



Det helsevitenskapelige fakultet

Smittevern i hjemmesykepleien

- Mellom improvisasjon og faglig forsvarlighet?

Linda Merete Jensen

Master i sykepleie. SYP- 3901 Fagfordypning infeksjonssykepleie
November 2020

Antall ord: 20911

Innhold

1	INNLEDNING	6
1.1	Introduksjon til tema.....	6
1.2	Bakgrunn for valg av tema	7
2	BAKTEPPE.....	9
2.1	Historiske utviklingstrekk ved hjemmesykepleien.....	9
2.2	Hjemmet som arbeidssted – en smitterisiko?	12
2.3	Juridiske rammer for smittevern i hjemmesykepleien.....	14
3	TEORETISK PERSPEKTIV	16
3.1	Relevant forskning.....	16
3.2	Anvendt teori	20
3.2.1	Florence Nightingales betydning for sykepleie.....	21
4	METODE OG MATERIALE	24
4.1	Metode	24
4.2	Egen rolle og forforståelse i prosjektet.....	25
4.3	Utvalg og rekruttering	27
4.4	Forskningsetiske overveielser.....	29
4.5	Analyse	30
5	PRESENTASJON AV FUNN	34
5.1	Kunnskap om og fokus på smittevernrutiner.....	34
5.2	Smittevernutfordringer	36
5.2.1	Arbeidsantrekket	36
5.2.2	Håndhygiene, hansker og stellefrakk; basale smittevernrutiner.....	38
5.2.3	Utstyret som brukes.....	40
5.2.4	Håndtering av avfall	41
5.3	Lederens betydning for et godt smittevernarbeid	42

5.4	Samarbeid med pasienter og pårørende.....	43
5.5	Samhandling med andre tjenestenivåer	45
6	Diskusjon.....	46
6.1	Mellom faglig forsvarlighet og improvisasjon?	46
6.2	«Orden i eget hus».....	50
6.3	Forholdet mellom autonomi og det faglige ansvaret.	53
6.4	Samhandling som forutsetning for et godt smittevern.....	56
7	Avslutning	58
7.1	Oppsummering	58
7.2	Implikasjoner for videre praksis og forskning.....	60
7.3	Refleksjoner over bruk av metode.....	61
	Referanseliste	62
	Vedlegg 1: Informasjonsskriv til informantene	66
	Vedlegg 2: Intervjuguide.....	69
	Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD	71

Forord

Å skrive denne masteren i infeksjonssykepleie har vært en lærerik reise hvor jeg har fått brukt min sykepleiefaglige kompetanse og min erfaring gjennom 24 år som sykepleier. Jeg har i ulike roller i livet lært en del om viktigheten av å ha fokus på smittevern og infeksjonskontroll, og at dette uten tvil er en av sykepleiefagets grunnpilarer.

Underveis i masterløpet mistet jeg min ektemann og livsledsager gjennom 18 år, etter lang tids kreftsykdom. Det har tidvis vært hardt å makte å holde oppmerksomheten rettet mot undervisning, eksamener og skriving, men jeg har funnet krefter der jeg trodde det ikke fantes mer å hente, under sterk oppmuntring fra min kjære. Til tross for sykdom og svært tøffe behandlinger var han med sin legebakgrunn veldig opptatt av at jeg måtte fullføre mastergraden min og det jeg ønsket å formidle om temaet. Paradoksalt nok døde han ikke av sin sykdom, men av en multiresistent mikrobe som det ikke finnes behandling for. Sånn sett bidro det til at jeg så enda tydeligere hvor viktig smittevern, riktig antibiotikabruk og infeksjonskontroll er i samfunnet for de mest risikoutsatte pasientene. Denne masteroppgaven er derfor i sin helhet dedisert til Dag, og alt han var som menneske, og lege.

Det er også på sin plass å rette en takk til dere som har gjort det mulig for meg å komme i mål med oppgaven. Først og fremst ønsker jeg å takke hjemmesykepleierne som sa seg villig til å delta i fokusgruppeintervjuet og dele av sine erfaringer omkring utøvelse av smittevern.

Jeg vil takke min arbeidsgiver og mine kollegaer for all støtte og oppmuntring underveis i løpet, og for at det har vært mulig å sjonglere mellom full jobb og masterskrivning når jeg har hatt behov for det.

En særlig takk går til min dyktige veileder, Ragnhild Nicolaisen, for samarbeidet vi har hatt. Du har vært en veiviser, og du har klart å synliggjøre nye perspektiver for meg underveis. Du hadde troen på at jeg skulle klare dette, og det har virkelig motivert meg til å stå løpet ut.

Sist men ikke minst sender jeg en takk til mine dyktige medstudenter på masterkullet mitt. Dere har vært støttende, motiverende og inspirerende gjennom disse tre studieårene. Måtte vi alltid finne tid til hverandre, også etter endt studietid.

SAMMENDRAG

Bakgrunn	I tråd med Samhandlingsreformens intensjon mottar og behandler hjemmesykepleien en økende andel pasienter med infeksjonssykdommer. Mens sykehus og institusjoner er tilrettelagt for å kunne utøve smittevern, gjelder dette i langt mindre grad private hjem. For å lykkes med infeksjonsforebygging og - kontroll i hjemmene må sykepleierne minimalisere risikoen for smittespredning gjennom etterlevelse av basale smittevernrutiner. Mangel på nasjonale føringer for smittevern i hjemmesykepleien gjør at mange virksomheter mangler etablerte prosedyrer for smitteverntiltak. Dette gir utfordringer for den enkelte sykepleier i møte med syke og infeksjonsutsatte pasienter.
Forskningsspørsmål	Hvilke utfordringer opplever sykepleierne i hjemmesykepleien i arbeidet med å ivareta smittevern i pasientenes private hjem?
Metode	Metoden er kvalitativ med fokusgruppeintervju. 4 sykepleiere deltok i intervjuet. Datamaterialet ble analysert med utgangspunkt i Malteruds (2017) modell for systematiske tekstkondensering.
Resultater	Tre hovedtemaer ble funnet: Kunnskap om og fokus på smittevernrutiner, ledelse og ledelsens betydning for et godt smittevern, og til slutt samarbeid med pasienter og pårørende og samhandling med andre tjenestenivåer. Funnene viste at sykepleierne savner et økt fokus på smittevern, og at de har behov for mer kunnskap på området. Mangel på nedfelte prosedyrer bidrar til økt usikkerhet omkring nødvendige smittevernstiltak, noe som gjør at de i stor grad improviserer egne løsninger. Ledelsens prioritering, engasjement og fokus har ringvirkninger for hvordan sykepleierne etterlever smittevern. Blant annet mangler de ansatte forskriftsmessig arbeidstøy som bidrar til å minimalisere risikoen for kryssmitte. Samarbeid og gode relasjoner mellom sykepleierne, pasienter og pårørende gjør at de lettere kan si fra om, og korrigere, situasjoner som øker smitterisikoen. Sykepleierne fastslår at antall pasienter med infeksjonssykdommer som skrives ut fra sykehus er økende, og de opplever det som utfordrende at informasjon om smitterisiko ikke alltid følger pasientene ved utskrivelse.
Konklusjon	Smittevern i hjemmesykepleien trenger et større fokus, både nasjonalt og lokalt. Dette vil kunne gi gevinst både økonomisk, ressursmessig og rent helsemessig på alle nivå i helsesektoren. På virksomhetsnivå er det nødvendig å få på plass tydelige retningslinjer for smittevern som sørger for at sykepleierne kan jobbe i tråd med kravet om faglig forsvarlighet.

ABSTRACT

Background	<p>In line with the intension of the Coordination reform, home care nurses receives and treats an increasing proportion of patients with infectious diseases. While hospitals and health institutions are adapted to be able to exercise infection control, this applies to a much lesser extent in private homes. In order to succeed with infection prevention and control in the home, nurses must minimize the risk of infection spreading through compliance with basic infection control routines. The lack of national guidelines for infection control in home nursing means that many companies lack established procedures for infection control measures. This presents challenges for the individual nurse in dealing with sick and infected patients</p>
Research Question	<p>What challenges do the nurses in home health care services experience in ensuring infection control in the patients' private homes?</p>
Method	<p>The method is qualitative with focused group interview. 4 nurses participated in the interview. The data material was analyzed on the basis of Malteruds (2017) model of systematic text condensation.</p>
Findings	<p>Three main themes were found: Knowledge of and focus on infection control routines, management and the importance of management for good infection control, and finally collaboration with patients and relatives and interaction with other health service levels. The findings showed that the nurses wanted an increased focus on infection control, and that they need more knowledge in this field. Lack of established procedures contributes to increased uncertainty about necessary infection control measures, which means that they largely improvise their own solutions. Priorities, commitment and focus from the management have ripple effects on how nurses comply with infection control. Among other things the nurses lack proper work clothes that helps minimize the risk of cross-contamination. Cooperation and good relations between the nurses, patients and relatives make it easier for them to report on, and correct, situations that increase the risk of infection. The nurses states that the number of patients with infectious diseases who are discharged from hospital is increasing, and they find it challenging that information about the risk of infection does not always follow the patients at discharge.</p>
Conclusion	<p>Infection control in home health care needs a greater focus, both nationally and locally. This could provide benefits both financially, in terms of resources and in terms of health at all levels in the health sector. At the ward level, it is necessary to put in place clear guidelines for infection control that ensure that nurses can work in line with the requirement for professional soundness.</p>

1 INNLEDNING

1.1 Introduksjon til tema

Denne oppgaven handler om smittevern i hjemmesykepleien. Mitt ønske var å undersøke hvilke utfordringer sykepleierne opplever i tilknytning til smittevernsarbeid i sin kliniske praksis i pasientenes hjem. Som sykepleiere har vi et særskilt ansvar for å beskytte pasientene mot å eksponeres for smitte og infeksjonssykdommer. Infeksjonssykdommer er i dag årsak til en betydelig del av alle sykehusinnleggelse. Folkehelseinstituttet anslo i 2018 at hver 20. pasient som er innlagt i sykehus og sykehjem har en infeksjonssykdom, og dette påfører helsevesenet store kostnader. Fra tidligere arbeid i kommunehelsetjenesten har jeg erfaring med at enkelte pasienter flyttes relativt hyppig mellom eget hjem, sykehus og kommunal korttids plass i institusjon. På denne måten øker faren for spredning av kryssmitte og infeksjonssykdommer innad og mellom tjenestenivåene.

Det å utøve grunnleggende smittevern i hjemmesykepleien er kjent for å være mer utfordrende, da forholdene som sykepleierne i hjemmebasert omsorg jobber under er særegne sett i forhold til spesialisthelsetjenesten og omsorgsinstitusjoner. Dette omhandler blant annet tilgang til smittevernutstyr, desinfeksjonsmidler, mulighet for å skille rene og urene soner, samt tilgang til å utføre håndhygiene. Også nedfelte rutinebeskrivelser er mindre tilgjengelig i pasientenes hjem. I tillegg jobber sykepleierne i stor grad alene rundt pasienten, noe som gjør at muligheten for kollegabasert veiledning er begrenset. Man er derfor mer avhengig av at den enkelte sykepleier har kunnskaper om grunnleggende smittevernsrutiner. Hjemmetjenesten er heller ikke omfattet av lovpålagte krav gjennom smittevernforskriften om å etablere et infeksjonskontrollprogram (IKP)¹ med nedfelte smittevernrutiner. Smittevernforskriften trådte i kraft i 2005, og har som mål bidra til etablering av gode smittevernrutiner og infeksjonskontroll i helse- og omsorgssektoren.

I dag ser vi at en pågående pandemi har rettet et globalt fokus på smittevern, da SARS cov-2 har gitt oss en verdensomspennende utfordring. Det har vist seg vanskelig å få viruset under

¹ Et infeksjonskontrollprogram er et planverk som omfatter alle nødvendige tiltak for å forebygge at infeksjoner oppstår i helseinstitusjoner og for håndtering og oppfølging av infeksjonsutbrudd. Se også oppgavens pkt. 2.3

kontroll, og mange har blitt syke. Spredningen og omfanget av dette koronaviruset har vist oss relevansen av basale smittevernrutiner, og betydningen det har for å forebygge infeksjonssykdom i befolkningen. Fokus på smittevernrutiner vil også kunne ha en vesentlig samfunnsmessig effekt i form av bedre infeksjonskontroll og reduserte helseutgifter. Norske helsemyndigheter jobber for at antibiotikaresistente mikrober som for eksempel MRSA² og ESBL³ ikke skal få etablere seg i våre helseinstitusjoner. Til tross for dette har vi utfordringer med denne typen mikrober på alle tjenestenivåer innenfor helse og omsorg, også i hjemmesykepleien.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Min sykepleiererfaring har jeg opparbeidet etter at jeg var ferdig utdannet i 1996. I løpet av disse årene har jeg jobbet i en kirurgisk avdeling ved et lokalsykehus, som sykepleier i sykehjem og i et år mens jeg bodde på østlandet tok jeg vakter i hjemmesykepleien. Så fulgte mange år som virksomhetsleder i sykehjem, og videre som overordnet pleie- og omsorgsfaglig ansvarlig i kommunehelsetjenesten. I dag jobber jeg som faglærer ved sykepleierutdanningen på UiT, Norges arktiske universitet.

I den tiden jeg jobbet som virksomhetsleder på sykehjem var smittevern et område som fikk forholdsvis lite fokus, og jeg var nok en av mange som heller ikke viet det tilstrekkelig oppmerksomhet før vi i 2007 opplevde at 13 pasienter og 4 ansatte testet positivt for MRSA. MRSA kan gi livstruende infeksjoner for personer som har lavt immunforsvar. Eldre i sykehjem har ofte nedsatt immunforsvar, og våre pasienter ved sykehjemmet var derfor ekstra utsatt. Denne erfaringen med så mange smittede satte spor hos meg. Det ble lagt ned en

² MRSA (Meticillin Resistent Staphylococcus Aureus) er en bakterie som kan føre til økt sykkelighet, dyr behandling og høy dødelighet dersom den fører til en infeksjonssykdom (Akselsen, 2018).

³ ESBL er ikke en bestemt bakterie, men en type resistensmekanisme som alle bakterier kan utvikle. ESBL er en forkortelse for Extended Spectrum BetaLaktamase, og forteller oss at bakteriene har utviklet en spesiell enzymkappe som gjør den mer motstandsdyktig overfor antibiotikabehandling (Akselsen, 2018).

betydelig innsats for å få testet de som kunne være utsatt, i et forsøk på å begrense smitteutbruddet og isolere de som allerede var smittet.

Etter flere hundre tester som ble sendt til mikrobiologisk avdeling i Tromsø, bistand fra tilsynslegen, smittevernlegen i kommunen og hygienesykepleier ved vårt lokalsykehus, fikk vi gjennom strenge smittevernrutiner og isolering av pasienter kontroll på situasjonen. Det ble etter hvert bygget en egen enhet for 6 pasienter etter smitteutbruddet. På den tiden vi sto midt oppe i smittearbeidet var ikke multiresistente bakterier og smittevernsarbeid særlig utbredt i kommunehelsetjenesten. Mange år senere ser vi at infeksjonsbildet i samfunnet har endret seg. I økende grad har sykdomsfremkallende mikrober utviklet en resistensprofil som gjør dem mer motstandsdyktige mot behandling, og i fremtiden vil dette kunne gi helsevesenet store utfordringer både økonomisk, ressursmessig og behandlingmessig.

Jeg hadde ikke fra tidligere direkte erfaring med hvordan smittevern ivaretas innenfor hjemmebasert omsorg, men gjennom mitt yrkesliv har jeg hatt en oppfatning av hvordan dette ble håndtert. Min forståelse var at smittevern i hjemmesykepleien blir ivaretatt på lik linje med institusjonsbasert omsorg, og at alle kommunale virksomheter jobber etter de samme juridiske rammer. Da jeg gikk i gang med masterstudiet med fagfordypning i infeksjonssykepleie lærte jeg gjennom forelesninger at smittevernforskriften ikke omfatter hjemmesykepleien og at det er et område som får lite fokus fra sentrale myndigheter. Dette overrasket meg, vekket min nysgjerrighet, og har bidratt til at jeg ønsket å undersøke nærmere hvordan sykepleierne opplever at de har muligheter til å utøve smittevern i brukernes hjem.

Hospiteringspraksis inngikk som en del av masterstudiet og etter eget ønske fikk jeg anledning til å hospitere noen dager hos hjemmesykepleien i en østlandskommune. Gjennom denne praksisen erfarte jeg at de manglet nedfelte rutinebeskrivelser og prosedyrer i form av et IKP. Jeg møtte flere sykepleiere som erkjente at basale smittevernrutiner ble brutt, og sykepleierne fortalte at de følte seg usikre på de ulike rutinene. I tillegg har jeg gjennom arbeidet som lærer ved sykepleierutdanningen veiledet studenter i praksis i hjemmesykepleien og har gjennom deres historier erfart at smittevern i hjemmesykepleien ofte er en utfordring.

Også privat har jeg opparbeidet meg erfaring med smittevernsarbeid. Som pårørende til en ektefelle med lavt og tidvis manglende immunforsvar under pågående kreftbehandling så jeg også viktigheten av grundige smittevernrutiner for å unngå å utsette ham for infeksjoner. Å beskytte ham mot smitte hadde et stort fokus i hverdagen vår, og i løpet av hans flerfoldige

innleggelse erfarer vi at sykehuspersonalet hadde gode rutiner for å beskytte pasientene som hadde lavt eller manglende immunforsvar. Hjemmesykepleien var aldri involvert i behandlingen han fikk, så vi fikk ingen personlige erfaringer med å være pasient og pårørende i hjemmebasert omsorg. I ettertid har det også pirret min nysgjerrighet. Hvordan ville de håndtert utøvelse av strengt smittevern i vårt eget hjem? Ville de hatt rutiner som fungerte like bra som i sykehus? Har de tilstrekkelig med ressurser til denne typen arbeid?

Med dette som bakgrunn ønsker jeg å undersøke nærmere hvilke utfordringer sykepleierne i hjemmesykepleien erfarer i sitt daglige arbeid med pasienter og min problemstilling er:

Hvilke utfordringer opplever sykepleierne i hjemmesykepleien i arbeidet med å ivareta smittevern i pasientenes private hjem?

Mitt fokus er altså å sette søkelyset på hva det er som utgjør de største utfordringene som sykepleierne i hjemmesykepleien møter i daglig stell og pleie av pasientene, og som de i en forlengelse av dette må håndtere og løse ut fra de virkemidler de har for hånden når de beveger seg inn i pasientenes private sfære. Hensikten med prosjektet er å få økt kunnskap og innsikt i dette fagområdet. På den måten kan det bidra til en forbedring av denne delen av sykepleiepraksis.

2 BAKTEPPE

2.1 Historiske utviklingstrekk ved hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien har vært en del av kommunenes samfunnsoppdrag siden 1972, da pleie av syke og hjelpetrengende ble sett på som så viktig at den ble etablert som en del av den offentlige helsetjenesten (Birkeland & Flovik, 2014). Før den tid ble hjelpebehovet til syke hjemmeboende tatt hånd om av storfamilien, sykepleiere eller frivillige organisasjoner i lokalmiljøet rundt pasienten. Sentralt her sto en rekke diakonale virksomheter, Norske kvinners sanitetsforening og Nasjonalforeningen for folkehelse. (Meld. St. 26).

Innen 1982 hadde alle norske kommuner et tilbud om hjemmesykepleie, men det var sparsomt med ansatte og tilbudet omfattet kun dagtid og hverdager (Birkeland & Flovik, 2014). Utviklingen av hjemmesykepleien er koblet til den norske velferdsstatens fremvekst,

noe som innebærer at det offentlige i dag står for styring, drift og finansiering av dagens helse- og omsorgstjenester (Fjørtoft, 2016).

Hjemmesykepleien som virksomhet har med årene gjort en dreining fra å være i utkanten av den offentlige helsetjenesten, til dagens tjenestemodell hvor de er en sentral del av kommunehelsetjenesten. Helsehjelp i hjemmet har blitt utvidet til å bli en heldøgntjeneste, og det er i dag flere mottakere av hjemmesykepleietjenester enn det er mennesker i institusjon, på grunn av en gradvis reduksjon av sengeplasser og målet i eldreomsorgen er nå snudd fra trygghet i institusjon til trygghet i eget hjem (Fjørtoft, 2016).

