

# HIF-Rapport

2011:2

## Hygienep praksis og hygieneoppfatninger i kommunale helseinstitusjoner.

Rapport fra samarbeidsprosjekt mellom  
Høgskolen i Finnmark, Undervisnings-  
sykehjemmet i Karasjok og fem kommuner i  
Finnmark.

Randi C. Bratland

Digital utgave: Septentrio Reports, nummer 7, 2015  
DOI: <http://dx.doi.org/7.3592>  
This is an Open Access report licensed under a  
Creative Commons Attribution 4.0



# Høgskolen i Finnmark

---

	<b>PUBLIKASJON:</b> HiF-Rapport 2011:2  ISBN: 978-82-7938-164-8 ISSN: 0805-1062
<b>Publikasjonens tittel:</b> Hygienepraksis og hygieneoppfatninger i kommunale helseinstitusjoner. Rapport fra samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Finnmark, Undervisnings- sykehjemmet i Karasjok og fem kommuner i Finnmark.	<b>Antall sider:</b> 64  <b>Dato:</b> 10. mai 2011  <b>Pris:</b> kr 47,- ekskl. mva
<b>Forfatter:</b> Randi C. Bratland	<b>Avdeling:</b> Avdeling for helsefag
<b>Godkjent av:</b> Merete Lorentzen, regional hygienesykepleier, smittevernsenteret, UNN Birgit Abelsen, seniorforsker ved NORUT-NIBR	
<b>Oppdragsgiver:</b>	<b>Prosjekt:</b>
<b>Utdrag:</b>	
<b>Vi bestiller ____stk av publikasjonen:</b>  Navn: _____  Adresse/postnr: _____  Bestilling av publikasjonen kan også gjøres ved henvendelse til Høgskolen i Finnmark, tlf 78 45 05 00 (sentralbord) / 78 45 02 20 (direkte), eller pr e-post <a href="mailto:trykkeri@hifm.no">trykkeri@hifm.no</a>	

# **Hygienepraksis og hygieneoppfatninger i kommunale helseinstitusjoner.**

Rapport fra samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Finnmark, Undervisningssykehjemmet i Karasjok og fem kommuner i Finnmark

Av Randi C. Bratland

Avdeling for helsefag Høgskolen i Finnmark

5.mai 2010



## **Forord**

Denne rapporten er skrevet med støtte fra FOU-utvalget ved Høgskolen i Finnmark. Jeg vil takke alle jeg har samarbeidet med, det gjelder særlig Kari Wendt, Hege Lundmark, Torben Wisborg, Kristine Grønmo og Norman Anderssen og Birgit Abelsen og Merethe Lorentzen. Jeg vil også takke sykepleiere og hjelpepleiere ved institusjoner i Finnmark for at de har svart på spørreskjema og gjort undersøkelsen mulig.

Jeg håper denne rapporten kan være en hjelp til å forstå noe av sammenhengen mellom hygienepraksis og hygieneoppfatninger blant personalet, og hvordan ledere og hygienekontakter kan arbeide med organisasjons- utvikling innen smittevern.



Innholdsfortegnelse	
Sammendrag .....	7
Formålet med studien .....	11
Oppbygning av rapporten .....	11
Bakgrunn .....	12
Teoretisk om organisasjonsutvikling innen smittevern .....	14
Hygiene .....	15
Smittekjeden .....	16
Kommunale helseinstitusjoner og boliger til pleie- og omsorgs formål .....	21
Presisering av formål/problem .....	23
Metode .....	23
Resultater .....	29
Generelt .....	29
1. Materielle rammer .....	30
2. Forholdet til smittefrykt .....	31
3. Smykker og klesdrakt .....	33
4. Kjennskap og bruk av infeksjonskontrollprogram, hygienebøker .....	34
5. Forholdet til bruk av tilbakemelding og avviksmelding og kontroll av utstyr .....	35
6. Hvordan personalet sier de lærer hygiene .....	37
7. Behov for opplæring i pleiesektoren – utsagn fra ansatte .....	41
Oppsummering .....	43
Drøfting .....	44
1. Oppfatninger om risiko i forhold til smitte .....	44
2. Oppfatninger i forhold til ledelse og opplæring .....	46
3. Verdianalyse - hvilke uttalte verdier kan foreligge? .....	49
Verdier knyttet til eldreomsorgen .....	49
Verdier knyttet til medisinsk behandling .....	50
Verdier knyttet til bruk av teknologi .....	50
Utalte verdier for ledelse .....	51
Verdier knyttet til sykepleierens yrkes etiske retningslinjer .....	51
Verdier knyttet til pleiesektoren som arbeidssted .....	51
Tiltak .....	52
Å innføre et nytt infeksjonskontrollprogram krever kartlegging av oppfatninger og praksis i den eksisterende pleiekulturen .....	52
Retningslinjer i hygiene må være forståelig for de som skal bruke dem .....	53
Det må etableres ordninger med faglig tilbakemeldinger til og mellom personalet .....	53
Hygienegruppe og hygienekontakt .....	53
Tiltak i forhold til helse, miljø og sikkerhet for personalet ved smittsomme sykdommer .....	54
Opplæring .....	54
Alle må med – men noen har et særlig ansvar .....	55
Små kommuner bør samarbeide og etablere hygienetnettverk mellom kommunene og ev. andre instanser .....	55
Avslutning .....	56
Kilder og litteraturhenvisninger .....	58





## Sammendrag

### **Bakgrunn/formål og problemstilling**

Tall fra Folkehelseinstituttet fra 2010 viser at 6 % av innlagte pasienter i sykehus og 7 % av beboere i helseinstitusjon for eldre blir påført en infeksjon. Pasienter som legges inn i helseinstitusjoner kan bli rammet av sykehusinfeksjoner (nosokomiale infeksjoner) som urinveisinfeksjon, sårinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner og infeksjoner i forbindelse med kirurgiske inngrep (Eriksen et al 2004). Den kommunale pleiesektoren har i dag særlig utfordringer i forbindelse med utbredelsen av resistente bakterier som er et stort problem på verdensbasis- men som ennå er under kontroll i Norge. Frykten er at Meticillinresistente gule stafylokokker skal bli uhandterlig, også i vårt land. Dette er en utfordring for både pasienter og personalet: Pasienter utsettes for smitteisolering (dette skjer ofte helt i starten når det oppdages at en beboer/pasient er MRSA-positiv). Det kan også være aktuelt med grundige vaskeprosedyrer (sanering). MRSA-positive helsearbeidere kan for eksempel ikke utføre direkte pasientretta arbeid. Jfr. Forskrift 05.07 1996 nr. 700 om forhåndsundersøkelse av arbeidstakere pålegger undersøkelse av helsearbeidere i helseinstitusjoner som sykehus og sykehjem ved ansettelse eller gjeninntredelse i stilling. Personale med hudlidelser som kronisk eksem o.a. bør ikke ha kontakt med smitteførende pasienter med MRSA etc. Frykten for utbredelse av resistente bakterier gjør at det er grunn til å belyse kommunehelsetjenesten. I undersøkelsen hadde vi denne problemstillingen: Hvilken hygienep praksis og hygieneoppfatning har personalet? Og hvilke tiltak må ev. iverksettes for å forbedre praksis?

### **Metode**

For å belyse problemstillingen ble det gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot tre ulike grupper, ansatte i sykehjem, hjemmesykepleie og omsorgsboliger. Vi valgte å benytte spørreskjema der hver respondent svarte for seg selv, anonymt. Spørreskjema besto av femtito spørsmål innenfor påstander om hygiene: Skjema omfattet følgende tema:

- Om rammene, om det er lagt til rette for Basale smittevernrutiner?
- Hygiene i vår avdeling (hvordan oppfattes hygienen i egen avdeling)?
- Kunnskaper om smittevern.
- Veiledning i hygiene i avdelingen.
- Erfaringer med prosedyrer.
- Erfaringer med medisinske problemstillinger.

- Hvor har du lært mest om hygiene i ditt arbeid (etter endt utdanning):
- Hva ville du lært mer om? (Åpent spørsmål som kunne besvares med egne ord).

Respondentene kunne svare innenfor en skala fra 1 til 8, hvor 1= helt enig og 7 er helt uenig og 8 er ikke aktuell.

### Gjennomføring av spørreundersøkelsen:

Det ble sendt ut 185 spørreskjema til de fem kommunene og det var hygienekontakten i institusjonen/virksomheten som delte ut og samlet inn skjema. Svarprosenten ble for hele materialet på 65,3 %. Innenfor materialet var det tre ulike grupper: de ansatte i sykehjem utgjorde 72 personer, de ansatte i hjemmesykepleien utgjorde 19 personer og de ansatte i omsorgsboliger utgjorde 15 personer. På grunn av praktiske årsaker og geografiske avstander så ble undersøkelsen gjennomført i det omfang som hygienekontakten lokalt hadde mulighet for å gjennomføre. Det vil si at det varierte hvor mange tjenester som var med og om alle sykehjem i en kommune var med.

## **Funn**

### 1. Materielle rammer

Når det gjelder materielle rammer så var svarene fra ansatte i de tre gruppene sykehjem, hjemmesykepleie og omsorgsbolig slik som en forventer det ut fra tjenestens egenart. Men det kommer også fram forhold som kan virke inn på hygien, som mangelen på eget rom med bad og toalett i sykehjem. Pasienter som kan være feilplassert i omsorgsboliger – og i noen tilfelle kan private boliger være for dårlig utrustet med hensyn til bad og toalett.

### 2. Smittefrykt

Frykten for smitte synes å være størst i hjemmesykepleien. Disse ansatte var mest redd for å bli smittet (53 %), og kun 37 % er trygg på fremgangsmåten ved pleie til smittsomme pasienter.

44 % av utvalget i sykehjem har vært redde for å bli smittet. Og bare 50 % av de ansatte i sykehjem oppgir at de føler seg trygg på smitteisolering.

Når det gjelder omsorgsboliger tyder svarene på at smitte ikke er så aktuelt for disse ansatte. 60 % er verken enig eller uenig at de er redde for smitte, og 10 % mener at dette ikke er aktuelt. 50 % er verken enig eller uenig at de kjenner seg trygg på isoleringsregimer, og 20 % mener dette ikke er aktuelt.

### 3. Smykker og klesdrakt

Resultatene viser at det er enighet om at det brukes både håndsmykker, hals og øresmykker både i sykehjem, og omsorgsbolig. Smykker kan gjøre håndhygieneen dårligere og dermed være en fare for svekkede pasienter og pasienter som har behov for ulike former for utstyr som kan skade hud og slimhinner. Hjemmesykepleien oppgir mindre enighet om at det brukes smykker. Det er usikkert om det kan sluttes at det er mindre bruk av smykker i hjemmesykepleien enn det er i institusjonene? Det kan undersøkes nærmere om det foreligger ulik holdning til bruk av smykker mellom personalet i institusjon og i hjemmesykepleie? Ellers stilles det spørsmål om bruk av privat tøy i hjemmesykepleien, og hvilken rolle det spiller for hygieneen?

### 4. Kjennskap og bruk av infeksjonskontrollprogram, hygienebøker.

Svarene fra de ansatte viser at opplæring i infeksjonskontrollprogram og hygienebøker først og fremst er noe som har foregått i sykehjem. En tredel av personalet i hjemmesykepleie opplever dette som lite aktuelt.

### 5. Bruk av tilbakemelding og avviksmelding og kontroll av utstyr

Svarene viser at personalet i mindre grad enn ønskelig gir hverandre tilbakemelding eller skriver avvik ved menneskelig svikt eller svikt på utstyret, og dette gjelder med noen variasjoner i alle tre tjenestene. Å sjekke utløpsdato på utstyr er noe alle burde gjøre. Det er kanskje for svakt at kun 64 % i sykehjem sier at de gjør dette?

### 6. Hvordan personalet sier de lærer hygiene

Det ser ut til å foreligge varierte forhold når det gjelder hvordan personalet mener at de lærer hygiene. Flertallet ser ut til å mene at metoder der de selv er aktive fungerer best: selvstudium i lærebøker er en viktig læringsform, og det gjelder i alle tre tjenester. Det også en temmelig entydig tilbakemelding om betydningen av å snakke med pleiere med samme utdanning. Det å lese fagartikler spiller også en positiv rolle for mange. Observasjon av andre er også et alternativ, selv om det ikke skårer like høyt som selvstudium og samtale med kollega.

Metoder hvor arbeidsgiver er den som iverksetter opplæringen skårer lavere, slik som interne og eksterne kurs. Dette kan ha sammenheng med at det kanskje er lite kurs? Eller at de ikke oppleves relevante?

