar. Sandhedsværdien afgøres ved, om det oprindelige problem er blevet løst, eller rettere om problemsituationen er blevet ændret. Mennesket er således konstant i samspil med sine omgivelser og både påvirker og påvirkes af disse. Deweys pragmatiske tilgang til hvordan man handler sig til sine erfaringer og overvejelser omkring reflektiv tænkning er et vigtigt bidrag til en afdækning af, hvorledes erfaringer gøres, hvad der handles på og hvilke muligheder der gives.

Den amerikanske sociolog E Goffman (1922-82) Goffman indtog en hybrid position mellem symbolsk interaktionistisk mikrosociologi¹⁷ og den durkheimske makrosociologi. Med sin særegne fortolkning af hverdagsmøder mellem folk på mikroplanet var Goffman optaget af i højere grad at afdække, *hvad de gør fremfor hvad siger de de gør*. Goffmans tilgang til at afdække de ordinære ritualer, der gennemsyrrer alle aspekter af vores hverdag er således et bud på dels hvordan det kan være at der så stor forskel på det vi siger og det vi gør, samt et bud på hvordan det kan være, at det er så svært at tale om hygiejne. Videre kan hans afdækning af

¹⁷ Symbolsk interaktionisme studerer samhandling via symboler og viser hermed hvordan menneskets personlighed og identitet formes gennem samhandling med sådanne fælles symboler (g s. 47)

vore rollespil kaste lys over de interpersonelle forhold, der spiller ind i forhold til at vælge eller fravælge håndhygiejne.

Med henblik på en nutidig afdækning af faktorer, der kan virke som barrierer for at udføre håndhygiejne, vil det næste afsnit se nærmere på den historiske sammenhæng - på hygiejnens fundament ud fra spørgsmålene:

Hvordan er hygiejne som begreb bragt på banen? Hvordan er hygiejne som handling italesat? Hvordan har hygiejne givet sig udtryk i samfundet og i hvilke sammenhæng?

6.1 Hygiejnens historiske og nutidige placering i samfundet

Som både Berthelsen (2001) og Foucault (Rendtorff 2003) er inde på har hver sin tidsperiode sit tankesæt, sin diskurs for hvad der kan tænkes om og handles på.

I min gennemgang af data aner jeg historiens vingesus i udsagnene om håndhygiejne, og jeg finder det vigtigt for forståelsen af barrierer i forhold til håndhygiejne at give et bredt historisk overblik over hygiejnens kontekst på såvel samfundsplan, som det individuelle plan i såvel den private som i den offentlige sfære i vort samfund.

6.1.1 Hygiejnens historiske italesættelse

Hygiejne har gradvis udviklet sig fra den antikke etiske og socialfilosofiske forståelse om Hygienos, som læren om det der befordrer sundhed gennem gennem regulering af kost, motion, hygiejne og livsstil¹⁸ til i vor moderne tid at blive til et teknisk-videnskabeligt begreb i en faglig sammenhæng og en almindelig ideologisk betegnelse i hverdagslivet (Schmidt 1986, Porter 2000).

I kraft af den nye videnshorisont antog hygiejnen op igennem det 19. og det 20 århundrede denne transformering fra en socialfilosofisk sundheds - og livskategori til en terapeutisk strategi, men med stærke etiske og æstetiske undertoner fra antikken. Hermed blev hygiejnens betydning i målet mod at skabe orden i det moderne Europa tillagt en stadig større forventning m.h.t., hvilke økonomiske, politiske og sociale problemer man herigennem ville kunne løse. Hangen til orden er en form for vilje til magt. Hygiejne blev set som et middel til at hæve ikke kun den sundhedsmæssige men også den moralske og økonomiske standard i de tætbefolkede byer, hvor epidemierne rasede og de sanitære forhold var mangelfulde. Hygiejne blev det redskab, der gennem et gentageligt mønster skulle skabe ro og orden og blev administreret og

¹⁸ Dette lyder jo til forveksling, som de råd man også fremlægger for nutidens mennesker.

stærkt italesat som et projekt fra øverste myndighed, Staten og Kirken i begyndelsen af det 1800 århundrede.

At rationalisere er ifølge Schmidt (1986) en udrenselsesproces og en form for ordentliggørelse, idet midlet er metoder til at skille rent og urent og målet at skabe orden. Hermed er spørgsmålet om renlighed for mange i dag ”noget om sæbe og vand eller den hvide tornado”, som Schmidt udtrykker det. Inden ”den hvide tornado” var hygiejnen som sagt italesat i en stærk regulerende sammenhæng fra Statens Side, som jeg finder det interessant at se nærmere på, når vi taler om barrierer for håndhygiejne i nutidens sundhedsvæsen.

Da hygiejnen blev italesat i oplysningens tid blev ”Lys, luft og renlighed” metaforerne for den nye orden og de deraf afledte hygiejniske handlinger, der skulle trænge ned i det mørke smuds i byerne, fortrænge det uordentlige og dermed sikre Statens borgere. Ved at forbinde lys og hygiejne blev der trukket en tydelig forbindelse mellem hygiejne og den kristne klassiske forestilling, med lyset som symbol på det rene og gode menneske i kontakt med sin gud. Lyset kommer i den hygiejniske sammenhæng bogstaveligt talt til at symbolisere frihed gennem Statens storstilede saneringsprojekt. Frihed til at komme ud af mørket - nemlig sygdommens mørke - og med saneringen af boligerne også bogstaveligt talt ud af de små mørke huse i tætte befolkede boligområder (ibid s. 7-50). (Lyset havde faktisk også en infektionsforebyggende effekt, idet UV-lys ødelægger mange mikroorganismer). Inspirationen til metaforen lys kan findes hos filosofen Kant, som så Fornuft og lys som to sider af samme sag. Oplysning betød for Kant, at det enkelte menneske turde stole på sin egen fornuft og forlade den selvforskyldte umyndighed, som skyldtes, at man lod autoriteterne tage beslutningerne på ens vegne. Dette så Kant udtrykt i de formler og forskrifter, som han kaldte for mekaniske værktøjer og umyndighedens fodlænke, og som var sat i stedet for fornuftig brug af menneskets naturlige anlæg (Kant, 1996/1783).

Her er altså tale om en omfattende renselses og ordentliggørelsesproces, som udspilles på såvel det sociale legeme som på kroppens og det mentale felt. Målet er at forbedre sundheden og dermed levetiden og at forbedre menneskematerialet gennem oplysning, opdragelse og gennem kontrol og lovgivning at fremme ordentlige og fornuftige levemåder i befolkningen. Kirken og staten træder sammen i dette arbejde mod en sundhedsmoral ved oprettelse af det medicinske politi, som havde sin storhedstid i det 1800 århundrede. Til at understøtte

denne stærke sammenknytning af kristendom og hygiejne udstedes diverse regulerende love og forskrifter for korrekt handling i form af sundhedskatekismer og opdragelsesskrifter. (Schmidt 1986 Mellemsgaard 1998 s. 217-237).

Dette citat fra 1885 udtrykker meget klart hygiejnens berettigelse, som middel til oprettelsen af en stærk stat:

”Bortfjern Ophobninger af Urenlighed, desinficer Stedet og rens Luften, og det bidrager til at landet befries fra Sygdom. (...) Urenlighed er Sundhedens, Lykkens og et langt livs Fjende” (Jørgensen 1994).

Det er min påstand, at disse love og forskrifter fra det 1800 århundrede har haft betydning for tænkningen indenfor såvel det moralske opdrag som indenfor forebyggelse og dermed udstedelserne af retningslinier for hygiejne helt op til i vores tid.

Udsagn som

” Hvis ting ser nussede ud, så opfører folk sig nusset” (hygiejnesygeplejerske)
” jeg kan ikke identificere mig med at være imod håndvask/desinfektion”

ser jeg som en nutidig udlægning af denne mangel på ordentliggørelse, der får indflydelse på personalets opdragelse og levemåde, d.v.s. deres handlinger på arbejdspladsen men også et udtryk for hvor tæt handlingen er forbundet med den enkeltes billede af sig selv, som det gode menneske. Lige såvel som udsagnet

”Afdelingsledelsen er nøglen i det her område. De skal sørge for at reglerne håndhæves og det gør de ikke altid (sygeplejerske)

kan ses som et udtryk for moderne opdragelseskriterier fra toppen med henblik på regulering af folkets (personalets) adfærd.

6.1.2 Kvinder og hygiejne – i hjemmet og i sygehuset

6.1.2.1 Hygiejne i hjemmet – den gode husmoder

I det 20. århundrede blev det store hygiejneprojekt sat i sving i den private sfære med husmoderen, som den aktivt handlende og udfarende agent i projektet om at holde hjemmet rent og ordentligt i den veritable bakteriejagt. Det gjaldt om at installere en ny sans, et instinkt - sansen for renlighed - med en vis religiøs overtone et stort anonymt opdragelsesprojekt med en endnu større vægtlægning af det æstetiske og moralske, men også som en del af et nyt smagsregime og moralkodex.

”At have orden er at være i orden”
var slagordet (Schmidt 1986 s. 122).

Den gode kvinde skulle nu ikke kun kendes på sine handlinger, men som en god husmor på både sit smagfulde hjem og senere på sit ”snehvide vasketøj”, som der stod i reklamerne helt op til sidst i ’60’erne.

Modbilledet var ”sjuskedorten” uden en kvindelig identitet, en uopdragen kvinde. Samtidig blev moderen gjort ansvarlig i hjemmet for plejen og opdragelsen af den kommende generation og hermed ansvarlig for slægtens og kulturens beståen, herunder opdragelsen til bl.a. håndhygiejne (ibid s. 115-130). Mon ikke det netop var i denne periode at det inkvisitoriske spørgsmål :”Har du vasket dine hænder ?” fra mor til barn så dagens lys?

Ifølge Schmidt (1986 s. 179-189) er det store ungdomsoprør i 1960’erne rettet mod denne traditionsstyrede forældregeneration og især moderens orden og renlighed. Det usoingerede blev moderne med bare tæer, langt hår og laset tøj og boliger med mørke farver og røgelse. Schmidt betegner ligefrem perioden som en principiel insisteren på roderi, og en ikke-skellen, som et opgør med orden og regelmæssighed og mod den personlige hygiejne og den anstændighed, der knyttede sig til denne.

I dag retter fokus sig i ikke mod hjemmet og den private hygiejne, men mod de områder hvor hjemmets opgaver er ”udliciteret” til d.v.s.. bl.a. børneinstitutioner, hvor børn har en højere sygelighed, end hvis de passes i hjemmet. Indsatsen i børneinstitutionerne skal forstås i det historiske lys af den ændring, der er sket i familien, som tidligere var den absolutte sociale grundenhed og dermed udgangspunktet for enhver læreproces i de handlinger, der vedrører f.eks hygiejne. Alle børn fødes ind i et artikuleret fællesskab og herindunder også et fællesskab med en defineret opfattelse af hygiejne. Denne opfattelse har gennem tiden været præget af nærmiljøet, den enkelte families forståelse af hygiejnens betydning og af den overordnede styring fra magthaverne. De enkelte familier producerer hermed med Bourdieus terminologi børn med forskellig habitus hvad angår hygiejne og dermed også deres handlinger såsom håndvask (Jarvinen 2000). Med den stigende industrialisering og kvindens indtog på arbejdsmarkedet er en stadig større del af denne dagligdag og de kompetencer man før opnåede i familien/hjemmet lagt ud til institutioner og dermed til læreres og pædagogers mange forskellige tilgange til hygiejne (Muschinsky 1998 s. 66).

Denne ændring i læringsrummet for hygiejne som traditionelt er lært gennem deltagelse i huslige gøremål, kan hermed tænkes at have en betydning for især det kvindelige sundhedspersonale, da hygiejne historisk har været knyttet til kvindernes område ansvarsområde

6.1.2.2 Hygiejne på sygehuset – den gode sygeplejerske

I det 19. – 20 århundredes renhedsideologi, var kun kvinder indenfor middel- og overklassen ”rene” og hygiejne i hjemmet blev tæt knyttet til det at skabe og opretholde orden ved hygiejniske handlinger. Opfattelsen af de gode/rene kvinder var at de var ”kvindelige, nette, dameagtige og jomfruelige”. Altså et ideal med klare tråde til den kristelige opfattelse af det rene og oplyste menneske.

Denne ideologi fungerede også som en moralsk – og praktisk - begrundelse for at basere sygeplejen på det reelle overskud af ugifte middel- og overklassekvinder. Kvinderne i Danmark skulle uddannes til sygeplejersker inspireret af den engelske sygeplejerske Florence Nightingales sygeplejereform, der sikrede faglærte, bestemte, selvstændige og ikke mindst pålidelige kvinder. Hun vægtlagde de ”gratismetbragte” kompetencer, som disse kvinder havde med fra hjemmet, nemlig evnen til at føre hus, holde orden, være selvopofrende og at være lydige mod hjemmets patriark. Sygehusets hierakiske opbygning er af mange blevet sammenlignet med hjemmet, med lægen som den patriakalske altvidende faderfigur, sygeplejersken som den omsorgsfulde moder og patienterne som de hjælpeløse børn. Kvinderne blev således tidligt ansvarlige for at skelne mellem rent og urent og at opretholde denne orden i såvel hjemmet som i hospitalet med hygiejne som metode (Lyngaa 1997, 1998).

Dette traditionelle ansvar som hygiejnens vogter blev for alvor cementeret og oprustet i 1960erne, da man i relation til de store udbrud på sygehusene med gule stafylokokker, som var modstandsdygtige mod de fleste former for antibiotika, oprustede det hygiejniske arbejde. Set i lyset af dels denne hierakiske opbygning og Schmidts fremstilling af 60érerne som en tid med en principiel insisteren på uorden, kunne man forledes til at anskue dette udbrud af stafylokokker, som et delvist afledt resultat i sundhedsvæsenet af oprøret i samfundet med dens manglende respekt for orden og hygiejne. Håndhygiejne og kravet om og evnen til at skelne mellem rent og urent blev nu afløst af potente antibiotika, som lægerne havde indført i sundhedsvæsenet, og som groft sagt gjorde hygiejne nytteløst set ud fra et rent medicinsk behandlersynspunkt. ”Fars” højteknologi (antibiotika) slog ”mors” lavteknologi (håndhygiejne)” i en efterkrigstid, hvor teknologien havde gjort sit indtog med stormskridt? Måske kan tiden dengang og nu ses som et oprør mod såvel ”mors” krav om orden og renlighed og den moral, der lå bag dette krav OG ”fars” regler udtrykt som retningslinier – altså et udtryk for et oprør mod det regel- og traditionsstyrede af en indrestyret generation?

For at forhindre et sådan udbrud igen blev der oprettet hygiejnesygeplejerskerstillinger, og i målet mod at kvalificere sygeplejerskerne som vogtere af hygiejnen blev der oprettet en specialuddannelse i hygiejne i 1986 for sygeplejersker med Statens Serum Institut som udbyder. Denne uddannelse blev revideret i 1992 og er nu udvidet til en 30 ugers uddannelse.

6.1.3 Sammenfatning

Sygdomme og forebyggelse af dem udvikles i samme takt, som vores samfund ændrer og udvikler sig. Sygdomme har historisk været tæt knyttet til religion, til samfundets sociale udvikling og dermed fordelingen af faktorer som bolig, mad og adgang til sundhedsvæsenet. De dertil relaterede forebyggelsestiltag som hygiejne har dermed også lagt sig tæt op af denne forståelse og udviklet sig i takt med dette. Hygiejne har dermed udviklet sig fra en livsopfattelse til en teknologi - men stadig med en etisk moralsk undertone.

Hygiejneområdet har op til i dag være reguleret af det, som Kant kalder fodlænker i form af hhv. lovgivning, retningslinier og i nutidig version en hygiejnestandard til at regulere menneskets praktiske handlinger, samtidig med at man har forsøgt at internalisere sansen for hygiejne i et større opdragelsesprojekt. Yderligere er Statens udmøntning af de hygiejniske tiltag og den tidlige sammenkædningen mellem lys og kristendom medvirkende til at hygiejnen er blevet stærkt italesat, og modsætningen til handlingerne omkring det at skabe orden og være renlig gjort endnu mere tydelig og ikke ønskværdig for det gode menneske. Straffen for urenlighed er historisk og op til i dag – sygdom.

Det hygiejniske felt har historisk været et kvinde projekt sat i værk af de mandlige magthavere med udspring i hjemmet og senere overført til en faglig sammenhæng, nemlig sundhedsvæsenet. Hermed giver ændringer i samfundets struktur og normative leveregler tilsvarende ændringer i familierne og dermed også i de kompetencer, som bl.a. sygeplejerskerne - som traditionelt havde været hygiejnens fanebærer - bringer med ind i uddannelsen. Har man ikke været i lære som ”den gode husmoder” og lært at overskue situationen, kan man ikke skille rent fra urent og dermed skønne, hvornår handlingen håndhygiejne er påkrævet. Læringsrummet for, hvornår handlingen håndhygiejne skulle udføres indskrænkes og nedtones i vor tid.

Yderligere kan begrebet hygiejne med sin historisk tætte tilknytning til hjemmet og dermed til mor give en associering til opdragelse og mor/barn relation, som ikke er hensigtsmæssig i en faglig interkollegial sammenhæng, hvor hygiejne er samtale emnet.

I hele denne iscenesættelse af hygiejnen og dens betydning ser jeg en dualisme mellem viden forstået som den naturvidenskabelige viden om smitte og dens årsager, men i høj grad også hygiejnens indflydelse på rammerne for og relationerne mellem mennesker, og hvordan deres handlinger indenfor det hygiejniske felt påvirkes.

Renlighed og dermed hygiejne er altså et kulturelt set relativt begreb, og en fælles standard for hygiejne har løbende været til diskussion op til vor tids udfærdigelse af hygiejnestandarden.

Hygiejne som metode har altid haft en ualmindelig stor påvirkning på de sociale processer på såvel samfundsplan som i den private sfære og har som sådan været udtryk for en stadig stigmatisering/stempling af de urene og uordentlige helt op til vor tid.

Med udgangspunkt i denne redegørelse for hygiejnens italesættelse vil jeg gå videre til en nærmere analyse af de kvalitative udsagn fra hhv. interview og spørgeskema. ”Den Nikomacheiske Etik” af Aristoteles vil således danne den overordnede analyseramme og nutidige teoretikere vil blive inddraget til yderligere afklaring af spørgsmålet:

Hvilke faktorer påvirker eller har indflydelse på valget af handlingen håndhygiejne ?

6.2 Hvad ligger der bag en handling?

Aristoteles definerer etik, som læren om rigtig adfærd eller handlen. En handling er ifølge Aristoteles et udtryk for en persons mening, d.v.s for den følelse, tanke eller bestemt sindelag, der ligger bag handlingen. Det kan være For at udføre en handling må mennesket være i besiddelse af en vis karakter og tænkning, idet

”enhver kunnen og enhver forskning, og ligeledes enhver handling og ethvert valg, menes at være rettet mod noget godt, og af den grund er ”det gode” med rette blevet ”det alt stræber imod” (Aristoteles 1996 s. 158).

Bag handlingen at vælge såvel som at fravælge handlingen håndhygiejne ligger altså den enkeltes mening, som et udtryk for hans mål med handlingen. Ud fra de kvalitative udsagn i såvel interviews som i spørgeskemaer er der tilsyneladende forskellige følelser, tanker og sindelag, der har indflydelse på dette valg rettet mod det gode. Dette angives som

*”ikke nogen undskyldning for at springe over håndhygiejne”, som
”noget der kan undlades i tilfælde af hjertestop” til
”ikke at bryde relationen til den anden”.*

Med udgangspunkt i Statslæren søger Aristoteles denne viden om hvad der er det gode, idet det i antikken var Staten, der forordnede, hvilken viden der var nødvendig og hvad og hvor

meget, der skulle læres af individerne i en stat for at opnå og bevare en stærk stat. Denne opfattelse af Staten, som øverste myndighed var som sagt også udgangspunktet for hygiejnens italesættelse fra det 1800 århundrede og op til vor tids hygiejnestandard.

Aristoteles definerer det menneskelige gode, som alting retter sig mod - *lykken*, som

” sjælens brug eller virken i overensstemmelse med dygtighed eller dyd og hvis der er flere dyder, i overensstemmelse med den bedste og mest fuldstændige” (Aristoteles 1996 s. 164).

Den menneskelige dyd er sjælens, og lykke er hermed sjælens virken (ibid s.166)

Ifølge Aristoteles er sjælen dels uden fornuft dels ejer af fornuft, idet handlinger kan falde forkert ud, selvom man ville noget andet. Aristoteles udtrykker det som

”at der også i sjælen er noget, som står fornuften imod, som sætter sig op imod den og dæmmer op for den” (ibid s. 167)

Det ikke-fornuftige kan således overtales af fornuften, af formaning, bebrejdelse og opfordring. Måske er det en sådan kollektiv hhv.formaning og bebrejdelse fra respondenterne til udgiveren (CAS) af spørgeskemaet, der gives udtryk for i udsagnene? At respondenterne forsøger at overtale den ”ufornuftige” spørger (CAS) om, at dette (forhold der vejer imod håndhygiejne) ikke er relevant at spørge om, idet det strider mod enhver fornuft og enhver viden? Nogle udsagn fremstår faktisk lettere formanende til den, der spørger, som f.eks.: *”der er ingen undskyldning for at springe (håndhygiejne) over”*. andre som bebrejdelser i form af udsagnene :” *i en travl hverdag har man ikke tid til det her!*” Ved at stille et ufornuftigt spørgsmål fik jeg altså respondenterne til reflektere over praksis og indtage en moralsk -men ikke nødvendigvis korrekt holdning- til de faktiske forhold. Lewin ville udtrykke det som, at spørgsmålet udløste uro og modstand, og der blev stilet mod en svarredigering, der nærmere skulle udtrykke det ideale og ikke det faktuelle.