Birkeland og Flovik (2014) påpeker at antallet pasienter i hjemmesykepleien er mer enn femdoblet fra 1992 og frem til i dag. Mens spesialisthelsetjenesten de siste tiårene har hatt fokus på spesialisering og effektivisering med hovedvekt på behandling, har den kommunale helsetjenesten blitt stadig mer generalisert. De har de siste tiårene fått større faglig ansvar for tynge og mer krevende pasientgrupper. Samtidig har tidspunktet for institusjonsinnleggelse for de eldre blitt endret, slik at de som legges inn er eldre og sykere enn tidligere (Birkeland & Flovik, 2016).

Samhandlingsreformen har hatt stor betydning for måten hjemmesykepleien jobber på i dag. Den trådte i kraft fra 1.1.2012, og er av de største helsereformene i Norge i nyere tid. Reformen ble innført av Stoltenbergs andre regjering, og den ble introdusert i Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) som et forsøk på å svare på de hovedutfordringene som har preget helsevesenet:

-Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok

-Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom

-Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

(St.meld. nr. 47, 2008-2009)

Samhandlingsreformen er en retningsreform, og den bar med seg både en forventning og et krav om at kommunene skal ta et helsemessig større ansvar for sine innbyggere og at veksten i helsetjenester i størst mulig grad skal løses ute i den enkelte kommune. Pasientene skal få helsehjelp nærmere hjemmet, der de lever og bor. Ifølge Fjørtoft (2016) beskrives dette som et kvalitetsløft på helsetjenestene til befolkningen, samtidig som det skal sikre økt økonomisk

bærekraft for helsetjenestene, gjennom at den økonomiske belastningen i større grad fordeles mellom helseforetakene og kommunene. (Fjørtoft, 2016).

I praksis betyr dette en oppgaveforskyvning i helsetjenester fra spesialisthelsetjenesten og ut i kommunehelsetjenesten. For hjemmesykepleien innebærer dette at pasientene blir erklært utskrivningsklare fra sykehus tidligere enn før reformen trådte i kraft, og at mange av dem har økt behov for behandling i hjemmet etter utskrivning. Birkeland og Flovik (2014) peker på at bemanningssituasjonen i den kommunale hjemmesykepleien, sammen med kapasiteten og kompetansen vil være utslagsgivende for hvorvidt pasientene får oppfylt sin rett til kommunal helsehjelp. De presiserer at særlig viktig vil det være å rekruttere og beholde sykepleiere for å kunne oppfylle samhandlingsformens hensikt (Birkeland & Flovik, 2014).

Reformen har vært gjenstand for kritikk fra flere hold, og flere offentlige instanser har påpekt svakheter ved den. Riksrevisjonen publiserte i 2016 en rapport knyttet til ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten. Rapporten slår fast at kommunene må sørge for tilstrekkelig kompetanse i hjemmesykepleien. Den viser også til at kommunene ikke har klart å øke kapasiteten og styrke kompetansenivået i takt med antall pasienter de mottar i dag. Dette gjelder særlig for hjemmesykepleien og sykehjem. For å oppnå en mer bærekraftig kommunehelsetjeneste konkluderes det med at det må en betydelig kompetanseheving til i form av videre- eller etterutdanning for helsepersonell (Riksrevisjonen, 2016). Etter et landsomfattende tilsyn utga Helsetilsynet en rapport hvor de kartla samhandlingen mellom helseforetak og kommuner med fokus på utskrivningsklare pasienter. Rapporten viste at det forelå flere lovbrudd og forbedringsområder mellom partene, og at viktig pasientinformasjon var mangelfull og ofte kom for sent. Dette forplanter seg ut i systemet og utgjør en risiko for at pasientene ikke får den oppfølgingen som de har behov for etter utskrivning. (Helsetilsynet, 2016).

Helsevesenet i Norge er til en viss grad inspirert av New Public Management (NPM), *ny offentlig ledelse*, som er en styringsform med en mengde prinsipper og metoder for organisering av offentlig virksomhet. Dette innebærer en høy grad av målstyring på tid og ressurser. Satt i sammenheng med samhandlingsreformen hvor pasientene ved utskrivning fra sykehus er sykere, og skal ferdigbehandles i kommunene, kan dette skape utfordringer i form av at sykepleierne kan oppleve at de blir presset på tid dermed må finne raske løsninger på utfordringer som de står overfor. Strandås, Wackerhausen og Bondas (2018) understreker de

utfordringene som hjemmesykepleien står overfor sett i lys av økt effektivisering, forutbestemte oppgaver, høy arbeidsbelastning og tidsbegrensninger.

Offentlige rapporter sier noe om samhandling mellom tjenestenivåene, kompetansebehovet og mangel på pasientinformasjon. Helsemyndighetene ser på dagens hjemmesykepleie som en kostnadseffektiv og fleksibel helsetjeneste. Samtidig viser forskning at sykepleierne har mindre tid til den enkelte pasient, og at organisatoriske grenser gjør det utfordrende å utvikle en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Selv om idealet om en god terapeutisk relasjon er til stede fra sykepleierens side påvirkes relasjonen av effektivitetskravet, rigide vedtak og knapp tilmålt tid hos den enkelte pasient (Strandås, Wackerhausen og Bondas, 2019).

2.2 Hjemmet som arbeidssted – en smitterisiko?

I dette kapitlet vil jeg beskrive hjemmesykepleien som arbeidssted og ved hjelp av litteratur og egne erfaringer forsøke å beskrive de smittevernutfordringene som kan oppstå i møte med den enkelte pasient.

Å jobbe i pasientens eget hjem skiller seg fra andre tjenestetilbud på mange ulike måter. Det er en privat arena som ikke er etablert eller tilrettelagt med tanke på å yte helsehjelp til pasienten på samme måte som i en sykehusavdeling, eller på en institusjon. Dette gjør at man også må rette oppmerksomheten mot smittevern i det enkelte hjem. I takt med at liggetiden i sykehus har blitt kortere må hjemmesykepleien ta imot flere, og ofte dårligere pasienter fra sykehuset. Pasientene har mer sammensatte tjenestebehov som krever aktiv behandling av ulike typer sykdommer.

Det omfatter også pasienter med svekket immunforsvar, og pasienter med pågående infeksjonssykdommer. Sykepleierne er daglig eksponert for kroppsvæsker som potensielt kan inneholde smitte og det er viktig at de kjenner til hvordan de skal beskytte seg selv og pasienten mot smitte som kan føre til infeksjonssykdommer. Folkehelseinstituttet (FHI) poengterer at flere pasienter med økt infeksjonsrisiko behandles i sine hjem, og at det rapporteres flere utbrudd forårsaket av resistente mikrober i hjemmesykepleien. I tillegg finnes ingen informasjon om etterlevelse av basale smittevernrutiner i hjemmetjenesten, ei

heller en systematisk evaluering av smittevernkompetanse i kommunehelsetjenesten som en helhet (FHI, 2018).

Gjennom min hospiteringspraksis gjorde jeg meg erfaringer om faren for kryssmitte. Jeg opplevde å være med en sykepleier i besøk til en pasient med en smittsom multiresistent mikrobe. Pasienten trengte bistand til stell og pleie. Sykepleieren benyttet hansker, men hadde ikke smittefrakk eller stellefrakk tilgjengelig, selv om hun jobbet tett på og ved pasienten. Neste pasient på lista var en kreftpasient som nylig hadde fått cellegiftkur og dermed var i fare for å ha nedsatt immunforsvar. Etter en samtale mellom sykepleieren og meg om faren for kryssmitte, returnerte vi til basen og fikk skiftet uniform før neste besøk. Hun snakket også med sin leder om å skaffe smittevernutstyr til bruk hos pasienten.

Hjemmebasert omsorg og pleie gis i stor grad på pasientens egne premisser. Fjørtoft (2016) beskriver dette som en mulighet til å se pasienten i et helhetlig perspektiv, hvor man blir kjent med det livet de lever i en større sammenheng. Man kommer tett innpå både pasienten selv, hverdagslivet deres, og sporene av livet de har levd. Pasientens hjem er en privat arena samtidig som det er en arbeidsplass, og sykepleieren blir på denne måten både gjest og profesjonell tjenesteyter. Respekten for at man har sin arbeidsplass inne i pasientens private hjem innebærer at man ikke fritt kan innrette seg slik at det oppleves som en invadering av privatlivet. Å etablere det som for sykepleierne vil oppfattes som et funksjonelt arbeidsmiljø kan føre til at hjemmet får et institusjonspreg som ikke er ønsket av pasientene. Samarbeid og dialog mellom hjemmesykepleien og den enkelte pasient kan bidra til at man finner løsninger som fungerer for begge parter (Fjørtoft, 2016).

Drageset (2009) belyser forholdet mellom pasientens autonomi og avhengighet relatert til hjemmesykepleie og hun mener at pasientens autonomi blir påvirket ved at hjemmesykepleien kommer inn og er til stede i vedkommendes hjem. Det fører til en endring av dagliglivets rutiner for pasienten, og det er sykepleieren som har det moralske ansvaret for at dette ikke skal føre til at pasientens autonomi og følelsen av trygghet i hjemmet blir truet.

Kona til den tidligere nevnte pasienten jeg var med å besøke i min hospiteringspraksis motsatte seg å ha smittevernutstyr i hjemmet. Hun var en såkalt «samler» og huset var fylt med esker og poser til en sånn grad at det var vanskelig å komme frem til pasientens seng, som sto i stua. Hun hadde fått gjentatte anmodninger om å rydde plass til hjemmesykepleiens utstyr, men hun ønsket ikke å etterkomme dette. Det resulterte i at smittevernutstyret måtte

medbringes til hvert besøk, med en risiko for at det ble glemt av sykepleier i en travel arbeidshverdag.

I skjæringspunktet mellom pasientens autonomi og sykepleierens behov for innføring av utstyr i hjemmet kan det oppstå spenninger som utfordrer samarbeidsklimaet mellom tjenesteyter og pasient. Man bør derfor tilstrebe en felles forståelse om at en viss mengde utstyr er formålstjenlig å oppbevare hos pasienten, og at pasienten aksepterer dette. Dersom dette ikke lar seg løse i en dialog må sykepleieren ha fokus på pasientens behov for selvbestemmelse, og gjennom sitt faglige skjønn planlegge besøket nøye.

Min erfaring fra tidligere arbeid i hjemmesykepleien er at sykepleierne må håndtere flere ulike oppgaver, og ikke sjelden skifter man mellom pasient- eller sårstell og håndtering av mat og måltider i pasientens kjøkken. I tillegg preges pasientenes hjem av ulike hygieniske standarder, hvor sykepleierens behov for å kunne utføre håndhygiene ikke alltid er godt nok tilrettelagt. Haave og Gustad (2008) fremholder at det hygieniske miljøet hjemme hos pasientene ikke er optimalt. Det anbefales at sykepleierne tilrettelegger hjemmet på en slik måte at det er mulig å opprettholde de hygieniske prinsippene, eller at de tar med seg utstyr som muliggjør dette. Fjørtoft (2016) løfter frem håndhygiene, hanskebruk, korrekt arbeidsantrekk og planlegging av oppgaver som viktige hygieniske fokusområder. De viser til at det er stor mangel på forskning omkring retningslinjer for å tilrettelegge for gode hygieniske forhold i det enkelte hjem.

2.3 Juridiske rammer for smittevern i hjemmesykepleien

Smittevernloven kom i 1995, og den er gjeldende for alt helsepersonell, uansett arbeidssted i kommunal helse- og omsorgssektor. Det følger av lovens § 1-5 at

«smitteverntiltak skal være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering».

Dette betyr at hjemmesykepleien fortløpende må gjøre faglige vurderinger omkring behovet for å innføre smittevernrutiner hos den enkelte pasient utfra deres sykehistorie og sykdomstilstand.

§ 4-9 i smittevernloven fastslår at:

«Etter pålegg fra kommunestyret har helsepersonell ansatt i kommunen eller som yter helse- og omsorgstjenester på vegne av kommunen, plikt til å gjennomgå nødvendig opplæring for å kunne delta i de særlige oppgaver som smittevernarbeidet krever» (Smittevernloven, 1995)

I tillegg til Smittevernloven ble Smittevernforskriften vedtatt og gjeldende fra 2005. Forskriftens formål er å forebygge og begrense infeksjoner i helse- og omsorgstjenesten (Smittevernforskriften, 2005).

Smittevernforskriften gir pålegg til virksomheter om å etablere og implementere et infeksjonskontrollprogram (IKP) som er tilpasset institusjonen. Ethvert IKP skal etter forskriften inneholde skriftlige retningslinjer for nødvendige smitteverntiltak. Hensikten er å forebygge og motvirke infeksjoner, samt håndtere og følge opp infeksjonsutbrudd, også hos de ansatte i forbindelse med jobben de utfører. Disse retningslinjene omfatter blant annet rutiner for håndhygiene, bruk av arbeidstøy og beskyttelsesutstyr, håndtering av avfall, samt rengjøring, desinfeksjon og rengjøring av utstyr. Siste delen av et IKP gir til slutt retningslinjer for bruk av antibiotika og isolering av pasienter med smittsomme sykdommer (FHI, 2016).

Begrensningene som ligger i smittevernforskriften er at den er rettet mot institusjoner som yter tjenester etter spesialisthelsetjenesten, og kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner. Den omfatter dermed ikke hjemmesykepleien, legestasjoner, helsestasjoner og tannlegekontorer. Det forutsettes likevel at hjemmesykepleien forholder seg til smittevernforskriften da den er retningsgivende for hvordan et forsvarlig smittevern skal utøves overfor pasienter i alle deler av helsesektoren.

3 TEORETISK PERSPEKTIV

I dette kapittelet skal jeg presentere mitt teoretiske utgangspunkt for oppgaven. Min tilnærming til teoretisk materiale er koblet til problemstillingen om hvilke utfordringer sykepleierne opplever ved utøvelse av smittevern hjemme hos den enkelte pasient.

3.1 Relevant forskning

Jeg har søkt etter forskningslitteratur i databasene PubMed, SveMed+, Oria, Cinahl, Google Scholar og Cochrane. Jeg har ikke søkt hjelp fra biblioteket underveis i søkene. Søkeordene jeg har valgt å benytte er: smittevern i hjemmesykepleien, hygiene, hygiene practice, infection control, risk of infection, home care, home health care, homebased health care, infection nursing, infection nurse, home care nursing, healthcare-associated infections at home, standard precaution, og cross infections. Utvelgelseskriteriene jeg hadde satt var at aktuelle artikler skulle handle om smittevern eller infeksjonskontroll innenfor hjemmebasert omsorg, og søkeordene ble satt sammen i mange ulike kombinasjoner for å sikre så mange treff som mulig. Etter hvert som jeg gjorde en utvelgelse av aktuelle artikler leste jeg gjennom referanselistene til flere av dem for på denne måten å øke muligheten til å finne flere kilder til relevant forskning. To av artiklene ble valgt ut på denne måten. Til slutt satt jeg igjen med 25 artikler som jeg leste. 9 av dem valgte jeg å knytte til temaet i min oppgave.

Jeg fikk ingen treff på forskningsartikler som omhandlet smittevern i hjemmesykepleien i Norge, og jeg valgte derfor ut to norske fagartikler som hadde en direkte relevans til denne oppgavens tema. For å få et klarere bilde på smittevern i hjemmesykepleien måtte jeg derfor benytte meg av forskning fra Sverige og USA. Under følger en presentasjon av disse artiklene.

«Smittevern i hjemmesykepleien må bli bedre» (Aasen, 2014).

Hygienesykepleier Aasen har beskrevet behovet for et godt smittevern i forhold til eldre, hjemmeboende HIV-positive pasienter. Hun viser til at samhandlingsreformen pålegger kommunene ansvar for mer avansert behandling i hjemmene, og peker på sykepleiefaglige utfordringer som omhandler rutiner for basale smittevernrutiner. Videre poengterer hun at selv om hjemmesykepleien ikke pålegges gjennom lov å etablere eget infeksjonskontrollprogram (IKP) så er det avgjørende for disse virksomhetene å kunne samle

og systematisere kunnskapsbaserte prosedyrer innenfor smittevern. Å utarbeide og oppdatere et IKP i samarbeid med hygienesykepleier vil redusere faren for smitteoverføring mellom pasient og ansatt, kryssmitte mellom pasienter, samt at det vil gi de ansatte en oversikt over, og innsikt i, smittevernarbeidet i deres arbeidshverdag.

«Hygiene i hjemmesykepleien – en glemt arena?» Haave & Gustad (2008).

Haave & Gustad gjennomførte et litteraturstudie i den hensikt å kartlegge om kryssmitte mellom pasientene var et problem, i tillegg til at de ønsket kartlegge de hygieniske retningslinjer som hjemmesykepleierne jobbet etter. Funnene viste mangel på hygieniske retningslinjer, mangel på prevalenstall for infeksjonssykdommer hos hjemmeboende pasienter, og mangel på forskning angående hjemmesykepleiers kompetanse på hygiene. Studien avdekket videre et gap mellom lover og praksis, samtidig som sykepleierne var usikre på hva som er god nok hygiene og hvilke retningslinjer som gjelder i deres arbeidshverdag. Det påpekes at kryssmitte mellom pasienter i stor grad skyldes dårlig håndhygiene, samtidig som håndhygiene til sykepleiere blir dårligere ved personalmangel, økt tidspress og høy aktivitet.

«Factors influencing compliance to hygiene routines in community care – the viewpoint of medically responsible nurses in Sweden” (Lindh et al., 2012). “Enhancing adherence to infection control in Swedish community care: Factors of importance” (Lindh et al., 2015).

De to svenske studiene er basert på spørreundersøkelser med svar fra henholdsvis 268 og 124 sykepleiere i 2012 og 2015. Målet var å finne ut hva som motiverer og påvirker smittevernpraksisen hos hjemmesykepleierne. Engasjement og støtte fra ledelsen utpekte seg som en vesentlig faktor sammen med tilgang til tilstrekkelig med smittevernutstyr og arbeidstøy. God opplæring og støtte fra smittevernsykepleier var også et viktig poeng, samt egevaluering av rutineene som kan gi et bilde på styrker og svakheter i avdelingene. Studien fra 2012 viser til at organisatorisk beredskap for å håndtere smittevern i hjemmesykepleien er mindre utviklet enn i institusjoner, mens sykehusene benytter retningslinjer for smittevern som er basert på forskning og evidensbasert praksis.

«Factors for compliance with infection control practices in home healthcare: findings from a survey of nurses’ knowledge and attitudes toward infection control” (Russell et al., 2018)

I studien til Russell og hans medforfattere deltok 359 sykepleiere fra to store offentlige hjemmesykepleiebyråer, og gjennom å besvare spørsmålene oppga flertallet av sykepleiere å ha gode smittevernrutiner. Forfatterne påpeker at disse resultatene ikke er i samsvar med

tidligere forskning som er basert på direkte observasjoner av sykepleieres utøvelse smittevernrutiner. Etterlevelsen av håndhygiene og beskyttelsesutstyr viser seg å variere stort, og egne holdninger og kunnskaper omkring infeksjonsrisiko og atferd påvirker dette. Nesten 70 % av deltakerne var enige i at infeksjonssykdom er et alvorlig problem i hjemmesykepleien, og konklusjonen forfatterne gjorde seg var at fokuset må være rettet mot holdninger og oppfatninger om smittevern i fremtiden.

«Infection in home health care: Results from national Outcome and Assessment

Information Set data» (Shang et al., 2015). En større nasjonal dataanalyse ble gjennomført av Shang et al. ved hjelp av tall fra det offentlige registeret Outcome and Assessment Information Set (OASIS). De var de første til å lage en studie som omfattet hjemmetjenester og pasienter fra hele USA. Forskerne benyttet tall som inkluderte 199462 pasienter som mottok tjenester fra 8255 ulike byråer som tilbyr hjemmesykepleie. De påpeker at pasienter i hjemmesykepleien er i risikozonen for å utvikle infeksjoner og tallmaterialet de analyserte viste at 3,5 % av pasientene fikk akutt medisinsk hjelp, eller ble lagt inn i sykehus med bakgrunn i at de utviklet en infeksjonssykdom. Viktigheten av å følge rutiner for smittevern og infeksjonskontroll i hjemmesykepleien fremheves i studien.