### 7. Hva vil personalet lære mer om?

De åpne tilbakemeldingene tyder på at hjelpepleiere og omsorgsarbeidere er spesielt opptatt av MRSA, mens sykepleiere er mer opptatt av smittevern generelt. Dette kan tyde på at samfunnets fokus på MRSA har nådd fram til gruppene som har kortest utdanning og at disse derfor nevner dette spesielt - mens sykepleiere har lengre og bedre utdanning i hygiene og de er derfor mer opptatt av hvordan de skal lære bort smittevern/hygiene til andre. Kan en årsak være at de har hatt utbrudd eller andre erfaringer ved sin institusjon og derfor har erfaringer som gjør det mindre farlig?

### **Oppsummering**

Forskningsspørsmålet i denne undersøkelsen var: Hvilken hygienep praksis og hygieneoppfatning har personalet? Undersøkelsen viser at det kan foreligge variasjoner i holdninger og oppfatninger i ulike tjenester og at det er nødvendig å diskutere de verdiene som ligger til grunn for disse holdningene/oppfatningene for å forbedre tjenestene. Studien ble fortatt i et lite utvalg, og svarene gjelder derfor først og fremst for utvalget – men det antas at disse utfordringene er til stede mer generelt i pleiesektoren. Samlet sett viser undersøkelsen at det kan være hensiktsmessige å se nærmere på lederoppgavene og personalets oppfatning av smitterisiko.

Forslag til tiltak:

- Retningslinjer i hygiene må være forståelige for de som skal bruke dem og tilpasset behov i de ulike tjenestene.

- Innføring av infeksjonskontrollprogram krever kartlegging av oppfatninger og praksis i den eksisterende pleiekulturen. Infeksjonskontrollprogram skal de ansatte kjenne til og bruke. Leder har ansvar for at de ansatte kjenner til og bruker IKP og at tiltakene som står blir etterfulgt. Leder må ta ansvar for undervisning og jevnlig oppdatering, sikre god faglig standard og kvalitet.
- Det må etableres ordninger med faglige tilbakemeldinger til og mellom personalet.
- Det bør etableres hygienegrupper og hygienekontakt i sykehjem og i tjenester med smitteproblematikk. Her spiller leder en viktig rolle. Sette av tid til denne jobben for den/de som får oppgave/e.
- Det må iverksettes HMS tiltak for personalet ved smittsomme sykdommer. Alle må med i opplæringsprogram – særlig er det viktig å nå fram til de med kortere utdanning.
- Små kommuner må samarbeide og etablere hygienenettnettverk. Under alminnelige betingelser bør dette nettverket først og fremst bestå av ledere og hygienekontakter i de ulike tjenestene. Ved spesielle epidemier eller infeksjoner, bør også smittevernlege/kommunelege og sykehjemslege delta.

## ***Formålet med studien***

Formålet med denne studien er å kartlegge hygienep praksis og hygieneoppfatninger hos yrkesutøvere i kommunehelsetjenesten med sikte på å finne fram til opplæringstiltak som kan styrke kompetansen i hygiene. Handlingskompetanse i hygiene vil si at de ansatte kjenner til lovverket og prinsippene for smittevern, gjennomfører trygge prosedyrer og rutiner, og identifiserer og rapporter problemer i forbindelse med hygien i sitt arbeidsmiljø. Klinisk kompetanse er noe som kan studeres både på individnivå og gruppenivå, i denne rapporten er fokus på gruppen.

## ***Oppbygning av rapporten***

Rapporten er bygd slik at først gis det en bakgrunn for hvorfor hygiene og smittevern er et viktig tema i kommunale pleieinstitusjoner og virksomheter. Så følger en utdypning av begreper som er nødvendig å kjenne til for å forstå organisasjonsutvikling og

smitteutfordringer i dag. Så kommer det en presisering av formålet og problemet som etterfølges av metodiske overveielser, og presentasjon av innholdet og fremgangsmåte i hygieneundersøkelsen i fem kommuner. Deretter presenteres resultatene i undersøkelsen med etterfølgende drøfting. Rapporten avsluttes med forslag til tiltak.

## **Bakgrunn**

Fagutvikling innen smittevern er i dag et viktig satsingsområde for mange norske kommuner. Dette fordi kampen mot skadelige mikrober synes vanskeligere enn hva vi forestilte oss bare noen ti år tilbake. Det ser ut til at forskerne ikke klarer å produsere nye antibiotika fort nok til erstatte de som blir ubrukelig på grunn av resistensutvikling. Dette kan føre til mer langvarige sykdomsforløp, økt lidelse og dødelighet og økte medisinske kostnader. Tall fra FHI fra 2010 viser at 6 % av innlagte pasienter i sykehus og 7 % av beboere i helseinstitusjon for eldre blir påført en infeksjon (kilde:FHI, prevalens). Postoperative sårinfeksjoner, urinveisinfeksjoner og nedre luftveisinfeksjoner er de tre vanligste typene infeksjoner. Forekomsten av meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) har økt i alle verdensdeler, men er fortsatt ett mindre problem i Nederland og Skandinavia. Disse bakteriene kan gi hud – og sårinfeksjoner, infeksjoner i bein og ledd, lungebetennelse, sepsis (Helse Bergen - 2004), Bakterien spres vanligvis ved direkte kontakt fra person til person. Luftsmitte(fjerndråpesmitte) via avstøtte hudceller kan forekomme (kilde: Smittevernboka, FHI). I Norge ønsker vi å unngå at MRSA etablerer seg i helseinstitusjoner, da den kan forverre et behandlingsforløp og føre til økt dødelighet for de som blir rammet.

Tiltak som kan forebygge spredning av resistente mikrober er først og fremst basale smittevernrutiner i helseinstitusjoner, rasjonell bruk av antibiotika og forhåndstesting av ansatte og pasienter/beboere (dette inngår i basale smittevernrutiner). Kriteriene for undersøkelse ved innleggelse og før arbeid i sykehjem er de samme som for sykehus. Se MRSA-veileder. Kriteriene er at helsepersonell har arbeidet i land utenom Norden eller pasienter har vært innlagt i slike institusjoner de siste 12 mnd. Dette skal sykehjem faktisk gjøre i dag, men mange har ikke forhåndstesting av enten nyansatte eller beboere som fyller kriteriene. Minst et av de aktuelle sykehjem i undersøkelsen hadde en slik ordning (Forskrift om forhåndstesting av arbeidstakere innen helsevesenet- antibiotikaresistente mikrober). I dag kan sykepleiere og annet personell bli sykemeldt, og nektet å komme på arbeid dersom de har positive prøver på MRSA. MRSA-veilederen-2009).

Det at nye kommuner blir rammet av MRSA på sykehjemmene eller andre steder, er ikke noen overraskelse. Det er en fryktet utvikling på bakgrunn av det som skjer utenlands. Mange kommuner risikerer å lære på den harde måten, de må snu seg rundt med tiltak i hygiene, når mikroben allerede er der - med de frustrasjoner og lidelser dette påfører pasient og ansatt. Derfor er det viktig at alle forstår betydningen av *føre var prinsippet*, det er bedre å forbygge enn å forholde seg til syke pasienter. Her kommer IKP sterkt inn. Kjenner de ansatte til denne og tiltakene som skal være beskrevet her, vil de ansatte være bedre i stand til å drive godt smittevernarbeid i det daglige og vite hvor de kan se når et tilfelle blir kjent. Ledelse i en institusjon har ansvar for at de ansatte jevnlig får oppdatering og at tiltakene i infeksjonskontrollprogrammet blir fulgt.

Myndighetene har gjennom smittevernloven intensivert smittevernarbeidet også i kommunene. Gjennom forskrift om smittevern i helseinstitusjoner fra 1996 har sykehus og sykehjem vært pålagt å ha infeksjonskontrollprogram. Hvert sykehjem skal ha sitt infeksjonskontrollprogram som består av infeksjonsovervåkingsprogram og et infeksjonsforebyggende program - som er en del av virksomhetens internkontrollsystem. Samtidig har Folkehelseinstituttet sendt ut et betydelig antall sider med veiledninger til kommunehelsetjenesten. Utfordringen i arbeidet er å peke hvilke lokale problemstillinger en har i smittevernarbeidet, og hvilke konsekvenser offentlige retningslinjer bør få. Dersom de som skal lage infeksjonskontrollprogrammet er i tvil om noe, er det også gitt føringer om hvor de skal henvende seg, enten til hygiene-sykepleier og smittevernlege ved det lokale helseforetaket eller til Folkehelseinstituttet. Ved utarbeidelse av infeksjonskontrollprogram har Nasjonalt folkehelseinstitutt laget en veileder som heter: *Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta*. Den beskriver hva som bør inngå i et infeksjonskontrollprogram. I konkrete saker kan en også henvende seg til Fylkeslegen som ev. tar saken videre til Helsedirektoratet.

Infeksjonskontrollprogrammet er en del av avdelingens internkontrollsystem. Det kom pålegg om å ha et infeksjonskontrollprogram i 1996, forskriften var revidert i 2005, men mange kommuner strever fortsatt med å lage dette. Av 26 sykehjem i Finnmark var det 18 som hadde dette i 2007 (Fylkeslegen i Finnmark) og rapporter fra Helsetilsynet tyder på samme trend andre steder i landet.

I denne situasjonen er det viktig å sette fokus på personalet. Det kan synes vel dokumentert at det er nødvendig å styrke kompetansen i hygiene hos personalet i sykehjemmet blant annet hos Andersen og Rasch (2002). Her hevdes det at den økte belastningen av nyopererte pasienter i underbemannede sykehjem (her: Oslo) kan ha forårsaket den økte forekomsten av infeksjoner i sykehjemmene. Disse funnene viser behov for større innsats med hensyn til hygiene og smittevern, og for gjenoppbygging av den medisinske og pleiefaglige kompetanse ved disse institusjonene. Påstanden hos Andersen og Rasch om gjenoppbygging av den medisinske og pleiefaglige kompetanse kan tolkes som at disse forskerne mener at det medisinske og pleiefaglige tilbudet var bedre før, når det gjelder smittevern. En slik påstand kan det være ulike meninger om, men vi kan se at det er mange grunner til å være bekymret for smittevernkompetansen i sykehjemmene.

Tidligere ble pasientene behandlet i sykehus og det var mange leger og pleiere involvert i behandling og pleie. I dag blir mange flere behandlet i kommunehelsetjenesten som har økt i omfang, men det er ingen normer for hvor mange leger og sykepleiere det bør være i sykehjemmet. I tillegg har mange sykehjem et høyt sykefravær. Konsekvensene av dette er at bemanningen mange steder er for dårlig, og det er mange sykepleiere som vegrer seg for å arbeide under slike betingelser - dette gjelder ikke minst nyutdannede som ønsker å arbeide i et godt fagmiljø. Slik sett er det lett å havne i en ond sirkel. Det må derfor arbeides for å få flere lege- og sykepleierstillinger inn i sykehjemmene, samtidig som det arbeides for å styrke kompetansen i hygiene og smittevern hos de som allerede er der. Å styrke handlingskompetansen vil blant annet si å styrke evnen til å begrunne sine sykepleiehandlinger. For å vite hva slags begrunninger personalet har i forhold til hygiene kan det foretas ulike typer undersøkelser. Her velges en organisasjonsteoretisk tilnærming.

## **Teoretisk om organisasjonsutvikling innen smittevern**

For å forklare hvordan organisasjonsutvikling innen smittevern kan foregå vil jeg bruke teori fra Clifford Geertz (1957) og Wadel, C.C 1992, side 15).

Her vektlegges:



- artefakter er handlinger, objekter og praksis som kulturen bruker for å bekrefte seg for medlemmene
- materielle artefakter er materielle produkter av menneskelig handling: bygninger, bygningers fysiske layout, teknologi, gjenstander
- atferd - er synlig gjennom enkeltepisoder
- uttalte verdier - det er forfektede verdier
- uttalte verdier - etter hvert som verdiene blir tatt for gitt, gå de over til å bli oppfatninger og antagelse som mister sin plass i folks bevissthet, de blir skjulte koder som styrer atferd uten at folk tenker over det.