6.2.1 Det gode menneske og 2 slags dyd

Menneskets dyd er den vane, der gør et menneske til et godt menneske, og som får det til at virke godt. Aristoteles opdeler i overensstemmelse med ovenstående dyd i intellektuelle og moralske dyder. Den intellektuelle dyd er den, der angår forstand og erkendelsesliv, og dermed evnen til at overveje, planlægge, drage slutninger, fælde domme og forme vurdering af situationen – alt sammen med den hensigt at handle hensigtsmæssigt (eks. visdom, intelligens og forstand).

Den anden dyd er den etiske eller moralske, som er indbegrebet af de principper og regler, som tjener som rettesnor i forholdet til andre mennesker (eks. rundhåndethed og besindighed).

De intellektuelle dyder er et resultat af oplæring og afhængige af erfaring og tid, mens de moralske er et resultat af tilvænning, forstået på den måde, at moral ikke opstår i os naturligt, men idet vi er modtagelige for dem, udvikler vi dem fuldt. Dyderne får vi altså ved at bruge dem (Aristoteles 1996 s. 165- 172).

Den moralske dyd er hermed i stand til at vælge mellemtingen, d.v.s. de forhold hvor der balanceres mellem følelserne og handlingen, hvor det der vælges hverken er for meget eller for lidt. I omgang med mennesker kan man således sigte mod hhv. at være behagesyg eller krænkende (ibid s. 45 og 86-). Dyd er altså en vane, der har med ens valg at gøre og som bestemmes ud fra midten, bestemt ud af fornuft, og det den forstandige ville bestemme ud fra. Midten ligger imellem de to ender – overdrivelse og mangler (Aristoteles 2000 s. 63)

Aristoteles fremfører således, at vi bliver gode ved at gøre det gode, idet gode handlinger udvikles på baggrund af af erfaringer gjort med gode handlinger. I denne sætning ligger både en opfattelse af, hvad det gode er for en størrelse, d.v.s. forholdet mellem viden og handling og ikke mindst hvad der er rationalet og bevæggrunden for at vælge denne handling. Holdninger opstår ud af de tilsvarende aktiviteter. Det bedste er, om vi tilvænes allerede fra barnsben (ibid s. 56).

Nedenstående to udsagn fra det kvalitative interview kan hermed ses, som en nutid forståelse af Aristoteles lære om, at man lærer det gode ved at være i det gode, underforstået at hygiejne læres i omgivelser, hvor det praktiseres:

”det er ødelæggende for moralen at se på rengøringen. Det var godt en tid men nu er her beskidt. Der ligger støv på alting og der er skidt i krogene. Det fordrer ikke personalets hygiejne.”

og

”hvis ting ser nussede ud, så opfører folk sig nusset.”

Jeg ser i de kvalitative udsagn en tæt sammenhæng mellem Aristoteles udsagn om, at moral er et resultat af tilvænning og det stort iværksatte opdragelsesprojekt som Schmidt (1989) beskriver i forrige århundrede, - en forståelse af at hygiejne også i dag er noget man både *gør* og *er*.

Grunden til denne stærke udmelding, denne modstand mod i spørgeskemaet at svare på hvilke forhold, der vejer imod håndhygiejne kan måske søges i det faktum, som Aristoteles (1995 s. 93) fremfører nemlig at man lærer en tilstand at kende af sin modsætning. Slår man således ordet ren, som jo hentyder til det resultat man opnår ved en god håndhygiejne op i Nudansk Ordbog (1992) ses følgende :

Ren er beslægtet med græsk *krinein* som betyder at *fraskille, skelne*.

Ren som begreb har bl.a. betydningen *ublandet, pur, klar, tydelig, fuldstændig og uforfalsket*.

Som modsat ses anført *snavset, moralsk angribelig* og selvfølgelig negationerne til det anførte, f.eks. *uklar og forfalsket*.

D.v.s. at vedkender man sig forhold, hvor håndhygiejne udelades, så kan man anklages for også at være et menneske, der ikke kan skelne—hvilket jo er en vigtig del af at kunne vælge midten - og at fremstå som bl.a. *snavset, moralsk angribelig og forfalsket*, eller som Schmidt(1986) anførte: ”en sjuskedorte”. I lyset af dette kan de markante kvalitative udsagn på spørgeskemaerne hermed tolkes som, at personalet har følt spørgsmålet, som et angreb på deres moral-på deres selv. Ikke så mærkeligt at vreden rejste sig! Jeg havde jo sat respondenterne i en konflikt.

6.2.2 At sætte respondenterne i et dilemma

Som jeg tidligere har citeret Lewin for, så er det i *unfreezing fasen* at konflikten opstår og kan skabe ubehag, angst og uligevægt.

Berthelsen (2003) fremfører, at man ved at sætte mennesker i konfliktyldte situationer, hvor de skal vælge mellem det gode og det onde, kan bringe dem til at anskue denne situation, som en udfordring og en genvej til nye erkendelser.

Dilemmaet som respondenterne blev sat i i deres besvarelse af spørgeskemaet affødte ikke, som jeg ser det, en genvej til nye erkendelser altså en *unfreezing*, efterfulgt af den ønskede *change* og *refreezing* - men snarede en forstærket *refreezing* af den eksisterende opfattelse af ”*at vi springer ALDRIG håndhygiejne over*”. Lad mig forklare hvorfor.

Da jeg i første omgang sorterede svarene fra det kvantitative spørgeskema kunne jeg tydeligt se, at spørgsmålene om ”*forhold imod håndhygiejne*” havde været til diskussion i personalegruppen under udfyldelsen, da spørgeskemaerne fra hver enkelt afdeling havde mere eller mindre enslydende kommentarer påtegnet. Dette tager jeg som et udtryk for, at svarmulighederne er blevet debatteret under udfyldelsen – udfordringen i spørgsmålet er taget op. Nogle steder havde diskussionen tilsyneladende taget udgangspunkt i det svært forståelige spørgeskema (som jeg ser som den ”nemme” tilgang til spørgeskemaet, hvor man ikke stiller sin egen holdning til det gode til skue) andre steder var det prioriteringen og dermed pointgivningen, der var for skud (lidt mere vanskeligt at diskutere i gruppen, men ikke ”farligt”) og endelig var der de udsagn, som jeg ser afgivet i den sammenhæng, hvor man har haft den moralske praksis håndhygiejne til diskussion. Denne diskussion er mere ”farlig”, idet

man her udsætter sig for kollektivets kritik, hvis man indrømmer ikke at have gjort det korrekte.

Udsagnet

”spørgsmålene ”imod håndhygiejne” er ikke mulige at svare oprigtigt på”

kan antyde informantens konflikt mellem det gode, der stiles imod – håndhygiejne og forebyggelse af smitte - og det der rent faktisk gøres – at håndhygiejnen springes over. Ved at svare oprigtigt stilles informanten i et moralsk dilemma, som tilsyneladende er så smertefuldt, at hun hellere vil undlade at svare.

En anden svarer at :

”spørgsmålene ”imod” kan jeg overhovedet ikke identificere mig med, d.v.s. jeg kan ikke svare på dem”

hvilket jeg også vil udlægge som en tæt sammenkædning mellem handlingen og personens etik. En sammenkædning som man må formode informanten også kan se - og ikke bryder sig om?

Ifølge Berthelsen (2003) satte jeg de udsurgte i et dilemma med spørgsmålet om forhold, der kunne tale imod håndhygiejne, idet jeg afkrævede dem en stillingtagen til det onde, et svar om og på det, der er et brud på retningslinien. Hermed fik de valget mellem at svare i overensstemmelse med den observerede lave efterlevelse af retningslinierne og dermed indrømme, at de springer over og således forbryder sig mod eksisterende viden, lærdom og den moralsk definerede praksis – eller at lyve! Udsagnene kan som sådan ses som et udtryk for den energi, der blev udløst såvel hos den enkelte, som i fagkollektivet.

Forklaringen på, at svarene primært er faldet i kategorien

”det kan vi ikke forholde os til – sådan gør vi ikke/kan vi ikke identificere os med”

og ikke som personalets klare fælles indrømmelse af at

”ja - sådan gør vi til tider”,

ser jeg som den meget stærke etiske grundholdning og vel også fælles konsensus om det gode, der må råde blandt sundhedspersonalet.

Spørgsmålet om forhold imod håndhygiejne er således et angreb på såvel den enkelte som på praksisfællesskabet. Det er selvfølgelig betryggende i sig selv, at vide at denne grundindstilling om at vælge og gøre det gode er tilstede i det danske sundhedsvæsen – men.... denne holdning/grundindstilling vil jeg også mene kunne være den barriere der vanskeliggør en adfærdsændring i forhold til højere compliance mht. håndhygiejne, hvis ikke

personalet er indstillet på at se kritisk og erkendende på denne selvopfattelse. Undersøgelser bekræfter denne diskrepans mellem personalets selvrapporterede antal håndhygiejner og det faktisk observerede antal og bestyrker hermed min påstand om, at dette forhold er en barriere. For et undervisningsmateriale som har en adfærdsændring som mål er det måske lige her den største udfordring ligger – nemlig at synliggøre forskellen mellem det man siger man gør - og det man rent faktisk gør men på en måde, så der sker en erkendelse og ikke en benægtelsen af praksis?

6.2.3 Sammenfatning

Hygiejne er ud fra ovenstående åbenbart stadig opfattet som en dyd, som den enkelte tæt forbinder med det gode og det gode menneske og som forstærkes af sproget. Dermed er det vanskeligt at forholde sig følelsesmæssigt til, at ens handlinger ikke er i overensstemmelse med det vedtagne gode og valget af mellemtingen, idet det opfattes som et angreb på såvel den enkelte som det fællesskab, hvor dyderne læres. Når denne uoverensstemmelse mellem ønsket om at gøre det gode og de rent faktiske forhold provokerende bliver sat i tale, udløser det en konflikt, hvori det primært kommer til at handle om en fastholdelse og bundfrysning af det ønskede idealbillede og en modstand mod at diskutere det faktiske forhold – nemlig at håndhygiejne springes over.

Retningslinien om håndhygiejne kan således illustrere et dilemma, idet den med begrebsparrene ”før eller efter”, ”rent eller urent” udtrykker den klassiske dualistiske opfattelse, et enten eller der passer i en naturvidenskabelig, kognitiv, kausalitetstænkning, men ikke i humanistisk, intuitiv samspilstænkning. Hermed tages der faktisk ikke afsæt i de tre handletyper som Scheel fremfører idet jeg opfatter denne tilgang som et både og. Ved at problematisere retningslinien og dermed afdække dette dilemma kan der måske skabes ny energi til at kvalificere valget af handletype.

Da dyd altså har med følelser og handlinger at gøre er det interessant at se videre på, hvilke drivkræfter eller barrierer, der kan ligge bag sundhedspersonalets beslutning om valg af handlingen håndhygiejne og hvorvidt yderlighederne eller mellemtingen vælges.

6.2.4 Ufrivillige og frivillige handlinger

Ifølge Aristoteles kan handlinger have karakter af at være frivillige eller ufrivillige alt afhængig af handlingsøjeblikket, hvor de vælges. Den frivillige handling gøres altså ikke under tvang eller af uvidenhed, men gøres ud fra en drivkraft i den enkelte og ud fra en viden

om alle enkeltheder i handlingen. Ufrivillige handlinger er de handlinger, der sker under tvang, af uvidenhed eller hvis kilden til handlingen findes udenfor en

”f.eks. hvis man bliver ført bort af vinden eller af en overmagt” (Aristoteles 1991 s.175).

Handlinger udført under trussel om, at noget forfærdeligt sker, om ikke man udfører handlingen kan dog ikke umiddelbart henføres som indlysende ufrivillig eller frivillige. Ifølge Aristoteles udfører man netop handlingen for enten at undgå noget værre eller for det godes skyld, f.eks at udføre ugerning for at frelse sine børn eller at smide sit gods overbord for at undgå at forlise med sit skib i en storm. Sådanne handlinger kalder Aristoteles blandede handlinger, men med størst karakter af at være frivillige. Aristoteles understreger, at sådanne handlinger kan udløse ros men også ris, og at de kun kan undskyldes, når man gør, som man ikke burde på grund af forhold, der er så uudholdelige, at de rent overgår den menneskelige natur. Det kan således være vanskeligt at vælge, hvilken pris en handling eller dens undladelse må have. Samtidig pointerer Aristoteles, at netop fordi situationer er forskellige er det ikke let at angive præcis, hvilke handlinger, der skal vælges i hvert enkelt tilfælde.

Men

Så begynder de selv at definere, hvad de mener er rigtigt

som denne mikrobiolog siger og man kunne vel forestille sig, at denne mening og dermed valget var påvirket af den emotionelle følelse omkring handlingen i et udtryk af enten ubehag eller glæde.

Informanterne giver i mange udformninger af svarene udtryk for:

”at vi ved det godt men...”

Hermed antydes at valget af håndhygiejne ikke er et bevidst valg, men på den anden side gives der heller ikke udtryk for at det er et bevidst fravalg. Er fravalget da ubevidst eller ureflekteret? Eller er der med Aristoteles definition udtryk for en blandet handling, når håndhygiejne fravælges? At vi i overført betydning ”smider håndhygiejnen overbord, fordi der er andre forhold, der gør situationen stormfuld og kan true med at sænke forholdet til den anden?” Som Aristoteles fremfører, så er alle valg et udtryk for, at noget vælges og noget andet fravælges. Der er altså en form for tænkning, overvejelse bag handlingen. Ved at sige *”vi ved det godt”* indrømmes en vis portion af intellektuel viden omkring risikoen for smitte men ved at sige *”men..”* indrømmes også en følelsesmæssig stillingtagen til handlingen, noget ikke - rationelt.

En sygeplejerske antyder en form for blandet handling når hun udtaler:

”personligt synes jeg at det er meget dårligt formuleret spørgeskema, idet de ting de vejer imod er urealistiske. Det kunne være f.eks. et hjertestop. Ellers er der ingen undskyldning”

Her er der altså på den ene side tale om at handle ufrivilligt, idet kilden til handlingen om at fravælge håndhygiejne skal findes udenfor en selv, som Aristoteles siger, idet ”kilden” her er et spørgsmål om truslen om patientens død, hvis tiden ikke bruges korrekt (nemlig på at genoplive), underforstået at den ikke ”spildes” med håndhygiejne. Handlingen kan på den anden side også opfattes som en blandet handling, hvis håndhygiejnen netop fravælges for at handle på det, der er større end at undgå smitte, nemlig at redde liv ved at prioritere hjertestopbehandlingen.

Viden om og dermed også erfaring for er for mig at se det, der skiller ufrivillige handlinger fra blandede handlinger. Kan der argumenteres for handlingen indkasseres der ros, kan man ikke indkasseres der ris:

”Og der skal gode argumenter til for at afvige den”.

Denne argumentation er vel netop af det gode og ikke som antydnet af mikrobiologen i ovenstående citat af det onde. Argumentationen for handlingen ser jeg som en stadig kvalificering af valget af midten, så det der er bedst for patient B ikke nødvendigvis overføres til patient A, som en stringent foreskrivende retningsline men bestandig debatteres ?

Handler man af uvidenhed, er dette således ikke med vilje men ufrivilligt, idet man jo ikke vidste, hvad det var man gjorde. Her skelner Aristoteles dog mellem uvidenhed og at være uvidende.

Aristoteles siger at

”Uvidenheden kan gælde hvem der handler og hvad handlingen er, og hvad den gælder, eller i hvilken anledning man handler, af og til også hvormed man handler, f.eks hvilket redskab, og i hvilken hensigt f.eks. for at redde sig selv eller andre og hvordan man handler f.eks roligt og voldsomt ” (Aristoteles 1996 s.178) .

Er man uvidende om et af disse forhold og hvis man ved påpegning af disse forhold føler sig ubehageligt berørt og beklager sin handling, kan man siges at have handlet ufrivilligt. Det vigtigste er en handlings effekt og dens hensigt (Aristoteles 2000 s. 76).

En sygeplejerske antyder, at grunden til at man ikke vælger handlingen håndhygiejne skyldes det forhold at:

”....man sjældent ser resultatet af det man gør eller ikke gør. Det er jo ikke til at vide om Olsen fik sin infektion fordi jeg ikke vasker fingre...”

En hygiejnesygeplejerske siger det på denne måde:

”Vi er jo ikke anderledes at vi hvis vi ser resultatet, så sker der noget”

En tredje sygeplejerske udtrykker det således:

”Man kan snakke om der er viden nok, men jeg tror nok, at vi mangler viden om hele den sammenhæng infektioner indgår i”

Viden her er altså ikke at forstå som uvidenhed, for den viden indrømmer personalet jo, at de har, men at de er uvidende om sammenhængen og om resultatet/effekten af, hvad der sker og hvad prisen er, når handlingen udelades.

Ifølge Aristoteles erkender vi også, at når vi tilsyneladende ofte handler mod vor viden, så sker dette, fordi vi bruger ordet viden på to måder. Både den der har viden men ikke bruger den, og den der har viden og bruger den – for begge kan man sige: at de har viden. Forskellen ligger i, at det ikke synes rimeligt at have viden og så ikke bruge den (Aristoteles 1996 s. 192-193). Viden er ikke nok at have, den må vokse sammen med en og som Aristoteles siger, så tager dette tid. Personalet angiver at have viden, men dette er åbenbart ikke drivkraften bag deres handlinger – derimod ser det ud som om, at drivkraften tilsyneladende ligger i det, at kunne se sammenhængen mellem handling og effekt.

6.2.5 Handlinger og de muligheder de gives

I såvel spørgeskemaet som i de kvalitative interviews gives der generelt udtryk for, at hvad vi foretager os er velovervejede, frivillige handlinger.

*”jeg foretager altid”-, ”jeg har ikke points at dele ud af” – ”det passer ikke på mig”-
”jeg tænker altid over hvad jeg gør etc”.*

Dette er efter min mening ikke korrekt. Nærmere vil jeg sige at vi i vores daglige adfærd er styret af vores vaner, hvilket antydes med det lille ”...men” . Vaner er noget vi foretager os uden nærmere reflektion og som er forankret i vores sociale, kulturelle og classespecifikke tilhørsforhold. Set i lyset af Aristoteles udsagn om, at handlinger læres i omgang med hinanden er en handling som håndhygiejne, således en del af den generelle socialisationsproces, opøvet i hjemmet og som nu skal omsættes og udøves i en faglig sammenhæng. Det synes indlysende, at med de mange forskellige kulturer som hvert hjem er karakteriseret ved og den aldersmæssige spredning og dermed også forskellige historiske opvækst- og opdragelsesforhold, der er gør sig gældende blandt sundhedspersonalet er der forskellige tilgange til at vælge handling – eller at have fået inkoorporeret vanen håndhygiejne, som jeg beskrev i starten af specialet. Vanerne er således dybt forankret i

personligheden og indgår i et eget værdisæt, som er skabt af såvel den enkelte familie som de samfundsmæssige værdier.

Ifølge Aristoteles dannes menneskets karakter af dets adfærd og ikke kun ved at kende det gode. Gennem øvelse, det gode forbillede, opdragelse og erfaring opnår mennesket det Aristoteles kalder phronesis, d.v.s. evnen til at vælge den rette handling, evnen til at vælge midten. Phronesis bygger hermed på praktisk visdom og består af en evne til at læse en situation rigtigt, evnen til at følge op på situation og handle rigtigt i forhold til denne (Jensen 1990 s. 135- 173). Men ...hvis læringsrummet er præget af en fornægtelse af at praksis ikke er optimal, så vil phronesis som jeg ser det på den ene side kunne bygge på en forældet og ureflekteret praksis: "sådan har jeg altid gjort", men vil på den anden side gennem det gode forbillede, den gode overvejelse og reflektion stadig kunne udvikles til "jeg bliver klogere"-afhængig af personens og kollektivets vilje til at ville ændre adfærd.

Aristoteles fremfører hermed, at valget af handling har at gøre med midlerne til målet, valget gælder altså det vi råder over, det der er muligt og som står i vores magt ud fra den historie vi har med os og den kontekst vi skal handle i. Vi vælger at opnå eller at undgå noget og valget kan hermed billiges eller misbilliges – det kan roses eller rises. Hermed kan valget komme i konflikt med det vi mener, idet meninger ikke nødvendigvis er udslagsgivende for valget. Man kan have en mening, der er god nok men alligevel på grund af en "last" som Aristoteles benævner det, træffe et valg, som man egentlig ikke bør.