«The nurse-patient relationship as a story of health enhancement in community care: A meta-ethnography» Strandås & Bondas (2018). **«The nurse-patient relationship in the New Public Management era, in public home care: A focused ethnography» Strandås et al. (2019).**

Begge forskningsartiklene tar for seg forholdet mellom pasient og sykepleier i hjemmebasert omsorg. Den første artikkelen fra Strandås og Bondas (2018) baseres på en gjennomgang av tidligere publisert forskning og viser til at en god relasjon mellom sykepleier og pasient gir en forbedring i helsetilstanden hos pasientene, og at det har et potensiale for å styrke pasientens egne ressurser og egen helse. I en forlengelse av dette undersøkte Strandås et al. i 2019 hvorvidt effektivisering og oppdeling av arbeidsoppgaver gjennom tidsstyrte tjenester truer den faglige kvaliteten, samt relasjonen mellom pasient og sykepleier. Studien er basert på intervjuer og observasjonsstudie av hjemmebesøk hos ulike pasienter mellom 2015 og 2016. Bakgrunnen var tanken om at New Public Management- inspirert styring i hjemmesykepleien hadde en negativ innvirkning på mellommenneskelige relasjoner mellom sykepleierne og pasientene i tjenesten. Noen av funnene viste at tjenestene er forhåndsdefinerte, noe som fører til mindre rom for mellommenneskelig kontakt. Sykepleierne i studiet mente at systemet fungerte sub-optimalt, men det kom frem at både

sykepleiere og pasienter finner egne løsninger for å beskytte sykepleier-pasient relasjonen som de anser som viktig for å kunne gi tilfredsstillende og faglig gode tjenester.

«Hvordan kan ledere forebygge feil i hjemmesykepleien?» Solbakken et al. (2019)

Solbakken et al. løfter frem betydningen av mellomlederens kliniske tilstedeværelse i forebygging av uønskede hendelser. Det vises til at lederne har stor innflytelse på hvordan virksomhetene drives, og hvilken kultur som utvikles blant personalet. Ledernes holdninger er utslagsgivende for å fremme en kultur for pasientsikkerhet og forebygging av pleieskade. På denne måten har lederne et ansvar for at tjenestetilbudet som gis har et sterkt sykepleiefokus, og at de er faglig, etisk og juridisk forsvarlige. Forfatterne fremholder at hjemmesykepleien er unike virksomheter å lede, fordi personalet jobber alene ute i pasientenes egen bolig, mens lederen sitter igjen på kontoret og på den måten har en større avstand til pasientene og personalet enn tilfellet er for ledere på institusjoner. Samtidig opplever lederne et krysspress i forhold til krav om effektivisering og økonomifokus som utfordrer og svekker deres kapasitet til å følge opp både personalet, pasienter og pårørende.

Samlet sett kan man si at de sentrale funnene i tidligere forskning i stor grad viser hvilke organisatoriske rammer som må være på plass for at sykepleiere skal ha et tilstrekkelig fokus på smittevern. Viktigheten av en tydelig og engasjert ledelse samt tilgjengelige og konkrete retningslinjer for smittevern og infeksjonskontroll fremheves. Mangel på retningslinjer og infeksjonskontrollprogram gjør at sykepleiere møter faglige utfordringer knyttet til smittevern. Relasjonen mellom sykepleier og pasient fremheves som viktig, men den kan utfordres av rigide vedtak og lite tid hos hver pasient, og bidra til at kvaliteten på tjenestene forringes.

Selv om de organisatoriske rammene er sentral for etterlevelse av smittevern finnes det lite kvalitativ forskning som går i dybden på sykepleiernes utfordringer i tilknytning til etterlevelse av smittevernrutiner i hjemmebasert omsorg. Min studie kan derfor bidra til å løfte frem sykepleiernes smittevernutfordringer i klinisk praksis, sett fra deres eget perspektiv, og på den måten føre til en større forståelse for hva som skal til for å forbedre smittevernet i hjemmesykepleien.

3.2 Anvendt teori

Min teoretiske bakgrunn i oppgaven presenteres med hovedfokus på Florence Nightingale og sykepleierfilosof Ingunn Elstad.

Ved spørsmål om hva sykepleie er, har det ofte vist seg vanskelig å differensiere de ulike elementene som utgjør sykepleie som fag. Mange ulike teoretikere og filosofer har satt sitt preg på og beskrevet sine syn på hva sykepleie er ved hjelp av ulike vinklinger, og kompleksiteten i faget gjør at jeg tenker at sykepleiefaget er utfordrende å forstå som løsrevne komponenter da det er sammensatt av både teoretisk og faglig kunnskap som henger uløselig sammen.

Dette underbygges av Elstad (2014) som argumenterer for at praktisk sykepleie krever at man må kunne mestre flere nivåer av teorien og at til tross for forskjellene mellom teori og praksis griper de inn i hverandre. Som en illustrasjon tar forfatteren frem blodtrykksmåling som et eksempel på at praksis og teori hører sammen. Hun sier at dersom sykepleieren ikke forstår hva blodtrykket sier oss om sirkulasjonen, hva sammenhengen er mellom blodvolum og åpningen på blodårens hulrom og hvilken betydning blodtrykksendringer har for pasienten kan hun like godt la være å måle blodtrykket i det hele tatt (Elstad, 2014).

Ut fra dette kan Elstad tolkes dithen at vi må se på sykepleie i et videre perspektiv, hvor verken teori eller praksis alene er bærende for hva sykepleiefaget innbefatter, men at det inngår som en integrert helhet basert på kunnskap, forskning og fagtradisjoner. Hun mener videre at sykepleie blir utøvd i en mellommenneskelig relasjon som foregår mellom to personer, og hun beskriver det slik:

«Kyndig og nødvendig hjelp til å til leve så godt det lar seg gjere gjennom helse og sjukdom, gjennom behandling, diagnostikk, rehabilitering, kriser og krevjande overgangar i livet» (Elstad, 2014, s.19).

3.2.1 Florence Nightingales betydning for sykepleie

Når man skal forsøke å sette ord på hva sykepleie er det naturlig å gå tilbake til Florence Nightingale (1820 – 1910) som er en av grunnleggerne av det profesjonelle og moderne sykepleiefaget slik vi kjenner det. Jeg har valgt å fokusere på Nightingale og hennes tenkning fordi hun var opptatt av smitte, grunnleggende sykepleie og ledelse, som jeg anser som relevant for mitt tema. Elstad (2014) forteller at som kvinne av sin tid hadde ikke Florence anledning til å ta høyere utdanning eller bestemme over sitt eget liv. Hun fikk likevel hjemmeundervisning av sin far, og i en forlengelse av dette fortsatte hun med selvstudier. Hun hadde særlig interesse for statistikk og epidemiologi, og hun benyttet statistikk som vitenskapelig metode for sitt arbeid. På denne måten kunne hun blant annet vise til sammenhenger og årsaker til at pasienten responderte på behandlingen de fikk, eller at de døde. Hennes evne til observasjoner og dokumentasjon var av et slikt omfang og en slik nøyaktighet at de fremdeles har relevans i dagens utøvelse av sykepleie (Elstad, 2014).

Selv om Nightingale hadde stor interesse for teoretiske kunnskaper var hun vel så opptatt av den praktiske delen av sykepleiefaget, og hadde klare meninger om hvordan sykepleie skulle utøves. Gjennom hennes bok *Notater om sykepleie* (2010) som ble publisert første gang i 1860 vektla hun hygiene som et av grunnlagene for god helse i en tid hvor sosial nød og vanskelige levekår preget samfunnet hun var en del av. Elstad (2014) omtaler Nightingale som en *sanitarian nurse*, som kan oversettes til sunnhetsmessig eller hygienisk sykepleier. Dette stemmer godt med fokuset Nightingale hadde på samfunnets sanitære forhold og hygiene som en forutsetning for å kunne holde pasientene friske. I samarbeid med samfunnsengasjerte leger ønsket hun å dele sin kunnskap til hele befolkningen om hvordan dette ville bidra til å redde livet til mennesker i sykehus og private hjem (Elstad, 2014; Nightingale, 2010).

Infeksjonssykdommer er en stor og viktig årsak til innleggelse i sykehus i dag. Helsevesenet sliter med helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI), på folkemunne kalt sykehusinfeksjoner, som fører til lengre liggetid i sykehus, større behandlings- og pleiebehov både i helseforetak og kommuner, og ikke minst utløser det større kostnader for samfunnet. Det samme gjelder samfunnservede infeksjonssykdommer som er behandlingstrengende. De siste årene har helsemyndigheter og helsepersonell blitt bevisst på betydningen av at vi har vært for liberal med antibiotikabruk, og for noen typer infeksjoner har behandlingsmulighetene blitt betydelig

reduisert på grunn av resistensutvikling. Nightingale levde i en tid med få behandlingsalternativer for infeksjonssykdommer, noe som førte til høye dødstall. Hun ønsket å hindre utvikling av infeksjoner hos pasientene, og om smitte sier hun:

«Ekte og god sykepleie tar ikke hensyn til smitte, bortsett fra å avverge den. Renslighet og frisk luft fra åpne vinduer, og kontinuerlig oppmerksomhet overfor pasienten, er det eneste forsvaret en ekte sykepleierske ber om eller trenger. Klok og menneskelig håndtering av pasienten er den beste forsikringen mot smitte»
(Nightingale, 2010 s.69).

Tankene som Nightingale legger for dagen om smitte viser tydelig at hun mener at vi ikke skal frykte smitte, men at vi skal håndtere den på en slik måte at man skal avverge smittespredning og lidelse hos pasientene. Ifølge Sydnes (2001) hadde Nightingale hele sitt liv et motstridende forhold til teorien om at bakterier var årsak til infeksjonssykdommer. Hun hadde større tro på at smitte skyldtes miasmer. Tanken hennes var altså at smitte oppsto på spesielt usunne steder i naturen og ble påført mennesker gjennom luften. Likevel jobbet hun utfra at hygiene og sunnhet rundt pasienten var den beste forebygging av smitterelaterte sykdommer og hun var svært opptatt av aseptiske og antiseptiske teknikker i sitt arbeide (Sydnes, 2001).

I dag er vi klar over hvilken betydning bakterier har for sykdom og smitte og vi har mulighet til å beskytte oss mot det vi ikke ser, men likevel forstår konsekvensen av. Nåtidens sykepleiere har i stor grad både kunnskapen og utstyret som skal til for å hindre smitteoverføring, og gode smittevernrutiner er tilgjengelige gjennom infeksjonskontrollprogrammer som viser korrekt smitteregime og bruk av beskyttelsesutstyr.

Det er ikke fullt ut mulig å sammenligne sykepleie på Nightingales tid med dagens sykepleie. Verden har endret seg betraktelig siden hun utøvde sitt yrke blant sårede og døende soldater under Krimkrigen på 1800-tallet, men det er lett å overføre tankene hun hadde inn i dagens sykepleie. Karoliussen (2011) forklarer at Nightingale var opptatt av å ta pasientens perspektiv, og at sykepleierne skulle ta i bruk kunnskapen sin for å sette pasienten i fokus. Hun ønsket at hver pasient skulle ses som et menneske heller enn en diagnose og hun var imot tanken på standardløsninger innenfor sykepleie (Karoliussen, 2011). Det å se mennesket bak diagnosen bør være en forutsetning for å kunne gi god sykepleie. Individrettet behandling og

pleie er for mange pasienter av stor betydning for at de skal føle seg trygge og godt ivaretatt, både i sykehus og i kommunehelsetjenesten.

Nightingale var opptatt av å flytte pleien inn i pasientenes hjem, og hun omtalte distriktssykepleie som «kronen av god sykepleie». Også her var hun fremsynt, da hun mente at ved å endre på dårlige sanitære forhold og manglende hygiene i folks hjem kunne man vedlikeholde god helse og dermed redusere sykdom og dødsfall. I følge Rafferty og Wall (2010) kan en større del av nåtidens helseassosierte infeksjonssykdommer vært redusert dersom man hadde implementert Nightingales tanker om å organisere pleien riktig og innføre langt strengere smitteverntiltak.

I England ble det i 2003 utgitt en rapport fra den nasjonale helsetjenesten etter flere kjente skandaler i helsevesenet med påfølgende offentlig granskning. Journalist Ellen Morland forteller om pasienter og pårørende som skisserte skrekkehistorier om elendig hygiene, og pasienter som ble feilbehandlet og neglisjert. Høye dødstall ble offentliggjort, og sykepleierne hadde lav tillit i befolkningen (Sykepleien, 2015). United Kingdom National Health Service (NHS) anbefalte at man returnerer til Nightingales ide om at en enkelt oversykepleier bør ha ansvaret for blant annet sykepleie, hygiene, og matkvalitet i sykehusene. I rapporten listes det opp hva helsemyndighetene mener oversykepleierens 10 hovedansvarsområder bør være. Rafferty og Wall (2010) mener at disse ansvarsområdene kunne vært hentet rett ut av essensen i Nightingales bok *Notes on Nursing*. Nightingales hovedfokus og interesse var optimal pasientpleie, og forfatterne mener at Nightingale ville blitt forbauset over at dette ikke har vært en opplagt tanke i dagens sykepleie (Nelson & Rafferty, 2010).

4 METODE OG MATERIALE

4.1 Metode

Valg av metode avhenger av prosjektets problemstilling og formål. Jeg startet dette prosjektet med et ønske om en praksisnær tilnærming, hvor mitt ønske og mål med studien var å få en større innsikt i hvilke utfordringer hjemmesykepleierne møter når de yter helsehjelp i private hjem som preges av varierende muligheter for å ivareta hygiene. Jeg skal i dette kapittelet beskrive den metodiske fremgangsmåten for å finne svar på min problemstilling.

Mitt studie har et kvalitativt design som er ment å gå i dybden på et lite utvalg sykepleiere, hvor innsikt i oppfattelsen av utfordringen de opplever i sin egen arbeidshverdag kommer tydelig frem. Jeg valgte å benytte fokusgruppeintervju i mitt prosjekt i tråd med formålet med fokusgrupper, som er å samle mennesker til diskusjon og samhandling omkring et tema som det er ønskelig å utvikle en større kunnskap om. Min intensjon var å nærme meg temaet med en åpen og lyttende holdning, og informantene subjektivt har fått lov til å uttrykke sine meninger og oppfatninger omkring hvordan smittevern utøves i deres tjeneste. Ved å være åpen for deres fortellinger og ta imot deres beskrivelser kunne jeg oppnå en viss forståelse av deres opplevelser.

Kvalitativ forskning bygger på flere ulike retninger, og hermeneutikken har en sentral plass der. Malterud (2017) omtaler hermeneutikk som tolkning av meninger som fremkommer i menneskelige uttrykk, hvor man i tekster spesielt vektlegger forholdet mellom deler og helhet i fortolkningen, samt betydningen av selvrefleksjon og kontekst (Malterud, 2017). Ved hjelp av teori om hermeneutikk (fortolkninger) vil jeg forsøke å synliggjøre hvordan sykepleiernes arbeidsfellesskap og utfordringer kommer til uttrykk slik de selv erfarer det.

Binding og Tapp (2008) tar for seg den tyske filosofen Gadamer (1900-2002) og egnetheten av hans teorier til bruk i forskning. Gadamer blir ansett som en av de viktigste filosofiske aktørene i det 20. århundre når det kommer til grunnlaget for den filosofiske hermeneutikken, og han vektla særlig sin teori om betydningen og forståelsen av andres tale og tekst. Han snakket om å forstå noe *grundig* gjennom å fortolke samtaler og skrevne tekster, og han viser til at når en samtale starter vet ingen av deltakerne hvordan samtalen vil utvikle seg eller ende. Enhver samtale kan ende opp et sted der ingen av deltakerne i utgangspunktet tenkte seg det, og Gadamer understreker tre viktige betraktninger som kjennetegner en genuin samtale.

Det første aspektet omhandler åpenhet til den andres posisjon, noe som innebærer at man må være bevisst på og ta i betraktning sine egne fordommer og forutinntatthet i møte med den andre. På den måten blir vi oppmerksomme på likhet og ulikhet mellom oss på en slik måte at vi stiller oss åpen for vår samtalepartner og kan ta imot og lære noe av vedkommende, og vi blir i stand til å se ting fra den andres synsvinkel.

Det andre tegnet på at en samtale er genuin er at vi er klar over vår uvitenhet og vi er klare for å stille spørsmål. Vi må være bevisst essensen i spørsmålene, fordi ved å stille gode spørsmål får man frem svar som ikke er tvungne eller forutbestemt, og vi stiller oss åpen for å se nye muligheter i det som blir sagt.

Et tredje kjennetegn er de mulighetene som ligger i den ekte samtalen. Gadamer mener at ved et godt stilt spørsmål åpner det seg muligheter som ikke var der før spørsmålet blir stilt. Disse mulighetene gir oss anledning til å fortsette samtalen og gi oss en forståelse av det som blir sagt langt ut over vår tidligere forståelse av temaet det samtales om (Binding & Tapp, 2008).

Gadamer var også opptatt av forståelse av hva andre hadde formidlet tidligere. Dette så han både i lys av kunst og av litterære verker. Sykepleiefilosof og forfatter, Ingunn Elstad (2014), viser til Gadamers beskrivelse av det han kaller dialog med teksten. Han fremhever at den skrevne tekst er objektiv i seg selv, og at det å lese og forstå en tekst ikke er likestilt med å forstå hva forfatterens subjektive mening med teksten er. Elstad utdyper dette og sier at leseren selv må vurdere teksten utfra en egen forståelse av hva som er viktig og hva teksten forteller deg. Hun mener at forståelsen av en tekst starter med gjetning, og at man gjennom en vitenskapelig tolkning må forsøke å bevise at gjetningen er sannsynlig og begrunne dette så godt en klarer (Elstad, 2014).

Min tilnærming til teksten etter transkribering av intervjuet med hjemmesykepleien fungerte på denne måten, hvor jeg måtte lese intervjuet flere ganger og ut fra sykepleiernes utsagn forsøkte å fortolke og deretter høre hva teksten fortalte meg som en helhet.

4.2 Egen rolle og forforståelse i prosjektet

Forutsetningen for å kunne gå inn i et prosjekt som dette var at jeg måtte reflektere over og nøye overveie min egen rolle og forforståelse i dette arbeidet. Jeg fikk tilgang til et

forskningsfelt hvor jeg tidligere har hatt en tilknytning til virksomheten som overordnet fagansvarlig for pleie- og omsorgssektoren, og jeg måtte i den forbindelse etter beste evne tilstrebe å stille meg nøytral til det som fremkom i datamaterialet.

Thornquist (2014) viser til Gadamer når hun tar for seg begrepet fordom. Gadamer var opptatt av at ordet fordom ikke var negativt ladet, men at det viste til at noe gikk foran hos en selv. Thornquist understreker at det er viktig å erkjenne at vi aldri går i møte med situasjoner, handlinger og tekster uten å ha med oss vår egen kognitive «bagasje». Denne bagasjen finnes i form av tanker og erfaringer som bidrar til at vi allerede har gjort oss opp en viss mening om det vi opplever, og at det bidrar til å bestemme på hvilken måte vi oppfatter og tolker det vi ser og hører (Thornquist, 2014).

Gadamers (2010) egne presiseringer om fordommer er at vi må være mottakelig for et budskap uten å måtte være fullstendig nøytral, eller utslette det vi allerede vet, men at vi må ha en tilnærming til temaet vi skal undersøke som poengterer våre egne fordommer og foroppfatninger. Han mener altså at vi skal være bevisst på de fordommene som eksisterer i oss, og at denne bevisstheten kan danne grunnlag for at vi stiller oss mer åpen for å lære noe nytt uten at informasjonen vi får farges av våre foroppfatninger og fordommer (Gadamer, 2010).

Jeg har aldri vært ansatt i hjemmetjenesten, men var likevel gjennom min tidligere rolle kjent med språket, kulturen, og til dels også verdisystemene som driver denne virksomheten. I de senere årene har jeg også veiledet studenter gjennom praksis i hjemmesykepleien, som uttrykker at de finner det utfordrende å utøve smittevern i private hjem. Jeg var derfor klar over at det var utfordringer knyttet til smittevern i hjemmesykepleien, noe som bidro til at jeg ønsket å se nærmere på hva disse utfordringene handlet om. Samtidig måtte jeg forsøke å skape en distanse til feltet ved å minne meg selv om at jeg ikke hadde inngående kjennskap til arbeidshverdagen til informantene, og heller ikke kunnskap om måten de jobbet på når det kom til smittevernutfordringer i møte med den enkelte pasient. Jeg manglet altså den dimensjonen som gjorde temaet levende for meg i utgangspunktet.