I forhold til innføringen av et infeksjonskontrollprogram betyr dette at vi må finne ut noe om organisasjonens uttalte verdier når det gjelder hygiene og smittevern, det er slike oppfatninger som alle tar for gitt. Disse verdiene må vi sette ord på en slik måte at det går an å forholde seg til dem. Første skritt i å endre en kultur er å kartlegge den eksisterende kulturen. I følge Schein (1987) så opererer disse ubevisst og på en tatt for- gitt - måte. Tar man ikke hensyn til disse grunnleggende antagelser eller uttalte verdier, vil man vanskelig få til en reel organisasjonsendring. Skillet mellom uttalte verdier og utalte verdier blir derfor viktig for å forstå en organisasjons kulturendring og vansker en kan møte i prosessen. (Wadel, side 33). Det trenger ikke alltid være sammenheng mellom de grunnleggende verdiene som styrer atferd og de verdiene som organisasjonen forfekter. For å kunne endre premissene for atferd må en derfor gjøre de uttalte verdiene utalte. For å få organisasjonens uttalte verdier fram i lyset vil man ofte trenge hjelp fra personer med en viss distanse til organisasjonen. I dette tilfelle har høgskolens forsker bidratt med en spørreundersøkelse blant personalet i fem kommuner. For å endre verdiene er det nødvendig med alternativ som det går an å gripe. Dette kan gjøres ved å lage kontraster mellom de nye og det gamle, ved samtaler og eksempler, bilder, lignelser: (Wadel 1992).

## Hygiene

Hygiene kan defineres som vitenskapen om den preventive(sykdomsforebyggende) og den konstruktive(helsefremmende) medisin. (Natvig 1975). Smittevern er betegnelse på alle enkelt

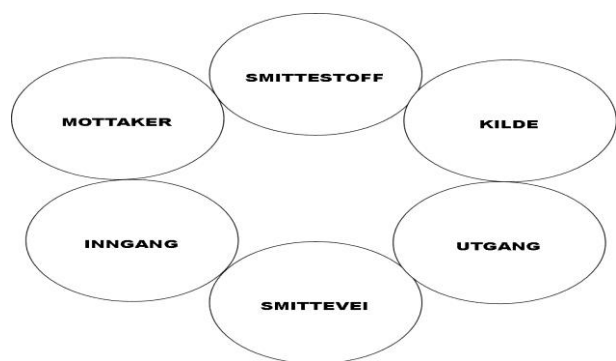
tiltak som er med på å hindre at infeksjoner oppstår og sprer seg. De som særlig har ansvar for hygiene og smittevern er helsepersonell og politikere, jf. smittevernloven og loven om helsetjenesten i kommunene. Hygiene og smittevern er et viktig satsingsområde for helsearbeidere i kommunen etter at det kom ny forskrift i helsetjenesten av 17. juni 2005, hvor kommunene får plikt til å ha infeksjonskontrollprogram i sykehjemmene.

*Infeksjonskontrollprogram: et program som omfatter alle nødvendige tiltak for å forebygge og motvirke infeksjoner i institusjonen og for håndtering og oppfølging ved utbrudd av slike infeksjoner.*

Infeksjonskontrollprogrammet skal være en del av tjenestens HMS system, hvor risikovurdering er et viktig element; det vil si at en stiller spørsmål om hva som kan gå galt, hva kan vi gjøre for å hindre dette, hva kan vi eventuelt gjøre for å begrense skadene

## **Smittekjeden**

Smittekjeden består av smittestoff, smittekilde, utgang for smitten, smittevei, inngang for smitten i vertsorganismen og etablering av smitte i mottaker. For hvert av disse leddene er det mulighet for å intervensere med ulike former for forebyggende tiltak i praksis og jeg vil nå kort gå gjennom hver av disse.



Figur1 Smittekjeden. (Fritt etter Chalmers C & Straub, 2006).

### Smittestoff

Alle mennesker har bakterier på huden, disse kalles for normalflora og skaper vanligvis ikke infeksjon, men patogene(sykdomsfremkallende) og virulente(hissige) mikrober kan skape infeksjon under visse betingelser.

Intervensjon i forhold til smittestoff kan være for eksempel medikamentell behandling, som har som mål å utrydde bakterien eller begrense forekomsten.

### Smittekilde

Smittekilden beskriver et miljø hvor mikroben kan overleve.

### Eksogen smitte:

Smittekilden kan være en annen pasient, personalet eller en sjelden gang besøkende. Det kan være personer med akutt sykdom, personer i inkubasjonsfasen av en infeksjonssykdom, personer som i en periode er kolonisert med smittestoff uten å ha kliniske symptomer.

Medisinsk utstyr og medikamenter som er forurenset, kan av og til være smittekilden. Isoleringsveilederen 2004:9

### Endogen smitte:

Dette er pasientens egen mikrobeflora f. eks i tarmen, i luftveiene eller på huden. Isoleringsveilederen 2004

Intervensjon i forhold til smittekilden kan for eksempel være isolering av smitteførende pasient eller rengjøring, desinfisering og sterilisering av utstyr.

### Utgangsporten for mikroben

Utgangsporten er den reiseruten som mikroorganismen bruker for å forlate smittekilden, det kan være ekskresjon eller sekresjon av kroppsvæsker, i dråper eller på huden. Placenta er en utgangsport for overføring av mikrobe mellom mor og barn Chalmers (2006).

Intervensjon kan være behandling av den som er smittet og ulike former for beskyttelse av den som er i risikozonen for å bli smittet.

### Smittemåte eller smittevei

Kontaktsmitte

Inokulasjonssmitte

Dråpesmitte

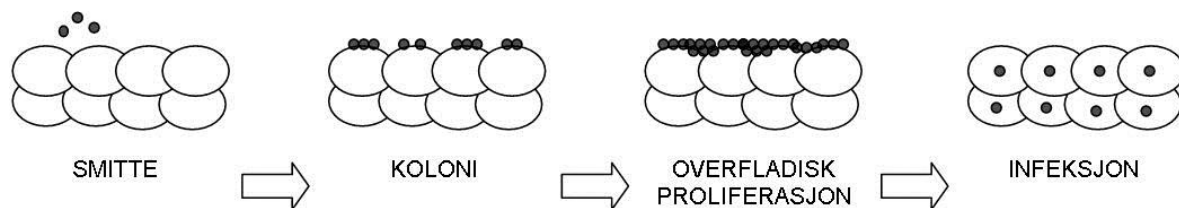
Luftbåren smitte

Vehikkelbåren smitte (insekter o.a)

Intervensjon i form av smitteisolering må ta hensyn til smittevei, det er ulike former for isolasjonsregimer avhengig av smittevei.

### Inngangsport for smitte stoff

Under ser vi hva som skjer når et smittestoff (patogen bakterie) kommer på huden eller slimhinnen til en person. Smittestoffet har sannsynligvis ikke evnen til å trenge gjennom hel hud



**Figur 2 (Reikvam,T 1979)**

Vi ser at utviklingen går via **smitte, kolonisering, overfladisk proliferasjon** og til **infeksjon**; og det trenger ikke å utvikle seg infeksjon i alle tilfeller.

Urinkatetre og intravenøse venekanyler o.a kan være en inngangsport for mikrober.

I sjeldne tilfelle vil bakteriene kunne spre seg til blodbanen, dette kalles **bakteriemi**. Når bakteriene formere seg i blodet vil det kunne oppstå en livstruende situasjon som kalles **sepsis**.

Frykten for sepsis vil alltid ligge på lur når legen skal behandle bakterielle infeksjoner (se for eks. kapitlet om urinveisinfeksjon).

Intervensjon kan være medikamentell behandling og ev. andre former for livreddende medisinsk behandling.

### Smittemottaker

Det er en kjent sak at ikke alle smittes selv om et smittestoff er i omløp. Det er et samspill mellom motstandskraft hos mennesket og egenskaper ved mikroben som avgjør om infeksjon vil oppstå.

Dårlig ernæringstilstand, premature eller høg alder, anoxi i vevet (nedsatt oksygentilførsel) forstyrret slimhinnefunksjon, sekretopphopning, skader, Fremmedlegemer, åpne sår og fistler, instrumentelle inngrep, kateter- alle disse faktorene kan føre til personen blir mer utsatt for infeksjon.

Likeens er det sykdommer som gjør at personen blir mer utsatt for infeksjon: diabetes, uremi, kreft, alkoholisme. Sykdommer i immunforsvaret som fører til cortisonbehandling, cytostaticabehandling, samt HIV, og toksisk påvirkning, narkotika og lignende.

En person trenger ikke være syk fordi om han eller hun blir utsatt for smitte, det er et vekselspill mellom kroppens evne til å motstå infeksjon og hvor hissigg smittestoffet er. I Kommunehelsetjenesten er det mange eldre og svekkede personer som har liten motstandskraft mot infeksjoner, de kan også være utsatt for flere av de disponerende faktorene som er nevnt i listen over - derfor er det viktig å beskytte dem ved vaksinasjon og god hygiene samt å sørge for ernæring til underernærte, sørge for hel hud og slimhinner.

### Hvordan bryte smittekjeden?

Basale smittevernrutiner består av følgende 11 punkter: håndhygiene, hostehygiene, pasientplassering, personlig beskyttelsesutstyr (beskyttelse av hendene, munn, nese, øyne, hud og arbeidstøy) håndtering av pasientnært utstyr, renhold og desinfeksjon, avfallshåndtering, håndtering av sengetøy og tekstiler, trygg injeksjonspraksis, desinfeksjon av hud og beskyttelse mot stikkskader. Vi kan aldri vite om et menneske er bærer av en smittsom mikrobe, men med fokus på de punktene over, vil sjansen for å påføre uønskede mikrober til seg selv eller andre være svært liten.

### Forsterkede tiltak

Forsterkede tiltak blir satt i verk når vi frykter eller kjenner til en konkret infeksjonssykdom som er isolasjonspliktig. 3 trinn for hvordan en bygger på de basale smittevernrutiner (se FHI og undervisning til basale smittevernrutiner)

## **Kommunale helseinstitusjoner og boliger til pleie- og omsorgs formål.**

De kommunale helseinstitusjonene og omsorgsboligene i denne rapporten er beliggende i fem små kommuner i Finnmark. Kommunene er store i utstrekning, men små når det gjelder folketall. Det er derfor naturlig å snakke om små institusjoner i et spredtbygd område. Disse kommunene utgjør en del av Kommune-Norge og det gjelder samme regler og definisjoner for dem som øvrige kommuner. Under skal jeg beskrive nærmere de ulike instansene og hva som inngår i ulike begrep som sykehjem, undervisningssykehjem, aldersbolig, omsorgsbolig og hjemmesykepleie.

Det undervisningssykehjemmet som jeg har samarbeidet med, har et spesielt ansvar for samiske behov, men dette er ikke tatt opp som noe eget punkt i undersøkelsen.

### Sykehjem

Sykehjemmene ble kommunale i 1988. Sykehjemmet som institusjonstilbud for eldre vokste fram i tida fra ca 1900 til 1920, og var en arvtager til tilbud som legdsgårder og fattighjem for ubemidlede eldre og omsorgstrengende (Jacobsen, 1999). Det å komme på *hjemmet* har hatt et preg av å komme på forsorgen helt opp til våre dager. I dag er sykehjem en bolig med hel døgns omsorgstjenester for alle lag av folket som trenger grunnleggende pleie og behandling. Sykehjemmet er et lovregulert tilbud etter Lov om helsetjenesten i kommunene § 1-3. I 2007 var det 34 558 personer som fikk sitt omsorgstilbud i langtidsinstitusjoner. 7 258 fikk tidsavgrenset opphold i institusjon (Statistisk sentralbyrå, 2008).

### Undervisningssykehjem

Ideen bak Undervisningssykehjems -prosjektet ble første gang konkretisert gjennom Nasjonalt geriatriprogram i 1996.

Undervisningssykehjemmene skal være sete for fagutvikling og klinisk forskning knyttet til metoder for å bedre pleien, omsorgen og behandlingen av pasienter og øke opplevelsen av livskvalitet, trygghet og verdighet blant eldre mennesker.

Hovedmålene til undervisningssykehjem er:

- å bedre kvaliteten i sykehjemstjenesten
- øke status og anseelse for faget geriatri

Undervisningssykehjemmene skal bidra til økt kvalitet i den kommunale eldreomsorgen gjennom å:

- heve og sikre kvaliteten på pleie- og omsorgsarbeidet i sykehjem
- løfte geriatrisk omsorgsarbeid opp på et høyt faglig nivå
- heve omsorgsarbeidets faglige prestisje
- bedre rekrutteringen av fagpersonell til sykehjem
- etablere et akademisk miljø på sykehjem
- utvikle gode praksis- og læringsmiljøer for studenter/ elever som tar helsefaglige grunn- og videreutdanninger.

Undervisningssykehjem er opprettet i alle helseregioner. I helseregion Nord er det Kroken sykehjem i Tromsø, og sykehjemmet i Karasjok som har et spesielt fokus på helsemessige aspekter til den samiske befolkningen (HD 2006). I tillegg er det et tilbud på Helgeland. I 2010 ble det opprettet undervisningssykehjem i Alta Kommune.