Ved at antyde i spørgeskemaet, at udspørgeren er bekendt med at håndhygiejne overspringes gøres informanterne opmærksomme på denne "last" og bliver som følge heraf ubehageligt berørt. Nogle griber til om ikke at beklage denne handling men så indrømme den, som denne sygeplejerske gør:

"Forhold der taler imod er svær at udfylde, da jeg ikke har nogle points at dele ud af. Jeg husker ALTID hænder og jeg kunne såmænd nok godt vaske mere"

Samtidig ligger der vel også i dette udsagn det Aristoteles udtrykker som, at vi vælger det, der er muligt. Så dette valg blevet en del af os selv, da det er vores skøn der vurderer mulighederne, der vælger handling. Hermed antager sætningen

"..vi ved det jo allesammen at vi skal vaske hænder men...."

i mine øjne karakter af personalets undskyldende messende mantra, - noget vi alle siger og som dermed bliver det vedtagne grundlag for vores handlinger. "Vi ved det er forkert – men bare vi alle ved det, så er det vel ok??" Hermed kan mantraet i en faglig sammenhæng vælges at lade stå vedtaget men upåagtet hen, som en fælles dogmesætning eller den kan sættes til

diskussion i en undervisningssammenhæng. Sættes sætningen til diskussion – og det mener jeg klart den skal!- så ligger udfordringen i en undervisning i håndhygiejne vel netop også i at gøre dette valg kvalificeret, at illustrere muligheder og ikke mindst konsekvenser af disse muligheder og deres afledte handlinger? Med andre ord at vælge midten, som ligger imellem at overdrive eller at helt at undlade handlingen, og at gøre dette ud fra en viden om smitte og et hensyn til den anden. Eller som Scheel (1994) fremfører, at man i skæringspunktet mellem de tre videnskaber skal uddrage den rette viden med det mål, at den kan afhjælpe problemstillingen.

6.2.6 Sammenfatning

Valget træffes altså på baggrund af fornuft og tanke, på baggrund af overvejelser og ud fra hvad der er i vores magt og som kan gøres/lade sig gøre. Handlinger er således frivillige, ufrivillige eller blandede. I overvejelsen af valget af handling sker en udforskning og analyse af situationens mulighed, man undersøger midlerne til at nå til målet.

Mennesket er udgangspunkt for sine handlinger, overvejelse gælder de ting man selv kan gøre og handlinger har dermed sin hensigt i noget andet end sig selv og ikke mindst vigtigt – når valget er truffet, så stemmer vores stræben overens med beslutningen, d.v.s.. handlingen er blevet en del af os. Valget eksistere derfor ikke uden fornuft og tænkning og moralsk sædvane. Hermed kan man ikke være god uden at være forstandig idet den forstandige er den der kan udføre sine beregninger og overvejelser over situationen ud fra det rette mål. Visdom har den der har både viden og indsigt (fornuft)

Jeg ser således, at viden kan opdeles analogt til Aristoteles opdeling af dyd, altså som værende af både almen og specifik karakter. Dette skal forstås, som en viden, der henholdsvis er overordnet d.v.s. en boglig viden, og som en viden med sammenhæng til de konkrete situationer vi handler og ikke mindst har handlet i, altså en personlig viden.

Den generelle viden er ikke den viden, som er vores handlingers drivkraft, (*”vi ved det jo godt men..”*) det er snarere de emotionelle og selvoplevede oplevelser, der er udslagsgivende (*”vi er jo ikke anderledes end at vi hvis vi ser resultatet, så sker der noget”*). Man kunne her også tale om hhv. en autoritativ og en autentisk, situationsbestemt og erfaringsbaseret viden.

Følelserne er altså ifølge Aristoteles den langt overvejende faktor, der driver os. Ordet ”emotionelle” af latinsk *motere*, som betyder at bevæge (sig) illustrerer den drivkraft, der ligger bag.

Jeg vil altså konkludere, at handlinger er målrettede og intentionelle, de indeholder et praktisk aspekt, de giver mening for den enkelte i situationen uanset om de er frivillige, ufrivillige eller blandede og de er tæt knyttet til individet, idet det er individet, der beslutter hvorvidt handlingen skal vælges at udføres. I forhold til håndhygiejne kan det udledes, at valget af handling har karakter af at være en blandet handling med en nedprioritering af det smitteforebyggende hensyn til fordel for andre forhold.

Jeg kan derfor udvide definitionen af handlinger og dermed også for handlingen håndhygiejne, som værende:

- Styret primært af den enkeltes emotionelle holdning til den konkrete handling og ikke af en overordnet udstukket holdning
- Styret af tidligere erfaringer der siger at den specielle handling giver det ønskede resultat
- Styret af såvel positive som negative holdninger til handlingen

Og endelig

- Den samme handling kan være styret af forskellige motiver alt afhængig af situationen - men midten skal foretrækkes

Det der styrer vores tænkning og dermed vores handling er altså vores udforskning og analyse af situationens muligheder. Men hvordan ”ser” sundhedspersonalet situationen og hvad tænker de om, det de ser, før de handler?

6.3 Hvad ser medicinske fagpersoner, når de ser?

Vanskelighederne omkring valg af rette handling indenfor sundhedsvæsenet har afsæt i det faktum, at al behandling og pleje udspringer af mødet mellem sundhedsvæsenets personale og patienten. Pleje og behandling har hermed med det situationsbundne og det situationsafhængige at gøre og er tæt forbundet med primært sundhedspersonalets situationsfornemmelse. Hver situation er unik og selve situationen er under forandring, idet interaktionen mellem sundhedspersonalet og patienten bestandig udvikler sig. Var hver situation ikke i sit udgangspunkt at betragte som værende ny og principielt ubestemt d.v.s. unik, situationsbunden og udefineret ville det være ikke at respektere patienten som et selvstændigt, myndigt og ligeværdigt menneske – altså moralsk forkasteligt. (Scheel 1994).

Som Aristoteles var inde på, så er situationer forskellige og dermed er det ikke enkelt at angive præcis, hvilke handlinger der skal vælges i hvert enkelt tilfælde. I det kvalitative interview udtrykkes dette forhold som:

”Det er ikke sikkert, at det der er rigtigt for patient a - også er rigtigt for patient b. Hvordan laver man procedurer med individuelle hensyn og ikke kører det hele over en kam? Det er også det, som er argumentet for lægerne og for så vidt også for sygeplejersken for at afvige fra proceduren, fordi at man skønne, at her ville patienten være bedre tjent med det” (mikrobiolog)

Indenfor både den medicinske lægeverden og den sygeplejefaglige verden taler man således om at kunne udføre et skøn – nærmere betegnet et klinisk skøn, nogle udvider det ligefrem til et klinisk kvalificeret skøn. Ordet skøn er afledt af ”skynja” fra oldnordisk, der betyder ”at have for øjnene, at se” Skøn defineres i Gyldendals Ordbog (1992) som:

”at tage eller danne sig et skøn over situationen, beskikkede sagkyndige personers bedømmelse af en sag” .

En ældre definition af skøn fra 1914 i Gyldendals Danske Ordbog for Folket lægger sig endnu tættere op af mulighederne for valget, som Aristoteles er inde på:

”Den mening man danner sig, som man afsiger på grundlag af den klarhed som forholdene og ens egen slutte –og dømmekraft har tilladt en at nå til = klarsyn.”

Fagpersoner foretager en totalvurdering af patientens situation og beslutter og handler altså på grundlag af mønstergenkendelse og ekspertviden. Skøn gøres oftest ubevidst på trods af en logisk dataindsamling dels gennem samtale med patienten dels gennem observationer. Denne indsamling og bearbejdning af data er præget af fagpersonens holdning, etik, forståelse for patientens situation og erfaring fra tidligere situationer og det kliniske skøn skal ses som i evig bevægelse og genstand for stadig refleksion. Scheel (1994 s. 184-) er dermed på linie med Aristoteles om, at vi forud for handlingerne analyserer situationer, og at vores handlinger primært er styret af emotionelle erfaringer.

6.3.1 Det kliniske blik – et udtryk for den moderne medicin

M. Foucault (2000, Schmidt 1985 s. 18-23) undersøger i ”Klinikkens fødsel systematisk bruddet i et bestemt, afgrænset vidensfelt i en række centrale, medicinske tekster fra 1775 til 1825, idet dette brud markerer den moderne epokes opkomst. Lægevidenskabens historie fremstilles som et brud mellem en artsmedicin i det, Foucault konsekvent kalder den klassiske tidsalder (perioden fra det 17. århundredes slutning til det 19. århundredes begyndelse), og en anatomisk-klinisk lægevidenskab, der kan påvises i medicinske tekster fra begyndelsen af det

19. århundrede. Foucault hævder, at dette nye syn på viden ikke blot skyldes en bortkastelse af religiøse forbud mod undersøgelse af mennesket, men i højere grad en ny form for videnskabelig objektivering og synliggørelse af patienten for det medicinske blik. Foucault beskriver de mange komponenter, der indgår i skiftet fra en artsmedicin, der via *tegn* udpeger sygdomme i kraft af deres plads i en overordnet klassifikation, til en anatomisk-klinisk medicin, der trænger bag om overfladen og patienten til organkroppen med dens egen orden og organernes eget liv. Lægerne blev i den nye medicinske epoke således i stand til at se og sætte ord på fænomener, der hidtil havde ligget hinsides det synlige og udsigelige. Et sammenbrud i de gamle vidensformer, baseret på teoretiske konstruktioner og fantasmer blev hermed afløst af erfaring og en praktisk måde at forholde sig til sygdom på.

Den nye sammenhæng lagde afgørende vægt på det synlige – ”*blikket*”- som Foucault kalder det. I Foucaults udlægning har lægevidenskaben altid været snævert knyttet til politiske og økonomiske magtstrukturer og har dermed både været et magtinstrument og en overvågningsinstans. Som Schmidt (1986 s.31) påpeger, så havde ordensmagts medicinske blikke i oplysningstiden og fremefter til opgave at gennemkrydse og klinisk registrere det sociale og individuelle livsrum detaljer med særlig henblik på at kunne udarbejde forslag til regulative indgreb og lovgivning i sundhedsanliggender.

Blikket skulle fange de individuelle og afvigende træk og blev en væsentlig del af skønnet - det øjet så var udslagsgivende for handlingen (Foucault 2000 s. 7-21). ”*Det nye blik*”, der havde magt til at se og overvåge menneskets anatomi og helbredstilstand, skulle rette sig mod *symptomer* og *tegn* hos den syge.

Symptomet var sygdommens umiddelbare fremtrædelsesform, dette var det synligste, det essentielle. Hoste, feber, slim og opkast er hermed essentielle *symptomer*, de er beviset på den sygelige tilstand.

Tegnet derimod er såvel en prognostisk, anamnestisk som diagnostisk meddelelse, idet det viser, hvad der kommer til at ske, hvad der er sket og hvad der foregår lige nu. *Tegnet* giver ingen viden, det udgør højst et grundlag for en erkendelse. *Tegnet* peger således på det, der ligger længere væk, slutresultatet og siger det som *symptomet* er. Men *tegnet* får kun form, og gyldighed indenfor rammerne af de spørgsmål, som den lægelige undersøgelse stiller (ibid s. 135-148).

Videre besidder *blikket* ifølge Foucault den evne, at det kan høre et sprog i det øjeblik, det får noget stillet til skue. *Blikket* er altså

”en perceptuel handling, der er baseret på en operationel logik, det er analytisk, fordi det genskaber elementernes genese, men det er blottet for enhver aktiv indblanden” (ibid s. 159)

Det kliniske blikks hensigt var at gøre det usynlige synligt. Det der ikke faldt indenfor *blikkets* målestok lå udenfor grænserne af mulig viden. Det synlige blev lagt til skue for øjet ved autopsier d.v.s.. ved dissektion af lig og nøje beskrevet og senere udvidet ved teknikker, som stetoskopi, perkussion¹⁹ og mikroskopi, der af kunstig vej fremkaldte *tegn* til trods for, at der ingen symptomer var. *Blikket* blev en del af en sanssemæssig triangulering sammen med øret og følesansen et søgende blik med naturvidenskaben, som den der dirigerede blikket (ibid s.208-232).

Det usynlige – ”kimet” - som Holmes kaldte det, havde hermed trange kår, idet det kun var synligt gennem mikroskopet og derfor ikke kunne udfolde sig i direkte tilknytning til patienten. Sammenhængen mellem ”det usynlige” og sygdom forblev upåagtet.

6.3.2 Blikket idag – er det blevet skarpere?

I dag er sammenhængen mellem håndhygiejne og smitte kendt i den deskriptive form, mikroorganismene er med mikroskopets fremkomst gjort synligt - men det synes som om handlingerne stadig i høj grad er styret af det, der er synligt for øjet,

”Vi forstår udmærket at det ikke må komme i patientens sår eller når vi suger ham i halsen, men når vi går (hen) og siger goddag, så tænker vi ikke over det”(sygeplejerske)

Vi ved det alle sammen, at vi skal vaske hænder men der er mange rutiner. Man siger ”Nåå ja jeg har kun rørt patientens bord og ikke patienten” og så går man ud og rører madvognen man ser ikke risikoen, for man har ikke haft hænderne i et sår. Man ved godt at man skal vaske hænder men ikke hvorfor. Det bliver ikke omsat til praksis og selv om forståelsen er der afspejles det ikke i handlinger (sygeplejersker)

Ser jeg på disse to udtalelser fra informanterne i henhold til den sanssemæssige triangulering, som en del af skønnet, så glimrer mikroorganismer også idag ved kun at påkalde sig opmærksomhed, når man mærker at man bliver snavset, eller når man ser snavset.

¹⁹ Ved stetoskopi lyttes der på f.eks lunger og hjerte med henblik på at diagnosticere uregelmæssigheder, ved perkussion bankes der let med fingrene på kroppen for at diagnosticere væske eller luft i kroppen.

Der er således stadig en traditionel prioritering af det synlige, af det der er *symptomet*, nemlig såret og dets sekretion, eller slim som symptom på en luftvejslidelse, der kræver at man suger patientens luftveje fri for dette slim. Her er noget man kan se og mærke, noget man kan blive snavset af – noget urent. *Tegnet* er her også tilstede i form af et synligt sår, et sted hvor der ikke normalt er hul på huden, sårets tilstand og udvikling giver informationer om fremgang eller tilbagegang – det er både anamnestisk, diagnostisk og prognostisk.

Den operationelle logik hænger sammen med analysen: Sårsekreter indeholder bakterier, sårsekretet kan ses med det blotte øje, det kan lugtes, det kan registreres på fingrene, det er på alle måder urent - altså fordrer det håndhygiejne. Her er der ingen tvivl om, at *blikket* ”ser” om ikke mikroorganismene, men så mulighederne for at de er tilstede, her er forståelsen for at udføre handlingen håndhygiejne for at undgå smitte på plads. Det er måske lige her i det synlige, at sammenhængen kan erkendes, denne sammenhæng som sygeplejersken her efterlyser:

”Man kan snakke om der er viden nok, men jeg tror nok, at vi mangler viden om hele den sammenhæng infektioner indgår

Derimod er det ikke synligt for øjet, at når man udveksler håndtryk mellem hænder, der ikke er synligt snavsede, så udveksler man også de mikroorganismer, som man har på hænderne.

” vi ved det godt men vi tænker ikke over det, fordi vi ikke kan se det”.

Blikket er stadig trænet til det synlige, til symptomerne

”det er godt med billeder af bakterier på dørhåndtag osv” (sygeplejerske)

Når der i blikket, der går forud for handlingen således kun lægges vægt på det synlige, så udelukkes den sammenhæng, som handlingen håndhygiejne indgår i. Litteraturundersøgelser viste jo netop, at selv om personalets hænder ikke var synligt snavsede, så var de forurenet med mikroorganismer fra patienten og hans miljø. Man kan altså ikke forlade sig på, at det der ikke er synligt ikke findes og dermed ikke kræver en handling.²⁰

Forklaringen på hvad det er, der styrer blikket idag skal måske søges i det Malterud (1995 s.30) beskriver som ”den diagnostiske proces” i vor nutidige medicinske lægelige verden:

²⁰ Utallige gange mens jeg i specialet skrev om ikke at se eller ikke ville? se det usynlige, er billedet af Lord Nelson med kikkerten for det blinde øje i slaget mellem den danske og den britiske flåde i 1801 dukket op for mit indre blik. Nelson ”så ikke” flaget, der var hejst til overgivelse og vandt dermed slaget. Gad vide, hvad det er personalet ikke vil se i deres bestræbelse på sejr og hvad er det for et slag de gerne vil vinde?

Symptom – undersøgelse- fund – diagnose- behandling. Denne proces kan ses som en afdækning af entydige, lineære og logisk kausale sammenhænge. Bag denne nutidige beskrivelse ser jeg, at den moderne medicins ide, som Foucault beskriver stadig ligger. Men i modsætning til, da den moderne medicin fremlagde disse kriterier for den kliniske virkelighed og den diagnostiske proces, er der i dag en erkendelse af, at disse forhold oftest er langt mere komplekse og ikke umiddelbart kan lægges ud som en lineær proces, hvor noget kommer før noget andet. Dette bekræftes i interviewudsagnene. Det er stadig det synlige, fornemmelsen af snavs, der sætter handlingen håndhygiejne i værk.

6.3.3 Sammenfatning

De kvalitative udsagn er altså et udtryk for det skøn, bestik, blik af den konkrete situation, hvor håndhygiejne skal foretages og hvor den enkelte fagperson udøver et skøn over konsekvensen af handlingen. Vurderingen sker ud fra data, der umiddelbart er at observere i situationen, den personlige erfaring man har med tidligere lignende situationer og i mindre grad ud fra den naturvidenskabelige viden om smitte. Handlingen sættes således iværk ud fra en samlet betragtning, der tager hensyn til både egne og patientens behov, men som altså primært ud fra udsagnene ser ud til at være ud fra en æstetisk-ekspressiv og moralsk-praktisk forholden sig til det blikket ser. Skønnet bliver således i højere grad styret af den autentiske og ikke den naturvidenskabelige autoritative viden udtrykt i retningslinien for håndhygiejne.

Det skøn, der ligger bag valget om håndhygiejne eller ikke håndhygiejne, er den dag i dag præget af tanken omkring det synlige, en arv fra den moderne medicins fødsel. Det antydes også, at fravalget om håndhygiejne sker ud fra en vurdering af ”at hvad man ikke kan se – har man ikke ondt af” analogt til udtalelsen ”man ser ikke risikoen, for man har ikke haft hænderne i et sår”. Den sansemæssige triangulering slår her igennem – kan man ikke høre det, ikke se det og ikke mærke det – ja så findes det ikke.

Det synlige, det diagnostiske, anamnesticke og prognostiske vejer åbenbart stadig tungt for sundhedspersonalet i valget af handling – fremtidsaspektet i form af smitte og konsekvenserne af smitte (sygdom) skal åbenbart være kendt eller selvoplevet for at handlingen håndhygiejne vælges.

Et undervisningsmateriale må stile mod at skærpe blikket, at give det usynlige et indre billede hos sundhedspersonalet af mikroorganismer, som noget der kan ses og føles. I denne analyse af situationen, i dette blik må handlingen og dens udfald vælges, så der er taget højde for såvel viden, den kontekst som skønnet udøves i og som handlingen skal udføres i, samt den

subjektive dømmekraft, som den enkelte har i den aktuelle situation. Således kan man som Aristoteles siger stille mod at valget gøres ud fra midten – ud af fornuft og forstandighed.

Bag blikket, i analysen af dette ligger altså en mønstergenkendelse baseret på tidligere oplevelser, så jeg vil nu gå videre og se på erfaringsgrundlaget for det usynlige

6.4 Erfaring, samspil og reflektiv tænkning:

Som udgangspunkt for skønnen er erfaringen i denne sammenhæng åbenbart af største betydning.

Citatet fra denne sygeplejerske vidner om, at erfaring er grundlaget for handlinger

” vi er jo ikke anderledes at vi hvis vi ser resultatet så sker der noget”

Set i relation til en afklaring af blikkets betydning kan J.Dewey med sin genkendelse af mønstre som baggrund for handling give et bud på, hvad det er vi ser, analyserer og konkluderer på, før vi handler.

Et af hovedpunkterne i Deweys filosofi er, at mennesket sonderer/vælger mellem de muligheder som naturen giver, og at denne sondring og argumentet for handlingen er bundende i den konkrete nyttevirkning den enkelte sondring har (Fink 1969 s. 13). Deweys tilgang til handlinger er derfor umiddelbart meget lig Aristoteles.

6.4.1 Erfaring og samspil

Dewey kalder resultaterne af menneskets umiddelbare og bestandige vekselvirkning eller samspil med omgivelserne for erfaring. Dette samspil har både en aktiv og en passiv side, mennesket påvirkes af og påvirker sine omgivelser. Erfaring er hermed en løbende proces, som kan have forskellige kvalitets niveauer og være af både negativ og positiv karakter, idet den viser sig som enten en lyst eller en ulyst i den aktuelle handling. Denne kvalitet af erfaringen er resultatet af tidligere handlinger, der udføres på baggrund af tidligere erfaringer, som er resultatet af andre handlinger osv. Enhver erfaring lever således videre i nye erfaringer og kan tage karakter af at være enten opdragende, d.v.s. søgende mod et mål, der har det gode eller væksten for øje eller de kan føre den enkelte på vildspor, som jeg ser er tilfældet, når personalet i over 50% af tilfældene fravælger håndhygiejne, ud fra den erfaring, at *”de aldrig har set at der er sket noget?!”*

Erfaring er hermed den nære forbindelse mellem at handle og gennemleve. Det sansede i det at gennemleve spiller en væsentlig rolle, og skal i denne hygiejnesammenhæng ifølge

nedenstående udsagn tæt forbindes med ”fornemmelsen” af noget urent, noget snavset altså en billedliggørelse af det usynlige! En af testpersonerne af VAV ²¹udtrykte det således

”I skal i programmet give en fornemmelse af noget, der kribler og krabler!”

og dette udsagn uddyber det yderligere:

” at det ville være smart hvis der var farve på bakterierne”

Det tyder altså på, at selv om man ikke kan se ”det” så hjælper det at kunne visualisere ”det”, i sin erfaringsdannelse. En bekræftelse på at blikket yderligere skal skærpes i den sansemæssige triangulering.