Jeg har hele tiden måttet være bevisst at min forforståelse eksisterer og at jeg ikke kan legge denne helt til siden, fordi mine tanker og oppfatninger av hvordan smittevern jobbes med innad i hjemmesykepleien har vært med meg fra før jeg startet med dette prosjektet. Jeg hadde altså ingen forutsetning for å være helt nøytral før jeg gikk inn i tematikken. Dette er viktig å

overveie når man skal undersøke et tema som ligger så nært opp til det feltet jeg har jobbet i tidligere. Ifølge Malterud (2017) kan vår forforståelse enten bidra til å styrke prosjektet man jobber med, eller det kan gjøre at man legger så mye vekt på eget perspektiv at det bidrar til at man går inn i feltet man skal undersøke med en begrenset horisont. Det kan med andre ord føre til at man er så opptatt av sin tidligere oppfatning at man ikke har evnet å få frem ny empiri fra prosjektet, rett og slett fordi ens egne fordommer overskygger hva informantene forteller oss. Samtidig kan tidligere erfaringer og kjennskap til virksomheten ha noe for seg, i det man raskere kan sette seg inn i og forstå hva informantene formidler gjennom intervjuet. Til tross for min forforståelse opplevde jeg underveis i intervjuet at det fremkom informasjon om sykepleiernes smittevernutfordringer som var både overraskende og uventet for min del. Dette dreide seg i hovedsak om mangel på felles rutiner og prosedyrer, og konsekvensene av det. Som Gadamer (2010) presiserer handler det om å være metodisk bevisst i sitt arbeid med informasjonen ved bearbeidelse og analyse av forskningsdata og ikke lete etter informasjon som oppfyller de forventningene man i utgangspunktet innehar.

4.3 Utvalg og rekruttering

Tilgang til feltet fikk jeg ved å henvende meg til rådmannen og virksomhetsleder for hjemmesykepleien i den aktuelle kommunen hvor jeg ønsket å gjennomføre min undersøkelse. Dette var nødvendig for å gjøre prosjektet kjent for øverste ledelse, samt innhente de nødvendige tillatelser til å rekruttere informanter fra deres organisasjon.

Informantene som har bidratt i oppgaven er sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien i en Finnmarkskommune. For å finne svar på min problemstilling var jeg avhengig av å henvende meg til noen med erfaring og kunnskap om smittevernsarbeid innenfor hjemmebasert omsorg. Mitt ønske var å samle noen som hadde jobbet i minimum fem år i hjemmesykepleien, og noen med kortere erfaring. Formålet var å få mest mulig bredde i intervjuene samt se om de oppfattet utfordringene likt, uavhengig av ansiennitet de hadde opparbeidet seg. Jeg ønsket også en blanding i alder og kjønn, da jeg anså dette som en mulig styrke for prosjektet i form av ulik kompetanse og forståelse sett fra flere innfallsvinkler.

Informantene som deltok var nok mer å anse som en homogen gruppe, da de fleste var kvinner som hadde betydelig med arbeidserfaring fra hjemmesykepleien. Bare en av deltakerne var mann, og kun en av kvinnene hadde mindre enn to års erfaring. Selve

intervjusituasjonen bar ikke preg av diskusjoner innad i gruppen, og dette kan være et resultat av at gruppesammensetningen ikke hadde en større bredde i antall deltakere, kjønn, alder og erfaring. En annen faktor av betydning er muligheten for at gruppen påvirket hverandre underveis i intervjusituasjonen. Det kan være vanskelig å trø utenfor fellesskapet ved å mene noe annet enn flertallet i gruppen, og det er ikke uvanlig at man derfor opplever en indre konsensus hvor man er forsiktig med å forfekte en mening som ikke deles av de andre deltakerne.

Virksomhetsleder for tjenesten bidro med rekrutteringen gjennom å snakke med sine ansatte og i samråd med meg ble det gjort et utvalg av fem informanter som var ansett som kvalifiserte kilder for denne typen kunnskap. Selve intervjuet ble gjennomført på formiddagen i et grupperom i hjemmesykepleiens lokaler, og virksomhetsleder hadde lagt til rette for at de ansatte skulle få delta i intervjuet innenfor arbeidstiden. Informantene valgte selv arena for intervjuet, og dette kan ha bidratt til å dempe stresset det kan være å bli intervjuet som bidrag til et forskningsprosjekt.

Det var avsatt en og en halv time til selve intervjuet, og fire informanter deltok. En av deltakerne uteble da vedkommende på grunn av vaktbytte ikke var tilgjengelig på den aktuelle dagen. Som avtalt på forhånd ble intervjuet tatt opp på lydbånd. Deltakerne så ut til å være fortrolig med at opptakeren lå der og viet den lite oppmerksomhet gjennom tiden intervjuet pågikk. Innledningsvis ga jeg informantene en kort orientering hvor jeg gjentok studiens hensikt og gjennomgikk hvordan intervjuet var tenkt gjennomført. En kollega med erfaring fra fokusgruppeintervju som metode var med som bisitter og observatør i intervjusituasjonen. Hun hadde en tilbaketrukket rolle som besto i å observere gruppedynamikken blant deltakerne og bidra til å fange opp ting som jeg kanskje gikk glipp av. Vi to kommuniserte ikke underveis i intervjuet da jeg hadde mitt fokus på informantene og hun satt stille og tok noen få notater. Det var en positiv erfaring å ha henne der i en situasjon som var uvant for meg. Det bidro til at jeg kunne slappe av i situasjonen og ikke være så fokusert på at jeg kunne miste oversikten underveis.

Informantene fikk et par innledende spørsmål som fungerte som bakteppe for smitteverntemaet vi skulle inn på. Et av spørsmålene var hvorvidt de kjente til lovverk og infeksjonskontrollprogrammer, noe de fortalte at de ikke gjorde. I ettertid ser jeg at det kan tenkes at det har påvirket dem videre gjennom intervjuet, selv om spørsmålet ble stilt på en slik måte at de ikke skulle føle at jeg ønsket å få frem hvorvidt de manglet kunnskap. For meg

var det av stor betydning å få frem deres praksisnære opplevelser og erfaringer knyttet til direkte klinisk praksis hjemme hos pasientene. Gjennom tiden vi hadde intervjusamtalen forsøkte jeg å la dem snakke så fritt som mulig uten at jeg styrte samtalen for rigid gjennom intervjuguiden. Likevel anså jeg det som viktig å forsøke å komme igjennom de oppsatte temaene for å få en tilstrekkelig bredde i forskningsdataene. Jeg brukte derfor spørsmålene som jeg på forhånd hadde skrevet ned, samtidig som jeg kom med tilleggsspørsmål som ikke sto i intervjuguiden for å holde en viss flyt i samtalens utvikling.

Umiddelbart etter intervjuet hadde jeg en samtale med min kollega hvor vi gjennomgikk og diskuterte det som var kommet frem av datamaterialet. Dette fant jeg nyttig da det var bra med flere perspektiver på de tankene jeg satt igjen med og samtidig få delt erfaringer med oppfatningen vi hadde av selve intervjusituasjonen og dets forløp.

4.4 Forskningsetiske overveielser

I ethvert forskningsprosjekt må man gjøre overveielser som omhandler det etiske aspektet som berører studien. Mitt prosjekt omhandler fagutøvelse og berører ikke pasientsensitiv informasjon. Det ble derfor ikke nødvendig å innhente godkjenning fra REK (regional etisk komité). Prosjektet faller utenfor rammene av helseforskningsloven, men på grunn av at jeg har valgt å benytte lydopptak i intervjusituasjonen var det påkrevd å melde inn prosjektet og få en godkjenning fra NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS). Dette fordi lydopptak regnes som registrering av personopplysninger og anses dermed å være sensitiv informasjon, på samme måte som også samtykkeskjemaet med navn og telefonnummer til informantene er det.

Etter endelig godkjenning fra NSD den 14.10.2019 (referansekode 767725) kunne jeg starte prosessen med datainnsamling. Jeg startet med å sende ut et informasjonsskriv til deltakerne hvor jeg klargjorde prosjektets formål og hvordan jeg hadde vurdert behandling og oppbevaring av datamaterialet. De ble også gjennom informasjonsskrivet gjort kjent med at deltakelse i prosjektet var frivillig og at de når som helst i prosessen hadde mulighet til å trekke seg uten å oppgi en grunn for det. Deltakelse i prosjektet var samtykkebasert, og jeg innhentet derfor et skriftlig informert og fritt samtykke fra hver av deltakerne i forkant av

intervjuet. Mitt forskningsprosjekt følger dermed retningslinjene i tråd med Helsinkideklarasjonen (WMA, 1964/2013) og de nasjonale forskningsetiske komiteer.

Datamaterialet har vært lagret og håndtert og destruert i henhold til personopplysningsloven i det jeg har slettet lydfilen og sørget for å oppbevare en anonymisert utskrift av intervjuet og samtykkeskjemaer i et låsbart skap på mitt kontor. Videre har jeg underveis i arbeidet med oppgaven gjort fortløpende etiske overveielser for å sikre at jeg har ivarett informantenes anonymitet og identitet på en slik måte at det ikke skal være mulig å identifisere dem gjennom oppgavens innhold.

Mitt ansvar som forsker i prosjektet består i å finne ut hva det innsamlede datamaterialet har å fortelle, ved å gjengi så korrekt som mulig hva informantene sa i intervjuet, samtidig som jeg skal ivareta deres krav på konfidensialitet. Videre skal jeg forvalte forskningsresultatene på best mulig måte gjennom kontinuerlige etiske refleksjoner underveis i arbeidet med å få frem ny kunnskap og innsikt om oppgavens tema.

4.5 Analyse

Metoden jeg har valgt å bruke er inspirert av Malterud (2017) og hennes beskrivelse av systematisk tekstkondensering. Dette er en metode som er hensiktsmessig for en tverrgående kvalitativ analyse. En tverrgående analyse beskrives som velegnet for å kondensere informasjon fra flere ulike deltakere. Ettersom jeg gjennomførte et fokusgruppeintervju med flere deltakere fant jeg at denne analysemetoden passet til mitt prosjekt. Jeg har ikke fulgt Malterud fullt ut på alle punkter i tekstkondenseringen, men jeg har i størst mulig grad forsøkt å være nær opptil hennes metode i arbeidet med mine forskningsdata.

Innledningsvis ønsket jeg å få med alt som omfattet temaet smittevern, men gjennom Malterud forsto jeg at det var nødvendig gjøre et utvalg av datamaterialet i forhold til min problemstilling. På den måten kunne jeg finne kjernen i det jeg ønsket å ha fokus på. Malterud (2017) påpeker at kvalitative data genererer en stor mengde informasjon og rådata. Hun mener vi må se rådata som et utgangspunkt og viser til viktigheten av å selektere ut det datamaterialet som har en gitt kunnskapskraft. Resten av materialet må man utelate i det videre arbeidet, uten å miste fokus på konteksten (Malterud, 2017).

Systematisk tekstkondensering inneholder fire trinn; det første trinnet handler om å få en oversikt over datamaterialet for å danne seg et helhetsinntrykk. På dette trinnet skal man lese teksten åpent og vurdere om det viser seg overordnede tema som kan knyttes til problemstillingen i oppgaven. Jeg startet transkriberingen umiddelbart i etterkant av intervjuet og skrev ned en detaljert sammenfatning av hovedelementene av innholdet etter det. Dette var nødvendig for at jeg skulle kunne få en oversikt over hva informantene hadde sagt om de ulike temaene og danne meg et bilde av hvilke temaer som fremsto som viktige og representative for det de ønsket å formidle.

Trinn to i tekstkondenseringen består i å finne tekstens meningsbærende enheter. Her ønsket jeg altså å velge ut tekst som på en eller annen måte bar med seg kunnskap om ett eller flere tema som kunne si noe om problemstillingen. Jeg var på dette tidspunkt forsiktig og muligens litt motvillig til å gi slipp på tekst som ikke passet inn under de hovedkategoriene som kom frem i materialet, men det viste seg umulig å bruke alt materialet som fremkom i teksten. Jeg startet med å gå igjennom hele det transkriberte intervjuet. Deretter skrev jeg opp alle utsagnene som hadde en relevans, systematiserte dem, og satte dem inn i en tabell. Gjennom denne prosessen gjorde jeg altså en første grovsortering av datamaterialet. Denne grovsorteringen ga meg rundt syv hovedtemaer som jeg innså ville bli for omfattende å jobbe videre med, og det var behov for å gå til neste trinn i analysearbeidet for å se hvilke data jeg måtte forkaste og hva jeg kunne beholde og jobbe videre med.

Det tredje trinnet i analyseprosessen går ut på å kondensere teksten. Her måtte jeg identifisere og sammenfatte de meningsbærende enhetene, og jeg la til side den delen av datamaterialet hvor jeg ikke hadde identifisert noen meningsbærende enheter. Videre måtte jeg sortere de meningsbærende enhetene inn i kodegrupper, og på denne måten redusere datamaterialet til et dekontekstualisert utvalg av meningsbærende enheter. Jeg opplevde at noen av de meningsbærende enhetene ikke passet inn og måtte flyttes til andre kodegrupper. Noen måtte også fjernes helt fordi jeg vurderte dem dithen at de ikke ville bidra til å besvare problemstillingen i oppgaven. Til sist satt jeg igjen med tre kodegrupper som skal kunne si noe om hvilke utfordringer sykepleierne opplever i sitt arbeid med smittevern i hjemmebasert omsorg. Innenfor hver kodegruppe så jeg at den omfattet mange ulike nyanser som beskrev forskjellige meningsaspekter. Jeg fulgte her Malteruds modell og sorterte datamaterialet i hver kodegruppe om til tre subgrupper. For å sammenfatte og gjenfortelle innholdet i subgruppene utviklet jeg et kunstig «sitat» som skulle beskrive det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene ved å omformulere dem i en mer generell form. Med det kunstige

sitatet forsøkte jeg å gjenfortelle det som befant seg i subgruppene ved bruk av informantenes egne ord. På denne måten sammenfattet jeg innholdet i den enkelte subgruppen.

Det fjerde og siste trinnet i tekstanalysen omhandler det som Malterud (2017) kaller for syntese, hvor man går fra kondensering av teksten til formulering av beskrivelser, begreper og resultater. Med andre ord måtte jeg sette sammen de delene av teksten som jeg først hadde tatt ut av sin sammenheng på trinn to og tre, og lage nye begreper og beskrivelser ut fra det jeg fortolket som aktuelle sitater. Ifølge Malterud bør man illustrere den analytiske teksten for hver kodegruppe med et gullsitat fra informantene (Malterud, 2017). Det var på dette stadiet relativt enkelt å finne gullsitater fra intervjuet, da mye av det informantene sa var svært treffende for mine hovedfunn. Hovedfunnene endte opp i følgende gjennomgående temaer som jeg valgte å ta med videre i oppgaven: **Kunnskap om og fokus på smittevernrutiner, ledelse og ledelsens betydning for et godt smittevern, samarbeid med pasienter og pårørende og til slutt samhandling med andre tjenestenivåer.**

Hovedtemaene kunne jeg validere ved å gå tilbake i tekstmaterialet og se dem i den konteksten som de opprinnelig hadde. Dette anså jeg som viktig for å sikre at utsagnene ble relatert til hva informantene faktisk hadde sagt, og at det ble satt i riktig sammenheng. For å sikre at jeg knyttet riktig utsagn til hver informant laget jeg en kode for hver av dem, som gjorde det lett å skille dem fra hverandre.

Å arbeide med tekstmaterialet ved bruk av de ulike analysetrinnene innebar ikke at jeg systematisk kunne gjennomgå trinn for trinn, som en statisk prosess. Jeg opplevde flere ganger at jeg måtte bevege meg mellom analysetrinnene, sortere sitater og kodegrupper på nytt for til slutt å sitte igjen med de resultatene jeg gjorde. Resultatene fra analysen blir presentert i kapittel 5 i oppgaven.

I tabellen nedenfor ønsker jeg å illustrere hvordan jeg kom frem til kodegruppen som omhandler fokus og kunnskap omkring smittevernrutiner gjennom å identifisere de meningsbærende enhetene og sortere dem i subgrupper

Tabell 1 - Eksempel på tekstkondensering

Meningsbærende enheter	Kondenserte meningsenheter	Subgruppe	Kodegruppe
<p>Smittevernfokus? Det virker som det er ... hva skal jeg si.. lite kunnskap om de tingene.</p> <p>Vi har jo en veldig hektisk hverdag, så det får lite fokus fordi vi har så mange andre ting å gjøre.</p> <p>Man er jo også usikker på hvordan ting smitter og da trekker man seg ut og har ikke lyst til å gå dit.</p>	<p>Mangel på smittevernfokus og begrenset med kunnskap om smittevernrutiner gir usikkerhet hos personalet når de jobber hos pasienter med smittsomme sykdommer.</p>	<p>Det er behov for økt kunnskap og fokus på smittevernrutiner hos sykepleierne.</p>	<p>Lite kunnskap og fokus omkring smittevernrutiner</p>
<p>Det er klart at kollegaer som er usikre vil få en bedre trygghet i hvordan vi gjør ting. Og det kan jo hende at de som ikke vet hvordan de skal gjøre ting rett og slett ikke tør å spørre.</p>	<p>Bedre opplæring vil føre til at sykepleierne blir tryggere i håndtering av smittevern, og blir mer åpne om det de er usikre på.</p>	<p>Trygghet og tillit til kollegaene i forhold til smittevernsspørsmål</p>	
<p>Vi har ikke hatt fagdager eller kurs om smitte.</p>	<p>Fagdager og kurs er med på å bygge kompetanse</p>	<p>Behov for tilrettelegging av kurs og opplæring for personalet</p>	

5 PRESENTASJON AV FUNN

På bakgrunn av fokusgruppeintervjuet og uttalelser fra mine informanter vil jeg i dette kapitlet legge frem resultatene av den empirien de representerer. Intervjuet dreide seg om informantenes beskrivelse av deres arbeidshverdag, forhold som utgjør de organisatoriske rammene de jobber innenfor, og utfordringene de opplever i tilknytning til smittevernrutiner i henhold til dagens praksis. Her vil jeg rette fokuset mot de hovedtemaene som utpekte seg gjennom analysen av intervjuet, og som jeg så at tekstmaterialet kom til å handle om:

- *Kunnskap om og fokus på smittevernrutiner*
- *Ledelse og ledelsens betydning for et godt smittevern*
- *Samarbeid med pårørende*
- *Samhandling med andre tjenestenivåer*

Hvert hovedtema har undergrupper av andre undertema som jeg ønsker å belyse. Alle som deltok i intervjuet var sykepleiere. Av hensyn til deltakernes anonymitet omtales de som sykepleier 1, 2, 3 og 4 når de blir sitert. Andre steder i teksten omtales de som «informantene». Begge begrepene viser til gruppen av deltakere som medvirket, og vil derfor brukes om hverandre i dette kapitlet.

5.1 Kunnskap om og fokus på smittevernrutiner

Sykepleierne jeg intervjuet formidlet en generell usikkerhet om smittevern og smittevernrutiner og savnet et større fokus på dette. Jeg innledet med en samtale om smittevernrutiner og IKP. Det fremkom at de ikke hadde kjennskap til IKP, eller at dette var noe som var lovpålagt i deler av helsevesenet. To av sykepleierne visste at det fantes et smittevernsenter på UNN, men begge var usikre på hvilken funksjon senteret er ment å ha overfor dem.

På spørsmål om i hvilken grad informantene opplevde at det var fokus på smittevern i deres virksomhet sa flere av dem at dette er noe de ansatte snakker om. De fulgte opp med å reflektere omkring behovet for mer fokus, opplæring og kompetanse på området.

En av de erfarne sykepleierne mente at hjemmesykepleierne er flinke på basale hygieniske prinsipper og når det var kjent smitte satte de i verk tiltak overfor pasientene.

Samtidig viste hun til at det er mye usikkerhet omkring de ulike former for smitteregimer og basale smittevernrutiner. To andre snakket om ansatte som ikke vet hvordan de skal forholde seg til ulike former for smitteregimer. De var opptatt av at denne usikkerheten i noen tilfeller fører til smittefrykt, noe som gjør at enkelte sykepleiere vegrer seg for å gå inn i pasientenes hjem i redsel for å bli smittet selv.

En deltaker virket litt stillere enn de andre, og jeg spurte henne direkte om hun mener det er tilstrekkelig med fokus på smittevern. Hun svarte kontant:

«Nei, absolutt ikke! Jeg blir jo også stående og er usikker.» (Sykepleier 4)

Informantene fortalte at de savnet opplæring i smittevern. De følte på et behov for økt kunnskap om de ulike smitteformene, samt gode rutinebeskrivelser for hvordan de kan beskytte seg selv og pasientene mot smittsomme mikrober. En av informantene har tidligere jobbet på sykehus hvor hun opplevde at de hadde et godt system for rutiner. Hun sier:

«Jeg var mye tryggere på sykehuset, for der var avdelingen kjent med smittevernrutiner, og der hadde de oppslagsverk og «oppskrifter» på hvordan vi gjør det. Da kunne man slå opp der, eller bare spørre kollegaene dine, for de kunnet det.»
(Sykepleier 1)

Utsagnet tyder på at sykepleierne finner trygghet i å vite hvor man lett kan finne frem til informasjon om gjeldende smitteregimer.