### Aldersbolig

Aldersbolig er et omsorgstilbud som stadig blir redusert. I 1996 utgjorde dette tilbudet om lag en femdel av behandlingsplassene. I 2007 utgjorde det 5.3 % av plassene og i 2008 utgjorde det 4,8 % av tilbudet. Kommunenes ansvar for aldershjem og bolig med hel døgns omsorgstjenester er regulert i Lov om sosiale tjenester. Loven har som ett av sine to hovedformål (§ 1-1 b)

*«å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.»*

Med hjemmel i sosialtjenestelovens § 7-8 kan departementet gi veiledende retningslinjer om bygninger og utstyr, om bemanning og de ansattes utdanning for institusjoner og boliger med heldøgns omsorgstjenester. Slike veiledende retningslinjer er gitt for bygninger og utstyr, bemanning m.v. i boliger med heldøgns omsorgstjenester for barn og unge, men ikke for aldershjem. Fylkesmannen skal føre tilsyn med at institusjoner og boliger med heldøgns omsorgstjeneste drives i samsvar med fastsatte planer, lover og forskrifter. (HOD 10.10.1999)



### Omsorgsbolig

Omsorgsbolig ble innført i 1994 i forbindelse med en ny statlig låne- og tilskudds ordning i regi av Husbanken. Omsorgsboliger må ikke forveksles med lovregulerte tilbud som sykehjem og bolig med heldøgns omsorg. Etter 1994 har det vært en formidabel vekst i boliger til omsorgs -formål. I 1996 var det 38140 slike boliger, i 2008 var tallet økt til 51462.( Statistisk sentralbyrå 2009)

Hensikten med disse var å gi et tilbud til eldre som ønsket seg en mer selvstendig bolig enn den aldershjemmene tilbyr – og dette har ført til at antall aldersboliger har blitt gradvis redusert.

### Hjemmetjenester

Praktisk bistand (Hjemmehjelp) et tilbud som gjør at mange kan bo hjemme med sykdom og helsesvikt. Formålet med praktisk bistand er først og fremst å gi brukerne praktisk hjelp med daglige husholdningsoppgaver. I 2007 var det 45 759 som fikk kun praktisk bistand. Det var 56 759 som fikk både praktisk bistand og hjemmesykepleie. Hjemmebaserte tjenester i form av hjemmesykepleie er en arvtager av menighetspleien som ble opprettet på slutten av 1800 tallet, og denne tjenesten har økt i omfang med etter at loven om kommunehelsetjenesten kom i 1984. I 2007 var det 57 963 som fikk kun hjemmesykepleie (Statisk sentralbyrå 2008).

## **Presisering av formål/problem**

Hvilken hygienepraksis og hygieneoppfatning har personalet?

## **Metode**

Hvordan kan vi gå fram for å finne fram til personalets hygienepraksis og hygieneoppfatninger? Vi valgte å benytte spørreskjema der hver respondent svarte for seg selv, anonymt. Når spørsmålene ble laget hadde vi en faglig referanseramme i hygienelitteraturen og vi ønsket å se om personalet hadde de holdningene og kunnskapene som hygienelitteraturen forfektet.

Spørreskjema besto av femtito spørsmål innenfor hygiene: Skjema var delt inn på følgende måte:

- **Om rammene**, om det er lagt til rette for standard tiltak.
- **Hygienen i vår avdeling.**
- **Kunnskaper om smittevern.**
- **Veiledning i hygiene i avdelingen**
- **Erfaringer med prosedyrer.**
- **Erfaringer med medisinske problemstillinger.**
- **Hva ville du lært mer om?** (Åpent spørsmål som kunne besvares med egne ord.)

Respondentene kunne svare innenfor en skala fra **1 til 8**, hvor **1= helt enig** og **7 er helt uenig** og **8 er ikke aktuell**.

Datagrunnlaget vil bli omtalt som *en organisasjon*. Her vil jeg kople til det teoretiske perspektivet foran (side 10). Artefakter (bygninger, teknologi) og handlinger (sosial atferd) styres av både uttalte verdier (helsemålsetninger) og uuttalte verdier (individers oppfatninger). Ønsket er å finne frem til noen generelle verdier som kan styre handlinger i hygiene både i disse kommunene, og i andre. Slik sett etterspørres representative svar. For å få representative svar er det nødvendig å trekke utvalget gjennom loddtrekning slik at alle respondentene har lik mulighet til å bli med på undersøkelsen, det er ikke gjort i dette tilfelle. Det foreligger altså ikke representative svar i undersøkelsen. Strengt tatt foreligger det heller ikke en organisasjon, men flere organisasjoner (sykehjem, hjemmesykepleie, omsorgsbolig) i fem kommuner. Disse er en del av et samfunn med særegne verdier som påvirker oppfatningene av smittevern. Det kan derfor være vanskelig for den enkelte kommune og tolke svarene som denne undersøkelsen gir, og hva spesifikt de må gjøre i sin tjeneste. Samtidig gir dette større mulighet til anonymisering og å ivareta personvern og dette hensynet veier tyngre. I en viss grad er også kommunene anonymisert for at det ikke skal bli mulig å kjenne igjen enkelt personer. Disse forholdene gjør at det må tas forbehold om resultatene i undersøkelsen. Samtidig vil det være vanskelig å finne fra til uttalte verdier uansett hvilken metode som ble valgt. På tross av disse metodiske utfordringene velger jeg å tro at noen av verdiene og oppfatningene som fremkommer i undersøkelsen er allmenne, og kan ha betydning for arbeidet med hygiene og smittevern i mange kommuner

## Utviklingen av spørreskjema

I denne studien har det blitt brukt et spørreskjema som er utviklet i flere omganger.

1) Først ble skjemaet utviklet i samarbeid med kollega i høgskolen og hygienesykepleier ved Helse Finnmark. Spørreskjema ble brukt ved en undersøkelse på klinikkavdelingene. Jf. rapporten Hygiene i arbeidshverdagen (2007.) På bakgrunn av erfaringer herfra ble skjemaet revidert med sikte på kommunehelsetjenesten. Helse Finnmark ble invitert til å fortsette samarbeidet, og det ble avtalt at hygienesykepleier skulle delta i møtet med kommunene etter at undersøkelsen var ferdig, dette for at det eventuelt skulle være mulige å videreføre arbeidet i regi av helseforetaket – som har ansvar for å veilede 1. linjetjenesten etter smittevernloven. (Det ble holdt et møte i Kommune A høsten 2009 hvor resultatene ble presentert, og der var hygienesykepleier fra Helseforetaket og sykepleier ved Fylkeslegens kontor til stede sammen med sykepleiere fra kommunene).

2) Dernest ble spørreskjema diskutert i et møte med hygienekontaktene i 5 kommuner.

Møtet ble holdt i Kommune A den 8. november 2006 etter avtale med Undervisningssykehjemets leder. 13 ansatte fra kommunehelsetjenesten i 5 ulike kommuner møtte opp. Først snakket vi om en undersøkelse som er gjort i sykehjem i Bergen og Oslo av hygienesykepleier Anne Mette Koch. Denne sier noe om hvor lite forskning o. a det er gjort i sykehjemmene når det gjelder hygiene og infeksjoner.

Flere av kommunene hadde arbeidet med eller holdt på å arbeide med et infeksjonsforebyggende program og det ble en del diskusjon rundt erfaringene med dette. Deretter hadde vi en gjennomgang av et spørreskjema som vi tidligere har brukt i sykehusene og som jeg nå ønsket å tilpasse til kommunehelsetjenesten.

I utgangspunktet var det meningen at målgruppen i undersøkelsen skulle være sykepleiere i sykehjem. Men etter diskusjon ble vi enige om at målgruppen burde være sykepleiere og hjelpepleiere i sykehjem og hjemmesykepleie. Dette kom opp fordi det var flere personer til stede fra disse tjenestene, og de argumenterte for at de nye utfordringene med MRSA (Meticillinresistente gule stafylokokker) var en utfordring for alle tjenester. Det kom en del

innspill til endringer i skjemaet som ble notert. Det ble enighet om at de som møtte på møtet kunne være kontaktpersoner i institusjonene når skjemaet skulle sendes ut og samles inn.

Det var også enighet om å innkalle til et nytt møte for å diskutere resultatene i undersøkelsen når disse foreligger. Siste del av møtet ble brukt til å diskutere utfordringene i sykehjem med hensyn til MRSA.

### 3) Prøveundersøkelse

Deretter ble det gjort en prøveundersøkelse med spørreskjemaet i et sykehjem, noe som også førte til endringer. Ansatte ved sykehjemmet hevdet blant annet at smitte var et mindre problem hos dem siden alle pasienter hadde eget bad og toalett - det ble derfor tatt inn et spørsmål om dette (Men også sykehjem med gode boforhold kan få problemer med MRSA, skulle det vise seg.). Til slutt ble skjemaet sendt til informantene.

#### Gjennomføring av spørreundersøkelsen:

Det ble sendt ut 185 spørreskjema til de fem kommunene, og det var hygienekontakten i kommunen som delte ut og samlet inn skjema. Svarprosenten ble for hele materialet på 65,3 %.

På grunn av praktiske årsaker, geografiske avstander så ble undersøkelsen gjennomført i det omfang som hygienekontakten lokalt hadde mulighet for å gjennomføre. Det vil si at det varierte hvor mange tjenester som var med og om alle sykehjem i en kommune var med.

Utvalget er fremkommet gjennom at hygienekontakten i de enkelte kommuner har bestilt spørreskjema fra meg som forsker. Svarprosenten er sett ut fra hvor mange svar som kom tilbake av disse. Det betyr at alle de fem kommunene er representert, men ikke alle i like stor grad eller på samme måte i alle tjenester. Allikevel gir det en beskrivelse av hvordan situasjonen kan være, som kan være nyttig når vi skal planlegge opplæringstiltak. Som tabell 1 viser er det 109 ansatte som har deltatt, disse arbeider hovedsakelig i sykehjem, Totalt har undersøkelsen en svarprosent på 65,3 %. Det er hovedsakelig kvinner som svarer og det er nesten dobbelt så mange hjelpepleiere som sykepleiere i utvalget. Tjenestetiden til de ansatte varierer mellom 0 og 35 år, utvalget sprer seg jevnt utover med noen topper for hvert ti år.

Undersøkelsen har vært rettet mot pleiere som har en fagbakgrunn. Tanken har vært at disse kunne utfordres til å bidra til å bedre hygienen i avdelingen, og at det ville bli feil å legge et slikt ansvar på de ufaglærte. Dette standpunktet kan selvsagt diskuteres.

Det er dobbelt så mange hjelpepleiere som sykepleiere i utvalget, samtidig må det med at antall ufaglærte i hele omsorgssektoren på nasjonalt plan er rundt 40 % - men disse er ikke med i undersøkelsen.

Tabell 1		Yrke					Total
		Sykepleier	Hjelpepleier	Omsorgsarbeider	Annet	Ikke svart	
		n	n	n	n		
tjeneste	Sykehjem	25	41	2	3	1	72
	Hjemmesykepleie	7	10	0	2	0	19
	Omsorgsbolig	1	10	2	2	0	15
	Ikke svart	0	1	0	0	2	3
Total		33	62	4	7	3	109

#### Utvalget

#### Metodekritikk:

Dette utvalget er fremkommet ved slupmessig utvelgelse (Hellevik 2002), verken forskeren eller enhetene har bestemt hvem som skal være med, det er hygienekontaktens plassering og nettverk som har bestemt hvem som er med. I dette ligger at det kan være ulike tjenester som ikke er med i noen kommuner, mens de kan være godt representert i andre etc. Men selv om gruppa ikke er valgt ut via loddrekning så er det relevant for formålet, undersøkelsen gir innblikk i noen av oppfatningene til ansatte sykepleiere, hjelpepleiere og andre som arbeider i norsk helsevesen. Det er ingen med fra praktisk bistand, men forskeren har deltatt i en brukerundersøkelse i hjemmesykepleien i Alta kommune og har der fått med seg noen oppfatninger som brukere kan ha om betydningen av praktisk bistand - Bratland 2009.

I følge Wadel må organisasjonens gamle uttalte verdier gjøres uttalte, for det andre nye verdier gjøres uttalte, for det tredje: må nye verdier gjøres uttalte. Dette kan kanskje være vanskelig å forstå. Et eksempel kan kanskje illustrere dette forholdet. Dersom ansatte har en forståelse om at urinveisinfeksjon er en uavvendelig del av alderdommen, så vil de heller ikke anstrenge seg i forhold til tiltak som kan forebygge dette. Da blir oppfatningen en slags selvoppfyllende profeti. Men dersom personalet tror at det er mulig å forebygge så setter de seg inn i regler for bruk av antibiotika, viktighet av mobilisering, ernæring og væske samt stell – og de følger med i om avdelingen har flere eller færre med urinveisinfeksjon.