Det som man har tilegnet sig af viden og færdigheder - og måske altså også som imaginære billeder? i en situation bliver et redskab til forståelse og effektiv behandling af de situationer der følger. Dewey kalder det erfaringernes kontinuitet og understreger, at der hermed er to dimensioner i erfaringen, nemlig kontinuitet og samspil (Fink 1969 s.190 218).

”Learning-by-doing” kan man kalde Deweys erfaringspædagogik – Lewin kaldte det at eksperimentere – to sider af samme sag.

Citatet :

„vi er jo ikke anderledes at vi hvis vi ser resultatet, så sker der noget“

er netop en illustration af, at erfaringer gjort i handlinger fører til erfaring, der iværksætter eller evt. ændrer handlinger. – ligesåvel som citatet

” det er jo ikke til at vide om Olsen fik sin infektion, fordi jeg ikke vasker fingre.....”

illustre at handlinger uden effekt ikke fører til adfærdsændringer.

Fink (ibid s. 15) giver eksemplet, at hvis man en gang er blevet syg af at spise fisk, så påvirker det ens samspil med de næste måltider, hvor fisk er på bordet. Med mine infektionshygiejniske øjne er dette eksempel ikke det bedste til at illustrere en erfaring, der sætter den rette ramme for handlingen at undgå fisk, da netop bevisbyrden for at det er fisken, der er årsagen til sygdommen kan være problematisk. Man kan være den eneste, der blev syg ved bordet, selvom andre også spiste fisk, man kan have fået et specielt tilbehør som andre ikke fik, men som man ingen erfaring har med, eller noget helt 3.die kan være årsagen. Der er i et sådant forhold for mange mulige årsager til, at man blev syg, til at man kan sige, at det er en solid (dårlig) erfaring - eller som Lewin ville kalde det ”en stor oplevelse”- man har gjort sig med fisk. Finks eksempel ligner den vage erfaring, der gør sig gældende med hensyn til håndhygiejne og som også er blevet belyst i litteratursøgningen: mange forhold skal gøre sig

²¹ Det elektroniske webbaserede håndhygiejnemateriale *Værd at vide om håndhygiejne* blev i sin grafiske udformningsfase testet flere gange på udvalgte sygehuse af udvalgte personale.

gældende for at infektionen, som nævnt kan opstå og der er ingen direkte synlig sammenhæng mellem det man gør og resultatet - nemlig infektionen. Dewey illustrerer en lignende oplevelse, hvor man ikke er helt sikker på sammenhængen mellem handling og effekt med eksemplet om den sovende mand, der bliver overrasket af ilden og får svære forbrændinger (ibid s. 97) Manden har bogstavelig talt sovet sig fra sin erfaring, idet sammenhængen mellem handling og effekt jo ikke kan udlægges som ”at den der sover bliver forbrændt”.

Deweys eksempel med et travlt optaget barn, der får fingrene i ilden, er et bedre og langt mere distinkt udtryk for en ”stor” erfaring med tætte forbindelser mellem handling og oplevelse. Handlingen – at række fingrene ind i ilden - og oplevelsen og effekten/resultatet– forbrænding og smerte - er forbundne. Den ene kommer til at minde om og betyde den anden. Barnet oplever hvad varme og smerte er (ibid s. 97).

Tænk hvis der var samme ”smæk for skillingen”, når håndhygiejne ikke blev udført i henhold til retningslinien!

Hvilken årsagssammenhæng den enkelte tillægger handling og effekt er måske netop udtryk for det, som Lewin kalder ”små” og ”store” oplevelser, og som dermed giver ”små” og ”store” erfaringer, som med meget forskellig vægt indgår i det tidligere nævnte kontinuum af erfaringer? Dewey udtrykker det netop som, at enhver erfaring har en bevægende kraft, hvis værdi bedømmes ud fra, hvad den bevæger sig imod eller ind i (ibid s.207). Da der ikke er nogen ”brændt barn effekt” i forhold til manglende håndhygiejne tillægges denne handling tilsyneladende ikke den store effekt.

Dewey understreger, at da mennesket er et socialt væsen, så gøres erfaringer i fællesskab og i samspil med andre, og i en fælles indpassen sig omgivelserne med vækst som mål (ibid 209-213). Det er vel netop denne tilpasning, denne svarredigering, der får respondenterne til at nå til den tidligere omtalte mere eller mindre fælles erklæring om udsagn som enten

”vi forstår ikke spørgeskemaet”, eller ”vi kan ikke pointinddele” eller ”sådan gør vi ikke” -

Deres refleksion over handlinger samles i et fælles: ” *vi gør eller vi gør ikke*” og handlingen håndhygiejne tilpasses hermed gennem dialogen de vækstmuligheder, som personalet oplever gives håndhygiejne i den praktiske hverdag.

Anskues erfaringer som oplevelser kan de, hvis de ellers optræder som tilbagevendende og hyppige blive så repræsentative, at de får gyldighed for gruppen som helhed som moralske regler og principper. De antager form af ritual eller tradition, men skal bestandig udsættes for refleksion for at sikre sig en gyldig og tidssvarende sandhedsværdi. Retningslinien om

håndhygiejne er således udfærdiget på baggrund af beskrevne casestudies, som jeg beskrev først i specialet.

Dewey er inde på at grundlaget for handlinger kan opfyldes ved at bruge af opsamlede erfaringer fra fortiden, men at de ikke skal have udtryk af ufravigelige diktater. Hermed ville man netop udtrykke en begrænsning af den intelligens, der lægges i det personlige skøn (ibid s.212). Måske er det netop denne stadige generalisering, der gør handlingen til en vane, og at det er den manglende ramme for tilpasning og udnyttelse af muligheder, der gør at

„man godt ved at man skal vaske hænder, men ikke hvorfor“

som en sygeplejerske udtrykker det.

Hermed er Dewey og Aristoteles enige i, at der ikke kan foreskrives handlinger for alle situationer, men kun for det overordnede, det generelle. Men som det forholder sig lige nu med retningslinien for håndhygiejne, så er den jo netop meget overordnet og generel, idet den jo siger før alle rene opgaver og efter alle urene? Dermed er den jo udlagt som en ramme, der kan skønnes og handles indenfor –forudsat at man kan skelne mellem rent og urent?!

Med den konstante vekselvirkning mellem individ og omgivelser, som Dewey hentyder til der sker, må den moralske viden således også rekonstrueres løbende. Og det er måske netop denne rekonstruktion af den moralske praksis der sker, når mikrobiologen siger, at praksis reagerer sådan her:

„Måske er der for megen viden, det kunne tyde på at den enkelte ansatte foretager vurderinger på grundlag af deres egen viden og dermed tilsidesætter procedurerne, som er baseret på teori og praksis! „

Når ikke man kan se konsekvensen af sine handling, når man ikke har erfaring med hvad der sker, når håndhygiejne undlades og når ikke moralen styrer en i handlingen bliver en efterlevelse af det generelle regelsæt for håndvask uden mening i den aktuelle situation. Måske er det lige her, at personalets skøn lader andre hensyn til patienten få tid? Dewey siger, at erfaringen for hvad der virker i situationen er personlig, så defineringen af hvad der er rigtigt for den enkelte vil til tider være en tilsidesættelse af reglerne, hvis ikke de passer til den enkeltes erfaring for, hvad det var der virkede sidst i en samme situation.

Det er gentagne gange sagt, at vi ændrer handling, når vi ser at der sker noget, underforstået noget andet end, det der plejer at ske. Den refleksive tænkning hos mennesket træder således ind, når erfaringen ikke længere slår til, når der sker noget uventet som kalder på en undersøgelse, en udforskning.

6.4.2 Refleksiv tænkning i en hygiejnisk praksis

Refleksiv tænkning bygger på en forestilling om faktuelle forholds sammenhæng og er dermed knyttet til aktiv, vedvarende og omhyggelig overvejelse af om den forestillede sammenhæng svarer overens med virkeligheden. Denne refleksive tænkning er således en central del af den kvalificerede handling på et opstillet problem eller dilemma. Refleksiv tænkning er det middel, der bedst muligt kan sikre løsningen af moralske problemer og dermed give mulighed for en fortsat vækst.

For Dewey har den refleksive tænkning, karakter af en undersøgelse, en udforskning, hvor den der tænker begynder med at danne sig overblik over situationen og problemets karakter. Skønnet udføres således i forhold til, hvad der skal gøres og hvad der kan gøres. I skønnet ligger der således en vurdering af situationen, de faktorer der influerer den og de muligheder for handlinger og disses udfald, der er tilstede og som man vel og mærke er bekendt med. I denne vurdering ligger der hermed ingen garanti for at valget af handling er absolut korrekt eller sikkert. Ifald personen vælger at forholde sig aktivt til situationen begynder han ifølge Dewey at reflektere. Reflektion bliver forudsætningen for handling og giver dermed argumentet for handlingen (Wahlgren m.fl. 2002 s. 92- 101, Fink 1969 s. 7-33). Hvor Aristoteles overvejelser omkring handlinger tager udgangspunkt i det gode og det rette, som noget der er givet, fremlægger Dewey reflektionens rammer, som det der står som vidne, evidens, bevis, kvittering eller garanti for (Dewey 1933 s. 11). Men er disse benævnelser ikke blot nutidens udtryk for det rette, det vedtagne, såvel som det etiske på Aristoteles tid var det vedtagne rette?

Når sygeplejersken siger:

„det med håndhygiejne er nok mere et problem, når man får en ny patient som man modtager, viser ind på stuen osv. Eller man give patienten et klem. Her vasker jeg ikke hænder, når jeg skal gå igen for vi kan ikke modtage dem med at markere „at du er ikke ren“ derfor bruger jeg albuen i bøjlen på døren og går over i skyllerummet og vasker hænder. Det er mere anstændigt“

så tager jeg det som et udtryk for reflektion over en handling, som afføder et dilemma for sygeplejersken, nemlig valget mellem den naturvidenskabelige viden om smitterisiko og hensynet om den gode, den anstændige handling mellem mennesker. Hun vælger således korrekt i forhold til ikke støde patienten og til ikke at viderebringe smitte, altså hvad der skal gøres. Aristoteles ville dog ikke mene, at handlingen er valgt forstandigt ud fra midten, men nærmere som en overdrivelse i at udvise anstændighed. Det ville være interessant at høre patientens reaktion på denne lidt akavede måde at komme ud af døren på?!

I vurderingen af en sådan situation er reflektionen opdelt i to faser: problemfasen eller den vanskelige situation kunne man også kalde den og herefter løsningsfasen, hvor mulige forhold søges afdækket, så en handling kan vælges. Dewey sammenligner dilemmaet, som at stå ved en "forked road" og hvor valget ikke umiddelbart er givet. Det er dette dilemma, der kalder på refleksionen - bringer os til en pause. Dewey beskriver det videre som, at vi kravler op i et træ, ser os om efter tegn i et forsøg på at skabe overblik, et forsøg på at indhente flere oplysninger, der kan lede os i valget på den rette vej/handling. Med et provokerende spørgsmål i spørgeskemaet fik jeg nogle til "at kravle op i træet" - men langt de fleste brød sig ikke om hvad de så og kravlede hurtigt ned igen...andre så lidt ud over trækronen, men manglede stadig oplysninger for at kunne komme videre til løsningsfasen. I hele denne refleksionsproces er erfaringen med tidligere situationer, som krævede en handling og ikke mindst denne handlings konsekvenser vigtig. Reflektionen kan på baggrund af disse give sig udtryk som hhv. praktiske overvejelser, reflektion der bygger på observationer og reflektion der involverer eksperimentering (Dewey 1933 s. 106-117, Dewey 1991 s. 10).

I løsningsfasen reflekteres der over virkninger af den handling man kunne forestille sig at udføre, sammenligner måske denne måde med andre valg og deres udfald. Her genkalder man sig erfaringer man har gjort, eller man søger hjælp hos andre, som kunne have været ude i lignende situationer og her gjort sig erfaringer (Fink 1969 s.204). Som sygeplejersken siger

"Vi er jo ikke anderledes end, at hvis vi ser resultater, så sker der noget "

Alt tænkes indenfor rammen af muligheden for at få opfyldt sit behov og mulighed for videre vækst, altså i et samspil med de omgivelser, hvor handlingen finder sted. Heri indgår altså såvel praktiske overvejelser som observationer, der til sidst munder ud i hypoteser og eksperimenter. Til gengæld har man til næste gang erfaring for hvordan en løsning kunne se ud, en hypotese parat til næste gang man står i en lignende situation.

Tanken må i Deweys opfattelse altid have relation til et problem og denne relation er sand, såfremt den tjener til at løse problemet. D.v.s. at det ikke er ubetvivlelige sandheder man når frem til i sin problemløsning men en sandhed - en handling, der passer lige i denne situation, som når f.eks denne sygeplejerske kommer frem til denne acceptable praktiske overvejelse over en grund til at undlade håndhygiejnen:

.....Det kunne f. eks være et hjertestop. Ellers er der ingen undskyldning

Dewey fremhæver, som Lewin og Aristoteles eksperimenter som måden at indhente erfaring og teste hypoteser på. Denne refleksive tænkning og udforskning af problemet er faktisk præcis et udtryk for, hvad Semmelweis i sin tid praktiserede og som førte ham til den nye erkendelse, at håndhygiejne var essentielt for at nedbringe dødeligheden på barselsgangen. Semmelweis fik virkelig en ”stor” oplevelse med sin eksperimentering. Måske ligger problemet med at få såvel datidens som nutidens sundhedspersonale til at efterleve retningslinierne for håndhygiejne netop i, at det var Semmelweis erfaring, hans eget eksperiment, der førte til foreskrivelse af handlingen håndhygiejne og ikke hans medarbejders? Og da slet ikke nutidens personales. Når erfaring er personlig kan den vel vanskeligt videregives, fordi denne overgivelse er passiv og netop ikke noget man har handlet sig til – men dette forhold fratager jo retningslinierne deres berettigelse?

Dewey fremfører, at det er opdragerens opgave at formidle de erfaringer, som ikke frastøder eleven men snarere aktiviserer ham. Schmidt (1986 s.59) foreslår, at grunden til, at Semmelweis mødte så kraftig en modstand hos lægerne - kunne være at han med sin opdagelse - med sin erfaring - havde gjort dem til mordere. Dermed satte han et markant spørgsmål ved deres fremtrædende position i den moderne verden, som skriftefaderens afløser og som de fremmeste repræsentanter for den humanistiske og naturvidenskabelige dannelse. På Semmelweis tid havde hospitalerne ændret status fra at være dødens forgård til at være et sted, hvor man rent faktisk kom for at blive kureret. Med sin påstand om at lægerne med deres manglende håndhygiejne smittede patienterne, rørte Semmelweis ikke blot ved lægernes position men også ved de politiske institutioner. Mon ikke stadig dette forhold gør sig gældende, når man i vor højteknologiske tid, hvor vi kan udsætte døden med højtspecialiseret behandling, i et spørgeskemaet som det udsendte påpeger/antyder at en lavteknologi som en manglende håndhygiejne, er årsag til sygdom?

6.4.3 Sammenfatning

Set i lyset af ovenstående kommer håndhygiejnens erfaringsdannelse altså til kort. Sandhedsværdien af handlingen afgøres ved, om det oprindelige problem er blevet løst, eller rettere om problemsituationen er blevet ændret. Altså igen en bekræftelse af, at vi ændrer handling, når vi ser, der sker noget, når handlingen har effekt. Videre indtræder en ændring af handling kun, når der har været en ”stor” oplevelse – men denne ”store” personlige oplevelse går personalet oftest glip af, når de undlader håndhygiejne og man kan kun lære af andres erfaring, hvis den præsenteres på en sådan måde, at den rammer ind i tidligere erfaringer, som

den enkelte har gjort sig, hvilket gør det vanskeligt at formulere retningslinier, som rammer alle situationer.

Valget for den enkelte ansatte er således en sondring mellem de muligheder, der er givet i det samspil han indgår i, og som for personalet er rigtigt. I forhold til håndhygiejne er tiden mellem handlingen, oplevelsen og effekten/resultatet for lang og unøjagtig til at den giver en momentan, personlig ”stor” oplevelse. Videre kan der ikke af såvel etiske som praktiske grunde eksperimenteres med handlingen, personalet kan kun trække på beskrevne cases om smitte. Erfaringens kvalitet er således på godt og ondt udslagsgivende for handlingen. Et undervisningsmateriale skal altså sigte mod at illustrere effekten af manglende håndhygiejne.

Vil man kvalificere handlingen håndhygiejne må man derfor kvalificere det skøn, der ligger forud for handlingen. Hvis vi skal lære af de erfaringer, vi gør os, er vi nødt til at anvende vore evner til ikke blot at tænke på relationen mellem vore handlinger og deres konsekvenser, men også at relatere dem til vore nuværende erfaringer. Først da bliver erfaringer til refleksive erfaringer – til læringserfaringer. Dette kræver som Lewin var inde på ændringer i såvel det kognitive som i motivation og i evnen til at handle for at kunne gennemgå de tre faser *unfreezing*, *change* og *refreezing* uden at risikere ikke at kunne fuldføre og istedet i bogstaveligste forstand at ”bundfryse” den gamle opfattelse af baggrunden for ikke at efterleve retningslinierne.

Læringserfaringer er således ikke bare noget, man ”gives”, noget der simpelt kan transformeres og udtrykkes i en retningslinie. Læringserfaringer kræver en aktiv indsats i form af refleksion og tænkning samt at hidtidige erfaringer kan bringes i spil med de erfaringer, man kontinuerligt gør sig for at se retningslinierne som en ramme for det individuelle skøn. Det er forudsætningen for, at man kan ”bruge” sine gjorte erfaringer til at handle stadigt mere informeret i de nye problematiske situationer, man møder på sin vej. Refleksion involverer således ikke kun en sekvens af ideer men en konsekvens, som en dominoeffekt, og er en fremadskridende og udviklende proces i sig selv.

Ved at provokere informanterne på deres forestilling om det rette, den gode håndhygiejne blev de tvunget til at reflektere over praksis, så den fælles dialog om hygiejnens rammer og muligheder blev startet. Spørgsmålene var åbenbart så frastødende, at der ikke blev skabt nye handlinger, men primært affødt forstyrrelse og bragt uorden hos informanternes tænkning om håndhygiejne. Et tilpas konflikt fyldt spørgsmål kan altså i nogen grad være drivkraften i en dialog, men det kræver et trygt miljø for, at en ændringsproces optimalt kan finde sted. Her

må en kvalificeret underviser med indsigt i denne læreproces kunne træde ind og virke som fødselhjælper.

Man må således medgive Dewey's i hans definition af reflektion eller "critical thinking" som bestående af både en intellektuel og en emotionel komponent (ibid 1933 s.91-95).

6.5 At styre handlinger

Da samspil og kontinuitet er grundlæggende i erfaringens opbygning må man se på, hvilke rammer, der gives for den enkeltes frihed og hvordan den sociale regulering udfolder sig i et samfund. Regulering af individuelle handlinger sker ifølge Dewey igennem hele den situation, som individerne er involveret og tager del i, samt i de dele hvor de er enten medvirkende eller på anden måde interagerende i. Dewey (Fink 1969 s. 218) - illustrerer den sociale regulering, der finder sted i samfundet med den regulering, der er af børnenes leg. Enhver leg har regler, som regulerer de indbyrdes legende børns opførsel, idet ingen leg foregår tilfældigt eller ved improvisation. Reglerne er en del af legen og er til en vis grad rimelig standardiserede, d.v.s. at der er gennemgående træk i forskellige lege. Reglerne vedtages på grundlag af traditioner, og hvad der er præcedens for. Ved tvivlsspørgsmål appelleres til dommeren eller der forhandles indbyrdes mellem de legende. Afhængig af udfaldet af uenigheden fortsættes legen eller den afsluttes. Den legende gør ikke indsigelser mod reglerne, men mod det der var et brud på reglen.

Det er altså ikke enkeltpersonens vilje eller ønsker, der alene skaber ordenen, men gruppens fælles holdning til de vedtagne regler, og til hvordan brud accepteres eller sanktioneres.

Indtil nu har jeg behandlet handlinger og erfaring som begreber og hvorledes disse styrer skønnen. Set i lyset af ovenstående vil jeg videre forfølge Deweys udlægning af, hvorledes det sociale samspil styrer og regulerer handlinger på såvel mikro - som på makroplan via både bevidste og ubevidste strategier. Denne regulering skal ses i lyset af den hidtidige historiske italesættelse af hygiejnen.

6.5.1 Governmentality

At styre hygiejne er som nævnt et spørgsmål om at have magten til at skabe orden og iværksætte dette.

Magtspørgsmålet er centralt hos Foucault, idet han ser relationer, der strukturerer de diskursive begivenheder som værende indlejret i institutionerne, der ikke kan fungere uden udøvelse af en vis magt. Magten udspilles i et komplekst samspil mellem ulige og stadig

vekslende styrkeforhold, hvor nogle handlinger og praksisser modificerer og strukturerer andre. Det som har betydning, - umyndiggør, former og omformer, tilpasser og normaliserer mennesker i de mest individuelle og intime detaljer og er den mikromagt, som udøves i små portioner overalt i samfundet, det være sig i familierne i skolen og i sundhedsvæsenet. Magt producerer sjæle med egne og fælles normer, ideer og viden, og legemer, der handler i overensstemmelse med disse sjæle. Vi taler og handler således altid ud fra et bestemt vidensregime.