Jeg ønsket å vite hvor informantene henter kunnskap om smittevern ettersom de mangler tilbud om faglig oppdatering. En av dem forteller at de har ønsket seg fagdager som jevnlig blir satt av i turnusen deres, men at dette ikke har latt seg gjøre. Personalmangel oppgis som årsak til at slike dager ikke kan prioriteres av ledelsen. Her skyter neste sykepleier inn at de tidligere har hatt en fagsykepleier, men på grunn av bemanningssituasjonen har vedkommende måttet inngå i daglig drift slik at hennes opprinnelige funksjon ikke fungerte som planlagt.

Fagsykepleieren hadde introdusert VAR Healthcare⁴ for de ansatte, og noen av informantene oppgir å ha brukt det som oppslagsverk for ulike prosedyrer. De forklarer at det er internett som i stor grad er kilden til kunnskap for dem. Det er uavklart hvorvidt kunnskapen som innhentes er forskningsbasert. Andre kilder til informasjon som nevnes er mer erfarne kollegaer, samt legestasjonene, noe disse sitatene viser:

«Ja, man søker jo gjerne til dem som har jobbet en stund og har erfaring.»

(Sykepleier 1)

«Det hender jo at vi kan ringe legestasjonene også og spørre om råd. De er også veldig flinke til å gi oss svar.» (Sykepleier 1)

5.2 Smittevernutfordringer

En stor del av intervjuet handlet om hvordan informantene erfarte at utfordringer med smittevern hadde innvirkning i deres daglige arbeid.

5.2.1 Arbeidsantrekket

Informantene var svært opptatt av at de hadde for dårlige rutiner når det gjaldt arbeidsantrekk. Dette omhandlet både tilgang på arbeidstøy, deres oppfatning av i hvilken grad arbeidstøyet faktisk fungerte og dekket deres behov når de reiste mellom hjemmene til pasientene.

Det å være kledd slik i hjemmesykepleien at man er i stand til å følge hygieniske prinsipper har stor betydning for smittevern. I intervjuet kom det frem at informantene ser på det som en utfordring at de har for lite arbeidstøy, og det beskrives så sterkt som at de har måttet kjempe for å få fungerende arbeidsuniformer på jobben.

Ledelsen har kjøpt inn uniformer, men informantene opplever dem som lite funksjonelle og ikke tilpasset deres arbeidsforhold. Å benytte kortermode uniformer på lik linje med de som brukes i institusjonene er ikke optimalt for de som jobber i hjemmesykepleien. Det kom frem at ytterjakke og skotøy ikke inngår som en del av arbeidsuniformen, og at fleecejakkene de

⁴ VAR Healthcare er en oppdatert prosedyre- og kunnskapsbase for helsetjenesten.

ansatte har fått er å anse som deres yttertøy. Informantene mente det vitnet om lite forståelse fra ledelsen når de på spørsmål om å få egnet yttertøy møtes med argumenter om at de jobber mest innendørs. Deres egen opplevelse er at de beveger seg mye utendørs mellom bilene og pasientenes hjem og de ser været som en utfordring her nord, hvor klimaet kan være skiftende og tidvis hardt. To av dem poengterer:

«Vi er jo mye ute. Vi kan ha rundt 20 besøk i løpet av en dag, og vel så det. Vi er ut og inn av basen og av bilene hele dagen. Det kan være både regn og snø når vi er på jobb» (Sykepleier 2)

«Vi vasser gjennom snøen. Vi må ofte måke snø utenfor husene.» (Sykepleier 3)

«Ja, vi vet hvor vi bor. Det er værutsatt her.» (Sykepleier 1)

Når årstidene tillater det brukes fleeejakkene som ytterjakker, og når vinteren kommer tar de ansatte private ytterjakker i bruk for at de ikke skal fryse. Basert på intervjuet virker det som om de ansatte tenker mye på at privatklærne blir kontaminert når de er i bruk hjemme hos pasientene, og dette gjør at de er bevisst på hva de ønsker å være borti når de er på jobb.

Det fremkommer ikke av intervjuet hvorvidt virksomheten har en vaskeriavtale for arbeidstøy, men informantene forteller at fleeejakkene de har fått ikke sendes til rens eller vask. Enkelte har valgt å ta jakken med hjem og vaske den privat, men ikke alle synes det er en bra løsning. En av sykepleierne tar tak i fleeejakken sin og sier:

«Denne kommer jeg til å legge i en gul sekk når den blir moden.» (Sykepleier 4)

Underforstått ønsker hun ikke å ta jakken med seg hjem, men vil heller kaste den når den er så skitten at den er uhygienisk å bruke.

Informantene kjente på at det å dra i pasientbesøk i uniformer som er altfor store eller for små gjør at de føler seg ubekvemme. Dette utdypes slik:

«Man kommer jo mange ganger på jobb i helgene, og så ligger det ikke bukser her, og du finner nesten ikke T-skjorte – eller du kan finne 2 ganger XL i bukser. Du ser jo ut som en idiot når du kommer rundt til folk.» (Sykepleier 3)

Flere beskriver det som en utfordring å finne riktig størrelse på arbeidsklærne fordi noen ansatte velger å «beholde» uniformer som passer. De bruker dem på jobb, tar dem med hjem

til vask og kommer så ferdig skiftet tilbake på neste vakt. Dette medfører at andre opplever å komme på jobb og ikke finne arbeidstøy, eller tøy i feil størrelse på tøylageret. Da velger de å jobbe i private klær, selv om de er klar over at det utgjør en smitterisiko.

Alle informantene kjente til hvorfor man bør ha et arbeidstøyreglement i avdelingene, men de virket usikre på om det finnes et reglement for det i deres virksomhet. Dette knyttes til at de har aksept for å gå i private klær når de jobber, noe de ga uttrykk for på denne måten:

«Jeg kan komme på jobb i høyhælte sko, stivpyntet, uten at det blir reagert på fra ledelsen.» (Sykepleier 2)

«Jeg kan gå i private klær hvis jeg ønsker det. Og jeg kan ha på meg arbeidstøy hvis jeg ønsker det. Det er helt opp til meg.» (Sykepleier 1)

Arbeidstøyreglementer innbefatter bruk av personlige smykker i arbeidstiden. Informantene forklarte uoppfordret at de ikke skal komme på jobb med smykker, ringer, øredobber, lange negler og neglelakk, men at det forekommer ofte likevel. De fortalte at det bare unntaksvis blir kommentert når de ser at en kollega har på seg personlige smykker eller neglelakk, og at det ofte fleipes bort. Det nevnes ikke hvorvidt ledelsen kommenterer slike brudd på hygieniske prinsipper.

5.2.2 Håndhygiene, hansker og stellefrakk; basale smittevernrutiner

Bruk av smittevernutstyr er en del av de basale smittevernrutinene, og er en viktig medvirkende faktor til å hindre spredning av smittefarlige mikrober som kan forårsake infeksjonssykdommer. Det fremkommer i løpet av intervjuet at de ansatte bruker smittefrakk der det er kjent smitte, men at stellefrakk ikke er vanlig å bruke hos de pasientene som ikke har påvist smitte. Rutiner for å ha riktig og tilstrekkelig utstyr hjemme hos pasientene synes ikke å være etablert. En av sykepleierne forteller:

«Det hender at jeg kommer og skal dusje noen, og så er det kun én hanske igjen i pakken. Jaja, det går det også. Da improviserer du bare, og tar en plastpose på den andre handa.» (Sykepleier 3)

Det å skape en barriere mellom seg selv og pasienten er et tiltak som gir god beskyttelse for spredning av mikrober. Jeg spurte om det er vanlig å ha stellefrakker og hansker i bilene, og sykepleierne svarte at stellefrakk og hansker finnes i alarmbilen, men ikke i de andre bilene. De vet at bruk av stellefrakk er viktig for å unngå at arbeidstøyet blir kontaminert, samtidig som de fortalte at alle ansatte burde være flinkere til å bruke det. En av sykepleierne ga et bilde av situasjonen med følgende utsagn:

«Noen er jo helt oppi senga hos pasienten mens de steller, de utfører kateterisering og tømmer urinposer, og de bruker ikke stellefrakker.» (Sykepleier 2)

Helsepersonell læres opp til bruk av hansker der det er naturlig og nødvendig å benytte det. De har kunnskaper om hvorfor dette er viktig og påkrevd. Informantene nevnte likevel episoder hvor det burde vært brukt hansker, men hvor de har opplevd at det ikke har blitt gjort, for eksempel ved intimvask eller kateterisering. Det ble nevnt at enkelte pasienter bagatelliserer bruk av smittevernutstyr. Informantene mente at en årsak til det er at de ansatte er lite konsekvente i bruk av korrekt utstyr, og at dette fører til at pasientene tenker at det ikke er så viktig. Mens noen sykepleiere tar lett på smittevernutstyr vil andre gjerne ta det på seg *før* de går inn i pasientens hjem, noe informantene mente handler om smittefrykt som følge av mangel på kunnskap.

Det fremkom at det er uheldig at de ansatte ikke følger samme rutinene, og at ting gjøres ulikt av den enkelte sykepleier. Det virket å være et savn at alle jobber på samme måte og beskytter seg selv og pasientene likt, innenfor de kravene som stilles til smittevern. Informantene snakket om at ting blir gjort mer ut fra hvor mye kunnskap og fokus den enkelte ansatte har i forhold til det.

Som helsepersonell skal vi ha særlig oppmerksomhet rettet mot hygiene og hygieniske prinsipper, og i deler av helsesektoren er det godt tilrettelagt for å kunne utføre håndhygiene og skille mellom rent og urent utstyr. I sykehus finner man at det er tett mellom spritdispenserne som inneholder hånddesinfeksjonsmidler. Det er også forholdsvis enkelt å skille mellom rent og brukt utstyr fordi det finnes skyllerom med faste rutiner for rengjøring og desinfeksjon. I hjemmesykepleien møter man utfordringer knyttet til hygiene og smittevern fordi de mangler de rammene som sykehuset og institusjonene har. Informantene ga et bilde av at de ofte må improvisere og finne løsninger som de ikke alltid selv finner tilfredsstillende. De fortalte blant annet at det kan være vanskelig å utføre korrekt

håndhygiene hjemme hos den enkelte bruker. Det er ikke ønskelig for sykepleierne å benytte samme håndkle som pasientene, noe et par av dem tydeliggjorde slik:

«Jeg tørker meg aldri på en håndduk hjemme hos folk.» (Sykepleier 3)

«Ikke jeg heller!» (Sykepleier 2)

Det ble forklart at fremfor å benytte pasientens egne såper og håndklær på badet er løsningen å bruke Zalo og tørkepapir på kjøkkenet. I enkelte hjem opplevde de at dette ikke er en mulighet, og da blir håndsprit den eneste mulige løsningen. Informantene fortalte også at de følte seg usikre på hvilken type smitte som tilsier at de må kombinere både håndvask og sprit, og de fremholdt at de ideelt sett burde lære mer om dette.

5.2.3 Utstyret som brukes

Tilfredsstillende hygiene må også omfatte utstyr. Utstyret som hjemmesykepleien har med seg hjem til pasientene omfatter blant annet iPad, jobbtelefoner, stetoskoper, øretermometer og blodtrykksapparat. Informantene mente at denne typen utstyr bare blir tilfeldig rengjort mellom pasientbesøkene, og at det beror på den enkelte sykepleier og hvorvidt de er opptatt av å rengjøre utstyr som ligger i sekkene de overtar på hver vakt. En av informantene fortalte at hun regelmessig spriter både jobbmobil og iPad før vakta starter. Om pasientnært utstyr sa hun dette:

«De stetoskopene som går fra pasient til pasient ...de vaskes ikke. Og heller ikke øretermometerne. Nå fikk vi plutselig veldig mye å tenke på, faktisk.» (Sykepleier 2)

Dette utsagnet fra sykepleieren kan tyde på at det skjedde en form for bevisstgjøring under intervjuet. Informantene sier at de på en måte har vært klar over disse tingene, men når fokuset flyttes mot renhold av utstyr blir det forsterket og man blir mer oppmerksom på det. Dette omfattet også tjenestebilene de har i daglig bruk.

Bilene har flere funksjoner ut over det å være et rent fremkomstmiddel for de ansatte. De brukes ifølge informantene også til å frakte det alt man trenger å ta med seg inn og ut av pasientenes hjem - som for eksempel rent utstyr, medisiner, og matombringing i helgene. Samtidig brukes også bilene til transport av smitteavfall, og brukte hjelpemidler som skal i

retur til hjelpemiddelsentralen. Sykepleierne tilbringer mye tid i bilen på vei til og fra pasientbesøk, og de fortalte at de også spiser eller drikker underveis. Det har blitt gjort forsøk på å opprette rutiner for å holde tjenestebilene mest mulig rene, noe en av sykepleierne beskriver på denne måten:

«Vi har jo forsøkt å lage bilregler og slikt, for på en måte å holde bilene mest mulig rene, men det sklir jo ut. Folk spiser i bilene, de søler i setene og de tørker ikke alltid opp etter seg. Det er slike ting vi har forsøkt å unngå, men ... ja ...»

Sykepleierne anskueliggjør med dette at det er vanskelig å få på plass gode rutiner for renhold av tjenestebilene når ingen har blitt utpekt som særskilt ansvarlig for det.

Også mobiltelefoner kan være en kilde til smitte dersom den er i daglig bruk på jobb ute hos pasientene. Informantene fortalte at det er vanlig å ha med seg privatmobilen ut i pasientbesøk. De mente de trenger den som oppslagsverk, fordi verken jobbmobilene eller iPad'en kan kobles til internett. Jeg ba dem tenke over hvorvidt de ville lagt igjen sin egen mobil dersom jobbtelefonen og iPad'en kunne brukes på internett. Alle svarte at de ville fortsatt hatt med egen mobil, men at den ville da ligget i lomma eller i sekken. En av dem er klar i sin uttalelse:

«Jeg hadde tatt den med meg ja, men det er en uvane jeg har. At jeg alltid har den tilgjengelig. Jeg tar den ikke med meg i stell hos pasienten, det gjør jeg ikke. Men jeg har den i nærheten av meg så jeg kan bruke den hvis jeg trenger den.» (Sykepleier 1)

5.2.4 Håndtering av avfall

Smittefarlig avfall utgjør en risiko for både helsepersonell og pasienter og skal håndteres etter gitte retningslinjer, pakkes og transporteres forsvarlig. Det kan være vanskelig å vite hva som skal håndteres som restavfall og hva som betegnes som smittefarlig avfall. Det kan forårsake tvil hos helsepersonell når de ikke har et tilgjengelig oppslagsverk med klare retningslinjer for avfallshåndtering. Informantene bekreftet at flere ansatte er usikre på hvordan smittefarlig avfall skal håndteres. Dette medfører at i noen tilfeller blir ikke smitteavfallet tatt med ut fra pasientens hjem fordi de som er usikre velger å la det stå til neste vakt, i håp om at noen andre tar hånd om det. Utfordringen ligger i at dersom det er mange som føler seg usikre vil det

være færre ansatte som tar ansvar for avfallshåndteringen. Dette utsagnet fra en av informantene gir et bilde på dette:

«Ja, vi har hatt noen sårskift med gule stafylokokker, hvor vi har hatt en gulsekk liggende på gulvet hos pasienten – bak en kommode, som vi har fylt på og fylt på og når den har blitt full nok har noen knytt for den og tatt den med og kasta den i kjelleren her.» (Sykepleier 2)

Årsaken til usikkerheten kommer til uttrykk i følgende utsagn:

«Det er jo kunnskap det står i, det er jo det det handler om. Hva gjør vi? Hvor skal det, og hvordan skal vi pakke det?» (Sykepleier 1)

5.3 Lederens betydning for et godt smittevernarbeid

Informantene fortalte at de følte seg usikre på hvorvidt ledelsen har tilstrekkelig fokus på, og forståelse for, betydningen av smittevern og hva det betyr i deres arbeidshverdag. De hadde en oppfatning av at hensynet til økonomi og budsjett settes foran behovet for både funksjonelt arbeidstøy, og tilstrekkelig opplæring. Deres ønske om større forståelse fra ledelsen peker på behovet for et sterkere fokus på fag enn på økonomi. At ledelsen mener det ikke foreligger et lovkrav om arbeidstøy ble også trukket frem som et argument som bidro til uenighet omkring smittevernsfokus. Dette synliggjør et gap mellom hva sykepleierne anser som et reelt behov og ledelsens prioriteringer i forhold til smittevern. En av dem satte ord på det på denne måten:

«Jeg sitter med en oppfatning av at ledelsen ikke har den forståelsen, også for det med smitte. Og hva det innebærer egentlig.» (Sykepleier 2)

Informantene uttrykte flere ganger i løpet av intervjuet et ønske om etablering av rutinebeskrivelser for hvordan basale smittevernsrutiner skal ivaretas. De påpekte at mangel på opplæring og nedfelte rutiner gjør at sykepleierne utfører prosedyrer og stell ulikt, og at mange føler seg usikre på hva som er riktig. Når jeg forklarte at et infeksjonskontrollprogram er en slik rutinebeskrivelse, og at det ikke er lovpålagt å etablere det i hjemmesykepleien svarte den ene sykepleieren dette:

«Nei, ikke sant.. det lovpålagte ...» (Sykepleier 2)

Som leder bør man ha en oversikt over hvilken kompetanse som finnes i avdelingen, og hva behovet for opplæring er. Informantene fortalte at det ikke har vært tilbud fra ledelsen om kurs, fagdager eller internundervisning om smittevern, til tross for at samtlige følte et behov for å kunne oppdatere seg faglig. Det fremkom ikke hvorvidt de ansatte aktivt har etterspurt kurs eller opplæring i smittevern, men det skinner igjennom at de mener ledelsen må ta ansvaret med å få på plass en slik oppdatering gjennom kurs og fagdager.

Organisering av hjemmesykepleien har betydning for både kvaliteten og oppfatningen av hva som er god sykepleiepraksis. Blant annet spiller det en rolle hvor mange ansatte hver pasient må forholde seg til hver uke. Informantene fortalte at de er mange sykepleiere som er innom samme pasient, men at ikke alle ser det som like opplagt når smittevernutstyr skal benyttes. En av dem beskriver det slik:

«Så opplever man jo at sykepleierne gjør forskjellig ... For eksempel hvis du tar et Piccline-stell. Pasientene reagerer jo også på at noen dekker seg helt til når man skal ta for eksempel et CVK-stell, mens andre igjen ikke gjør det. Og da tenker jeg det er noe vi må ta her, sant? At vi gjør likt.» (Sykepleier 1)

For å få en omforent holdning til smittevernarbeid ønsket informantene en fungerende fagsykepleier i avdelingen som kan bidra til å få en økt kvalitetssikring innenfor de kravene som stilles til smittevern. De påpekte at bemanningssituasjonen gjør at arbeidspresset blir større, og at man dermed får mindre tid til fagutvikling. De nevnte ikke hvorvidt vedtakene til pasientene begrenser tiden de har hos hver enkelt og om tidsfaktoren bidrar til at de må improvisere oftere når det kommer til smittevern. Arbeidssituasjonen la i liten grad til rette for kollegabasert veiledning og de savnet også en felles møtearena der de kunne diskutere utfordringer i praksis. Tidligere hadde sonemøter gitt en mulighet for dette, men det kom frem at disse møtene hadde opphørt.

5.4 Samarbeid med pasienter og pårørende

Å være sykepleier i hjemmesykepleien betyr at en på sett og vis må balansere mellom rollen som profesjonell yrkesutøver og som en gjest i pasientens hjem. At pasientene får langvarige tjenester betyr at sykepleierne opplever å få en nær kontakt med både dem og pårørende over

tid. Mine funn viser at informantene anså dette som både positivt og utfordrende for begge parter. Det fortelles blant annet om en episode hvor pasienten hadde en hund i sengen under sårstell og en annen opplevde at det var barn tilstede i rommet og kastet ball rett ved der sykepleieren utførte sårstell med steril oppdekning. Et lekende barn som kaster ball og roper: «ta den» kan være vanskelig å avvise i situasjonen. Det å passe på at pasienten blir skjermet under stell anses som en selvfølge, men de synes ikke alltid det er like lett å si fra til pårørende. Dette understøttes av følgende utsagn:

«Det kan være utfordrende å stille krav til familien også. Hør her, nå skal vi gjøre det og det – kan vi få være litt alene?» (Sykepleier 1).