Det er nødvendig å ta forbehold om at det kan være vanskelig å finne ut noe om uttalte verdier uansett hvilken metode som brukes. Klarer en å finne fram til personalets atferd gjennom et spørreskjema, eller vil det være slik at man svarer det som en tror forventes og ikke det man faktisk tenker og gjør? Vi hadde som sagt lest hygienelitteratur som bakgrunn for spørsmålene, se vedlagt litteraturliste – men vi hadde ikke formulert eksplisitt hva vi forventet på de ulike spørsmålene. Vurderingen av svarene blir derfor preget av et faglig skjønn som en har på bakgrunn av arbeidet som sykepleier og på bakgrunn av litteratur. I en slik skjønnsmessig vurdering kan det være nyanser i oppfatningene, men jeg tror allikevel at disse vurderingene vil ligge innenfor grenser som de fleste vil være enige om at har betydning for hygienearbeidet.

I dette tilfelle ønsker vi også å finne fram til verdier som kan være uttalt. Det er ikke slik at det bare finnes uheldige verdier blant disse, men noen fortjener å få et fokus. Rent metodisk kan en spørre om folk svarer fullstendig nok om hygiene i et spørreskjema, jeg tror en må ta forbehold. Spørsmål kan ha blitt misforstått og en kan ha det travelt med annet når en skal svare. Antagelig er det mange verdier som ikke blir avdekt via spørreskjema, men det kan være en begynnelse på en kulturendring å diskutere det som blir avdekt. Det å få tak i skjulte verdier og koder hjelper til med å bevisstgjøre personalet om hva som faktisk skjer. Her er det brukt et spørreskjema som er en bred kartlegging av temaet, og som kan være en første undersøkelse av feltet. Senere kan det kanskje brukes mer kvalitative metoder for å få mer kunnskap om dette?

## Resultater

### Generelt

Undersøkelsen besto av 52 påstander samt ett åpent felt der respondentene kunne si med sine egne ord hva de ville lære mer om innen hygiene. Når det gjelder disse åpne tilbakemeldinger er det forholdsvis mange flere fra personalet i omsorgsboliger enn fra sykehjemmene som benytter anledningen til å si noe, men det er allikevel et lite materiale her, så funn må undersøkes nærmere. Respondentene kunne svare innenfor en skala **fra 1 til 8, hvor 1= helt enig og 7 er helt uenig og 8 er ikke aktuell**. Disse svarene er slått sammen slik at svar på **1-2 utgjør helt enig, 3-4 -5 utgjør verken enig eller uenig og 6-7 utgjør helt uenig**.

### Utvalget består av fem kommuner:

Kommune A 29,8 %

Kommune B 20,2 %

Kommune C 10,6 %

Kommune D 21,2 %

Kommune F 17,3 %

Ikke svart 1 %

Inntrykket fra spørreundersøkelsen er at personalet har forventet erfaring med ulike infeksjonssykdommer og det er klart variasjoner innenfor de ulike tjenestene. En sykdom som urinveisinfeksjon er noe som alle har erfaring med, mens MRSA er noe de har erfaring med i sykehjem og hjemmesykepleie, men i liten grad i omsorgsboliger.

Det kan se ut til personalet i pleiesektoren i de fem kommunene opplever å ha mye kontakt med beboere med smitteførende sykdom/bærertilstand, men det er en mindre gruppe som ikke har det, både i sykehjem, hjemmesykepleie og omsorgsbolig. Blant annet i omsorgen for psykisk utviklingshemmede og psykiatriske pasienter kan det være få problemer med somatisk sykdom, og smittevern er kanskje ikke noe opplevd problem i hverdagen.

Rammene for yrkesutøvelsen ser ut til å følge et kjent mønster i den norske pleiesektoren, respondentene er enige i at det er lagt til rette for standardtiltak for skyllerom og lagring av rent /sterilt utstyr og for personlig hygiene og smitteisolering, og gjennomføring av aseptisk

prosedyre – men et lite mindretall er uenig. Det betyr at det kan være lokale variasjoner omkring slike rammer.

## 1. Materielle rammer

A: På påstanden **I vår avdeling har alle pasientene enerom med eget bad og toalett** så svarer ansatte slik:

	Helt enig	Verken enig eller uenig	Helt uenig	Ikke aktuelt
<b>SYKEHJEM</b>	24 %	7 %	49 %	
<b>HJEMMESYKEPLEIE</b>	39 %		11 %	47 %
<b>OMSORGSBOLIG</b>	90 %			10 %

**Tabell 1**

**Kommentar:** Dette betyr at i sykehjem så er det mange som er uenig i at alle har eget rom med bad og toalett. Og det stemmer overens med opplysninger som finnes andre steder, det er fortsatt slik at mange eldre i sykehjem må dele bad og toalett – og noen må også dele rom. De fleste i hjemmesykepleien har akseptable forhold, men det kan være et mindretall som fortsatt ikke har eget bad og toalett – eller som har noen utfordringer i forhold til dette. Kanskje har dette å gjøre med at boligstandarden ikke er så god for alle brukere av omsorgstjenester i egne hjem? I kommunale omsorgsboliger er forholdene bedre. Dette betyr nok at den satsingen som har vært på bygging av omsorgsboliger har ført til at brukere i omsorgsboliger har gode materielle forhold

B. På påstanden: **I vår avdeling har vi korridorpasienter eller andre ukurante plasseringer av pasienter** svares det slik:

	Helt enig	Verken enig eller uenig	Helt uenig	Ikke aktuelt
<b>SYKEHJEM</b>	19 %		25 %	32 %
<b>HJEMMESYKEPLEIE</b>				88 %
<b>OMSORGSBOLIG</b>	10 %			80 %

**Tabell 2**



### **Kommentar:**

19 % er enig i sykehjem. Dette kan tyde på at det kan være trangbodd noen steder. Omsorgsboliger kan fungere som en mellomløsning mellom institusjon og hjem. Kanskje tenker de 10 % som svarer at de er enig i dette at noen pasienter kan være feilplassert i omsorgsboliger? I forbindelse med punktet der de ansatte kunne skrive egne kommentarer så er det en ansatt som peker på at det ikke alltid er lagt til rette for pleiepasienter i omsorgsboliger. Det kan blant annet mangle skyllerom, og det er heller ikke tilrettelagt med egnet klesdrakt.

### **Oppsummering:**

Når det gjelder materielle rammer så er de tre gruppene fra sykehjem, hjemmesykepleie og omsorgsbolig slik som en forventer det ut fra tjenestens egenart. Men det kommer også fram forhold som kan virke inn på hygienen, som mangelen på eget rom med bad og toalett i sykehjem. Pasienter som kan være feilplassert i omsorgsboliger – og i noen tilfelle kan boligen som brukere bor i være for dårlig utrustet med hensyn til bad og toalett.

## **2. Forholdet til smittefrykt**

A. På påstanden: **Jeg har vært redd for selv å bli smittet av pasienter** svarer utvalgene slik:

	<b>Helt enig</b>	<b>Verken enig eller uenig</b>	<b>Helt uenig</b>	<b>Ikke aktuelt</b>
<b>SYKEHJEM</b>	<b>44 %</b>	<b>8 %</b>	<b>25 %</b>	
<b>HJEMMESYKEPLEIE</b>	<b>53 %</b>	<b>10 %</b>	<b>26 %</b>	
<b>OMSORGSBOLIG</b>	<b>20 %</b>	<b>60 %</b>		<b>10 %</b>

**Tabell 3**

B. På påstanden: **Jeg kjenner meg trygg på de ulike isoleringsregimene** så svarer informantene slik:

	<b>Helt enig</b>	<b>Verken enig eller uenig</b>	<b>Helt uenig</b>
<b>SYKEHJEM</b>	<b>50 %</b>	<b>26 %</b>	<b>14 %</b>
<b>HJEMMESYKEPLEIE</b>	<b>37 %</b>	<b>32 %</b>	<b>26 %</b>
<b>OMSORGSBOLIG</b>	<b>20 %</b>	<b>50 %</b>	<b>20 %</b>

**Tabell 4**

### **Oppsummering:**

Disse svarene viser at frykten for smitte synes å være størst i hjemmesykepleien, disse ansatte mest redd for å bli smittet 53 % og kun 37 % er trygg på isoleringsregime.

Når det gjelder omsorgsboliger tyder svarene på at smitte ikke er så aktuelt for disse ansatte. Disse svarene kan kanskje gjenspeile noe av utviklingen i helsetjenesten hvor hjemmesykepleien er i ekspansjon og får stadig mer krevende pasienter. Samtidig har ikke hjemmesykepleien de samme materielle forutsetninger med uniformer etc, som de har i sykehjem. Hjemmesykepleien har mulighet for beskyttelsesutstyr, men fasilitetene de skal utøve godt smittevern i kan by på store utfordringer (utforming av hus).

At bare 50 % av de ansatte i sykehjem føler seg trygg på isolering kan tyde på at det er en del å gjøre med opplæring også der.

### 3. Smykker og klesdrakt

A. På spørsmålet: **Brukes det hals og øresmykker på jobb** så svarte informantene slik:

	Helt enig	Verken enig eller uenig	Helt uenig	Ikke aktuelt
<b>SYKEHJEM</b>	57 %	18 %	12 %	
<b>HJEMMESYKEPLEIE</b>	37 %		26 %	
<b>OMSORGSBOLIG</b>	60 %	10 %	10 %	10 %

**Tabell 5**

57 % av ansatte i sykehjem svarte at de var helt enige, 12 % er helt uenig. **18 % er verken enig eller uenig.** Dette betyr at utsagnet støttes av mer enn en tredel av utvalget, hvor mange som bruker smykker og kvaliteten på disse vet vi lite om.

37 % av ansatte i hjemmesykepleien er enig at det brukes hals og øresmykker på jobb, mens 26 % er helt uenig.

60 % av ansatte i omsorgsboliger mener at det brukes hals og øresmykker, mens 10 % er helt uenig, 10 % er verken uenig eller enig, og 10 % mener at dette ikke aktuelt.

B. På spørsmålet: **Brukes det håndsmykker på jobb** så svarte informantene slik:

	Helt enig	Verken enig eller uenig	Helt uenig	Ikke aktuelt
<b>SYKEHJEM</b>	47 %	21 %	18 %	
<b>HJEMMESYKEPLEIE</b>	42 %	10 %	26 %	
<b>OMSORGSBOLIG</b>	40 %	32 %		10 %

**Tabell 6**

Klesdrakten til personalet ikke tatt opp i spørreskjema, men det ble tatt opp av en sykepleier fra åpen omsorg, i det åpne feltet. Hun spør om det ikke har vært lite fokus på smittevern i hjemmetjenestene.

“Det har vært lite fokus på smittevern i hjemmetjenesten, for eks. bruker personalet privat tøy”

### Oppsummering:

Resultatene viser at det er enighet om at det brukes både håndsmykker, hals og øresmykker både i sykehjem, og omsorgsbolig. Hjemmesykepleien oppgir mindre enighet om at det brukes smykker. Det er usikkert om det kan sluttet at det er mindre bruk av smykker i hjemmesykepleien enn det er i institusjonene? Dette kan sees i sammenheng med at i hjemmesykepleien brukes det mer private klær og kanskje dette medvirker til at behovet for å brukes smykker blir mindre. Det kan undersøkes nærmere om det foreligger ulik holdning til bruk av smykker mellom personalet i institusjon og i hjemmesykepleie?

## 4. Kjennskap og bruk av infeksjonskontrollprogram, hygienebøker

Alle norske kommuner har krav om å ha infeksjonskontrollprogram i sine sykehjem. I 2009 har det også kommet krav til hjemmesykepleien, selv om disse er mindre enn hva som er tilfelle i sykehjem. Under kommer det frem hva ansatte svarer i på påstander i forhold til dette.

### A. Infeksjonskontrollprogram

På påstanden: **Jeg kjenner til avdelingens infeksjonskontrollprogram(18)** svares det slik:

	Helt enig	Verken enig eller uenig	Helt uenig	Ikke aktuelt
<b>SYKEHJEM</b>	37 %	25 %	29 %	
<b>HJEMMESYKEPLEIE</b>	21 %	16 %	21 %	32 %
<b>OMSORGSBOLIG</b>	20 %			

**Tabell 7**

**Kommentar:** Hjemmesykepleien har ikke hatt krav om infeksjonskontrollprogram, så dette forklarer hvorfor mange svarer at dette ikke er aktuelt. Men i MRSA - veilederen fra juni 2009 er det også et punkt om tiltak i brukerens hjem.