Her er i Foucaults optik tale om et samspil og en erfaringsdannelse med udspring i de diskursive begivenheder på samme vis som i Deweys fremstilling (Schmidt 1985 s. 23-25, Kristensen 1985 s. 56-62, Rendtorff 2003 s. 222-248). Foucaults tilgang til magt og viljen til at regulere er anvendeligt i denne videre afklaring af barrierer for håndhygiejne idet, der er sammenhæng mellem *på den ene side* politikere, lovgivere og administratorers kontrol over sundhedsvæsenets personale muligheder, handlinger, tanker og målsætninger, og *på den anden side* personalets egen opfattelse af relationen i handlingen håndhygiejne.

At ville styre borgerens adfærd fra toppen på denne måde, er ifølge Foucault et udtryk for *governmentality*. *Governmentality* betyder ledelse og er med kombinationen af ordene *government* og *mentality* et udtryk for det moderne vestlige samfunds politiske ledelses- og styringslogik, der op igennem det 18.- 20 århundrede begynder at præge den politiske virkelighed. *Governmentality* er en ledelsesteknik, der er rettet mod de mellem menneskelige forhold indenfor Staten. Statens styrke er dens mænd og dens ting. Det er i denne sammenhæng såvel det historiske som det nutidige hygiejneprojekt skal ses - jo sundere befolkningen er og jo bedre den har det socialt, jo bedre arbejder den, og des stærkere bliver Staten. Historisk har Staten intervenseret i befolkningens liv først gennem det medicinske politi, siden gennem den egentlige socialhygiejne og i vor moderne tid gennem udfærdigelsen af hygiejnestandarden, som et udtryk for et styringsredskab på linie med de historiske sundhedskatekismusser (Schmidt 1986 s. 26, Vallgård s. 9-27, Rendtorff s. 246).

Governmentality er altså et forsøg på at styre folks adfærd, en *conduct of conduct*. Foucault spiller i udtrykket *conduct of conduct* på den dobbelte betydning af ordet *conduct*, der både fungerer som substantiv og verbum i betydningerne føre/førelse, lede/ledelse, samt det at opføre (sig) overfor, opførelse, adfærd eller handlemåde. Hermed kan *conduct of conduct* have en betydning af styring udefra eller selvstyret og forholder sig såvel til opførelse forstået som en professionel opførelse eller som opførelse hos skolebørn (Dean 1999 s. 10-12).

Målet med *Governmentality* er gennem præcise kalkulationer, baseret på videnskabelig ekspertise og udformet i standarder og normer, at få befolkningen til gennem selvregulerende teknikker at styre sig selv og dermed deres valg på den måde, som myndighederne ønsker, at de skal styre sig – hermed må man som Aristoteles ville sige ”definere hvad det er, at ville det gode”.

Den videnskabelige ekspertise bygger på tesen, at vil man lede bedre må man kende det, man leder, dets natur og logik, og man må forbedre, tilskynde og sørge for det. Ud fra denne tese må der i en kortlægningsteknik udarbejdes rapporter over befolkningen, landet, moralen, tilstandene, adfærden mm. I denne politiske styringslogik ligger der således en anerkendelse af, at befolkningen som objekt skal medtages i alle overvejelser for at kunne styres rationelt og bevidst. Samtidig må den politiske ledelse være opmærksom på, at de mennesker man leder må betragtes som autonome og som i stand til at udvise en opførsel og en egen-logik, som kan styre deres selv-kontrol. Dette forhold ser jeg som et udtryk for skønnet og dermed den enkeltes afvigelse fra retningslinien i den aktuelle situation. Når *governmentality*-begrebet således fokuserer på sammenhænge og dikotomien mellem kontrol og selvkontrol, selvbevogtning, eller selvbeherskelse afhængig af situationen er det af største betydning, at ledelsen i sin kortlægning af befolkningen undersøger og udreder befolkningens iboende regulariteter og processer for derved at kunne handle på befolkningen gennem både åbne og skjulte strategier (Rendtorff 2003 s. 222-248, Vallgård 2000 s. 9-27). Dette speciale kan i lyset af sin dataindsamling henregnes som et sådant overordnet udredningstiltag med henblik på såvel en bedre styring som selvstyring af den håndhygiejniske praksis gennem et målrettet undervisningsmateriale.

I *governmentality* ligger altså en opfattelse af, at det er muligt bevidst at regulere, kontrollere og forme adfærd, og at dette iværksættes gennem ansvarlige fagpersoner som f.eks. politikere, professionelle og offentlig ansatte og deres codes of conducts. En normativ professionel standard kan være formuleret som f.eks. Sygeplejetiske retningslinier, retningslinier for håndhygiejne eller som den sygehushygiejniske standard.

Begrebet *governmentality*, forbinder således to forskellige typer af teknologier til udøvelse af magt og kontrol. Den ene teknologi anvendes overfor andre til kontrol af deres handlinger, gøremål, tanker og målsætninger, og den anden anvendes på selvet for at opnå attråede tilstande af lykke. *Conduct of conduct* er altså i høj grad en moralsk aktivitet (Dean 1999 s.10-12).

Udsagnet

”hvis ting ser nussede ud, så opfører folk sig også nusset”

kan hermed ses som et udtryk for denne dobbelthed i at kunne styre (rodet) og at kunne styre sig selv. Den normative standard for opførsel er således i tæt samspil med omgivelserne og er en del af den ønskede og planlagte sociale hygiejniske regulering.

Denne mikrobiolog har en meget kontant holdning til, hvorledes denne regulering, kontrol og formelse af adfærd skal finde sted:

” det kan godt være at min holdning er gammeldags, men sygehuset skal køres militærisk med kæft trit og retning..... procedurecheck er formentlig det der skal til”

D.v.s. at han ikke umiddelbart giver udtryk for, at personalet kan betragtes som autonome væsener med potentialet til at udføre *conduct of conduct*, I denne styringslogik fokuseres der udelukkende på kontrolaspektet.

Med den kommende hygiejnestandard er der faktisk mulighed for at udføre de ønskede procedurecheck. Standarden kan anskues som et nutidig udtryk for *governmentality*, nemlig det liberale højres ønske om en fri markedsstruktur, hvor selv det offentlige konkurrerer på kvaliteten gennem fastlæggelse af hygiejniske standarder, som der kan måles på.

6.5.2 ”Disciplin må der til!”

Løsningen på dette uklare handlerum kommer gentagne gange til udtryk i interviewene, som et krav om mere kontrol fra ledelsens side - om mere disciplin, her underforstået den *disciplin*, der ifølge Foucault er ensbetydende med en overvågning og registrering af den enkelte med det formål at initiere en omfattende og minutiøs korrektionsproces. Hermed indebærer dette også straf og sanktion, hvis ”indisciplin” udfordrer *disciplinen* (Rendtorff 2003 s.241).

Disciplinen er et observerende og sanktionerende *blik* og en teknologi - en sans for detaljen som gennem en minutiøs opdeling af tid, rum og legeme kortlægger, hvad der skal gøres hvor og hvornår (Foucault 2002 s. 8). Disciplineringen gjaldt i den klassiske tidsalder kroppen, som man formede og dresserede m.h.p. at opnå en lydige krop. Denne proces fandt sted gennem gennemtænkte reglementer og procedurer i skoler, i militæret og ikke mindst i hospitalsregi. Målet var at beherske kroppen (Foucault 2002 s. 151-157, Sigumfelt 1995, Hansen 1995 s. 3-19). Senere gjorde andre denne disciplinering og orden til en del af den pædagogiske tænkning som dette citat af lærer Attrup fra begyndelsen af det 20 århundrede viser:

”.. og dette (Orden) skal børnene lære at forstå, ja det skal gå dem over i blodet. Derfor må der kræves orden alle vegne fra barnet kommer ind i skolen til det går ud..... ordensregler han (læreren) giver enten det så gælder opførsel, arbejde eller leg. ... orden læres kun ved indøvning” (Vogel 1986 s. 148).

Mikrobiologen her er en nutidig talsmand for denne orden og disciplinering:

”Man skal lære folk at følge en procedure”

og denne sygeplejerske giver udtryk for hvem det er der skal lære ”folk” denne orden:

”afdelingsledelsen er nøglen i det her område. De skal sørge for at reglerne håndhæves og det gør de ikke altid”

Disciplineringen er i sin oprindelse et spørgsmål om orden - om at inddele og opdele individerne og dermed også deres handlinger - en rangordningens kunst. Hermed blev der fastlagt en obligatorisk rækkefølge, en anvisning på hvordan og hvornår, udtrykt i love og sundhedskatekismusser. *Disciplinen* tilstræber en korrelation mellem kroppen og handlingen med henblik på effektivitet og hurtighed og dette ses udtrykt i præcise anvisninger, en instrumentel kodning af kroppen, hvor indøvelsen og gentagelsen under instruktionen og overvågningen er vigtig. Disciplineringen får karakter af et ritual (Foucault 2002 s.157- 211). Den nutidige retningslinie for håndhygiejne ”før alle rene og efter alle urene opgaver” er et sådant udtryk for en disciplinering og en opdelen af den kliniske hverdags opgaver i delementer, en rangorden, der forskriver handlingen som værende før eller efter.

Foucault gengivelse af en fabriks reglement fra det 17. århundrede :

”alle... , der møder på arbejdet om morgenen, begynder med at vaske deres hænder før de starter på arbejdet. De bringer deres arbejde som et offer til Gud, gør korsets tegn og begynder med at arbejde” (Foucault 2002 s. 165).

er et eksempel på at håndhygiejne har indtaget rituel status som en handling, der markerer skiftet fra en orden til en anden - fra privatlivet til arbejdslivet.

Anskuer man håndens arbejde i denne disciplineringsteknik, så er den det vigtigste lydige, disciplinerede redskab i sundhedspersonalets praktiske arbejde - det er i bogstaveligste forstand dem vi rækker frem mod den anden, når vi behandler, plejer og drager omsorg. Men i denne disciplinering af hånden opstår set i lyset af ovenstående også det jeg vil kalde ”håndens forræderi ”- det er nemlig med denne omsorgsfulde, behandlende og plejende hånd, at smitten overføres. Når sygeplejersken udtaler :

”Vi er et ambulatorium hvor patienterne kommer 3 gange om ugen 3-5 timer for at komme i dialyse. Det er dermed patienter, som har de samme senge. De føler det lidt som deres andet hjem, og vi gør hvad vi kan for at de skal have denne følelse

Det at patienterne er faste betyder som regel også at lægen ikke giver hånd. Det tror jeg lægen bruger til at lade være med at vaske hænder” (sygeplejerske)

ser jeg en erkendelse af håndens ”forræderi” mod den historiske disciplinering af kroppen, som har haft som mål at kontrollere her hånden til at være lydige og nyttige. Idet man fravælger håndtrykket for at undgå kontakten og dermed smitterisikoen erkender man denne manglende kontrol med hånden.

Denne teoretiske tilgang belyser yderligere Semmelweis lægekollegaers modstand mod håndhygiejne. Lægerne stod dengang midt i en periode, hvor kroppens mysterier blev blottet og hvor hænderne var det vigtigste lydige og nyttige redskab i autopsierne – men som Semmelweis nu påstod også var forbryderiske, idet de var skyld i smitte og død. Min tolkning er, at en sådan dobbelthed hos et ”nyttigt redskab” ikke kunne accepteres af lægerne og derfor måtte forfægtes.

Med viden om smitte har man idag magten til at fravælge håndtrykket, og hermed at hindre smitteoverførsel, som lægen vælger i eksemplet fra dialyseafdelingen. Det antydes, at denne fravælg kun gælder, når man kender patienten, altså når relationen er af en hjemlig art, - men hvordan kan det være, at lægen i dag ikke vælger den veldokumenterede teknik håndhygiejne, som en kontrol af håndens forræderi og dermed giver sig selv mulighed for at række hånden frem mod patienten i en ren velkomsthilsen? Jeg vil komme nærmere ind på dette senere i specialet.

6.5.3 Selvkontrol som den anden teknik i ledelsens conduct of conduct

At efterspørge disciplin og dermed at stille spørgsmålstejn ved personalets evne til at handle korrekt er i bund og grund tankevækkende set i lyset af, at målet for den danske stat siden 1700-tallet har været at opdrage befolkningen til selvrefleksive subjekter. Ved at sikre sig oplyste rationelle og ikke mindst raske borgere skulle en effektiv forvaltning af landets ressourcer være sikret. Tanken var som tidligere nævnt, at sygdom kunne kontrolleres gennem sundhedslære og gennem en uddannelse af det enkelte individ til en passende livsstil.

Den moderne medicin forebyggelsesprojekt bliver altså fra start et projekt, som griber ind i hele vores adfærd og vores relationer til andre. Ideen om at tage ansvar for eget liv, om menneskets autonomi og den rolle som det professionelle sundhedsfaglige system spiller i denne sammenhæng bliver tiltagende italesat op i vores tid. Hvad der er et godt liv/valg for den ene er ikke nødvendigvis et godt liv/valg for den anden (Otto 1995 s. 78-82).

Denne individualiserede opfattelse af, hvad godt er, får som jeg ser det en generel indflydelse på sundhedsvæsenets standardiserede og nedskrevne behandlingsregimer som endnu stod fremme på nogle afdelinger, da jeg var sygeplejeelev i slutningen af '70'erne. Trenden var da at alt skulle tænkes ud fra hensynet til den enkelte patients behov og ønsker – måske et udtryk for en overgang fra det traditionsstyrede til det indrestyrede? Metodebøgerne blev ubrugelige - handlingen skulle skræddersyes til ”den enkelte hele patient”.

Handlerummet blev således givet frit under min uddannelse - udvidet i reformpædagogikkens ånd, - kunne man argumentere for sit valg af handling, så var det handlingens sandhedsværdi. Jeg husker mine læreres svar i min elevtid som :”Hvad synes du selv?” til snart sagt ethvert fagligt spørgsmål. Måske var det lige her, at vi lærte at argumentere for handlinger – det som mikrobiologen angriber, når han siger:

”man skal lære folk at følge en procedure. Når der er en procedure, så er det den man følger. Og der skal gode argumenter til for at afvige fra den. Idag er det næsten lige omvendt. Nu skal man have gode argumenter for at bruge proceduren”

I Foucaults optik var der dog temmelig sikkert ikke noget helt frit valg af handling, idet valget skulle godkendes af hhv. lærere, kollegaer og i stigende grad også af patienten, så der har i valget af handling været et vis islæt af tradition, der har bevaret handlingerne i overensstemmelse med, hvad der altid har været ”best practice”. En *conduct of conduct* ud fra en historisk og erfaringsbaseret ramme.

På den ene side er det altså en iøjnefaldende modsigelse at tilslutte sig et vidensregime, der bygger på at menneskelige handlinger kan regelsættes og styres ovenfra via en standard, når man på den anden side uddanner nutidens sundhedsvæsen til at være reflekterende og handlekraftige i praksissituationer, som ikke kan beskrives i detaljer og derfor ikke kan regelsættes.

En mikrobiolog kommer med denne erkendelse af, at der kan være en disharmoni mellem det at regelsætte og det at uddanne til at kunne skønne i møde med udsagnet:

”Det er ikke sikkert, at det der er rigtigt for patient A også er rigtigt for patient B. Hvordan laver man procedurer med individuelle hensyn og ikke kører det hele over en kam? Det er også det som er argumentet for lægerne og så vidt også for sygeplejerskerne for at afvige fra proceduren, fordi man skønner at patienten her ville være bedre tjent med det....Problemet er så bare at så opstår nogle gange disse fejlskøn hvor det går galt – og mere galt end hvis man havde fulgt proceduren. Det kan også være at det gik godt fordi man afveg. Vi skal ikke glemme den dimension”

Men selv om denne erkendelse er tilstede så er ønsket om kontrol med handlinger dog stærkere, idet informanten lidt senere udtaler:

”Man skal lære folk at følge en procedure. Når der er en procedure, så er det den man følger. Og der skal gode argumenter til for at afvige den. I dag er det næsten lige omvendt. Nu skal man have gode argumenter for at bruge proceduren”

Måske er denne insisteren på roderi og oprør mod normer eller som her retningslinier, som Schmidt (1986) beskrev kendetegnende samfundet i ’60éropørret, det der stadig giver sig udslag i nutidens sundhedsvæsen? At når der er for meget *conduct* fra oven – for megen styring af individets adfærd - så indtræder individets selvkontrol, og handlinger træffes ud fra den enkeltes normer og ikke de vedtagne normer?

Tynell er ligeledes inde på, at en autonomisering gør det muligt i højere grad at stille den enkelte medarbejder til ansvar. Med en givet frihed til at skønne i den konkrete arbejdssituation legitimeres ledelsens skærpede kontrol af det enkelte individ. Samtidig viser Tynell, at medarbejderne, som en modmagtsstrategi til det at skulle forvalte egne ressourcer kreerer egne regler, der regulerer adfærden. Altså en forstærket dobbeltkontrol af handlingen (Tynell 2001 s. 63-65, 74-80). Måske er det lige præcis dette forhold Foucault henviser til, når han fremfører at ”oplysningen” som opdagede frihederne også opfandt *disciplinen* (Foucault 2002 s.240).

Ud fra ovenstående bliver de to følgende udsagn ikke hinandens modsigelser men et udtryk for den regulering, der sker i et magtforhold – altså en evig søgen efter ligevægt i forhold, hvor *conduct of conduct* udspilles:

*”Man skal lære folk at følge en procedure” og
”..... den enkelte ansatte foretager vurderinger på grundlag af deres egen viden”*

Måske ligger misforståelsen i den nuværende styringstankegang i, at det netop ikke er et enten eller mellem disciplin og frihed til at skønne, men et både og - og hermed et spørgsmål om at vælge midten, som Aristoteles var inde på?

6.5.4 Sammenfatning

At ville styre handlinger gennem *conduct of conduct* har været og er helt op til vor tid karakteristisk for sundhedsområdet. Retningslinier og hermed disciplinering og styring af handlinger er tæt forbundet, men kan ikke stå alene i en uforudsigelig og kompleks hverdag med mangeartede hygiejniske problemstillinger som kræver handlinger, der tager hensyn til den sammenhæng de skal udføres i.

Retningslinien er for nuværende overordnet og generel udformet, så den skulle give plads til skønnet. Alligevel ser det ud som om, at der i den nuværende situation skønnes udenfor rammerne af retningslinierne. Det er åbenbart svært for det autonome sundhedspersonale at

definere handlerummet og dermed midten som udgangspunkt for valg af handling. Det mål der er lagt for dagen med den nuværende *conduct of conduct* strategi nås ikke, idet efterlevelsen af retningslinier for håndhygiejne som sagt er under 50% - håndens forræderi er åbenlys.

Magtudøvelsen i nutidens styring skal således tilstræbe en struktur, der definerer handlerummet, så mennesket kan lede andre i deres ledelse af sig selv og andre. Ved at afklare disse forhold bliver individets autonome frihed snarere en allieret end en modstander, der nødvendigvis må knægtes for at sikre lydig underkastelse. Ved at afklare disse forhold kan den faglige ledelse iværksætte foranstaltninger, der kan bidrage til den enkeltes afklaring af egne potentialer for selvkontrol. Imidlertid ser det ud som om denne afklaring er udeblevet, og istedet er der en forventning om ensidigt at udøve *conduct of conduct* vha vedtagne retningslinier, idet alle udsagn efterlyser en overordnet styring, som løsningen.

Handlinger udføres som afhandlet indtil nu i forhold til hvad der kan ses, i en balance mellem styring og selvstyring, men hvor handlingen oftest styres af den enkeltes skøn på bekostning af den naturvidenskabelige viden om smitteafbrydelse. Videre spiller de muligheder, der gives og erfaring der haves ind i målet mod at iscenesætte den gode handling ud fra den overordnede normative regel.

Den selvkontrol der udvises i den konkrete sammenhæng er altså et udtryk for et valg ud fra de rammer, som den enkelte ser sig givet i form af retningslinierne. Men når nu rammerne er så bredt defineret som, at håndhygiejne er påkrævet ”før alle rene og efter alle urene arbejdsopgaver” hvad kan det så være for andre forhold - ud over de tidligere nævnte, - der spiller ind, når hånden rækkes frem mod den anden?

6.6 Håndhygiejne og relationer

I situationen hvor behandling og pleje skal udøves ligger der udover den enkelte handling også det relationelle at tage højde for. Patientens situation og hvad denne forlanger og forventer af personalet, såvel som hvilke forventninger, der ligger indbyrdes mellem faggrupperne kan blive udslagsgivende for handlingen (Scheel 1984). En yderligere forståelse af den manglende compliance af retningslinien for håndhygiejne vil kunne forklares ved at afdække evt. barrierer, der kan ligge i det sociale og relationelle samspil.