Det var enighet blant informantene om at det er viktig å sikre pasientens rett til privatliv under stell, og selv om det kunne oppleves vanskelig å be andre forlate rommet mente de at det likevel er riktig å gjøre det. Informantene vet at også pasientene kan synes det er vanskelig å si fra om ting. At sykepleierne jobber ulikt og at ikke alle følger samme prosedyrer kan bidra til usikkerhet og redsel hos noen pasienter, og særlig kreftpasienter kan være redd for å få infeksjoner. Dette beskrives slik:

«De ville jo føle seg mye tryggere hvis man gjør tingene likt, og ikke utfører prosedyrer på ti forskjellige måter.» (Sykepleier 3)

Disse utsagnene tydeliggjør informantenes tanker om at dersom alle ansatte fulgte prosedyrene og gjorde tingene på samme måte ville dette bidra til en forutsigbarhet som i større grad kan trygge pasientene.

Flere av sykepleierne snakket om at pasienten kan oppleve å være prisgitt hjemmesykepleien og at de må «manne seg opp» for å klare å si fra om noe. De vektla viktigheten av å ta imot det som blir sagt på en skikkelig måte, og en sykepleier skyter inn:

«Det er jo enkelte pasientgrupper som lettere får infeksjoner og er livredd for det også, og jeg forstår jo det. Hadde jeg vært i samme situasjonen som den personen, så hadde jeg også vært livredd. Det er klart. Så man må jo bare prøve å speile det litt og se det fra deres side, og forsøke å sette seg inn i den situasjonen at det kunne vært meg som var den pasienten.» (Sykepleier 2)

5.5 Samhandling med andre tjenestenivåer

Alle informantene hadde erfaringer med samhandling med sykehuset, og særlig temaet om utskrivningsklare pasienter virker å engasjere dem. Det å kjenne pasientene ble ansett som en viktig faktor for å vurdere hvorvidt pasienten bør anses som utskrivningsklar. De forteller om pasienter som skrives ut for tidlig, og som etter kort tid må re-innlegges, og mener at sykehuset i noen tilfeller kan bli bedre på å vurdere pasientens tilstand. Flere sier at når dårlige pasienter legges inn i sykehus har de en forventning om å få dem hjem igjen i bedre form etter endt behandling. Dette stemmer ikke alltid, ifølge en av sykepleierne som deler sine tanker om dette på denne måten:

«Jeg tenker at av og til så synes jeg de kommer ut altfor tidlig. Og de er like dårlige som da vi sendte dem inn. Det har vi opplevd flere ganger. Så står det i epikrisen at deres habituelle tilstand er bedre enn da de ble sendt inn, men ...» (Sykepleier 3)

Informantene fortalte om utfordringer knyttet til pasientinformasjonen fra sykehuset når pasienten blir skrevet ut. De mener at det kan få konsekvenser for både personalet og pasientene i hjemmesykepleien når sykehuset ikke sender ut epikrisen sammen med pasienten. Det beskrives blant annet at det kan gå lang tid før de får papirer fra sykehuset med informasjon om smitte og eventuelle resistente mikrober som de burde ha beskyttet seg selv og andre pasienter mot. En av dem sier:

«Det virker jo som at vi i mange tilfeller har gått lenge i hjemmet før vi får beskjed om at her er det smitte. Hallo, liksom?» (Sykepleier 2)

Informantene har erfart at det i økende grad skrives ut pasienter med infeksjonssykdommer forårsaket av multiresistente mikrober. Som et eksempel nevnes særlig ESBL, fordi de opplever en økning i pasienter med urinveisinfeksjoner som er forårsaket av denne typen mikrober. Det er ikke alltid sykehuset tester for ESBL og dermed klarer å fange opp denne diagnosen. En sykepleier forteller at de har måttet be fastlegene om testing og at de da har opplevd å få positive svar. Da kan det hende de har gått lenge hos pasienten, og at pasienten har flere sykehusinnleggelses bak seg. Hun sier at man opplever å få et støkk i seg da, selv om det har vært brukt hansker i stellesituasjoner hos vedkommende.

6 Diskusjon

Denne studien tar for seg spørsmålet om hvilke utfordringer sykepleierne i hjemmesykepleien opplever i sitt arbeid med å ivareta smittevern i pasientenes private hjem. I dette kapitlet ønsker jeg å drøfte de sentrale funnene som fremkom i intervjuet med mine informanter, og som omfatter de utfordringer og dilemmaer de står i og knytte dette sammen med relevant litteratur og forskning.

Første del av diskusjonen tar for seg hvordan mangel på kunnskap og prosedyrer fører til økt bruk av skjønn og improvisasjon og setter faglig forsvarlighet på prøve. Andre del setter fokus på ledelse og hvilken betydning lederen har for å skape en god arbeidskultur og kvalitet i tjenesten gjennom engasjement og organisatoriske rammer. Videre vil jeg i del tre drøfte forholdet mellom autonomi og faglig ansvar i møtet mellom sykepleierne og pasientene, og påvirkningen dette har for smittevernsarbeidet i det enkelte hjem. Fjerde og siste del av diskusjonen omhandler betydningen av samhandling med andre tjenestenivåer som grunnlag for et godt smittevern.

6.1 Mellom faglig forsvarlighet og improvisasjon?

Sykepleiere som utøver helsehjelp i hjemmet har et ansvar for å ivareta mange ulike pasientgrupper. Utsagnet fra en av sykepleierne tydeliggjør dette: «Vi gjør jo alt. Vi gjør absolutt alt i hjemmesykepleien». Det at de møter så mange ulike pasienter, diagnoser og problemstillinger synliggjør behovet for at sykepleierne utvikler en generalistkompetanse. Birkeland et al. (2014) omtaler hjemmesykepleie som allmennpraksis for sykepleiere, og de uttrykker bekymring for at hjemmesykepleie som fagfelt blir viet lite oppmerksomhet fra både helsemyndigheter og utdanningsinstitusjoner. Særlig smittevern i hjemmetjenesten har vært gjenstand for lite forskning, og FHI (2018) etterlyser informasjon om hvordan hjemmesykepleien etterlever basale smittevernrutiner samt en evaluering av hvordan smittevernkompetansen blir ivaretatt av ledere og ansatte.

«Kunnskap, prosedyrer og skjønn»

Sykepleierne i mitt studie opplevde at de manglet tilstrekkelig kunnskap om smittevern og de etterlyste mer opplæring i form av kurs, fagdager og lignende. På virksomhetsnivå kan en

Samlet oversikt over personalets samlede kompetansenivå bidra til at ledelsen lettere kan organisere tilbud om kurs og fagdager innenfor de kunnskapsområdene som bør dekkes. Faglig oppdatering kan likevel ikke ses utelukkende som et lederansvar. De etiske retningslinjene for sykepleiere (2011) uttrykker klart plikten til å jobbe etter en faglig forsvarlig praksis, og ifølge Norsk sykepleieforbund (2018) innebærer dette et krav om at enhver sykepleier må sørge for å innhente oppdatert kunnskap og relevante ferdigheter. Hensynet bak dette kravet ligger i å beskytte pasientene mot en praksis som er til skade for dem, blant annet gjennom kryssmitte av mikrober slik Haave og Gustad (2008) beskriver det. Skylden for manglende smittevernkompetanse synes på den ene siden å bli lagt på systemet, via ledelsen, men det er nødvendig at sykepleierne selv tar ansvar for å utvikle kunnskaper og utvikle forsvarlig sykepleie som ivaretar behovet for å beskytte pasientene og seg selv mot smittefare.

Den kliniske kunnskapen til hjemmesykepleierne blir utviklet gjennom praksiserfaringer, samtidig som teori må ligge i bunnen som et faglig fundament. Kunnskap om hygiene og pleie var ifølge Nightingale (2010) essensielt for å holde helsetilstanden på et slikt nivå at sykdom kunne unngås. Dette er tanker vi enkelt kan overføre til dagens sykepleie. Noen vil nok argumentere med at sykepleierne gjennom grunnutdanningen innehar et godt faglig fundament for smittevernsarbeid. Dette stemmer bare delvis, sett i lys av at smittevern er et eget fagfelt. Folkehelseinstituttet (2018) påpeker at kun 9 av 180 studiepoeng er satt av for å dekke fagområder som mikrobiologi, infeksjonssykdommer, og smittevern i dagens sykepleieutdanning, noe også studieplanen for Universitetet i Tromsø bekrefter (UiT, 2019). Samlet sett er dette langt fra tilstrekkelig til å møte de utfordringene som dagens infeksjonsbilde i samfunnet viser, og som krever relevant kunnskap og gode faglige normer. Som lærer foreleser jeg i mikrobiologi, infeksjonssykdommer og smittevern for studenter på alle årstrinnene i sykepleieutdanningen, og min erfaring er at pensum ikke dekker kunnskapsbehovet. Selv om de nevnte fagene nå er samlet i et eget fagområde i utdanningen er ikke antall studiepoeng eller pensum økt. Dette til tross for at smittevern må sies å være en av grunnpilarene i sykepleiefaget, og særlig i hjemmesykepleien hvor det meste av smittevernet skjer i daglige møter med langtidspasienter.

Mine funn viser at sykepleierne mangler kunnskapsbaserte prosedyrer for smittevern og at de uavhengig av erfaringsbakgrunn etterspør dette. De har dermed ingen tydelige retningslinjer å rette seg etter i sin utøvelse av smittevernsarbeid i hjemmene. En måte å løse dette på vil være å få på plass et etablert og godt implementert infeksjonskontrollprogram (IKP). På denne

måten kan sykepleierne enkelt få en samlet tilgang til kunnskap om ulike smittetilstander og de tilhørende smittevernstiltak. Aasen (2014) fastslår at det er avgjørende for hjemmesykepleien å samle og systematisere kunnskapsbaserte prosedyrer for smittevern. Hun poengterer at behovet for slik kunnskap bør overskygge det faktum at de ikke er pålagt gjennom lovverket å etablere et IKP. Aasen har et poeng i at mangel på lovpålegg ikke bør bli en smittevernmessig sovepute for hjemmesykepleien. Et lovpålegg kan være et klart insentiv for å komme i gang med et IKP, men både ledelsen og de ansatte har alt å vinne ved å initiere en slik kvalitetsforbedring av smittevernarbeidet, uavhengig av om de er omfattet av juridiske rammeverk.

Ideen om å samle kunnskap er ikke nye tanker, og også her er det lett å trekke linjene tilbake til Nightingale som i stor grad baserte seg på observasjoner og dokumentasjon, og på denne måten systematiserte kunnskapen hun tilegnet seg om sammenhengen mellom hygiene og god helse (Karoliussen, 2011). Denne kunnskapen har dagens sykepleiere også med seg, selv om hygieniske standarder utfordres i hjemlige omgivelser som ikke samsvarer med idealene om smittevern.

Elstrøm (2002) fremholder at arbeidsmetodene for smittevern må tilpasses de muligheter og begrensninger som man finner i pasientenes hjemmemiljø. Smittevernarbeid i hjemmesykepleien skiller seg veldig fra å jobbe i mer tilrettelagte miljøer som de en finner i institusjoner og sykehus. Dette er i tråd med informantenes erfaringer om at noen hjem liten grad er tilpasset behovet sykepleierne har for å kunne jobbe faglig forsvarlig rundt pasientene. Nightingale (2010) hevdet at dårlige sanitære forhold, dårlige romløsninger og mangel på rutiner vil kunne gjøre det nærmest umulig å drive sykepleie. På den annen side poengterer hun at sykepleie bør innbefatte rutiner som i seg selv gjør det mulig å pleie syke. Uerfarne sykepleiere i en avdeling mangler praksiserfaringene som utgjør en viktig del av den kliniske kompetansen. Ifølge Alvsvåg et al. (2007) medfører dette at de ønsker å handle etter regler og etterspør dem. I mangel på nedfelte regler for hvordan man skal utføre oppgaver løses de ofte ved bruk av faglig skjønn. Dette skjønnnet utvikles i en kombinasjon mellom praksiserfaring, kunnskaper og refleksjoner og kommer til sin rett der situasjonen er lite oversiktlig, flertydig og sammensatt (Alvsvåg et al., 2007).

«Kunsten å improvisere»

Elstad (2014) viser til at all praksis trenger regler, og at det å følge en regel betyr at alle gjør det samme. Samtidig poengterer hun at reglene ikke sier noe om hvordan de skal brukes i hvert konkrete tilfelle. Nye situasjoner og nye pasienter krever ulike handlinger. Slik er det også i hjemmesykepleien, hvor sykepleiernes opparbeidede erfaringer bidrar til at de vet hvordan de best kan løse de utfordringene de møter på i de ulike hjem. I mange tilfeller betyr det å måtte improvisere løsninger når standardrutinene ikke finnes eller passer helt i miljøet de jobber i. Intervjuet avdekket flere eksempler på improviserte løsninger. Et av dem er beskrivelsen av hvordan smittefarlig avfall ble samlet i en gul sekk og gjemt bak en kommode hos pasienten. Det syntes å være det beste de kom på i den gitte situasjonen, for å holde smittefarlig avfall unna. Sekken var da ute av syne, dog ikke helt ute av sinn. Sykepleierne var vel vitende om at dette ikke er i tråd med forsvarlig praksis, men mangel på rutiner og usikkerhet omkring avfallshåndtering fører til slike handlinger, eller som i dette tilfellet; mangel på korrekt handling. Et annet eksempel er sykepleieren som gikk tom for hansker i et hjemmebesøk og valgte å benytte en plastpose på en hånd for å få dusjet en pasient. Å stå uten smittevernutstyr betyr at man står i et valg mellom å la være å gi pasienten tjenester, eller å finne en løsning for situasjonen der og da. Bruk av privatmobil i tjenesten kan oppfattes som et mer bevisst valg, og ifølge Ugler et al. (2009) utgjør dette en stor smitterisiko. Mine informanter anerkjente smitterisikoen ved å benytte private mobiltelefoner på jobb, men de mente likevel at behovet de hadde for å koble seg mot internett ikke ga dem et valg.

«Klær skader folk?»

Improvisasjon er også knyttet til arbeidsantrekk, noe som i stor grad opptok informantene. De beskrev en kamp for å få tilstrekkelig og funksjonelt arbeidstøy, men erfarte å bli møtt med argumenter fra ledelsen om at det ikke er lovpålagt. Dette til tross for at Arbeidstilsynet gjennom Arbeidsmiljøloven (2005) og Forskrift om utførelse av arbeid (2011) fastslår at hjemmesykepleierne som kan bli utsatt for biologisk materiale og anses å være i risikogruppen for smitteoverføring må få utlevert arbeidstøy og få pålegg om å bruke det. (Arbeidstilsynet, u.å.). Sykepleierne visste at de av smittevernhensyn bør benytte arbeidsuniformer som de kan skifte mellom hver vakt. Mangel på uniformer fører til at noen vasker dem hjemme for å sikre at de har arbeidstøy til neste vakt. I mangel på arbeidsantrekk velger de å jobbe i private klær. Basert på intervjuet kom det frem at det å jobbe i private klær får liten oppmerksomhet fra ledelsen, noe dette utsagnet fra en av sykepleierne illustrerer:

«Jeg kan komme i høyhælte sko, stivpyntet, uten at det blir reagert fra ledelsen». Brænd (2014) sier at et viktig poeng med å bruke uniform er hensynet til hygiene og at fokuset bør ligge på pasientsikkerhet. Hun stiller spørsmål om hvorfor ledere i sykehus ikke sanksjonerer ansatte som ikke bruker korrekt arbeidstøy. I hjemmesykepleien synes spørsmålet å være stilt på hodet, der sykepleierne opplever at de må argumentere for at mangel på arbeidstøy er en hygienerisiko. De har dog ingen mulighet til å sanksjonere. Diskusjonen om arbeidstøy blant hjemmesykepleiere over hele landet er forholdsvis kjent, og noen steder har ansatte vunnet frem etter årelange kamper (Dolonen, 2020). Eksemplene over kan tyde på at improvisasjon synes å gå foran forskningsbasert kunnskap, til tross for at sykepleierne selv mener at dette går på bekostning av faglig forsvarlighet i tjenesten.

For å legge til rette for sikrere tjenester bør ledelsen og de ansatte gå sammen for å finne gode løsninger. I tillegg til etablering av et IKP kan deling av kunnskap mellom kolleger bidra til å øke det generelle kunnskapsnivået i avdelingen. Et tiltak for kunnskapsdeling kan være å skape en felles arena for sykepleierne hvor de sammen kan reflektere over og drøfte ulike problemstillinger innenfor smittevern. Informantene ga uttrykk for at de savnet en slik arena. Å reflektere sammen over situasjoner og dele erfaringer er en god kilde til læring i et arbeidsfellesskap sammen med kollegaer. Alvsvåg et al. (2007) omtaler kollegaer som «medskjønnere», i den forstand at de skjønner det samme som deg, sammen med deg. De argumenterer for at det å reflektere sammen gir trygghet og læring, fordi en får bearbeidet usikkerhet og tvil i egen praksis. Slik jeg tolker Alvsvåg omtales refleksjoner som veien til en felles forståelse av hva som er riktig praksis. Basert på mine funn vil jeg si at dette har nytteverdi for hjemmesykepleien, fordi de har behov for en møteplass og en omforent holdning til smittevernspraksis. Dette kan løses gjennom å få i gang refleksjonsgrupper, eller få tilbake fagmøtene som sykepleierne etterlyste. En begrensning for dette ligger i måten tjenesten er organisert på, med ansatte i ulik turnusrotasjon, noe som bidrar til at det er vanskelig å samle mange sykepleiere til samme tid.

6.2 «Orden i eget hus»

Solbakken et al. (2019) beskriver hjemmesykepleien som en spesiell tjeneste å lede, og de vektlegger avstanden mellom leder som sitter på kontor og sykepleiere som jobber alene ute hos pasientene. Lederspenet i hjemmesykepleien er stort med mange ansatte, samtidig som

den nevnte avstanden til personale og pasienten gjør det vanskelig å kontrollere at tjenestene er kvalitetsmessig forsvarlige. Det er grunnleggende viktig å sette søkelyset på ledelse og de organisatoriske rammene som utgjør handlingsrommet som både ledere og hjemmesykepleiere har i sin kliniske hverdag.

Sykepleierne i mitt studie etterlyste et større engasjement fra ledelsen når det gjelder smittevern. De mente at mangel på fokus fra ledelsen påvirker kvaliteten på smittevernarbeidet. Virksomhetenes ledelse har et ansvar for å utvikle og løfte frem kvalitetsmessige gode tjenester, og skape mål for en god sykepleiepraksis. Høst (2014) hevder at ressursene lederne har til rådighet for å nå disse målene ligger hos personalet. Hvilken rolle spiller da ledelse for å nå målene om god sykepleiepraksis? Haycock-Stuart et al. (2011) fant i sin studie at sykepleierne mente at ledelse i kommunehelsetjenesten ikke har betydelig innvirkning på tjenestekvaliteten. De la vekt på at det er sykepleierne som i møte med pasientene skaper god kvalitet på tjenestene de leverer ut fra pasientrelasjonen og deres utførelse av sykepleie. Dette synes ikke å samsvare med andre forskningsresultater om betydningen av ledelse. Eksempelvis undersøkte Lindh et al. (2015) hva som skulle til for å øke etterlevelse av smittevernrutiner blant hjemmesykepleiere. Høyest rangert var kunnskap og engasjement fra ledelsen, sammen med tilgang og tilgjengelighet til smittevernutstyr. Dersom manglende engasjement fra ledelsen er styrende for atferden til de ansatte slik Lindh et al. (2015) antyder, gir det en viss mening i forhold til de tidligere nevnte improviserte løsningene blant sykepleierne. I hjemmesykepleien jobber man mye alene rundt pasienten, og i private hjem som ikke er tilrettelagt for smittevern er man mindre rustet enn i sykehus til å håndtere smitte og infeksjonskontroll. Det er derfor nærliggende å tro at ledelsens kunnskapsnivå og engasjement blir tillagt større betydning av de ansatte i kommunal sektor.

Ut fra informantenes beskrivelser benyttes ikke beskyttelsesutstyr i alle situasjoner hvor dette kreves. Dette er i tråd med funnene til Russell et al. (2018) som påpeker at hjemmesykepleierne i varierende grad benytter beskyttelsesutstyr, til tross for at infeksjonssykdommer er et økende og alvorlig problem. Hvorvidt dette handler om mangel på utstyr, kunnskap eller lederengasjement lar seg vanskelig si noe om. Shang et al. (2015) viser til at pasienter i hjemmesykepleien er i risikogruppen for å utvikle infeksjonssykdommer, og poengterer at målet må være å redusere risikoen gjennom at personalet benytter smittevernutstyr. Når sykepleierne jeg intervjuet beskriver at de mangler forskriftsmessig arbeidsantrekk og beskyttelsesutstyr og tidvis blir stående i usikkerhet omkring smittevernrutiner, synliggjør dette et gap mellom hva sykepleierne anser som et reelt behov

og ledelsens prioriteringer. For at smittevern ute i hjemmene skal fungere optimalt tenker jeg det er viktig at dette arbeidet starter i avdelingen, ved å sørge for først å ha «orden i eget hus».