### B. Hygienebok

På påstanden: **Jeg bruker institusjonenes hygienebok(19)** så svares det slik:

	Helt enig	Verken enig eller uenig	Helt uenig	Ikke aktuell
<b>SYKEHJEM</b>	35 %	25 %	20 %	6 %
<b>HJEMMESYKEPLEIE</b>	16 %	42 %	21 %	20 %
<b>OMSORGSBOLIG</b>	30 %	20 %	20 %	20 %

**Tabell 8**

**Oppsummering:**

Svarene viser at det i beste fall er ca 35 % av personalet som leser i hygienebøker eller infeksjonskontrollprogram

**5. Forholdet til bruk av tilbakemelding og avviksmelding og kontroll av utstyr**

*A. Gis det tilbakemelding ved svikt i hygiene?*

På spørsmålet: **I vår avdeling gir vi tilbakemelding til hverandre ved brudd på hygieniske retningslinjer(13)** svares det slik:

	HELT ENIG	VERKEN ENIG ELLER UENIG	HELT UENIG
<b>SYKEHJEM</b>	28 %	36 %	30 %
<b>HJEMMESYKEPLEIE</b>	16 %	47 %	21 %
<b>OMSORGSBOLIG</b>	20 %	40 %	20 %

**Tabell 9**

B. Skrives det avvik?

På spørsmålet: **I vår avdeling skriver vi avvik ved brudd på hygieniske retningslinjer når det gjelder menneskelig svikt(15)** svares det slik

	HELT ENIG	VERKEN ENIG ELLER UENIG	HELT UENIG
SYKEHJEM	31 %	32 %	28 %
HJEMMESYKEPLEIE	26 %		37 %
OMSORGSBOLIG	40 %	20 %	20 %

Tabell 10

På spørsmålet: **I vår avdeling skriver vi avvik ved brudd på hygieniske retningslinjer** svares det slik:

	Helt enig	Verken enig eller uenig	Helt uenig
<b>SYKEHJEM</b>	<b>19 %</b>	<b>31 %</b>	<b>39</b>
<b>HJEMMESYKEPLEIE</b>	<b>16 %</b>	<b>26 %</b>	<b>47 %</b>
<b>OMSORGSBOLIG</b>	<b>20 %</b>	<b>40 %</b>	<b>30 %</b>

Tabell 11

C. Kontroll av utstyr

På spørsmålet: **Jeg sjekker utløpsdato på sterilt utstyr** svarer de ansatte:

	Helt enig	Verken enig eller uenig	Helt uenig
<b>SYKEHJEM</b>	<b>64 %</b>	<b>21 %</b>	<b>7 %</b>
<b>HJEMMESYKEPLEIE</b>	<b>47 %</b>		<b>11 %</b>
<b>OMSORGSBOLIG</b>	<b>40 %</b>	<b>10 %</b>	<b>10 %</b>

Tabell 12

**Oppsummering:** Svarene viser at personalet i mindre grad enn ønskelig gir hverandre tilbakemelding eller skriver avvik ved menneskelig svikt eller svikt på utstyret, og dette

gjelder med noen variasjoner i alle tre tjenestene. Å sjekke utløpsdato på utstyr er noe alle burde gjøre. Det er kanskje for svakt at kun 64 % av ansatte i sykehjem sier at de gjør dette?

## 6. Hvordan personalet sier de lærer hygiene

### Resultater i undersøkelsen:

Personalet i kommunehelsetjenesten ble spurt o: *Hvor har du lært mest i ditt arbeid (etter endt utdanning)*”

Rangeringen under er satt opp i forhold til hva som hadde høyest score på 1 og 2 =enig

#### 1. Selvstudium i lærebøker

	<b>Helt enig</b>	<b>Verken enig eller uenig</b>	<b>Helt uenig</b>
<b>Sykehjem</b>	<b>49 %</b>	<b>21 %</b>	<b>15 %</b>
<b>Hjemmesykepleie</b>	<b>58 %</b>	<b>16 %</b>	<b>10 %</b>
<b>Omsorgsbolig</b>	<b>50 %</b>	<b>30 %</b>	<b>10 %</b>

**Tabell 12**

#### 2. Lært mest ved å snakke med andre pleiere med samme utdanning

	<b>Helt enig</b>	<b>Verken enig eller uenig</b>	<b>Helt uenig</b>
<b>Sykehjem</b>	<b>39 %</b>		<b>4 %</b>
<b>Hjemmesykepleie</b>	<b>37 %</b>		<b>11 %</b>
<b>Omsorgsbolig</b>	<b>40 %</b>		<b>10 %</b>

Tabell 13

### 3. Artikler i fagtidsskrifter

	<b>Helt enig</b>	<b>Verken enig eller uenig</b>	<b>Helt uenig</b>
<b>Sykehjem</b>	35 %	24 %	24
<b>Hjemmesykepleie</b>	<b>47 %</b>	34 %	16
<b>Omsorgsbolig</b>	40 %	30 %	10

Tabell 14

### 4. Observere andre pleiere

	<b>Helt enig</b>	<b>Verken enig eller uenig</b>	<b>Helt uenig</b>	<b>Ikke aktuelt</b>
<b>Sykehjem</b>	32 %	35 %	21 %	
<b>Hjemmesykepleie</b>	26 %	26 %	33 %	10 %
<b>Omsorgsbolig</b>	40 %	20 %	20%	

Tabell 15

### 5. Kurs (interne eller eksterne)



### A. Interne kurs

	<b>Helt enig</b>	<b>Verken enig eller uenig</b>	<b>Helt uenig</b>	<b>Ikke aktuelt</b>
<b>Sykehjem</b>	35 %		29 %	
<b>Hjemmesykepleie</b>	26 %		33 %	21 %
<b>Omsorgsbolig</b>	10 %		10 %	10 %

Tabell 16

### B. Eksterne kurs

	<b>Helt enig</b>	<b>Verken enig eller uenig</b>	<b>Helt uenig</b>	<b>Ikke aktuelt</b>
<b>Sykehjem</b>	29 %		33 %	11 %
<b>Hjemmesykepleie</b>	16 %		37 %	21 %
<b>Omsorgsbolig</b>	20 %		10 %	10 %

Tabell 17

### 6. Tilbakemelding

På spørsmålet: **Jeg har lært mest av få tilbakemelding på det jeg har gjort** så svarer de ansatte:

	<b>Helt enig</b>	<b>Verken enig eller uenig</b>	<b>Helt uenig</b>	<b>Ikke aktuelt</b>
<b>Sykehjem</b>	32 %		25 %	7 %
<b>Hjemmesykepleie</b>	21 %		16 %	16 %
<b>Omsorgsbolig</b>	10 %		20 %	10 %

Tabell 18

## 7. Lært mest ved å snakke med annet personell

	<b>Helt enig</b>	<b>Verken enig eller uenig</b>	<b>Helt uenig</b>	<b>Ikke aktuelt</b>
<b>Sykehjem</b>	21 %		32 %	12 %
<b>Hjemmesykepleie</b>	11 %		42 %	10 %
<b>Hjemmesykepleie</b>	30 %		30 %	20 %

Tabell 19

### **Oppsummering:**

Det ser ut til å foreligge varierte forhold når det gjelder hvordan personalet mener at de lærer hygiene. Flertallet ser ut til å mene at metoder der de selv er aktive fungerer best: selvstudium i lærebøker er en viktig læringsform, og det gjelder i alle tre tjenester. Det er også en temmelig entydig tilbakemelding om betydningen av å snakke med pleiere med samme utdanning. Det å lese fagartikler spiller også en positiv rolle for mange. Observasjon av andre er også et alternativ, selv om det ikke skårer like høyt som selvstudium og samtale med kollega.

Metoder hvor arbeidsgiver er den som iverksetter opplæringen skårer lavere, slik som interne og eksterne kurs. Dette kan ha sammenheng med at det kanskje er lite kurs? Eller at de ikke oppleves relevante?

Det å få tilbakemelding på noe en har gjort, her kan det være at slik tilbakemelding gis lite eller at en synes det er noe negativt forbundet med det?

Når det gjelder å få opplæring av annet personell så skårer det lavest, det er også en del variasjon. Antagelig er det en sammenheng med hvor mye kontakt man faktisk har med andre

yrkesgrupper. Hjelpepleiere vil her ha mer kontakt med sykepleiere enn det sykepleiere har med leger etc.

Svarene avspeiler også forskjeller mellom de ulike tjenestene, for eks ser det ut til at hjemmesykepleiere leser mer i fagtidsskrifter og lærebøker enn hva som er tilfelle i sykehjemmene. Dette har muligens sammenheng med at man ikke har så mange å spørre i arbeidssituasjonen? På den annen side kan det se ut til at ansatte i sykehjem og omsorgsbolig lærer mer av observasjon av hverandre - noe som ikke er unaturlig siden de er samlet på ett geografisk sted og har mulighet til å observere hverandre.

## **7. Behov for opplæring i pleiesektoren – utsagn fra ansatte.**

I spørreskjemaet var det et spørsmål (F) om hva slags medisinske problemstillinger personalet møtte i sin hverdag, og svarene her var som forventet ut fra tjeneste og yrke. Det var også et åpent spørsmål (H) som utfordret de ansatte til å si med egne ord hva de ville lære mer om, dette ble godt besvart av ansatte i åpen omsorg - mens de ansatte i sykehjem ikke var like ivrige etter å svare (utvalget i sykehjem er nesten dobbelt så stort som utvalget i åpen omsorg).

**Av 19 utsagn:**

**Sykehjem: 8**

**Åpen omsorg (omsorgsbolig og hjemmesykepleie) 9**

**Ukjent 2**

## Behov for opplæring – personalets egne utsagn

	sykepleier	Hjelpepleier/omsorgsarbeider	Annet
sykehjem	Kurs, utdanning, inf, forebyggende tiltak Nye sykdommer og tiltak Tuberkulose Sårstell sykehusbakterier Hvordan reagere på forskjellige typer smitte. En slags nedtegnet oversikt, mal etc. Hvordan lære dette til andre og få det til å bli interessant	Hygiene og inf. forebygging Kurs om alt innen hygiene Mer om sterilt utstyr/ikke sterilt utstyr i forbindelse med infeksjoner. MRSA forebygging og hygieniske forhold i forbindelse med tilfeller av MRSA	
hjemmesykepleie	Grunnleggende hygiene- hindre smitte Handhygiene Rent/urent	Hvordan forutse MRSA og alvorlige smittsomme sykdommer, slik at man kan vite når man må bruke munnbind, særlig i hjemmetjenestene. Litt verre å opprettholde total hygiene hjemme hos folk. Hatt oppfriskningskurs på avdelingen oftere, ALT	
omsorgsbolig	forebygging Det har vært lite fokus på smittevern i hjemmetjenesten, for eks bruker personalet privat tøy Hva med smitte i hjemmet? I Omsorgskompleks med pleiepasienter? Og uten skyllerom? Hvordan lære opp assistenter? Få enkle hygieniske prinsipper i avd. som rutine	Begge deler, sår, utslett, eksem, uvi, stell av fot og negler, munnstell MRSA Infeksjon i sår eksem	

### Kommentar:

En ser at særlig hjelpepleiere og omsorgsarbeidere er opptatt av MRSA, og dette var også et viktig fokus i diskusjonen med pleiegruppen på møtet i Karasjok.

## Oppsummering:

Undersøkelsen viser at det kan foreligge variasjoner i holdninger og oppfatninger blant personalet som arbeider i henholdsvis sykehjem, omsorgsbolig og hjemmesykepleie.

Smittefrykten ser ut til å være størst i hjemmesykepleien, men ingen av tjenestene ser ut til å være spesielt trygg på smitte og smitteisolering. Samtidig ser det ut til at hjemmesykepleiere leser mer i fagtidsskrifter og lærebøker enn hva som er tilfelle i sykehjemmene. Dette har muligens sammenheng med at man ikke har så mange å spørre i arbeidssituasjonen? På den annen side kan det se ut til at ansatte i sykehjem og omsorgsbolig lærer mer av observasjon av hverandre - noe som ikke er unaturlig siden de er samlet på ett geografisk sted og har mulighet til å observere hverandre.

Det ser også ut til å være bruk av smykker i alle tre tjenester, men minst i hjemmesykepleien. Undersøkelsen viser også at personalet i alle tre tjenester i pleiesektoren gir hverandre lite tilbakemelding, og at det i liten grad føres avvik ved svikt i hygien. Her ser det ut til at ansatte i omsorgsboliger er mer positive til å melde avvik enn hva som er tilfelle de andre tjenestene.

Opplæring i infeksjonskontrollprogram og hygienebøker er først og fremst noe som har foregått i sykehjem. Dette kan forklare at en tredel av personalet i hjemmesykepleie opplever dette som lite aktuelt. Dette har sammenheng med at hjemmesykepleien fram til 2009 ikke har noen formelle krav om å lage infeksjonskontrollprogram. Undersøkelsen viser også at mange i sykehjem ikke benytter hygienebøker.