6.6.1 Samhandlingsritualer og håndhygiejne

Goffman undersøger de ordinære ritualer, der gennemsyrrer alle aspekter af vores hverdag. Goffman anså sociologiens opgave, som at studere den sociale samhandling på mikroplanet med henblik på i højere grad at afdække, ”hvad de gør end, hvad siger de de gør”. Goffmanns interesse ligger i den sociale synergi, der opstår i de kortvarige flygtige hverdagsmøder mellem fremmede mennesker, der gensidigt overvåger og påvirker hinanden i den offentlige sfæres situationer. Dette studie i ”face to face interaction ” finder optimalt sted ”where the action is”.²² (Jacobsen og Kristiansen 2002 s. 25-28). Dette speciale har ikke undersøgt samhandling ”where the action is,” men kun den ene parts mundtlige mening/fremstilling af, hvad der sker, når man mødes i en hospitalssammenhæng, hvor handlingen håndhygiejne skal udføres.

Goffmanns forfatterskab gennemløber 3 faser:

Den durkheimske fase kendetegnet ved Durkheims interesse for ritualer, den empiriske fase kendetegnet ved den de mere empiriske baserede undersøgelser af hverdagssamhandling og endelig den socialepistemologiske/socialfænomenologiske fase. I dette speciale er det tilgangen til ritualer, ansigt til ansigt samhandling og den sociale opretholdelse af og konstruktion af virkeligheden, som den skabes i mødet mellem sundhedspersonalet og patienten, der er interessant (ibid s. 28- 32).

Ritualer skal ikke forstås som formelle ceremonier, men som tilkendegivelser af fornemmelsen af en grænse mellem det passende og det upassende i forhold til opretholdelse af deltagerens sociale identitet (ibid. s.215). Ritualer er udtryk for samfundets moral, værdier, etiketter og normer og er med til at opretholde samfundets moralske orden, men også som en af handlemåderne til at opretholde individets selv. I hverdagslivets utallige sociale møder kan der således identificeres forskellige implicite ritualer, der gennemsyrrer og lægger begrænsninger på individets handlerum i sociale sammenhænge og som ændres med samfundets stadigt udviklende moralske og normmæssige grundlag (ibid s.36). Med udgangspunkt i disse ritualer og de her af afledte ceremonier analyserer Goffman på mikroplanet, hvordan vi etablerer værdige og anstændige relationer til vore medmennesker gennem vores kommunikation med hinanden ved hjælp af symboler, som tillægges en særlig mening (ibid s.75). Ved at behandle hinanden med respekt og værdighed, ved at vende

²² Jacobsen og Kristiansen (2002) anser ham som værende i en hybrid position mellem symbolsk interaktionistisk mikrosociologi og den durkheimske makrosociologi.

ansigtet bort, når andre er ved at tabe ansigt, beskytter vi hinanden og dermed den samfundsmæssighed, som er installeret i os. Det gælder om at have ansigt, at være ansigt eller at opretholde ansigt overfor sig selv og andre, samt at kunne genkende disse former som de tager sig ud i de forskellige sociale møder (Goffmann 1967 s. 5-23 Jacobsen og Kristiansen 2002 s. 34).

Den uddannelsesansvarlig overlæge hentyder netop til dette "ansigtsarbejde", når han forklarer, hvorfor det er så svært at komme igennem med at påpege den lave compliance af retningslinierne om håndhygiejne:

"Jeg tror at det hænger sammen med at mikrobiologi er et speciale på linie med vores eget. Vi løser vores problemer og de løser deres. Og de har tilfældigvis sygehushygiejnen som deres område. Vi blander os jo heller ikke i hvad urologerne laver. Eller ikke laver..."

Eller når mikrobiologen kommer med følgende overvejelser omkring det vanskelige at tale om hygiejne:

"Jeg overvejer hvordan vi gør noget ved, at vi i vores kultur mangler en accept af at vi siger til hinanden, at vi ikke vasker hænder ordentligt. Det er ikke acceptabelt, at sige det, som de her psykologer gør: "jeg er okay og du er okay". Det kan vi nemmere i færdsel. "det var da en uheldig parkering- er du ikke bange for at den næste kører ind i din bil når du han skal ud?". Men på hygiejneområdet vender folk det ind i sig selv og siger" her er det kun mig som har en ordentlig håndhygiejne – jo, og så hende over på afsnit B. Resten går og griser". Kan man nå en accept af at håndvask er et emne, man gerne må tage op, når man ikke synes, at det fungerer, er vi nået langt.

Ritualets ingredienser kan sammenfattes i 5 punkter (Jacobsen og Kristiansen 2002 s.35):

- *gruppen*, hvis medlemmer er samlet i en ansigt til ansigt situation
- *fælles opmærksomheds fokus*, som udvikles i gruppen og som er rettet mod den samme ting eller den samme handling
- *en fælles emotionel stemning* mellem deltagerne

Hvis de øverste 3 elementer er til stede vil de sidste to af de fem punkter kunne iagttages som en *intensifikation*, hvor stemningen stiger og *konsekvenserne* af den fælles rituelle samhandling vil kunne observeres.

Dette underbygger min observation af, at jeg i respondenternes svarskema kunne aflæse en fælles holdning i de næsten identiske afvisninger af spørgeskemaet. Et udtryk for at gruppen indbyrdes havde været *ansigt til ansigt* og med et *fælles opmærksomhedsfokus* og *en fælles forstyrret emotionel stemning* udløst af spørgeskemaets ordlyd omkring ritualer, der ikke blev fulgt. Dette medførte en *intensitet* i samspillet i gruppen, der på baggrund af en *fælles*

emotionel stemning mundede ud i næsten enslydende besvarelser, der kunne opretholde deltagernes sociale identitet som anstændige individer.

I ritualer findes et socialt pres, der indvirker på den enkeltes bevidsthed og på følelser. Når disse ritualer er internaliserede i den enkelte fungerer de som en slags styringsredskab og det er ved hjælp af disse, at vi anerkender ligestillede i sociale situationer (ibid s. 34-35). Denne orden opretholdes videre ved det Goffman betegner som spacing (ibid s. 44-46), som med et begreb hentet fra etologien er et udtryk for, hvordan mennesket skaffer sig plads, et personligt territorium i en ufokuseret samling for ikke at forstyrre de andre deltagere.

Det sociale møde er således en orden, der opretholdes gennem individernes deltagelse i forskellige samhandlingspraktikker. Det er gennem det sociale møde og vores samhandlinger, at vi lærer, at vi er sociale væsener og det er herigennem, at vi indlærer samfundets normative grundlag. Mødet er således styret af evnen til at kunne sætte sig i den andens sted for derved at kunne danne sig et indtryk af, hvilken adfærd eller handling der er den mest passende eller giver størst udbytte. Goffman udtrykker dette som indtryksstyring, altså den enkeltes kapacitet til at kontrollere det indtryk, det gør på andre

Det er måske denne anerkendelse af en ligestillet, der får den kirurgiske overlæge til at udbyrde følgende til bemærkningen om, at det ikke er hensigtsmæssigt at bære ur:

”Hvis X siger at et ur er problematisk i forhold til infektionsrisiko, så tager jeg det af for X er en mand, hvis viden jeg har megen respekt for”

og som også styrer det sociale pres på påklædningen

”Vores intensiv er helt speciel og det er ånden. Vi ser ikke sygeplejersker dernede med smarte bæltter.²³ De varer to timer, så er de af igen. Det er ikke kotume på den afdeling” (hygiejnesygeplejerske)

Men det er åbenbart også ønsket om indtryksstyring, der får personalet til fravælge håndhygiejnen i målet om at fremstå som anstændige overfor patienten - hvordan kan det nu være?

²³ Bæltter af stof som kunne vaskes er idag overvejende erstattet af personalets egne, smartere bæltter i læder eller lignende. Disse bæltter bliver ikke vasket dagligt og anses derfor som uæstetiske

6.6.2 Snavs – tegnet på de andres tilstedeværelse

Udgangspunktet for samhandlingspraktikken håndhygiejne er tilstedeværelsen af snavs/smuds. Som tidligere nævnt var renlighed en af metaforene for den nye orden og de deraf afledte hygiejniske handlinger (Schmidt 1986 s. 7-50).

M. Douglas redegør for, hvordan menneskelige kulturer stræber efter at ordne fænomenerne omkring sig i en sammenhæng, et mønster hvor orden hersker. Hendes udgangspunkt er primitive religioner, hvor der er en tæt sammenhæng mellem frygt, urenhed og hygiejne – udtrykt som tabuforestillinger og ritualer. Frygten hæmmer fornuften eller som Douglas citerer Ricoeur for

”med urenhed træder vi ind i skrækkens verden” (Douglas 1997 s.9)

Ritualer sammenbinder fortid og nutid.(ibid s.94) og dermed er der i de primitive religioner en forventning om, at ritualerne skal have en synlig effekt for, at de kan vedblive at have deres status og videreføres (ibid s.86).

Refleksioner over snavs er refleksioner over forholdet mellem ren og uren, form og formløshed, ja mellem liv og død. (ibid s. 9-15). I alle kulturer er urenhed knyttet til kroppens synlige væsker som f.eks. blod, sput, og afføring. Definitionen af hvad det er, der er snavset kan være af relative kategorier og dermed variere fra individ til individ. Hvad der er rent i et tilfælde kan være urent i et andet (Isaksen 2002). J Lawler (1991) bekræfter dette i sin fremstilling af, hvorledes hver kultur har sin opfattelse af, hvordan man håndterer affaldsprodukter fra kroppen, og hvad der betragtes som rent eller urent. Således er babyer og deres affaldsprodukter at betragte som renere end f.eks affaldsprodukter fra ældre mennesker. Snavs og den afledte handling håndhygiejne har også forskellige udgangspunkter i hhv. hjem og sundhedsvæsen. I hjemmet udmøntes handlingen håndhygiejne i forhold til rent og urent som at skulle vaske hænder før måltider og efter toiletbesøg, i sundhedsvæsenet er der en del flere forhold, der kalder på håndhygiejne. Vanen fra hjemmet kan altså ikke medbringes ureflekteret på arbejdspladsen.

Snavs er i vor tid et spørgsmål om æstetik, hygiejne eller etikette. Mangel på samme afstedkommer ringeagtelse, udelukkelse og sladder (Douglas 1997 s.108).

Snavs kan hermed forstås, som noget der er ”out of place”. F.eks. er sko i sig selv ikke snavsede og udgør ikke en trussel, så længe de står på gulvet, men stiller man dem på bordet overgår de til kategorien urent, noget der er ”out of place”. Ligesåvel er mikroorganismer noget der er ”out of place”, idet man godt ved at det

”ikke må komme i patientens sår eller når vi suger ham i halsen..”

At undvige snavs er et spørgsmål om at forene form med funktion, at skabe harmoni i oplevelsen (ibid s.9-17). Douglas fremfører, at orden og dermed mangel på snavs i sig selv er en begrænsning, hvorimod der i uorden er en mulighed for vækst, for udvikling og dermed at skabe nye ordensmønstre (ibid s.135 og s. 223).

6.6.3 Sammenfatning

Snavs er noget, der er "out of place". Ritualer omkring renhed og urenhed er hermed ritualer, som skal skabe orden og forsoner, som ikke må skade selvet og som opstiller rammer for samspil og dermed social regulering som såvel Dewey og Foucault også er inde på. Ritualer omkring snavs er i en evig ændring afstemt efter deres effekt, og er i dag er skabt ud af komponenterne hygiejne og hensyn til konventioner ud fra den til hver tid gældende viden. Ritualer er således med til at skabe orden og er knyttet til tilstedeværelsen af den anden.

En sådan samhandlingsordenen som at skelne mellem rent og urent og at handle på denne skelnen, er således en orden med egne unikke regler og ressourcer indenfor den ramme, der hedder menneskeligt samkvem – hverdagsliv. I vores *facework* kommer vi med Aristoteles ord ved at være behagesyg overfor kollegaer, til at krænke patienten - og ved at være behagesyg overfor patienten krænker vi ham også! Hvordan spiller vi det her spil bedst muligt?

6.6.4 Når scenen er sat til håndhygiejne

Goffman anvender dramaturgien som analyseramme, idet han sammenligner hverdagslivet med sine ritualer og regler med en "forestilling", som vi alle i vekslende grad er en del af. hhv. som rolleindehaver eller som publikum. På forscenen udspilles rollen, på bagscenen foretages det uformelle, her er man skjult for publikum og kan falde ud af rollen, her kan man tage den fælles optræden op til debat, øve sig, afprøve replikker og samstemme optrædenen. Her kan man diskutere publikum, frustrationer finde sted og hemmeligheder udveksles i teamet (Goffmann 1992 s.77 og s. 105). Bagscenen bliver hermed stedet, hvor de optrædende er skjult for publikums blik og hvor det mere sande billede kan træde frem.

Det kvalitative interview er i dette speciale et udtryk for en sådan bagscene, hvor hemmeligheder om, hvornår man glemmer håndhygiejne kan udveksles, men også afdelingskontoret, hvor jeg forestiller mig spørgeskemaerne blev udfyldt, er en sådan bagscene, hvor man øvede sig på fælles replikker og samstemte rollen som det ansvarlige sundhedspersonale.

I situationen hvor håndhygiejne skal udføres, sker en definerings af spillet, som tilstræber en gensidig harmoni mellem deltagerne – et optimistisk ideal. Dette kræver, at deltagerne til en vis grad undertrykker deres oprigtige, umiddelbare følelser i førstehåndsindtrykket og stiler mod en konsensus opfattelse af situationen som værende i en foreløbig samstemmighed. Det er i dette førstehåndsindtryk, at det afstemmes, dels hvad man kan kræve af behandling af den anden, og hvordan man kan behandle den anden (ibid s.19). Det er dette førstehåndsindtryk personalet stiler imod, når de fravælger håndhygiejne fordi

”det er mere anstændigt”

og fordi patienterne

.. føler det lidt som deres andet hjem, og vi gør hvad vi kan for at de skal have denne følelse”

eller når man ikke påtaler en ikke optimal håndhygiejne hos læger fordi

.....det er sværere.

men hellere gør det overfor de studerende

”du kan tro jeg følger op”

Interaktion er hermed den gensidige indflydelse individer har på hinandens handlinger, når de befinder sig i hinandens fysiske nærvær, som når f.eks. ingen nyansat bærer bælte på intensiv afdeling. En optræden er, således den virksomhed den enkelte udfolder i sammenhænge med andre, og roller er hermed på forhånd fastlagte handlingsmønstre, som udspiller sig i denne optræden. I enhver optræden må man tro på den rolle man spiller, dramatisere budskabet man vil have frem, og i en vis grad idealisere egen rolle og den aktivitet der udføres. Dette betyder at den gode skuespiller må have en vis kontrol med de udtryksmidler der anvendes og må på ingen måde være misvisende. I dette teamfællesskab vil der ofte herske en form for beslægtethed, d.v.s. en form for fortrolighed uden varme, et formelt forhold. Alle bestræber sig således på at balancere mellem formalitet og utvungenhed og mellem distance og fortrolighed (Goffman 1992 s.115) i en tro på at alle spiller deres roller, og kommunikerer i henhold til denne (ibid s.141). Om nødvendigt kan man dække eller bagatellisere over forhold, som ikke lever op til den vedtagne definition af den fælles optræden, som når man dækker over lægernes brug af ur med bemærkningen:

”Deres personlighed sidder rundt om armen”

fordi en åben uenighed i et team kan skabe en falsk tone og bør undgås (ibid s.77).

Der vil derfor være forskellige måder at styre optrædener på. En regissør indtager en mellemposition mellem publikum og rolleindehaver, og vil kunne sætte en rolleindehaver på

plads enten ved at glatte ud eller ved at irettesætte (ibid s.86), eller han kan fordele rollerne og deres udtryk. Et særligt interessant fænomen betegner Goffman som kommunikation udenfor rollen. Dette skal forstås som en kommunikation, der ikke naturligt hører hjemme i den optræden som holdet samarbejder om, altså situationer hvor kommunikationen er i strid med den officielle optræden eller samværsrække. Den voldsomme reaktion på at en central instans som Statens Serum Institut, der står for udarbejdelse af nationale retningslinier, kan spørge om hvornår man ikke gør som man burde, kan både ses som en kommunikation udenfor rollen, og som et forræderi mod teamet.

For at sikre at forestillingen trods kravene til givet og afgivet udtryk, til kommunikation og indøvelse af replikker, og mulighed for aftaler på bagscenen er det af yderste vigtighed at kontrollere de indtryk, der udsendes for at undgå forestillingens sammenbrud. Dette kræver at skuespillerne ikke røber holdets hemmelighed overfor publikum, at der er en vis form for dramaturgisk loyalitet, og at der udvises dramaturgisk disciplin d.v.s. at man ikke lader sig rive med, men forholder sig til forestillingen med en vis intellektuel og emotionel engagement. Denne kontrol af indtryk og dramaturgiske disciplin og loyalitet afspejler sig nok størst i informanternes udsagn om, hvor svært det er at påpege fejl hos kolleger af en anden faggruppe. En sådan loyalitet gives der her udtryk for?:

”Vi observerer jo især de sygeplejestuderende og siger tingene, så du kan tro jeg følger op. Der er ingen, der går med ure og ringe på afdelingen. På nær læger. Deres personlighed sidder rundt om armen (oversygeplejerske)”

Udsagnet kan også ses som at beskytte en optrædende ved at undgå at se og ved at undgå at forholde ham disse fejltrin. Goffman kalder dette taktfuld uopmærksomhed og fremhæver at den optrædende ligeledes må reagere taktfuld på denne taktfuldhed. Det er måske denne taktfuldhed, der også gives udtryk for, når sygeplejersken registrerer, at lægen ikke hilser på patienten, men vælger ikke at påtale det, lige såvel som lægen der opererer med ring på ikke får en påtale.

6.6.5 At række hånden frem

Snavs og hænder er hele omdrejningspunktet i samspilssituationerne og er som tidligere nævnt en vigtigt rekvirit mellem sundhedspersonalet og patienterne og sundhedspersonalet imellem.

Håndtrykket som gestus har udviklet sig fra at være forbeholdt sin egen stand og til brug i højtidelige anledninger til i begyndelse af det 20. århundrede at være en fælles og almindelig omgangsform (Schmidt 1986 s. 181).

Gyldendals ordborg (1992) har dog en del interessante betydninger af ordet hånd og de handlinger, som hånden er involveret i, som kan være yderligere afklarende for håndens rolle og dens forræderi i det interpersonelle samspil:

”At arbejde hånd i hånd” er et udtryk for fællesskab og samvirke

”Jeg vasker mine hænder” som udtryk for fralæggelse af ansvar

”Have hånd i hanke med noget eller at have en i sin hule hånd,” d.v.s. at bestemme over noget eller nogen

”At række en hjælpende hånd”

”At tage hånd om” d.v.s. at være omsorgsfuld

”At lægge hånd på en” forstået som et overgreb

Hænder har således betydning, som noget der strækkes ud i hjælp, noget der lindrer, tager vare på men også noget der straffer eller afviser.

Schmidt (1986 s. 181) fremhæver, at der til håndtrykket, som gestus knytter sig specielle forhold, hvad angår etiketten og dermed den personlige hygiejne, der hører til hænderne. Hænder skal være rene med ikke for lange negle som ikke må klippes i andres nærvær. Renheden tematiseres til nærværet med andre, men der indtræder også en modsætning i dette - nemlig skellet mellem at være synlig ren og at gøre sig ren. Sidstnævnte hører til i det private rum og bør ikke gøres i offentligheden, da det hermed er at udstille sin mangel på hygiejne – at vise at man nu er snavset.

Som Schmidt sagde meget rammende i sin forelæsning om ”Moderne snavs”:

”Snavs er tegn på forfald – på tidens tand, der gnaver i ting og i os. Snavs er tegnet på de andres tilstedeværelse”(2003)

Renser man negle efter at have givet hånd til en, er dette f.eks. et udtryk for et dementi af det rene fællesskab, der ellers oprettes af håndtrykket. Den personlige hygiejne er en pligt overfor andre, den er privat, men den også er bestemt af den kontekst, den udspilles i, idet den ikke må støde eller forulempe nogen. Den enkeltes iscenesættelse skal hermed være både værdig og undseelig, men samtidig være upåfaldende for at blive anerkendt.

Et håndtryk kan altså ud fra denne logik, der hører til i den private sfæres samhandling ses som en blanding af ordener - med Foucaults ord- min og din orden – hvad jeg har på hænderne og hvad du har på hænderne. Håndvask kan hermed i det private perspektiv være nedbrydende for den tillid, der ligger i håndtrykket, men kan i det faglige perspektiv være midlet til at genoprette orden. Som jeg ser det, sker der i personalets begrundelser for

fravalget af håndhygiejne en uheldig blanding af en opfattelse af den hygiejne, der hører til i det private rum, og en faglig opfattelse af hygiejne som metode til at afbryde smitteveje.

Men hvad nu hvis? man med udgangspunkt i denne sammenblanding af den private og den faglige hygiejne satsede på indførelsen af den hygiejniske hånddesinfektion, som har en dokumenteret høj effekt, er hurtig at udføre og som i modsætning til håndvask ikke findes i den hjemlige sfære. På denne måde kunne man måske få personalet til i langt højere grad til at vælge denne effektive, institutionaliserede form for håndhygiejne, som heller ikke kræver en vask, men som kan udføres ”på vej ud af døren?”²⁴ Måske ville man ikke få de samme hæmmende associationer til begrebsparreret ren og uren, der tilsyneladende hindrer håndhygiejne, når håndhygiejnemetoden er anderledes end i det private rum? – måske kunne hånddesinfektion være den rekvisit personalet kunne gribe til, når de ville skifte rolle og i stedet indtage regissørens plads? Måske dette skift kunne være det, der giver forestillingen et forenet udtryk af tryghed, respekt for den anden og faglighed?