Smittevern spiller ifølge Elstrøm (2002) en vesentlig rolle for kvaliteten på tjenestene, ressursbruk og økonomi. Et interessant spørsmål er hva som skal til for at lederen skal rette oppmerksomheten mot smittevernutfordringene i avdelingen. Dette bildet tenker jeg er sammensatt. Først og fremst er det viktig at sykepleierne rapporterer inn et faktisk behov for økt opplæring. Dersom lederen ikke blir gjort oppmerksom på personalets behov for smittevernkunnskaper er det naturlig at det fra ledersiden ikke tas initiativ til organisert opplæring i temaet. Fravær av pasientklager kan feilaktig bli tatt til inntekt for at pasientene mener at kvaliteten er god nok. Årlige brukerundersøkelser vil kunne være med på å avdekke pasienttilfredsheten og rette fokuset mot kvaliteten på smittevernsarbeidet. Et tredje aspekt er det som Solbakken et al. (2019) framholder; at ledelsen er under konstant press i forhold til økonomi, effektivisering, og personalforvaltning. Min erfaring tilsier at lederne i kommunehelsetjenesten forvalter budsjetter med stramme økonomiske rammer. Ledernes handlingsrom ligger på mange måter i et krysningspunkt mellom økonomihensyn og avdelingens behov. Et sterkt økonomifokus synes likevel ikke å gi mening til sykepleierne som står i frontlinjen i det daglige pasientarbeidet og dermed er de som først og fremst møter og håndterer de reelle smittevernutfordringene. Dette kan være en årsak til uenighetene om arbeidstøy, hvor sykepleierne fremholdt at ledelsens budsjettensyn overgikk fag- og smittevern fokuset. Ved at lederen snur perspektivet til hva man kan spare inn av ressurser og penger ved smitteforebygging og infeksjonskontroll kan det bli enklere å synliggjøre behovet for økte budsjettammer og ressurser overfor politisk ledelse.

Nightingale (2010) la stor vekt på tydelig ledelse, og anså det som et viktig aspekt av sykepleie. Hun var opptatt av rutiner og disiplin i pleien, og at sykepleierne hadde gode kunnskaper og god opplæring. Det at pasienter eller oppgaver ble forsømt hevdet hun var et tegn på dårlig ledelse. Historien har vist oss at hun gjennom tydelig ledelse, gode rutiner, stell og fokus på renslighet reduserte dødstillene betraktelig under Krimkrigen. Karoliussen (2011) fastslår at Nightingale oppnådde dette ved å kombinere lederansvaret med faglige krav til sykepleierne og oppofrende pasientomsorg.

Organiseringen av sykepleien Nightingale utførte i sykesalene i Krim kan antas å ha en betydning for resultatene hun oppnådde. På samme måte har organiseringen av hjemmesykepleien noe å si for hvordan de løser sine oppgaver. Et viktig poeng fra Fjørtoft

(2016) er at pasientene i hjemmesykepleien oppholder seg i et isolert hjemmemiljø og at de på den måten er mindre utsatt for smitterisiko fra andre, men hun presiserer også at en økning i avansert behandling i eget hjem medfører flere smittevernutfordringer for sykepleierne. En av utfordringene ligger i at det er langt mellom pasientenes hjem og basen dersom en mangler smittevernutstyr og må hente det. Dette bekreftes gjennom utsagnet til en av sykepleierne som forteller at ved å sørge for å ha med seg ekstra utstyr i tjenestebilen har hun «reddet» seg selv fra mye kjøring. Antall sykepleiere hver pasient må forholde seg til har også noe å si for kontinuiteten i oppfølgingen, sammen med kunnskapsnivået hos den enkelte. En systematisk sammensetning av personalet kan tilrettelegge for at ikke alle nyansatte og uerfarne sykepleiere er på jobb i samme turnusrotasjon. Det kan bidra til at de mer uerfarne har noen å henvende seg til og hente kunnskap og veiledning fra, slik at en i større grad unngår at improviserte løsninger tas i bruk. Dette er i tråd med Solbakken et al. (2019) som understreker at organisering ikke må være til hinder for at riktig kompetanse må brukes på riktig plass.

Det tidligere nevnte gapet mellom ledelsens tydelige økonomifokus og sykepleiernes behov for en større fagorientering kan medføre en svekkelse av avdelingens samlede engasjement for smittevern. NSFs politiske plattform for ledelse (2013) viser til at hverdagsledelsen er avgjørende for gode resultater i pleien. De mener at ledelse må være basert på en kultur med fokus på læring og et godt arbeidsmiljø. Jeg velger å knytte dette sammen med Shaun et al. (2018) som viser til at ledere må befatte seg mer med realitetene i førstelinjetjenesten for å utvikle en god kultur for læring og utvikling. Organisering av tjenesten i form av tilstrekkelig bemanning, organisering, rutiner, arbeidstøy og beskyttelsesutstyr kan være eksempler på områder som bør jobbes med for å lykkes med dette.

6.3 Forholdet mellom autonomi og det faglige ansvaret.

Autonomi står sterkt som en sentral verdi i sykepleie, og blir ekstra tydelig i hjemmesykepleien. I utgangspunktet er det pasientene som bestemmer over eget liv tidspunkt som passer for besøk, og hvor eiendelene skal plasseres i hjemmet. De har en sterk grad av selvbestemmelse, samtidig som de opplever et avhengighetsforhold til hjemmesykepleien for å kunne fortsette å bo i eget hjem (Drageset, 2009).

«Det er jo det at pasientene er prisgitt oss. De tør ikke si noe mange ganger de heller, ikke sant? Men så er det noen som manner seg opp og sier litt, og da må vi bare ta det.»

Utsagnet over viser til informantens erfaring om at pasientene kan ha høy terskel for å si fra om ting de reagerer på. Det fremkom at pasientene er redde for å påpeke feil sykepleiere gjør når de utelater smittevernutstyr i pasientstellet, selv om det kan føre til en endring i måten ting gjøres på. Forskningen til Andersson et al. (2010) følger dette mønsteret. De fant at pasienter ser at basale smittevernrutiner brytes av enkelte sykepleiere, og at de til tross for dette vegrer seg for å si fra. Årsaken var at de var redde for å ødelegge relasjonen til sykepleierne. Å oppleve at samme prosedyre utføres ulikt av ulike sykepleiere kan føre til at noen pasienter kan bli utrygge, mens andre kan bli opprørt og fortvilet over det de mener er dårlig smittevern. Eksempelvis fortalte en av informantene i intervjuet om en sykepleier som ikke var ønsket tilbake hos en pasient, fordi pasienten mente sykepleieren hadde slurvet med hygienens ved skifte av ei veneportnål. Sykepleierne fortalte også at de i slike situasjoner forsøkte å «speile» situasjonen og tenke på at de sannsynligvis også ville reagert med sinne og redsel. Det ble ikke gitt ytterligere informasjon om hva som utløste pasientens sterke reaksjon i denne situasjonen. Det kan tenkes at det handlet om sykepleierens usikkerhet i forhold til hva som er korrekte beskyttelsesprosedyrer ved stell av veneportnål. Uansett årsak kan eksempler som dette bidra til å sette relasjonen mellom sykepleier og pasient i fare.

Strandås et al. (2018) viser til at gode relasjoner er av betydning for samarbeidet mellom sykepleier og pasient, og at begge parter til tross for effektivitetspress og tidsstyrte besøk i hjemmesykepleien finner løsninger for å beskytte det de anser som en god pasient-sykepleierrelasjon. De fastslår også at ikke alle pasienter og sykepleiere klarer å etablere en positiv tilknytning til hverandre. Det ligger et poeng i dette, og her skal en være bevisst at pasient-sykepleierrelasjonen kan oppfattes som en gjensidig avhengighet. Intervjuet avdekket at også sykepleierne anså det som vanskelig å korrigere på situasjoner de opplevde som uheldige under pasientbesøk. De ønsket ikke å komme i en situasjon som tilsa at de ikke var ønsket hjem til pasienten, og det handler ikke alltid om at pasienten anser sykepleieren som slurvete eller usikker i ulike situasjoner. Saken har flere sider, noe som mitt datamateriale synliggjør ved at det fremkommer at sykepleierne som fremstår som tydelig og setter grenser rundt pasientstell også kan risikere å bli «uglesett» av pasientene. Dette så informantene på som en utfordring, også smittevernmessig, men de var likevel opptatt av at de hadde en plikt til å si fra om ting som ikke var i tråd med deres etiske og faglige standarder. Det fremkom at

de følte dette som et faglig ansvar. Problematikken her ligger i at noen av de ansatte beskrives som «lessen» for å sette faglige grenser og si fra, med tanke på autonomiprinsippet og dermed pasientens rett til å bestemme i eget hus. Det kan synes som om dette etiske landskapet kan være vanskelig å bevege seg i, og det kan være en ide å løfte det frem som et tema for refleksjon slik at sykepleierne kan lære av hverandre og på denne måten bli mer besluttsomme i utfordrende situasjoner. Nightingale (2010) fremholdt at ubesluttsomme sykepleiere er noe alle pasienter frykter, og at det ikke er pasientens jobb å passe på sykepleierens årvåkenhet. Her kan vi trekke linjer til nåtiden og sykepleieren som forteller om hvordan hun måtte fjerne hunden fra pasientsengen under et sårskift.

Det å si at hunden ikke kan ligge i sengen når en steril prosedyre skal følges er i tråd med faglig forsvarlighet og til pasientens beste, selv om sykepleieren i det stille var bekymret for pasientens reaksjon. Det er ikke gitt at pasienten selv forstår risikoen for at såret kan bli kontaminert på grunn av hundens tilstedeværelse. Da må sykepleieren være sitt ansvar bevisst og sørge for å fjerne den risikoen på en slik måte at det ikke gir en følelse av at pasientens autonomi blir satt på prøve. Her er det viktig at sykepleieren bruker både faglig skjønn og klokskap. Det samme gjelder i situasjonen med barnet som kaster med ball like ved der sykepleieren har dekket opp til et sterilt sårskift. Det er rikelig med grunner for å be om at barnet må vente med leken til sårskiftet er gjort. Dersom ballen treffer det sterile utstyret må alt byttes ut, og det er ikke gitt at en har med utstyr nok til en ny steril oppdekning. En annen risiko er at ballen treffer pasientens sår, og dermed er en fare for både kontaminering og det å påføre pasienten unødig smerte.

På samme måte fortalte sykepleiere at de måtte ta ansvar for å skjerme pasientene under stell hvor de mente at pasienten var i en sårbar situasjon, og at de derfor ofte ba om at pårørende måtte forlate rommet mens stellet pågikk. De mente det var deres ansvar å se til at pasienten ikke ble blottlagt, selv overfor de pårørende. Dette understøttes av hva Boge & Kristoffersen (2002) fikk frem om samme tema i sin forskning. Pasientene i deres studie fremholdt at de ikke ønsket at pårørende skulle være til stede under stell, selv ikke ektefellen, og at de var takknemlig for at sykepleieren sendte dem ut av rommet. Slutningen vi kan trekke ut av denne studien er at det kan være klokt å spørre pasienten på tomannshånd hvorvidt de ønsker å være skjermet i slike sårbare situasjoner.

Det er lett å se at sykepleierne beveger seg i en grensegang mellom autonomi og det faglige ansvaret. Pasientenes hjem er stedet der vi behandler pasientene, og det er klart at vi da jobber

innenfor deres private sfære. Likefullt er det å sette faglige grenser et nødvendig sykepleieansvar. Elstad (2014) snakker om sykepleieansvaret som praktisk og i forkant. Hun utdyper dette med at det praktiske ansvaret er personlig og kompetent i møte med pasientene. Det kan forstås slik at det er opp til sykepleieren å skaffe seg et overblikk over situasjonen, og gjøre de praktiske grep som skal til for å handle i tråd med faglig forsvarlighet. Videre argumenterer Elstad for at sykepleierne må forstå ansvaret sitt gjennom å avgrense det. Hun poengterer at pasienter ligger kortere tid i sykehus og sykepleiere der har et klart avgrenset ansvar i pasientenes liv. I hjemmesykepleien kommer man tettere inn på pasientens liv og familie over tid, og sykepleieansvaret må derfor i større grad integreres i familieansvaret og sammenflettes med familiens daglige liv. Det er likevel sykepleieren som til syvende og sist har det faglige ansvaret. Det å ta sykepleieansvar fordrer at en har både evne og makt til å handle på en slik måte at det er til det beste for andre (Elstad, 2014).

Dette er i tråd med Drageset (2009) som mener at sykepleiernes opptreden i hjemmet gir pasientene mulighet til enten å styrke eller svekke sin autonomi. Som nevnt var informantene klar over at deres måte å opptre på har en betydning for relasjonen mellom dem og pasienten, og utfordringen ligger i å finne en god balanse mellom sykepleieansvaret, faglig forsvarlighet og pasientens autonomi.

6.4 Samhandling som forutsetning for et godt smittevern

Samhandling med spesialisthelsetjenesten er en del av hverdagen til sykepleierne i kommunal sektor, og ansvaret for gode pasientforløp er gjennom Samhandlingsreformen (2008-2009) forankret i samhandlingsavtalene som er opprettet mellom de to tjenestenivåene. Særlig oppmerksomhet får naturlig nok samhandlingsavtale nr. 5. som omhandler samarbeid om pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra sykehuset.

Forskning viser at flere pasienter med komplekse diagnoser skrives tidligere ut fra sykehusene (Solbakken et al., 2019), og at dette medfører et større press og ansvar på hjemmesykepleien, også i henhold til smittevern (Aasen, 2014). Solbakken et al. (2019) beskriver Samhandlingsreformens intensjon om økt behandlingsansvar i kommunehelsetjenesten som en «ansvarsoversvømmelse» for hjemmesykepleien, og påpeker de i stor grad mangler kompetanse og ressurser til å møte dette ansvaret.

Min erfaring er at en del av hjemmesykepleiens styrke ligger i at de har god kunnskap om helsetilstanden til pasientene sine, men at dette ofte ikke blir tilstrekkelig vektlagt av spesialisthelsetjenesten. Sykepleierne jeg intervjuet erfarte at sykehuset ofte vurderte pasientenes tilstand til å være bedre enn de var, noe som ikke samsvarte med hjemmesykepleiernes egne vurderinger. Dette førte til at pasientene ble reinnlagt etter kort tid, noe som kan oppleves som ressurskrevende og slitsomt for alle parter. Hjemmesykepleierne jobber tett på pasientene i deres hjem og lærer å kjenne dem og deres daglige habituelle tilstand godt. Kompetansen hjemmesykepleierne har til å vurdere pasientene må derfor ikke undervurderes.

Utgangspunktet for reformen er at begge tjenestenivåer er likeverdige parter, og at samhandling er et felles ansvar. Dette er ikke alltid i samsvar med realitetene. Sykepleierne i mitt studie opplevde at spesialisthelsetjenesten ofte opptrer som premissleverandører for når pasientene er utskrivningsklare, og at dette ga dem utfordringer også med infeksjonssyke pasienter. Gravningen et al. (2016) poengterer at sykehus og kommuner må ha på plass smittevernet både innenfor eget tjenesteområde og i samhandlingen på tvers av tjenestenivåene når de behandler pasienter med infeksjonssykdommer. For å få dette til må samhandlingen fungere på begge nivåer, gjennom en felles og gjensidig informasjonsflyt som sørger for at pasientoverføringene skjer med fokus på smittevern som minimaliserer risikoen for kryssmitte for både pasienter og personale.

Sykepleierne i hjemmesykepleien erfarte at utskrivelsespapirer med informasjon om pasientenes smittestatus ofte manglet ved utskrivelse. Dette førte til at de satt med ufullstendig pasientinformasjon, noe de omtalte som en risiko for både dem selv og pasientene. Dette stemmer med funnene i en undersøkelse som ble gjennomført på oppdrag fra NSF. Resultatet viste at 25 % av sykepleierne i sykehjem og hjemmesykepleie opplevde at verken pasientinformasjon, utstyr eller medisiner fulgte pasienten ved utskrivelse etter innføringen av Samhandlingsreformen (NSF, 2013). Slik jeg ser det har spesialisthelsetjenesten et medansvar for at hjemmesykepleien settes i stand til å vurdere smitterisikoen rundt pasientene. Dokumentasjon om at pasienten er bærer av smittefarlige og/eller multiresistente mikrober må anses som viktig pasientinformasjon som skal markeres i pasientjournalen og følge pasienten ved utskrivelse. Tjenesteavtale 5 fastslår at epikrise fra sykehuset skal sendes kommunehelsetjenesten utskrivelsesdagen. Som undersøkelsen fra NSF (2013) og denne studien viser bryter sykehuset ofte sitt ansvar på dette området.

Orvik (2015) hevder at brudd i informasjonsflyten mellom tjenestenivåene kan føre til manglende grunnlag for behandlingsbeslutning, og reiser spørsmål om hvem som eier problemene i brudd på pasientforløpene. Han peker på at et svekket pasientforløp kan ha en sammenheng med varierende kompetanse i flere ledd, og mener at dette er et særlig ansvar for ledere. Orvik kan nok ha rett i at en bør fokusere på lederansvaret, og ansvaret for pasientinformasjon som er nedfelt i tjenesteavtale 5 bør nok tydeliggjøres på et overordnet nivå. Samtidig er det viktig å nevne at Samhandlingsreformen har to eiere; spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det handler slik jeg ser det om to eiere med ulike arbeidsmiljø og arbeidskulturer med tanke på behandlingsfokus og tidsperspektiver for pasientene. I min stilling som pleie- og omsorgsfaglig ansvarlig jobbet jeg mye med Samhandlingsreformen, både før og etter innføringen av den. Erfaringene jeg gjorde meg den gang var at intensjonene i reformen var kjent blant lederne på begge sider, men at den i langt mindre grad var implementert ute i avdelingene. Kanskje det er på tide å implementere grunnprinsippene i reformen til de som til daglig jobber med pasientforløpene? Ved å styrke grunnlaget for samhandling kan man på tvers av samhandlingsnivåene gå sammen om å forme en tjeneste som er mer rettet mot pasientenes behov for helhetlige tjenester. En slik tilnærming kan danne grunnlag for et bedre smittevern for pasientene som beveger seg mellom tjenestenivåene.

Inntil dette er en realitet må hjemmesykepleien ta i bruk sin kunnskap om at alle pasienter kan være bærere av smittsomme mikrober og ta sine forhåndsregler. Tidlig i intervjuet fortalte sykepleierne at de benyttet smittevernutstyr der det var kjent smitte hos pasienten, men at de utover dette sjelden laget en smittebarriere mellom seg selv og pasienten i form av stellefrakker. Rutinemessig og daglig bruk av beskyttelsesutstyr ved nærkontakt og i stellesituasjoner vil kunne minimalisere risikoen og bidra til mindre smittespredning, færre infeksjonssykdommer og mindre antibiotikabruk.

7 Avslutning

7.1 Oppsummering

Resultatene av denne studien har vist at sykepleierne opplever å stå overfor flere utfordringer i sin ivaretagelse av smittevern i de private hjem. Funnene tyder på at det er på tide å sette fokus på smittevernsarbeidet i hjemmesykepleien, da dagens praksis kan synes å ligge et sted

mellom faglig forsvarlighet og improvisasjon. Det fremkommer av studien at sykepleierne har grunnleggende smittevernkunnskaper, samtidig som de uttrykker et behov for å oppdatere seg faglig i takt med et endret infeksjonsbilde i samfunnet. De etterlyser også nedfelte og lett tilgjengelige retningslinjer og føringer for smittevern i avdelingen.

Å jobbe i hjemmesykepleien er ensbetydende med å bevege seg i et komplekst fagfelt, og skiller seg fra å jobbe i miljøer hvor mange kollegaer jobber sammen rundt de samme pasientene. En må kunne stole på seg selv og sine kunnskaper og vurderinger, og en må kunne opptre som en myndig fagperson med solide kunnskaper om ulike sykdomsbilder. Sykepleierne jobber etter de beste intensjoner, men de jobber nokså alene hos pasientene og står ofte i situasjoner hvor de må improvisere løsninger som utfordrer dem både faglig og etisk. De gir uttrykk for at dette ikke er i henhold til måten de ønsker å jobbe på. Det er derfor behov for å etablere faglige standarder som setter sykepleierne i stand til å håndtere de utfordringene de møter på.