De åpne svarene kan tyde på at frykten for MRSA er størst blant personalet med kort fagutdanning (hjelpepleiere omsorgsarbeidere). Samlet sett viser undersøkelsen at det kan være hensiktsmessige å se nærmere på lederoppgavene og personalets oppfatning av smitterisiko.

## **Drøfting**

### **1. Oppfatninger om risiko i forhold til smitte**

#### Usunn eller sunn smittefrykt?

Frykt for smitte kan være relevant og gjøre at yrkesutøveren er skjerpet når det oppstår krevende smittevernsituasjoner, men frykten kan bli for sterk på grunn av kompetansesvikt eller på grunn av en personlig irrasjonell holdning til smitte- og da er det usunn frykt som kan skape problemer i institusjonen. Dersom mange preges av usunn smittefrykt kan det utvikle seg en form for uheldig hysteri som kan virke hemmende på arbeidet i tjenestene. I norsk helsevesen er det all mulig grunn til å stole på smittevernopplegg og regimer – dersom de blir fulgt! Poenget er at den enkelte har nok kunnskap til å følge opp de reglene som gjelder for de ulike sykdommene, og at de anvender basale smittevern rutiner. Samtidig kan det være at prinsippene om standardtiltak kan være vanskelig å forstå for ufaglærte og personer som ikke er kjent med hygieneterminologi. Basale smittevernrutiner gjelder ved arbeid med alle pasienter, uavhengig av mistenkt eller bekreftet diagnose eller antatt infeksjonsstatus. Basale rutiner skal både beskytte helsepersonellet mot smitte og forebygge smitte til og mellom pasienter. Hvis alle blir introdusert for basale smittevernrutiner og kjent med innholdet i dem, så vil det styrke og trygge både fag- og ufaglærte.

Data her viser at det foreligger frykt for å bli smittet, det er uvisst om dette er sunn eller usunn frykt. Det er interessant at personalet i hjemmesykepleien oppgir større smittefrykt (53 %) enn hva som er tilfelle i sykehjemsutvalget (44 %). Samtidig føler de ansatte i hjemmesykepleien seg mindre trygg på isoleringsregimer enn hva som er tilfelle i sykehjem. Forklaringen på dette er muligens at sykehjemmet har større erfaring med smittepasienter. Samtidig er kanskje hjemmesykepleien preget av mindre forutsigbarhet i arbeidshverdagen enn hva som er tilfelle i sykehjem? Hjemmet til de som mottar hjelp fra hjemmetjenesten har en stor betydning når det kommer til å løse smittevernutfordringer, og som gjør at personalet føler seg mer usikker på hvordan rutiner praktisk skal gjennomføres

### Bruk av smykker - ingen smittevernsrisiko?

Det fremkommer av undersøkelsen at det brukes smykker i avdelingen, men vi vet ikke i hvilket omfang. Ut fra dette kan det antas at pleiere ikke alltid ser faren ved å bruke smykker? I følge Stordalen (01) så kan en pleier ha små og diskrete smykker der det er vanlig å bruke smykker, men han mener at ringer i øyenbryn, nese eller lepper ikke bør være tillatt på grunn av at disse stedene er reservoar for bakterier. Små ringer som sitter fast i ørene (ved hull i øret) bør sitte fast, da det å ta dem av og på skaper mer fare for smittespredning fordi smittestoffer setter seg i de åpne hullene. I følge Fagernes og Nord (2007) er det slik at det vokser mindre bakterier på glatte ringer enn på ringer med ruglet overflate, men det vokser bakterier på alle ringer og de vil derfor virke negativt inn på håndhygien. Ringer skal derfor tas av når man arbeider som pleier i klinisk praksis. Andre undersøkelser viser at et flertall av personalet bruker smykker (Sykepleien nr 18/2002). I undersøkelsen ser et ut til at ansatte i hjemmesykepleien kan være mer restriktiv til bruk av smykker enn hva som er tilfelle i sykehjem, men det små tall i undersøkelsen så dette må undersøkes nærmere.

Samtidig bruker ansatte i hjemmesykepleien privat tøy, og noen kommer med bekymringer rundt det. I de fleste tilfelle i pleiesektoren så er klesdrakten ikke er noe problem, men i det øyeblikk det oppstår en alvorlig infeksjon som MRSA eller Clostridium difficile eller influensa, Chalmers (2006) så vil også klesdrakten spille en rolle, og alle ansatte som pleier pasienter må ha uniformer som kan vaskes på 85 grader når de steller pasienter med alvorlige infeksjoner. Her har hjemmetjenesten utfordringer. Her er det igjen viktig å bruke beskyttelsesutstyr i stell og situasjoner som krever det. IKP må beskrive hvordan de ansatte skal håndtere tøy med tanke på vask, temperatur osv.

### Kan alt utstyr brukes?

Det er kostbart å kjøpe utstyr i pleiesektoren, og alle oppfordres til å spare. Redskaper til bruk i pleien er også en del av et salgsmarked, og det betyr at egenskaper ved redskapene også hører med til en strategi for å få høy pris og avhengige kunder. Evidente kunnskaper om hva som virker og ikke virker er ikke alltid lett å finne fram til på dette området, og det betyr en fare for å bli lurt opp i stry. Et eksempel er Dent-O-sept – munnpensel som ble brukt til munnstell, og som viste seg å inneholde pseudomonas når de ble stående i vann. Disse ble brukt over en lengre periode og forårsaket infeksjoner hos intensivpasienter, og det tok lang tid før noen begynte å stille spørsmål (Helsetilsynet, 2002). I pleiepraksis er det om å gjøre å

stille spørsmål til vedtatte praksiser, om det har bivirkninger. Flere av Dent-O-Sept-penslene var allerede infisert ved produksjon og undersøkelsene i etterkant viser at en tredel av pasientene ble ikke smittet direkte fra munnpenslene, men indirekte via sykehuspersonell, medisinsk utstyr og miljøet. Dette var i utgangspunktet svært svekkede pasienter, så apatogene bakterier var likevel sykdomsfremkallende for disse. Det viser at krav til medisinsk utstyr bør være strengere med hensyn til sterilitet fremfor renhet, og at sykehus bør ha større fokus på smittevern (Bjørn G. Iversen 2009)

Metodene å kontrollere utstyret med henblikk på utløpsdato er en måte som kan sikre at utstyret er sikkert å bruke. At kun 64 % i sykehjem svarer at de kontrollerer utløpsdatoene høres lite ute, dette burde vel alle gjøre som bruker utstyr med datostempling. Også i spritdispensere som er gått ut på dato kan det finnes uønsket bakterievekst. Dato sjekk er bra, det kan man gjøre lokalt og av uansett personell, så lenge man er opplært, har man rutiner som sikrer dato sjekk? Innkjøp av det utstyret som skal brukes i institusjon, hvem har ansvaret for at kravene blir fylt? Dette blir en lederoppgave å avklare.

## 2. Oppfatninger i forhold til ledelse og opplæring

### Tilbakemelding?

I undersøkelsen finner vi at når vi spør om hvor de har lært mest hygiene så kommer *tilbakemelding* langt ned på lista. Det samme gjelder tilbakemelding mellom personalet. på spørsmålet ” **I vår avdeling gir vi tilbakemelding til hverandre ved brudd på hygieniske retningslinjer** ” så sier 28 % av utvalget i sykehjem seg enig i at de gir hverandre tilbakemelding, men 30 % er uenig og 47 % har ingen mening om dette. I hjemmesykepleie og omsorgsbolig er det enda færre som er enige i dette. Så det kan se ut til at personalet ikke oppfatter tilbakemelding som positivt eller nødvendig, og at de har lite erfaring med det.

Dersom de ansatte ikke får tilbakemelding må de finne fram til egen standard for hva som er akseptabelt og da kan en lære seg å gjøre prosedyren med flere feil. Bjørk og Kirkvold (1999) har forsket på hvordan prosedyrer utføres i praksis, og de fant at når en først har begynt å gjøre noe feil, så fortsetter man å gjøre det feil- det går bare fortere etter hvert. Det er altså ikke slik at kun erfaring er det som fører til gode sykepleiehandlinger - det trengs noen som kan veilede og et miljø som sier fra ved feil praksis. For hygienearbeidet er det betenkelig at



det gis lite tilbakemeldinger og kanskje burde fokus være på hvordan for eks nybegynner jan få konstruktive tilbakemeldinger i arbeidet sitt via fadderordninger eller andre former for kollegaveiledning. Dette stiller krav om klare og tydelige ledere!

### Bruk av hygienebøker i praksis?

Når en ser på volumet på utgivelser om hygiene og smittevern i regi blant annet av Nasjonalt Folkehelseinstitutt, så er det formidabelt, det mangler ikke på offentlige skriv på dette feltet, men hvordan blir stensilene/bøkene brukt i praksis?

I følge undersøkelsen så leser personalet lite i hygienebøker. Samtidig oppgir de selvstudium i lærebøker som den viktigste måten de lærer på. Dette kan virke selvmotsigende. Kanskje kan det ha betydning at hygienebøker oppfattes som prosedyrer som er kjedelig å lese? Selvstudium i lærebøker oppleves mer interessant fordi det også er mer forklarende tekst? Eller tenkes det på lærebøkene som ble brukt i utdanningstida? Hvordan få opp engasjementet?

### Infeksjonskontrollprogram?

Undersøkelsen viser at det hersker forvirring omkring begrepet infeksjonskontrollprogram, mange svarer at de kjenner til det, men få av kommunene som deltok hadde noe slikt på det tidspunkt undersøkelsen fant sted i 2007 (Fylkeslegen i Finnmark). Antagelig har de ansatte misforstått begrepet, og forvekslet det med hygienebok. Dette betyr at selve begrepet *infeksjonskontrollprogram* er lite innarbeidet eller er det uklart for personalet? Utarbeidelsen av infeksjonskontrollprogram skal være et samarbeid mellom Kommunelegen, avdelingsledelse og sykepleiere. En flaskehals i dette arbeidet kan være legene i kommunen som ofte har lite tid til å lage infeksjonskontrollprogram

### Avvik?

Det er en stor gruppe blant personalet som ikke melder avvik i forhold til hygiene, dette betyr at det kan se ut til tanken om avvik/bekymrings meldinger ikke er noe særlig godt hjelpemiddel for å finne systemsvikt på hygieneområdet? Dette bør ledere ha i mente at det kan skje uheldige ting innenfor hygiene som ikke blir meldt som avvik. Spørsmålet er om avvik eller fare blir meldt på andre måter? I sykehjemmet ser det ut til at den gruppa som sier de ikke gir tilbakemelding er større enn den som sier at den gjør det. Dersom ansatte føler at

de kan bli sydebukker når de melder avvik, er det nettopp mulighetene til å forbedre systemet som går tapt. Kanskje spiller det rolle at vi snakker om små fagmiljø der den enkelte blir svært synlig? Samtidig åpner avvikssystemet at ledelsen kan styre registreringen og sette fokus på hygieneforhold dersom en har problemer med smitte. Et eksempel på at det nytter å melde avvik ble løftet fram av Tidsskriftet sykepleien nr 2- 2008. Tidsskriftet viser hvordan personalet ved Onsøyheimen i Fredrikstad meldte avvik på tekniske renovering, så ble det bevilget penger til tiltak

Det kan være mange årsaker til at ansatte ikke slår opp i skriftlige prosedyrer, og det er et lederansvar og få alle til å utnytte hygienehåndboka i arbeidet sitt. Dette viser at det er viktig å sette søkelyset på pleiekulturen: det er en stor gruppe blant personalet som ikke melder avvik i forhold til hygiene, dette betyr at det kan se ut til tanken om avvik/bekymrings meldinger ikke er noe særlig godt hjelpemiddel for å finne systemsvikt på hygieneområdet? Eller at den ansatte ikke vet at det er et avvik?: I en publikasjon fra folkehelseinstituttet heter det

*Ein kultur der ein ensidig er på jakt etter "sydebukkar" kan lett føre til at dei faktiske forholda blir tilslørte, og at mogleghetene for forbetring dermed blir reduserte. Folkehelseinstituttet(2006) side 12 -13*

Dersom ansatte føler at de kan bli sydebukker når de melder avvik, er det nettopp mulighetene til å forbedre systemet som går tapt. Her spiller det kanskje rolle at vi snakker om små fagmiljø der den enkelte blir svært synlig. Samtidig åpner avvikssystemet at ledelsen kan styre registreringen og sette fokus på hygieneforhold dersom en har problemer med MRSA. Kanskje er spørreundersøkelser et alternativ eller supplement til avviksmeldinger? Kanskje kan det bli lettere å si noe når en deltar i en større undersøkelse der mange uttaler seg. Samtidig er ikke gruppa større enn at de får eierforhold til det som er svart. Men de må ha mulighet til å diskutere svarene – og det kan være praktisk vanskelig å få til? Leder må formidle til sine ansatte hva som er viktig å registrere som avvik og hva som ikke er det.