6.6.6 Når det hjemlige bliver kulissen på sundhedsvæsenets scene

Når sygeplejersken vælger ikke at udføre håndhygiejne efter at have budt velkommen, så er det med hendes egne ord fordi ”det er mere anstændigt”. I sin optræden ønsker hun altså at oprette et førstehåndsindtryk, som patienten skal opfatte som at være blandt anstændige mennesker. Rollen som et anstændigt menneske udfordres i sygeplejerskens øjne af snavset, som drager skillelinien mellem de rene og de urene. Handlingen håndhygiejne kommer hermed til at forstyrre publikums d.v.s. patientens opfattelse af sygeplejersken, som en der opretholder den gensidige harmoni mellem patienten og hende selv. For at denne harmoni kan bestå må hun undlade håndvasken, idet den er den fysiske handling, der udtrykker forskellen på hende og patienten. Hun idealiserer altså det ligeværdige forhold til den anden ved at undlade håndhygiejnen, hun sætter hermed stemningen og viser at hun vil tage hånd om patienten. Efterfølgende flytter hun i en noget akavet ”exit” handlingen håndhygiejne fra scenen (sengestuen hvor håndvasken er) og til bagscenen (ud i skyllerummet, som er placeret udenfor sengestuen), der hvor hun tilbagetrukket kan vaske sig uden at have andres blikke på sig – uden at signalere, at hun er snavset. Hun opfylder hermed kravene til det normative

²⁴ hånddesinfektion udføres med 70% ethanol og gnides ind i hænderne til de er tørre. Håndsprit dispenseres fra pumper der principielt kan ophænges tæt på patienten eller bæres i lommen.

ritual om at hygiejne er en handling, der foretages tilbagetrukket og hører privatlivet til, som Schmidt (1986) var inde på. Ønsket om at fremtræde anstændigt og at signalere ligeværdighed og hjemlighed har altså en indflydelse på håndhygiejnens vilkår. I et hjem udføres håndhygiejne jo ikke efter kontakt med hinanden men er begrænset til før måltider, efter toiletbesøg og hvis man er blevet beskidt, og udføres som regel i et aflukket, privat rum uden tilskuere.

Lægen i dialyseambulatoriet er ligeledes involveret i en praksis, hvor målet er at skabe hjemlige forhold. At lægen fravælger håndhygiejne kan enten ses som en tilslutten sig ønsket om en hjemlig atmosfære – eller det kan tolkes som at lægen fravælger denne hjemlighed og dens mangel på håndhygiejne ved at markere en helt anden tilgang – nemlig ved ikke at hilse. Dette er måske et udtryk for spacing - en måde at markere sit territorium, som en der ikke er en del af dette tilstræbte ”hjemlige” miljø, men som er fagperson ”lægen” – ved på denne måde at holde en fysisk afstand til patienten ved ikke at give hånd. Lægen afviger hermed det normative krav om høflighed ved at fravælge håndtrykket. Det ville også her være interessant, at høre patientens reaktion på dette manglende velkomst tegn.

Såvel sygeplejerskens exit som lægens manglende håndtryk kan også ses, som det Goffmann (Jacobsen og Kristiansen 2002 s.98) kalder dramatisering, d.v.s. at man i interaktionen på tydelig vis giver udtryk for den aktivitet man ønsker publikum skal lægge mærke til.

Ønsket om at gøre hospitalet til et hjemligt sted med diverse signaler om ligeværdighed tror jeg skal findes i ”humaniseringen” i sundhedsvæsenet, som jeg beskrev tidligere som fravigelsen af det biomedicinske syn på standardiserede behandlingsregimer og som Wackerhausen også er inde på.

Wackerhausen (2002 s. 8-36) gør opmærksom på det faktum, at sundhedsvæsenet igennem de sidste 10-20 år har været udsat for diverse ”bølger”. Disse bølger har været så forskellige som snakken om det hele sundhedsvæsen (holismebølgen) til styring af det fulde indlæggelsesforløb (kvalitetssikringsbølgen) og har haft forskellig indflydelse på sundhedsvæsenets aktører, værdigrundlag og dermed hvilke styringssystemer sundhedsvæsenet skulle bygges op ud fra i ønsket om et sundhedsvæsen med et *humant* og *humanistisk* udtryk. Humanisme karakteriseres ifølge Wackerhausen, som en løst afgrænset helhed af antagelser, holdninger og bestræbelser og har med sit udgangspunkt i renæssancen gennem tiden har haft forskellige italesættelser og transformationer. Væsentligste træk er respekt for det humane perspektiv, menneskets egenverdi og ikke mindst det enkelte menneskes liv, frihed og uerstattelighed, med en tiltro til menneskets udviklings og erkendelsesmæssige potentialer.

Humanisme kan således findes på visse områder eller niveauer og være fraværende på andre afhængig af praksisformer, professioner eller strukturer. Ligeledes kan de være såvel sprogliggjort som legemliggjort i og indlejret i praksis. Det eksplicitte og det legemliggjorte kan være hinandens negationer, præcis som tilfældet er i den store forskel, som dels litteraturen viser mellem udsagn om og observationer af håndhygiejne, såvel som respondenternes reaktion på forhold, der talte imod håndhygiejne. Wackerhausen understreger at vi altså kan sige et OG gøre noget andet, ikke på grund af en dårlig karakter men på grund af handlerummets komplekse karakter, som jeg netop har afdækket indtil nu. Den fælles formålsformulering om respekten for patientens og dennes autonomi kan være en tynd retorisk glasur, som dækker over en hel anden virkelighed, som måske ikke er synlig for personalet. Han opfordrer til en konstant kritisk institutionel selvreflektion, så institutionens egeninteresse ikke tilsidesætter eller nedprioriterer den alment humane solidaritet og respekten for andre. Et sådant eksempel er udsagnet

Kollegaen kan ikke få ringen af og derfor får den lov at blive siddende. Ringen betyder meget for den pågældende, og derfor bliver den ikke klippet over²⁵ (overlæge om kollega der opererer med ring på underhandsken)

Her går institutionens interesse i at opretholde gode kollegiale forhold, forud for patientens sikkerhed.

Humanisme er et spørgsmål om såvel interpersonelle relationer som etablering af en rumlig og social organisering af sundhedsvæsenet, og tilsyneladende har hjemmets rammer og omgangsformer i stigende grad gjort sit indtog i institutionens rum. A. Knudsen (2002) giver et skarpt og ubehageligt præcist signalement af den intimisering og inderliggørelse af vores omgangsformer, der foregår i den offentlige sektor i disse år, ikke mindst som følge af, at kvinderne og ”de kvindelige værdier” vinder så stærkt frem. Udsagnet:

”eller man har givet patienten et klem”

illustrerer en intim, meget tæt og familiær omgangsform med patienterne. Knudsens påstand er, at kvinder ”sætter sig ned og taler om tingene” på en personlig måde, og at man hermed konsekvent sammenblander sagen og personen. Jeg er ikke utilbøjelig til at give hende ret i at der udfra udsagnene i højere grad skal stiles mod en skarp skelnen mellem hjem og

²⁵ Ringe fungerer som et optimalt miljø for mikroorganismer og er derfor ikke forenelig med korrekt håndhygiejne i en faglig sammenhæng

institution, hvad angår de hygiejniske omgangsformer blandt såvel personale og patient som personalet imellem.

Måske er løsningen i håndhygiejnesituationer at tilstræbe en sammenhæng mellem det vi siger og det vi gør ved at sige, hvorfor vi gør det? Så den retoriske glasur bogstavelig talt trænger helt ned i og bliver en del af substansen af den alment humane solidaritet og respekten for andre? ”Jeg udfører håndhygiejne, fordi det er mit faglige ansvar og din sikkerhed”.

Jeg vil nu til slut med Goffman som ramme endelig sammenfatte og konkludere på dette speciales mangefaceterede afdækning af, hvordan man kan forstå og forklare sundhedspersonalets manglende efterlevelse af handlingen håndhygiejne i forhold til gældende skriftlige retningslinier.

7 Konklusion

Håndhygiejne er ud fra det afhandlede at opfatte som et ritual, en handling der på mange måder tilkendegiver den enkeltes opfattelse af grænsen mellem det passende og det upassende. Dermed kommer håndhygiejnen altid til at gribe ind i de impliceredes sociale identitet og på alle måder til at afspejle samfundets gældende moral, værdier, etiketter og normer. Håndhygiejne lægger begrænsninger på forholdet til den anden, men udsætter også den anden for risiko, hvis ikke den overholdes. Hermed ligger fordringen i at vægte såvel den aktivt indgribende som den modtagende forholdsmåde og vedkende sig, at enhver handling kræver inddragelse af såvel naturvidenskabelig viden som human- og samfundsvidenskab. Således skal de tre handlingstyper i langt højere grad vægtes ligeligt og ikke på bekostning af den kognitivt instrumentelle, som det udbredt er tilfældet nu. Denne evige dikotomi er håndhygiejnens største barrierer og største udfordring.

Den lave compliance for håndhygiejne vil jeg således konkludere skal findes i dette dilemma, nemlig at den på den ene side kan opfattes som et udtryk for disrespekt for den anden, men at den ved at udelades sætter den anden i risiko.

I takt med at samfundet har ændret sig har baggrunden for den lave compliance udviklet sig fra at have rod i, at være en hån mod de akademiske læger ved at betragte dem som snavsede, til i dag at være en hån mod at betragte patienterne som mere urene end personalet. I denne udvikling har skyld og skam udtrykt ved dels den tætte tilknytning til religion, det gode menneske og den sproglige betydning af ordene ren og uren haft en vægtigt indflydelse, som stadig gør sig gældende. De værdige og anstændige relationer skabes også i dag gennem

denne skilleline mellem de rene og de urene mennesker og er tæt forbundet med tilstedeværelsen af snavs. I et sundhedsvæsen hvor man i det sociale mødes ritualer vægtlægger det enkelte autonome menneske er denne skelnen vigtig i målet mod at opretholde såvel samfundets moralske orden som individets selv og denne skelnen bliver således også en væsentlig barriere i målet på en adfærdsændring. Yderligere forplumres spillet af den evige ureflekterede sammenblanding af den hjemlige og den institutionelle opfattelse af håndhygiejne i ønsket om at gøre det så hjemligt som muligt og dette forhindrer således en høj faglig standard i et moderne sundhedsvæsen. De to forhold bliver i dag hinandens modsætninger og ikke hinandens respektive medspillere. Med Aristoteles billede ser det ud til at sundhedspersonalet i "blæsten" omkring ligeværdighed og anstændighed hellere smider håndhygiejnen overbord og sejler videre med en patient, som risikerer at få en infektion, end de vil begive sig ud i at forklare, hvorfor håndhygiejnen skal blive ombord i den fælles sejlskib. En løsning var måske, at personalet ved at vælge "rekvisitten hånddesinfektion", som jo netop ikke hører til i den hjemlige sfære, kunne indtræde som regissør og dermed indtage en mellemposition, når håndhygiejnen skulle udføres i samspillet? At tale om og udføre håndhygiejne uden at krænke den anden og dermed samfundets norm er altså endnu en vigtig barriere i målet mod en adfærdsændring, der kræver at man hhv. ændrer, erstatter eller overskrider tidligere indlærte og udviklede mønstre.

I den evige bestræbelse på at undgå at krænke den anden vil jeg mene, at vi opnår det modsatte, når opgørelser viser at hver 10. patient bliver smittet under deres indlæggelse. Denne information samt viden om, at under 50 % udfører håndhygiejne er ikke i sig selv en viden, der får sundhedspersonalet til at ændre adfærd – de forbliver i uvidenhed. Samtidig er viden om og metoder til forebyggelse af smitte v.h.a. hygiejne nedtonet i forhold til den generelle teknologiske udvikling og brugen af antibiotika. "Vi ved det godt men..." bliver det kit, der binder en praksis sammen, som er problematisk med sin lave compliance og berøringsangst grupperne imellem, hvor det ikke at tabe ansigt overfor kollegaen er vigtigere end at forebygge infektioner hos patienten. Dette er en voldsom begrænsning af læringsrummet og en misforstået anstændighed, der må udfordres i et undervisningsmateriale. En anden væsentlig barriere skal findes i det forhold, at det i læringsprocessen ikke er muligt at eksperimentere og handle sig frem til erfaring, hvad angår håndhygiejne i den kliniske hverdag. For mange faktorer skal være på plads, før en patient får en infektion og tiden fra handling til effekt er for lang. Videre er det for den observerede praktiker en ulempe, at det der skal fjernes ved håndhygiejne i langt overvejende grad er usynligt for øjet. Der mangler

bogstaveligt talt en ”stor brændende oplevelse” til at blive bevidst om denne omsorgsfulde fremstrakte hånds forræderi til at sætte en adfærdsændring i gang. Et undervisningsmateriale må således kunne visualisere det usynlige og give mulighed for at eksperimentere og teste viden.

Den rationalisering, der for tiden går gennem det danske sundhedsvæsen med fokus på ordentliggørelse og med hygiejnestandarden som metode, må tilføjes en ny *conduct of conduct* dimension ud fra de barrierer, der er afdækket i dette speciale. En ensidig fokusering på og styring af adfærden via disciplin, retningslinier, standarder og overvågning i form af procedurekontrol er ud fra ovenstående ikke af værdi, når personalet kun ændrer handling ud fra egne eksperimenter og dermed egen erfaring. Uden at kende enkelthederne i handlingen og deres effekt giver det ikke mening at ændre handling, ritualer mister sin betydning og egne retningslinier skabes som modmagtreaktion. Retningslinierne skal dog ikke have en anden udformning end de har i dag, da de faktisk giver et handlerum som tillader et fagligt skøn – MEN rammerne for skønnet – yderlighederne for at vælge midten - skal bestandig debatteres i personalegruppen mellem ledelse og ansatte, veteraner og nyankomne, mellem erfarne og uerfarne, så argumentet for valget ligger i skæringspunktet af de tre videnskaber. Der må i kollektivet skabes en erkendelse af, at adfærd og orden ikke styres af regler alene, - men af mennesker i tæt samhandling. Der skal således tales om og indenfor praksis, så såvel det faglige aspekt som ritualerne for samhandling ud fra såvel samfundets som den enkeltes normative grundlag afstemmes og bliver drivkraft for handlingen, der således indbringer ros. Vellykket refleksion over håndhygiejne skal altså bygge på en målrettet og normativ indstilling. Den handletype, der opfylder situationens krav skal vælges og ikke som for nuværende med en absolut negligering af den naturvidenskabelige viden om mikroorganismer og deres sammenhæng med infektioner og håndhygiejne. Et undervisningsmateriale skal bidrage til at kvalificere denne dialog.

En sidste barriere er modsætningsforholdet mellem det personalet siger de gør og det de rent faktisk gør. Denne selvforståelse og harmonitænkning kan udfordres ved at sætte personalet i dilemmaet mellem at være indgribende eller forstående, ved at pirre præcis så meget til selvforståelsen, at det udløser den sociale energi og synergi, der sætter dem i stand til at ”kravle op i toppen af træet” og finde vejen ud ved at reflektere over ufrivillige handlinger og deres muligheder. Denne erfaring fra spørgeskemaet er der et stort ændringspotentiale i og skal som sådan være det webbaserede materiales største udfordring. Spørgsmålet til praksis stilles så tilpas kritisk eller provokerende, at dialogen bliver konstruktiv og med en ændring

som mål, men ikke så udfordrende, så det hæmmer aktiviteten og kalder på fortrængning, benægtelse og projicering og dermed bundfryser den aktuelle uønskede praksis.

Denne udfordring kan kun tages op ved et aktivt og dybt engagement fra individets side i læreprocessen, hvor der skal ske en ”om-indlæring”, men der fordres tillige et tilsvarende engagement og ændringsvilje i den gruppe, som individet er en del af for at kunne restrukturere opfattelsen af handlingen håndhygiejne. Ledelser og hygiejnesygeplejersker spiller i dette forhold en vigtig rolle m.,h.p. at etablere og facilitere et konstruktivt og trygt læringsrum, hvor disse ændringsprocesser kan finde sted. Det webbaserede undervisningsprogram kan blive et vigtigt parallelt læringsrum, idet det giver mulighed for såvel en privat afklaring af egne barrierer som en fælles kollegial refleksion, en bagscene hvor holdninger kan pirres og afstemmes og som så i en senere undervisningssituation med en hygiejnesygeplejerske kan videre bearbejdes.

Min konklusion er at håndhygiejne må helt frem på scenen som en berettiget og accepteret del af den fælles professionelle optræden, idet håndhygiejne indeholder såvel respekten som ansvaret for den anden. Det er i denne karakterrolle, at den skal iscenesættes af de engagerede aktører og modtage publikums applaus. Der skal sættes ord på handlingen.

8 Efterskrift – perspektivering

Undervisningsmaterialet *Værd at vide om håndhygiejne* har på baggrund af ovenstående afdækning og overvejelser fået udformning, som et materiale der:

- fremstår ”rent” i klare vandige, kølige farver
- behandler såvel den historiske som den nutidige problematik
- er rettet mod alle personalegrupper og niveauer
- inddrager viden fra alle 3 videnskaber og lægger op til en refleksion over valg af handling ud fra de tre handletyper
- lægger op til dialog og refleksion om hygiejnens udtryksform og betingelser
- gør det muligt hurtigt at indhente informationer
- udfordrer læseren med spørgsmålet ”vidste du?”
- i korte tekster sætter de normative rammer for samhandlingen
- bringer de gode historier med *de store oplevelser*
- giver mulighed for en skærpelse af den sansemæssige triangulering ved at gøre det usynlige synligt og få en fornemmelse af noget snavset
- giver mulighed for interaktivt at prøve handlinger og viden af, som viser effekten og som giver svar på begrundelserne for handlingen
- giver en nøgle (smittekæden) som model til at definere den problematiske hygiejniske situation
- fremhæver håndhygiejne som håndesinfektion
- kan bruges i en organisatorisk sammenhæng ved at tilkobles et learning management system (LMS)

9 Primær litteraturliste

- Antonovsky, A. (1991) (1987): Halsens Mysterium, Bokforlaget Natur og Kultur
- Aristoteles/Møller N. (1995): Den Nikomacheiske Etik, Det lille forlag, Frederiksberg
- Aristoteles/Porsborg, S. (2000): Etikken, Det lille Forlag, Frederiksberg
- Aristoteles/ Stigen, A. (1996): De Store Tænkere, 2. udgave, 2 oplag Munksgård, København
- Berthelsen, J. (2001)Kulturens nye ansigter, Psyke & Logos, nr. 1
- Berthelsen, J. (2003): Dilemmaets åbenbaringer og det onde Psyke & Logos nr. 1
- Binder, T. og Elkjær Bente: (2000) Nye læreskabeloner. Tidsskrift for arbejdsliv, 2.årg. nr 3
- Bottrup, P. (2001): Læringsrum og arbejdsvilkår. I: Tidsskrift for arbejdsliv, 3. årg. Nr 2.
- Brookfield, S.: Understanding and facilitating Adult Learning, Open University Press, Suffolk, 1986
- CAS-NYT (2000) Hvad koster sygehusinfektioner? Nr. 85, april
- Dansk Standard: DS 2451-2 Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren – Del 2: Krav til håndhygiejne, DS 1. udgave 2001-10-23
- Dansk Sygeplejeråd (2001): ICN's etiske kodeks for sygeplejersker, Dansk Sygeplejeråd
- Dean, M (1999): Governmentality: Power and rule in modern society, Sage, London and Beverly Hills
- Dewey, J. (1933): How We Think: A restatement of relation of reflective thinking to the educative process. Boston
- Dewey, J. (1991): How we think Prometheus Books, New York /Lexington, MA:D.C.Heath, 1910
- Douglas, M. (1997): Renhet og fara, Nya Doxa, Nora
- Dyhr, L., Schmidt, L. (1995): Interviewet som forskningsmetode. I: Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab, red. Af Lunde og Ramhøj, Akademisk Forlag
- Elle, B. (2000): Situeret læring – nogle udfordringer. Dansk Pædagogisk tidsskrift nr 1: s. 10 –32
- Fasting, Ulla: Hieraki er harakiri, Sygeplejersken, nr. 36/1998
- Fink, H. (1969): John Dewey, Store tænkere, Berlingske Forlag, København

- Fog, J.(1994): Med samtalen som udgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview. Akademisk Forlag, København
- Foucault, M. (2000): Klinikens fødsel, Hans Reitzels Forlag, København
- Foucault, M. (2002): Overvågning og straf, Det lille Forlag, Frederiksberg
- Goffman, E. (1967): Interaction Ritual, Anchor Books, Doubleday & Company, Inc. New York
- Goffman, E.(1992): Vore rollespil i hverdagen, Hans Reitzels Forlag (The presentation of Self in Everyday Life 1959)
- Hall, E. (1995): Relationen mellem interviwer og informant i det kvalitative forskningsinterview. I: Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab, red. af Lunde og Ramhøj, Akademisk Forlag
- Hansen, H.P. (1995): Ro, regelmæssighed og renlighed i sygeplejen. Dansk Selskab for sygeplejeforskning nr. 1
- Harder, I. (1990): Fænomenologisk kvalitativ forskning – et bud på metodetilgang i sygeplejeforskning. I: Jensen , T.K. et al : Grundlagsproblemer I sygepleje. Philosophia, Århus
- Henningsen, K. og Wahlgren B.(1987): Voksenpædagogik. I: Voksenundervisning Voksenpædagogik – en håndbog. Gyldendals Pædagogiske Bibliotek
- Holm, S. og Schmidt, L.(1995): Analyse baseret på Grounded Theory. I: Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab, red. af Lunde og Ramhøj, Akademisk Forlag
- Holstein: B. (1995): Triangulering – metoderedskab og validitetsinstrument, I: Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab, red. af Lunde og Ramhøj, Akademisk Forlag
- Houngaard, L. (2000): Omsorg, dannelse og pædagogik, I: Læring I sundhedsvæsenet, København , Gyldendals Uddannelse
- Høyrup, S. (1975): Grundlaget for laboratorietræning: Kurt Lewins tanker I: Laboratorie- og sensitivitetstræning, Gyldendals Pædagogiske bibliotek, København
- Isaksen, L.(2002:) Kroppsutsondringers symbolske makt, Tidsskriftet Norsk Lægeforening; 122:79-81
- Jacobsen, M.H., Kristiansen, S.(2002): Erving Goffman. Sociologien om det elementære livs sociale former. Hans Reitzels Forlag, København
- Jarvinen, M. (2000): Pierre Bourdieu, I: Klassisk og moderne samfundsteori, 2. rev. udgave ; København, Hans Reitzels Forlag
- Jarvis, P.: Adult & Continuing Education, , Second edition, kap 3.