I mangel på faglige standarder oppstår situasjoner hvor sykepleierne blir usikre og utøver prosedyrer ulikt, eller de unngår å forholde seg til dem. Dette har ringvirkninger for pasientene som er redde for å si fra og på den måten ødelegge sin relasjon til sykepleierne. Samtidig kommer det frem at også sykepleierne vegrer seg for å korrigere ulike situasjoner som de mener setter hygieniske standarder og faglig forsvarlighet på spill. I et krysningspunkt mellom hensynet til pasientens autonomi og sykepleierens ansvar for å gi forsvarlige tjenester oppstår utfordringer som også berører rammene for et godt smittevern.

For å kunne ivareta gode pasientforløp er hjemmesykepleierne avhengig av å samhandle godt med sykehuset. Samhandling var ikke en direkte del av intervju spørsmålene, med det ble et tema underveis og jeg anså det smittevernmessige aspektet som så viktig at det likevel var naturlig å fremheve i studien. Sykepleierne mener at samhandlingen ikke fungerer optimalt og har et klart forbedringspotensiale da informasjon om smittefare hos pasienten ikke nødvendigvis når hjemmesykepleien før det har gått lang tid etter utskrivelse. Dette medfører at både personalet og andre pasienter har økt risiko for å utsettes for kryssmitte.

7.2 Implikasjoner for videre praksis og forskning

Sett i lys av de smittevernutfordringene som deltakerne i denne studien har påpekt kan det være hensiktsmessig å se på de organisatoriske rammene som danner forutsetningen for en faglig forsvarlig praksis i hjemmesykepleien. Tiden er inne for å få plass tydelige retningslinjer og rutiner for smittevern som må initieres fra ledelsen og implementeres ut i avdelingen. Dette innbefatter funksjonelt arbeidstøy, i tråd med arbeidstøyretningslinjer for helsepersonell som er i daglig kontakt med potensielt smittefarlig biologisk materiale. Tilstrekkelig bemanning, oppdatert og relevant kunnskap og beskyttelsesutstyr er faktorer som bidrar til å forebygge kryssmitte mellom pasienter via personalets hender, klær eller utstyr. Riktig og balansert fordeling av kompetansen på de ulike vaktene gir økt mulighet for kollegaveiledning mellom erfarne og uerfarne ansatte.

Fordeling av pasientbesøk gjennom arbeidslistene kan også sikre en større sykepleiekontinuitet hos brukere med infeksjonssykdommer. En slik organisering vil gi sykepleierne tid og rom til å bli godt kjent med pasienten og hans behov. Det kan bidra til at sykepleieren føler seg tryggere på å ta ansvar i ulike situasjoner og styrke sykepleier-pasient relasjonen ved at også pasientene blir tryggere på at smittevern utføres etter god faglig standard. I tillegg bør det tilrettelegges for at sykepleierne blir gitt anledning til å dele erfaringer og reflektere over egen praksis gjennom å sette det som en agenda på refleksjonsmøter eller sykepleiermøter. Dette kan gi grunnlag for et mer tydelig fokus fra både ledelsen og de ansatte med tanke på smittevernutførelse i de private hjem.

Som flere undersøkelser (Haave & Gustad, 2008; Aasen, 2014; Shang et al, 2015) har vist finnes det lite forskning som tar for seg hygiene og smittevern i hjemmesykepleien. Etter hvert som jeg har jobbet med denne studien ser også jeg behovet for videre forskning innen dette feltet. I starten på denne oppgaven søkte jeg etter kvalitative masteroppgaver med samme eller lignende tema som mitt, uten at jeg lyktes i å finne noen. Dette kan skyldes at jeg ikke har søkt tilstrekkelig lenge og grundig, men det kan også indikere at feltet er gjenstand for lite oppmerksomhet også fra studenter.

I et retrospektiv ser jeg at det kunne vært interessant å gjennomføre både kvalitative og kvantitative studier om samme tema i flere kommuner. En kvalitativ undersøkelse ville fått frem om det finnes sammenfallende erfaringer hos sykepleiere flere steder, eller om funnene ville avvekke fra de som fremkom i denne studien. Som denne studien indikerer fører

manglende retningslinjer for smittevern til at sykepleierne i større grad tar i bruk faglig skjønn og bruk av improvisasjon når de står overfor smittevernutfordringer i private hjem. En kvantitativ undersøkelse ville også kunne spisses mot flere av funnene i denne undersøkelsen. Som et eksempel kunne det vært utarbeidet et spørreskjema med spørsmål om hvorvidt sykepleierne har tilgang nedfelte retningslinjer for smittevern i form av et IKP, og om de tror implementeringen av slike retningslinjer har noe å si for etterlevelsen av basale smittevernrutiner.

7.3 Refleksjoner over bruk av metode

Valg av kvalitativ metode er knyttet til problemstillingen i denne studien. Jeg ønsket å få frem sykepleiernes egne beskrivelser av hvordan de opplever å jobbe med smittevern i private hjem, og da syntes fokusgruppeintervju å være et nokså opplagt valg. Jeg føler derfor at en kvalitativ metode var det riktige for den typen undersøkelse jeg ønsket å gjennomføre.

Jeg har reflektert over om individuelle intervjuer kunne vært vurdert grundigere, da det hadde gitt den enkelte deltaker anledning til å snakke friere og mer åpent om temaet. Muligheten for at deltakerne lot seg styre av gruppens mening som en helhet er alltid til stede, selv om jeg ikke opplevde at de la bånd på seg, eller at noen så ut til å sette premissene for tema i samtalen. Ved å gjennomføre individuelle intervju kunne også lederen vært inkludert som deltaker, for å få lederperspektivet og lederens synspunkter løftet tydeligere frem i diskusjonen. Flere ganger underveis i analysen og diskusjonen har jeg kjent behovet for mer utdypende opplysninger om ting som ble tatt opp i intervjuet. Jeg har derfor tenkt at jeg burde stilt flere oppfølgingsspørsmål til noen av temaene. Et prøveintervju ville kunne avdekket det, og burde vært gjennomført med tanke på min manglende erfaring med lignende arbeid.

I ettertid ser jeg at studiet har klare begrensninger sett i lys av størrelsen på utvalget. Det kunne vært gjort intervjuer av sykepleiere i to kommuner av ulik størrelse og beliggenhet i landet. Jeg antar at dette ville gitt en større bredde i resultatene og mer utdypende kunnskap om temaet, selv om det på grunnlag av en slik studie ikke kan generaliseres at sykepleierne i alle hjemmesykepleieavdelinger i landet opplever samme type utfordringer knyttet til smittevern.

Referanseliste

- Aasen, H. (2014). Smittevern i hjemmetjenesten må bli bedre. *Tidsskriftet Sykepleien*, 4.
- Andersson, H., Lindholm, C. & Fossum, B. (2010). MRSA - global threat and personal disaster: patients experience. *International Nursing Review*, 58, 47-53. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1466-7657.2010.00833.x>
- Akselsen, P.E. (2018) *Smittevern i helsetjenesten* (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Alvsvåg, H. & Førland, O. (2007). *Engasjement og læring*. Oslo: Akribe Forlag.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.v.* (LOV-2005-06-17-62). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Binding, L. & Tapp, D.M (2008) Human understanding in dialogue: Gadamer's recovery of the genuine. *Nursing Philosophy* 9/2008. Hentet fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18336709/>
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet* (bd. 2. Utgave). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Boge, J. & Kristoffersen, K. (2002). Nyopererte, eldre pasientar vil vera mest mogeleg sjølvhjelpete, og bli pleia og massert av humoristiske, omsorgsfulle pleiarar. *VÅRD I NORDEN*, 22(63), 47-51. Hentet fra <https://docplayer.me/32445479-Nyopererte-eldre-pasientar-vil-vera-mest-mogeleg-sjolvhjelpete-og-bli-pleia-og-massert-av-humoristiske-omsorgsfulle-pleiarar-bakgrunn.html>
- Brænd, J.A (2014). Følger ikke uniformsregler. *Sykepleien Forskning*, 04/14. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2014/04/folger-ikke-uniformsregler>
- Cardiff, S., McCormack, B. & McCance, T. (2018) Person-centred leadership: A relational approach to leadership derived through action research. *Journal of clinical nursing*. Hentet fra: <file:///C:/Users/LJE032/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/Content.Outlook/05DZBS1B/Person-centred%20leadership.%20A%20relational%20approach%20to%20leadership%20derived%20through%20action%20research.pdf>
- Dolonen, K.A (2020) Hjemmetjenesten får yttertoy: De ansatte jubler. *Sykepleien* 10/2020. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2020/10/hjemmetjenesten-i-tromso-far-yttertoy-de-ansatte-jubler>
- Drageset, I. (2009). Forholdet mellom avhengighet og autonomi i hjemmesykepleien. *Klinisk sykepleje*, 02/2009 (23), 15-23. Hentet fra : https://www.idunn.no/klinisk_sykepleje/2009/02/forholdet_mellom_avhengighet_og_autonomi_i_hjemmesykepleien

- Elstad, I. (2014). *Sjukepleietenkning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- El-Soussi, A. H. & Asfour, H. I. (2017). A return to the basic; nurses practices and knowledge about interventional patient hygiene in critical care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 40, 11-17.
- Elstrøm, P. (2002) *Smittevern i helseinstitusjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A. (2016). *Hjemmesykepleie Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utgave utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Situasjonsbeskrivelse av smittevern i Norge - med fokus på å forebygging av helsetjenesteassosierte infeksjoner og tiltak for å unngå at resistente mikrober etablerer seg i norsk helsetjeneste*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/situasjonsbeskrivelse-av-smittevern-i-norge/>.
- Folkehelseinstituttet (2016) *Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/nois-msis-verdens-handhygienedag/smittevern-15-retteiar-til-forskrift-om-smittevern-i-helsetenesta-pdf.pdf>
- Forskrift om utførelse av arbeid (2011). Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (FOR-2011-12-06-1357). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1357>
- Gadamer, H-G. (2010). *Sannhet og Metode*. Oslo: Pax Forlag AS.
- Gravningen, K., Asfeldt, A. M., Myrbakk, T. & Isaksen, H. (2016). Sammen om smittevern. *UTPOSTEN*, 3. Hentet fra <https://www.utposten.no/asset/2016/2016-03-20-21.pdf>
- Haycock-Stuart, E. & Kean, S. (2011). Does nursing leadership affect the quality of care in the community setting? *Journal of Nursing Management*, 20. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2834.2011.01309.x>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld.St. nr.47(2008-2009)).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (Meld. St. 26 (2014-2015)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Helsetilsynet. (2016). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen: Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent*. Hentet fra: www.helsetilsynet.no.
- Haave, T. & Gustad, L. T. (2008). Hygiene i hjemmesykepleien - En glemt arena? *Tidsskriftet Sykepleien*, 18.
- Høst, T. (2014). *Ledelse i helse- og sosialsektoren* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv - ny forståelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Lindh, M., Kihlgren, A., & Perseius, K. (2012). Factors influencing compliance to hygiene routines in community care - the viewpoint of medically responsible nurses in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 224-230.
- Lindh, M., Holmström, I.K., Perseius, K.I., & Windahl, J. (2015). Enhancing adherence to infection control in Swedish community care: Factors of importance. *Nursing & Health Sciences* <https://10.1111/nhs.12260>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Morland, E. (2015) Engelske sykepleiere må resertifiseres hvert 3. år. *Sykepleien*, 11/2015. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2015/11/ma-resertifisere-hvert-3-ar>
- Nelson, S., & Rafferty, A.M. (2010). *Notes on Nightingale The Influence and Legacy of a Nursing Icon*. USA: Cornell University Press.
- Nightingale, F. (2016). *Notater om sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- NSF (2013) *Politisk plattform for ledelse*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/Content/1383755/Politisk%20plattform%20ledelse.pdf>
- NSF (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Oslo: NORSK SYKEPLEIERFORBUND
- NSF (2018) *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp#Hva-er-faglig-forsvarlighet>
- Orvik, A. (2015) *ORGANISATORISK KOMPETANSE Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- NSF (2018) *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp#Hva-er-faglig-forsvarlighet>
- Rafferty, A.M. & Wall, R. (2010) An Icon and Iconclast for today. I: Nelson, S. & Rafferty, A.M. (Red.), *Notes on Nightingale*. Ithaca og London: CORNELL UNIVERSITY PRESS.
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. www.riksrevisjonen.no.
- Russel, D., Dowding, D.W., McDonald, M.V., Adams, V., Rosati, R.J., Larson, E.L., & Shang, J. (2018). Factors for compliance with infection control practices in home healthcare: findings from a survey of nurses' knowledge and attitudes toward infection control. *Am J Infection Control*, 46(11), 1211-1217. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.05.005>

- Shang, J., Larson, E., Liu, J. & Stone, P. (2015) Infection in home health care: Results from national Outcome and Assessment Information Set data. *American Journal of Infection Control*. Hentet fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25681302/>
- Smittevernforskriften (2005) Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2005-06-17-610) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-06-17-610>
- Smittevernloven. (1995). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer (LOV-1994-08-05-55)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>
- Solbakken, R., Bondas, T. & Kasén, A. (2019) Hvordan kan ledere forebygge feil i hjemmesykepleien? *Sykepleien Forskning* 11/2019. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2019/11/hvordan-kan-ledere-forebygge-feil-i-hjemmesykepleien>
- Strandås, M., Wackerhausen, S., & Bondas, T. . (2018). The nurse-patient relationship in the New Public Management era, in public home care: A focused ethnography. *J Adv Nurs.*, 2019;75, 400-411. <https://doi.org/10.1111/jan.13850>
- Strandås, M., & Bondas, T. (2018). The nurse-patient relationship as a story of health enhancement in community care: A meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*, 74, 11-22.
- Sydnæs, T. (2001). Centrale ideer i Florence Nightingales sykeplejefilosofi. I: R. Birkelund (Red.), *Omsorg, kald og kamp* (1 utg.). København: Munksgaard Danmark AS.
- Thornquist, E. (2014). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (5 utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Ulger, F., Esen, S., Dilek, A., Yanik, K., Gunaydin, M. & Leblebicioglu, H. (2009). Are we aware how contaminated our mobile phones with nosocomial pathogens? *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials*. Hentet fra <https://ann-clinmicrob.biomedcentral.com/articles/10.1186/1476-0711-8-7>
- Universitetet i Tromsø (2019) *Studieplan. Bachelor i sykepleie*. Hentet fra: <https://uit.no/Content/680261/cache=20202509145828/Bachelor%20i%20sykepleie%20studieplan%202020%20h%C3%B8st%20og%20senere.pdf>

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til informantene

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvilke utfordringer opplever sykepleierne i hjemmesykepleien i arbeidet med å ivareta smittevern i pasientenes private hjem?»

- Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å avdekke kunnskap om hvilke utfordringer som oppleves i forbindelse med utøvelse av smittevern i private hjem. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

- **Formål**

Infeksjonsbildet i samfunnet har endret seg de siste årene, og statistikk viser at hver 20. pasient innlagt i sykehus eller sykehjem har en infeksjonssykdom. Mange hjemmeboende pasienter flytter mellom eget hjem, sykehusopphold, og korttidsopphold i sykehjem. Sykepleierne spiller en viktig rolle i å beskytte pasientene mot å eksponeres for smitte og infeksjoner, samtidig som utøvelse av smittevern i private hjem har helt andre rammebetingelser enn i et sykehus eller kommunale helseinstitusjoner. Det er i dag lite fokus på hvilke erfaringer og utfordringer sykepleierne i hjemmesykepleien har i sin daglige praksis med smittevern hjemme hos den enkelte pasient, og det er behov for mer forskning på området.

Prosjektet er en del av et mastergradsstudie i sykepleie, med fagfordypning i infeksjonssykepleie.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT, Norges Arktiske universitet, institutt for helse- og omsorgsfag er ansvarlig for prosjektet. Min faglige veileder i prosjektet er Ragnhild Nicolaisen.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Studien innbefatter 4-6 sykepleiere fra hjemmesykepleien i din kommune. For å kunne få svar på mitt forskningsspørsmål er det viktig at de sykepleierne som deltar har en viss kunnskap om smittevern i hjemmesykepleien. Du har blitt spurt om å delta fordi du har jobbet i hjemmesykepleien over så lang tid at jeg mener du har den kompetansen som jeg ønsker inn i prosjektet.

- **Hva innebærer det for deg å delta?**

Deltakelse i prosjektet betyr for deg å være med i et gruppeintervju sammen med 4-5 andre kolleger hvor fokus vil være erfaringene og opplevelsene dere har i forbindelse med utøvelse av smittevern i brukernes private hjem.

Intervjuet vil foregå på det stedet som er mest hensiktsmessig for deg og dine kolleger. Intervjuet vil ta ca. 1 til 1,5 time og det vil bli benyttet lydopptak av intervjuet.

Lydopptaket vil bli skrevet ut som en anonymisert tekst som vil bli analysert og deretter danne grunnlaget for min mastergradsoppgave. Som deltaker vil du ikke kunne gjenkjennes i oppgaven, da alle opplysninger vil bli anonymisert ved utskrift av samtalen

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Kun jeg og min veileder vil ha tilgang til lydfilene fra intervjuet
- Lydfilene vil bli oppbevart innelåst, og utskrift av intervjuet vil bli kryptert og
- gjøres utilgjengelig for andre enn meg og min veileder.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 20. juni 2020. Etter prosjektets slutt vil alle personopplysninger og lydfiler med opptak av intervjuet du deltok i bli slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT – Norges arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- UiT, Norges arktiske universitet ved prosjektansvarlig Ragnhild Nicolaisen
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold på telefon 776 46 322 og 976 915 78 eller epost: personvernombud@uit.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Eventuelt student

Vedlegg 2: Intervjuguide

Problemstilling:

«Hvilke utfordringer opplever sykepleierne i hjemmesykepleien i arbeidet med å ivareta smittevern i pasientenes private hjem?»

Introduksjon og etablering av intervjusituasjonen:

- Enkel servering med drikke og fingermat
- Presentasjon av meg selv og min yrkesrolle og bakgrunn
- Presentasjon av assistenten og hennes rolle som bisitter og observatør
- Presentasjon av studiens problemstilling og formålet
- Informere om prosjektet, samtykke, anonymitet, og muligheten til å trekke seg
- Ta en liten runde med presentasjon av deltakerne, og hvor lang tid de har vært ansatt i hjemmesykepleien
- Kort informasjon om hensikten med lydbandopptak
- Gi tydelig varsel til informantene om når jeg starter lydopptaket

Utgangspunkt:

Smittevernforskriften pålegger sykehus og institusjoner å ha et oppdatert infeksjonskontrollprogram (IKP), men pålegget omfatter ikke tannlegekontorer, legekontorer og hjemmesykepleien. IKP omfatter retningslinjer for basale smittevernrutiner som blant annet håndhygiene, bruk av arbeidstøy, og avfallshåndtering.

Fagutvikling og kvalitetsarbeid:

- Kjenner dere til smittevernforskriften og infeksjonskontrollprogrammer?
- I hvilken grad opplever dere smittevernfokus blant de ansatte i det daglige arbeidet?
- På hvilken måte opplever dere at ledelsen har fokus på smittevernarbeid i avdelingen? (Fagdager, kurs, internundervisning eller lignende)
- Hvor søker dere kunnskap dersom dere er usikre på prosedyrer ved smittevern i en gitt situasjon? Kollega? Internett? Smittevernsenteret på UNN? Annet?

Smittevern i private hjem:

- På hvilken måte jobber dere med smittevern i hjemmesykepleien? Kan dere gi konkrete eksempler?
- Hvordan er reglementet deres for arbeidsantrekk i avdelingen?
- I hvilken grad benytter dere basale smittevernrutiner i det daglige arbeidet?
- Også pasienter med infeksjonssykdommer skrives tidligere ut fra sykehus etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. Hvilke tanker og erfaringer har dere omkring dette?

- Hvilken erfaring har dere med infeksjonssykdommer og multiresistente bakterier hos hjemmeboende pasienter?

Utfordringer med smittevern i hjemmesykepleien:

- Kan dere dele eksempler på situasjoner der ivaretagelse av smittevern i et privat hjem har vært en utfordring?
(Stikkord: varierende hygienisk standard, søppelhåndtering, manglende lager for utstyr, desinfisering/renhold rundt pasienten ved sårstell, etc.)
- Er det noe dere tenker skulle hatt større fokus for å kunne utføre smittevern etter forskriftene? Fortell om forbedringsmulighetene dere ser her.

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 767725 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 14.10.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet.

Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.06.2020.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet **DE REGISTRERTES RETTIGHETER** Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Henriette N. Munthe-Kaas Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