- Jensen, K: Bekæmpelse af infektionssygdomme 100 år, Jubilæumsbog Statens Serum Institut 1902-2002
- Jensen, L.B. (2003): Den sproglige dåseåbner. Roskilde Universitets Forlag, 1. udg., 2. oplag, Frederiksberg
- Jensen, M.K. (1991): Kvalitative metoder anvendt. I: Samfundsforskning, Social forsknings Institut, København
- Jensen, T. (1990): Sygepleje som etisk know-how, hermeneutic og livsverden, menneskesyn og metode, I: Grundlagsproblemer i sygeplejen red. Af Jensen, Århus Philosophia s. 135- 173
- Jensen, T. og Johnsen, T. (2001): Sundhedsfremme i teori og praksis. Philosophia, 2.udg., 2.oplag, Århus
- Jørgensen, C.H, og Warring, N. (2002): Læring på arbejdspladsen. I: Udspil om læring i arbejdslivet. . Red af Illeris, K . Roskilde Universitetsforlag , Learning Lab Denmark
- Jørgensen, G. A. (1994): Ren i skind er ren i sind. I: Folk og kultur. s. 99-111.
- Kant, E.(1996/1783): Besvarelse af spørgsmålet: Hvad er oplysning. I :I. Kant Oplysning, historie og fremskridt. Århus: Slagmarks Skyttegravsserie
- Kjær, N. K.(2003): Mellem videnskab og praksis, Viden i praksis - et læringsteoretisk perspektiv, Ugeskrift for Læger · 1. september, nr. 36
- Knudsen, A (2002): Her går det godt, send flere penge. Gyldendal, 4.udgave, København
- Kristensen, J.E. (1985): Foucaults videnspolitik. I: Foucaults Blik, Redigeret af L.H. Schmidt og J.E.Kristensen, Modtryk, Århus
- Kvale, S. (1997): InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview, København: Hans Reitzels Forlag
- Ladefoged, M. og Stage, V (1999). : Håndhygiejne og småbørnssygelighed i daginstitutioner. Ugeskrift for læger; 161:s. 4396-400
- Lankford MG et al. Influence of Role Models and Hospital Design on Hand Hygiene of Healthcare Workers. Emerg Infect Dis. 2003 Feb;9(2):217-23.
- Larsson, E. et al (1986): Physiologic, microbiologic, and seasonal effects of handwashing on the skin of health care personnel, American journal of Infection Control Volume 14 no. 2 s. 51-59
- Larson, E.(1986): Commentary – Change and infection control; American Journal of infection Control, vol. 14 no. 6 Dec.
- Larson, E.(1988): A casual link between handwashing and risk of infection? Examination of the evidence. Infection Control Hospital Epidemiology, vol 9, No.1, 1988

Larson EL et al: (1998) Changes in bacterial flora associated with skin damage on hands of health care personnel. Am J Infect Control; 26(5):513-521.

Larson EL. (1999): Skin Hygiene and Infection Prevention: More of the Same or Different Approaches? Clinical Infectious Diseases; 29: 1287-1294.

Lave, E. & Wenger E: Situeret læring og andre tekster. Hans Reitzels Forlag, København

Lawler, J. (1991): Behind the Screens. Nursing, Somology, and the Problem of the Body, Churchill Livingstone, Melbourne

Lunde, I.M. (1995): Sundhedsvidenskab – mellem restriktion og ekspansion. I: Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab, red. af Lunde og Ramhøj, Akademisk Forlag

Lyngaa, J.: Sygeplejefag - refleksion og handling Bd.1 / redigeret af Janne Lyngaa. Kbh. : Munksgaard, 1998

Lyngaa, J.: Sygeplejefag og faglig identitet. I: Focus på sygeplejen. Munksgaard, 1997

Mainz, J. (1995): Analyse og fortolkning af data. Kvantitative og kvalitative aspekter. I: Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab, red. af Lunde og Ramhøj, Akademisk Forlag

Malterud, K. (1995): Veier til vitenskabelig innsikt i legekunsten. I: Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab, red. af Lunde og Ramhøj, Akademisk Forlag

Mathiesen, A. (1998): Et kritisk socialhistorisk perspektiv på pædagogikken i Danmark, I: Pædagogik en grundbog til et fag, red. J. Bjerg Hans Reitzels forlag,

Maunsbach, M. og Lunde, I.M (1995): Udvælgelse i kvalitativ forskning I: Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab, red. Af Lunde og Ramhøj, Akademisk Forlag,

Mellemgaard, S.(1998) : Kroppens natur, København, Museum Tusulanums Forlag, Københavns Universitet

Muschinsky, L.J. (1998): Pædagogik som fag – hvad skal man med det? Praktiseret videnskab og videnskabeliggjort praksis? I: Pædagogik - en grundbog til et fag, Hans Reitzels Forlag, København

Ndawula, (2001)"Road signs" approach to hand hygiene. J Hosp Infect. 2001 Jul;48(3):242-3.

Nielsen, K-D.B. og Lunde, I.M.(1995): Teoriers betydning i forskningsprocessen. I: Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab, red. Af Lunde og Ramhøj, Akademisk Forlag

Dansk Ordbog for Foket (1914): Gyldendal, Nordisk Forlag, 2. bind
København og Kristiania

Nudansk Ordbog (1992), Politikens Forlag, København 15.udgave, 6.oplag

- O'Boyle CA et al (2001). Understanding adherence to hand hygiene recommendations: the theory of planned behaviour, *Am J Infect Control*. Dec;29(6):352-60
- Olsen, H.(2004): De plukkes ikke som blomster på en mark... Tendenser i kvantitativ metodelitteratur vedr. konstruktion og kvalitetssikring af surveydata. I: *Dansk Sociologi*, Nr.1/15.årg., maj
- Otto, L. (1995): Et robust helbred eller et lykkeligt liv I: *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*, Philosophia og forfatterne, 1.udgave, 2.oplag
- Pittet D, Boyce JM. (2001): Hand hygiene and patient care: Pursuing the Semmelweis legacy. *The Lancet Infectious Diseases*, april: 9-20.
- Pittet D. et al (1999): Bacterial contamination of the hands of hospital staff during routine patient care. *Arch Intern Med*,159(8):821-826.
- Pittet D. et al (2000): Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Lancet*; 356(14):1307-1312.
- Pittet D. (2001): Improving Adherence to Hand Hygiene Practice: A Multidisciplinary Approach. *Emerg Infect Dis*. Mar-Apr;7(2):234-40. Review
- Porter, R. (2000): *Ve og vel, Medicinens historie fra oldtid til nutid*, Rosinante, København
- Rasmussen, Jens (2000) : *Pædagogikkens krise*, I: *Unge Pædagoger*, nr 1/2
- Rendtorff, J.D. (2003): *Foucault: Filosofiens Historicitet*. I: *Fransk Filosofi Engagement og struktur*, 1.udgave, 1.oplag, Politikens Forlag, København
- Ricoeur , P.(1993): *Från text til handling. En antologi om hermeneutic* redigeret af P.Kemp og B. Krsitensson. Brutus Østlings Bokforlag, Stockholm
- Sanderson PJ et al. (1992): Recovery of coliforms from the hands of nurses and patients: activities leading to contamination. *Journal of Hospital Infection*; 21: 85-93.
- Scheel, M. (1994): *Interaktionel sygeplejepsiksis, vidensgrundlag, etik og sygepleje*. Munksgård, København:
- Schmidt, L.H. (1985): *En konfessionsløs tænkning*. I: *Foucaults Blik*, Redigeret af L.H. Schmidt og J.E.Kristensen, Modtryk, Århus
- Schmidt, L.H. et Kristensen. J.E. (1986) : *Lys, luft og renlighed*, København Akademisk Forlag
- Schmidt, L.H.(2003): "Moderne snavs" Foredrag, DPU April
- Schøn, D. (2001): *Den reflekterende praktiker*, Århus, Klim

Siegumfeldt, B. (1995): Om at bygge skoler, bestemme skrift og varetage hygiejne som udtryk for samme habitus. I: Praktikteori i sundhedsvidenskab, redigeret af Karin Anna Petersen, Akademisk forlag

Sundhedsstyrelsen: Cirkulære om specialuddannelsen for sygeplejersker i infektionshygiejne (hygiejnesygeplejerske), cirkulære nr. 113 af 10.juli 2000

Svensson og Åberg (2001): e-learning och arbetsplats larande. Bilda Forlag, Stockholm

Tynell,J.(2001): Da medarbejderne blev en resource. Specialeafhandling Roskilde Universitet, <http://www.tynell.dk/magt/>

Vallgård, Signild (2000) : Om at styre menneskers liv, I: Tidsskrift for sygeplejeforskning

Vesterdal,A. (2003): Håndhygiejne og fartkontrol, Sygeplejerske nr. 45

Vogel (1986): Emma Gad – og alle de andre, Skive, Vogels Forlag

Wackerhausen, S. (2002): Humanisme, professionsidentitet og uddannelse I sundhedsområdet, Hans Reitzels Forlag, København

Wahlgren,B. et al (2002): Reflektion og læring. Kompetenceudvikling i arbejdslivet, Samfundslitteratur, Frederiksberg

Winther - Jensen, Thyge (1996): Voksenpædagogik - grundlag og ideer, Akademisk Forlag

Zimakoff J. (1987) : Håndhygiejne – en holdningsundersøgelse. Ugeskr læger;149/42: 2872-2875.

10 Sekundær litteraturliste

Aiello AE, Larson EL. (2002): What is the evidence for a causal link between hygiene and infections? *Lancet Infect Dis.* Feb;2(2):103-10.

Baumgarden A et al. (1993): Effects of Nail Polish on Microbial Growth of Fingernails. *AORN Journal*; 58(1): 84-88.

BenneK. D (1976): The Processes of Re- Education: An Assessment of Kurt Lewin's Views. I: The Planning of Change, Third edition

Bergmans,D.C.JJ. (1998):Cross-colonisation with *Pseudomonas aeruginosa* of patients in an intensive care unit, *Thorax*;53:1053-1058

Boyce JM, Pittet D. (2002): Guidelines for Hand Hygiene in Health-Care settings. 51 ed. Center for Disease Control and Prevention

Brown SM et al.(2003): Use of an alcohol-based hand rub and quality improvement interventions to improve hand hygiene in a Russian neonatal intensive care unit. *Infect. Control Hosp Epidemiol.*; 24:172-79.

Bruner, J (1990).: Mening i handling. Forlaget Klim, 1.udgave, 2.oplag, Århus

Casewell M et al.(1977): Hands as route of transmission of *Klebsiella* species. *British medical Journal*, 2: 1315-1317.

CAS-Nyt nr. 79, 1998: "Prævalensundersøgelsen"

CAS-Nyt nr. 82, 1999: "Hospitalsinfektioner"

CAS-Nyt nr. 85, 2000: "Hvad koster sygehusinfektioner?"

Collin, F. Og Køppe, S (1995).: Humanistisk videnskabsteori. Danmarks Radio Forlaget

Conrad, J.(1998): Uddannelsespolitik og planlægning, I: J. Bjerg (red) Pædagogik – en grundbog til et fag. København: Hans Reitzels Forlag s. 531-545

Danbjørg, D.B. (2003): Sygeplejens vilkår i det danske sundhedsvæsen. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København

Daschner FD. (1985): The transmission of infections in Hospitals by Staff Carriers, *Methods of Prevention and Control. Infection Control*; 6(3): 97-99.

Davis CP. Normal flora. Available at: <http://gsbs.utmb.edu/microbook/ch006.htm>

Den centrale afdeling for sygehushygiejne (2004): Råd og anvisninger. Desinfektion i sundhedssektoren. København: Statens Seruminstitut, 7. Reviderede udgave

EPI-NYT, Uge 15, 2003: "Norovirus"

EPI-NYT, Uge 4, 2004: "MRSA Infektioner"

EPI-Nyt, uge 50, 1998: "Gruppe A streptokokker – Epidemi af barselsfeber"

EPI-Nyt, uge 7, 2001: "Nosokomielt scabiesudbrud i Viborg Amt"

Forman B, Holt J, Bergen LK, Pedersen K. (2003): Forebyggelse af spredning af resistent Staphylococcus aureus, Sygeplejersken, nr. 5.

Foucault, M. (1986): The subject of power, I: Dreyfus HL, Rabinow P., Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics. Brighton: The Harvester Press, 208-226

Ganeswire R et al. (2003): Nosocomial outbreak of Enterobacter gergoviae bacteraemia in a neonatal intensive care unit. J Hosp Infect; 53(4): 292-296.

Giddens A.: (1994) Modernitetens konsekvenser, København Hans Reitzels Forlag

Gustavsson, Bernt (2000): Dannelse i vor tid. Århus Klim, 1.udgave, 2.oplag

Gøtzsche, I. (1993): Sygeplejens udvikling og kulturhistoriske baggrund 2. udgave. Kbh. : Nyt Nordisk Forlag

Hansen, B.G. (1998): Voksenliv og læreprocesser i det moderne samfund, Munksgård, København, 1.udgave, 2 oplag

Havemann, L.(2000): Kampagne for bedre håndhygiejne. Sygeplejersken nr. 44

Havemann, L. (2004): Sygeplejersker vaskede hænder bedre. Sygeplejersken, nr. 13/

Henriksen og Nørgaard (1988): På skuldrene af reformpædagogikken. Dansk Pædagogisk Tidsskrift nr 3

Illeris, K.: Læring, Roskilde Universitetsforlag, 1. udgave, 1999

Jacobsen, B (2001): Hvad er god forskning? Hans Reitzels Forlag, København

Jacobson G et al. (1985): Handwashing: Ring-wearing and Number of Microorganisms. Nursing Research; 34(3) 186-188. Review of the litterature.

Jensen, Klaus (2000): Medicinsk mikrobiologi og infektionspatologi. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk.

Kampmann, J.(1995): Fagidentitet, praksis og køn indenfor sygeplejefeltet. I: Praktikteori i sundhedsvidenskab, redigeret af Karin Anna Petersen, Akademisk forlag

Kohut, H. (1990): Selvets psykologi, Hans Reitzels Forlag, København

Kolmos HJ. (2000): Sygehushygiejne i orkanens øje. Ugeskrift for læger, nr. 39

- Korsgaard, O.(1999): Hvor kommer lyset fra? Kvan nr. 55. S. 31-44
- Larson EL. (1997): A multifaceted approach to changing handwashing behavior. AJIC; 25(1):3-9.
- Launsøe, L et Rieber, O (2000): Forskning om og med mennesker. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 4.udgave, 1.oplag, København
- Lund, A.B.(1997): Smitsomme sygdomme i dansk journalistik, bind 1. Munksgård, København
- McNeil, S.A. et al (2001): Outbreak of Sternal Surgical Site Infections Due to Pseudomonas aeruginosa Traced to a Scrub Nurse with Onychomycosis , Clinical Infectious Diseases;33:317-323
- Muschinsky, L.J. (1998): Pædagogik som fag- hvad skal man med det? Praktiseret videnskab og videnskabeliggjort praksis. I: J. Bjerg (red) Pædagogik – en grundbog til et fag. København: Hans Reitzels Forlag
- Nasjonale retningslinjer for håndhygiene (2003). Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Oslo
- Natvig, Randi-Susanne (1997): Sykepleieetikk - 2. utgave. - Oslo : Universitetsforlaget
- Nielsen, H. K. (2001) Fortælling, identitet og dannelse, Dansk Pædagogisk Tidsskrift nr. 1: 18-25
- Nielsen, H.K.(1998): Pædagogikken og det moderne demokrati, I: J. Bjerg (red) Pædagogik – en grundbog til et fag. København: Hans Reitzels Forlag
- Rousseau, J.J. (1968/1762): Emile (uddrag). I: G. Christensen Læsestykker til opdragelsens historie. København: Gyldendals pædagogiske Bibliotek
- Saugstad, T Og Mach-Zagal, R. (2003): Sundhedspædagogik for praktikere, Gyldendals Akademiske Bogklubber, 2.udgave, København
- Scheel, L.(2000): Praksislæring, Gyldendal uddannelse, København
- Schein, Edgar H.(1994): Organisationskultur og ledelse, Valmuen, København 2.udgave
- Schou, Rabek L (1996):: Emancipation og fag. I: S. Høyrup (red.) Spæts pædagogiske tidsskrift: Reformpædagogikkens rødder. København: Danmarks Lærerhøjskole
- Simor AE et al. (2002):An outbreak due to multiresistant Acinetobacter baumannii in a burn unit: risk factors for acquisition and management. Infect Control Hosp Epidemiol; 23(5): 261-7.
- Tvenstrup E, Christensen M, Meyer M.(1999): Et tiltagende problem på sygehusene. Sygeplejersken 1

Ulrichsen, H. og Eriksen, H. (1990): Kulturanalyse af hospitalssektoren. Hovedopgave ved Diplomstudiet i organisation. Handelshøjskolen i København
Universitetsmagasinet, April

Vesterdal A. (2003): Håndhygiejne og fartkontrol, Sygeplejersken 2003, nr. 45.

Wackerhausen B. og S. (2000): Tavs viden, pædagogik og praksis, I: læring I sundhedsvæsenet, Red.: L. Hounsgaard og J.J. Eriksen, København 1. udg. 1. oplag .

Wahlgreen B. et al (2002): Reflektion og læring, Frederiksberg, Forlaget samfundslitteratur

Zimakoff J et al. (1992): A multicenter questionnaire investigation of attitudes toward hand hygiene, assessed by the staff in fifteen hospitals in Denmark and Norway. Am J Infect Control Apr;20(2):58-64.

Bilag 2

Introduktionsskrivelse

Til sygehusledelser og hygiejneorganisationer

Statens Serum Institut har søgt midler til at styrke indsatsen vedrørende antibiotikaresistens og sygehusinfektioner, idet det umiddelbare mål er at opnå en 25 % reduktion i forekomsten af sygehus erhvervede infektioner i løbet af en fireårig periode. Det er tanken samtidigt at styrke og integrere overvågningen af antibiotikaforbrug og antibiotikaresistens på relevante niveauer fordelt på patogener.

Der drøftes i øjeblikket en række tiltag, og i den forbindelse har Statens Serum Institut indledt et samarbejde med MindBricks A/S, Århus, med henblik på at undersøge mulighederne for at udarbejde teknologistøttet undervisning (E-learning).

MindBricks A/S beskriver sig selv som et firma, der udvikler og producerer digitale løsninger til internetbaseret undervisning. Opgaverne omfatter research, afgrænsning, fastlæggelse af pædagogisk metode, opbygning og indholdsproduktion. Hertil kommer systemdesign, grafisk design og produktion af brugergrænseflader samt implementering.

Firmaet har bl.a. udarbejdet et E-learning program om hjertestopbehandling, som med succes er anvendt på Skejby Sygehus.

I januar 2003 skal medarbejdere fra MindBricks A/S gennem besøg på en række sygehuse afdække hvorfor hidtidige håndhygiejne kampanjer og vejledninger ikke altid har haft den ønskede langtidseffekt. Er det viden, holdning eller formidling, der er utilstrækkelig? Formålet med MindBricks' undersøgelser er at forsøge at belyse dette for bagefter i samarbejde med Statens Serum Institut at udvikle internet-baseret undervisning (E-learning program) for sygehuspersonale, som vi siden håber at kunne stille til rådighed for sygehusene (i lighed med Råd og anvisninger og andet informationsmateriale).

Statens Serum Institut håber, at I vil støtte MindBricks A/S og være dem behjælpelige i deres researcharbejde. I praksis ved at deltage i interviewsamtaler, rundvisning eller lignende. Med venlig hilsen

Jette Holt

Hygiejnesygeplejerske

Tlf. 3268 3752

e-mail: jho@ssi.dk

Elsebeth Tvenstrup Jensen

Afdelingslæge

Tlf. 3268 3799

e-mail: etj@ssi.dk

Center for Antibiotikaresistens og Sygehushygiejne

Kontaktperson for MindBricks A/S:

Producer Jens Engberg

Telefon 8619 9820 eller 4029 6071.

e-mail: je@mindbricks.com