### Opplæring?

Undersøkelsen ser ut til å avdekke et behov for opplæring i den kommunale pleiesektoren, antagelig er dette noe som bør gjentas med jevne mellomrom. Rent metodisk bør en prioritere

opplæringsformer som foregår på stedet der oppgavene skal utføres. Dette kan gjøres ved å skaffe egnet bibliotek til avdelingen hvor det er mulig for ansatte å studere ulike sider ved de utfordringene som finnes i arbeidshverdagen, dette gjelder både lærebøker og artikler. Det må også sørges for at nybegynnere får kollegaveiledning og at hun eller han får tilbakemelding på arbeidet sitt. Veiledningsgrupper i avdelingen kan også være et egnet fora for å gi tilbakemelding. Det bør også være en hygienekontakt evt. en hygienegruppe som kan trekke i gang diskusjoner i avdelingen. Personalet bør oppfordres til å diskutere med hverandre og til å gi hverandre konstruktive tilbakemeldinger.

Kurs og samarbeid med andre utenom arbeidsplassen kan også være aktuelt, men det er det jevne arbeidet på arbeidsstedet som antagelig gir best resultat.

### **3. Verdianalyse - hvilke uutalte verdier kan foreligge?**

Å slutte fra *oppfatninger* til *verdier* som ligger til grunn er en krevende øvelse, jeg vil derfor kun stille spørsmål om det kan være verdiene under som påvirker personalet? Det kan selvsagt være andre verdier enn de som blir pekt på her.

#### **Verdier knyttet til eldreomsorgen**

I målsetninger for eldreomsorgen hevdes det at de eldre skal få være hjemme lengst mulig, og i institusjonen skal være pasientens hjem. Men selv om det ønskelig at pasienten føler seg hjemme så går det en grense mellom det private og det offentlige. Verdien *hjemlighet* har slik sett betenkelige sider i forhold til smittevern. At institusjonsmiljøet skal ha samme karakter som private hjem har blitt sett som et gode. Men syke mennesker må bli behandlet som pasienter, og når de er svekkede så vil forebyggende hygiene ha betydning for dem. I noen tilfelle kan det ha avgjørende betydning for eldre at personalet er nøye med håndhygiene og at de ikke fingerer med personlige smykker eller andre gjenstander i pleiesituasjoner. Det er også misforstått bruk av verdien *hjemlighet* å la eldre og hjelpetrengende bo i omsorgsboliger hvor det ikke er lagt til rette for pleie eller la de bo hjemme med for dårlig oppfølging.

Her vil også personalets verdier i forhold til den eldre virke inn. Tror en at det nytter å forebygge urinveisinfeksjon hos eldre for eks. eller ser pleieren dette som noe som det er umulig å forebygge?

Samfunnets verdier i forhold til syke eldre spiller rolle. Det vil ha betydning om det er mulighet til enerom, om det er nok personale med kompetanse etc. Dessuten vil verdien effektiv og økonomisk pasientbehandling spille en rolle. Leon prinsippet: Laveste Effektive Omsorgsnivå har lenge blitt forfektet som ideal i norsk helse - og omsorgstjeneste. Hygiene og smittevern vil påvirke hva som er mest effektivt, og det er derfor viktig at faglige og medisinske vurderinger blir gjort når en skal bestemme hvor syke mennesker skal behandles. Det kan være farlig å se kun på økonomiske hensyn og bruke verdier fra næringslivet på pasientbehandling. Ikke minst gjelder dette i forhold til smitte, det kan bli dyrere for alle dersom en neglisjerer smittevernforhold.

### **Verdier knyttet til medisinsk behandling**

I hygienelitteraturen er det blitt stilt om hygienen har blitt nedprioritert fordi helsepersonell (og folk flest) har trodd at antibiotika var den endelige løsningen i bekjempelse av smittsomme sykdommer. Blant annet Andersen (hos Hernæs, 2001) uttalt at innføringen av antibiotika har ført til en 50-års mørketid for hygienearbeidet. Ulike former for penicillin og antibiotika er fremdeles kampdyktige, men de antimikrobielle stoffene må vike på stadig flere fronter. Smittestoffene blir både mer resistente og mer virulent sykdomsfremkallende. I dag skal det for eks. mye større dose til for å bekjempe en sykdom som meningitt enn det gjorde rett etter andre verdenskrig (Hernæs, 2001). Det er viktig at legene har et restriktiv antibiotika forbruk og at det brukes på rett indikasjon.

Det kan spørres om pleiepersonalet har fått med seg at antibiotika ikke alltid vil kunne hjelpe pasienten, og at desto mer vi bruker dette midlet på løse indikasjoner – desto større bli sjansene for at bakterier blir resistente. De viktigste forebyggende tiltak er fortsatt god hygiene for å forebygge at infeksjoner oppstår det vil si at en prøver å avskjære smitteveier ved ulike tiltak, samt smitteisolering av de som er syke.

### **Verdier knyttet til bruk av teknologi**

I dag er det innført teknologi som hjelpemiddel i hverdagen både i hjemmet og i arbeidslivet og i institusjonene. Teknologien er en hjelper som bidrar til at det er lettere å være mer

effektiv. Samtidig kan det være mange hygieneproblemer knyttet til utstyret fordi det kan være vanskelig å desinfisere. Mobiltelefoner i lommen og skittent datatastatur er eksempler på risiko som vi ikke er helt vant med, og derfor ikke gjør nok for å avverge? Det trengs derfor rutiner også for rengjøring av slikt utstyr.

### **Utalte verdier for ledelse**

Utalte verdier kan være at ledere og kollegaer ikke skal virke involverende på kollegaer, det skal være respekt for den enkelte og privatlivets fred. En slik kultur smitter kanskje over på de ansatte at de i liten grad gir hverandre tilbakemelding? At det gis lite tilbakemeldinger til ansatte fra ledere og mellom ansatte henger muligens sammen med generelle verdier i det norske samfunnet. I norsk arbeidsliv er det vanlig at de ansatte *ikke får tilbakemeldinger* fra sine ledere. Levekårsundersøkelse (Statistisk sentralbyrå 2006) viser at mange opplever økte utviklingsmuligheter og stor grad av selvbestemmelse i arbeidet. Samtidig opplevde ca en fjerdedel at de sjelden eller aldri får en tilbakemelding fra en overordnet. Eldre oppga i større grad enn yngre at de aldri får støtte og hjelp i arbeidet. Dette kan tyde på at det ikke er kultur for å gi tilbakemelding, kanskje er ledere redde for å virke involverende og strenge, eller de vet for lite om hva den enkelte gjør.

### **Verdier knyttet til sykepleierens yrkes etiske retningslinjer**

Sykepleierkulturen bør bygge på verdiene i de yrkesetiske retningslinjene (Stordalen, 1998), her står blant annet ikke-skadeprikket sterkt, ungdomskulturens bruk av smykker, piercing, kreppt hår etc. kan stride mot pleiekulturen. Det finnes eksempler på at piercing kan føre til alvorlig skade/sykdom og det kan også medføre smittefare i helsearbeid. I slike tilfelle er det lederens oppgave å bidra til at yrkesetiske retningslinjer blir fulgt og lover og regler innen smittevern blir fulgt

### **Verdier knyttet til pleiesektoren som arbeidssted**

Pleiesektoren som arbeidssted strever med en del uheldige verdier som gir sektorens lave status i samfunnet. Sektoren beskrives som *underbetalt, preget av kvinner, av ufaglærte* og nå også *innvandrere*. Det er dessuten stor gjennomtrekk i stillingene. Det kan også være stort tidspress og en reel fare for å bli utbrent som yrkesutøver. Det er et ansvar for alle å bidra til

at det sted hvor de svakeste av de svake skal behandles og pleies har et nivå som vi som land vil være bekjent av. Derfor må alle tiltak som kan høyne status og medvirke til stabilitet i sektoren hilses velkommen. Flere har vært inne på at stagnasjon i hygienearbeid er et klart tegn på nedgangstider og stagnasjon i samfunnet som helhet.

## ***Tiltak***

### **Å innføre et nytt infeksjonskontrollprogram krever kartlegging av oppfatninger og praksis i den eksisterende pleiekulturen.**

Det kan tas i bruk et utall av metoder for å finne ut hvordan sykehjemmets ansatte forholder seg til hygiene. Slike undersøkelser bør foretas jevnlig slik at man holder holdninger og kunnskaper på et optimalt nivå. Det kan være lett å havne i faglig stillstand når arbeidspresset er så stort som det er i mange sykehjem i dag. For å endre holdninger er det nødvendig med et kontinuerlig arbeid hvor ansatte får anledning til reflektere over sin praksis. For å endre verdiene er det nødvendig med alternativ som det går an å gripe. Dette kan gjøres ved å lage kontraster mellom de nye og det gamle, ved samtaler og eksempler, bilder, lignelser: (Wadel 1992). I denne undersøkelsen kom det fram noen felles oppfatninger om hygiene som kan diskuteres videre av personalet:

I hvilke tilfeller kan det være nyttig å ha et infeksjonskontrollprogram? Kanskje det kan gjøre det lettere å få penger til å vaske rundt i sykehjemmet: dersom en får sagt hvor ofte dette bør gjøres i et eget program kan det være lettere å få midler til det slik at det faktisk blir gjennomført etc. Det er viktig å forklare at programmet skal ha en praktisk hjelp.

Er det slik at det kommer mange vikarer som gjør alt på sin egen måte, så kan det være lurt å ha skrevet opp hva avdelingen står for etc. Det trengs opplæringsprogram for nyansatte og vikarer.

## **Retningslinjer i hygiene må være forståelig for de som skal bruke dem**

I omsorgstjenesten er det medarbeidere med ulik kompetanse når det gjelder hygiene, men alle må forstå hva de skal gjøre i praksis innenfor sitt arbeidsområde. Vi må derfor tenke på at dette kan bli forstått av sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte assistenter. Dette gjør at vi må unngå uklare begreper som kan skape forvirring eller fagbegreper og sjargong som ikke er allment kjent. Når så mange ikke oppfatter hva som menes med infeksjonskontrollprogram, kan en spørre om myndighetene må informere bedre om dette? Eller om de må velge andre begreper? Det er farlig dersom hygiene blir et spesialfelt for de få og ikke når ut til de mange? Retningslinjene skal være datert, de skal revideres jevnlig og de skal bygge på forskning om hva som virker (Ward, 2001).

## **Det må etableres ordninger med faglig tilbakemeldinger til og mellom personalet**

Det er et lederansvar å påse at det hersker en sunn hygienekultur i avdelingen, hvor retningslinjer i hygiene blir respektert. Det kan dreie seg om valg av håndhygiene, adekvat bruk av uniform og respekt for regler i forhold til smykker, piercing etc.

Derfor er det nødvendig at faglige ledere gir tilbakemelding til personalet om hygienetiltak, især dersom en har problemer med infeksjoner som urinveisinfeksjon, eller gastroenteritt eller MRSA. Det ble ikke gjort prevalensregistreringer på noen av sykehjemmene som var med i undersøkelsen. De sykehjemmene som utfører prevalens, bruker disse tallene til å presentere det til sine ansatte. Har man høye infeksjonstall f. eks på uvi, så kan man aktivt gå inn å iverksette tiltak og over tid se evt. forbedringer/endringer. En forutsetning for å kunne gi slike tilbakemeldinger er at personalet føler seg trygg på sin leder, at alt tas i beste mening. Det samme gjelder bruk av avviksmeldinger, det må foreligge en enighet om at alle står sammen om å få til det beste for pasientene. Leder har en viktig rolle i formidling av IKP og hygienehåndbok. I tillegg å være en klar og tydelig leder på hva som forventes av den ansatte.

## **Hygienegruppe og hygienekontakt**

Opprettelse av hygienegrupper og utpeking av ansatte til å være hygienekontakt kan være tiltak som påvirker hygienekulturen i tjenestene på en positiv måte. I dette prosjektet var det

hygienekontakter i alle de fem kommunene som leverte ut spørreskjema og som samlet de inn igjen. På den måten fikk hygienekontakten et ansikt for de ansatte. Og det kan være nyttig slik at de vet hvem de skal spørre om hygiene. Hygienekontaktene i dette prosjektet hadde en rolle som var preget av tilfeldigheter og ad hoc, i framtida bør hygienekontakter få en formalisert rolle, som for eks en 20 % stilling. Eller lage en funksjonsbeskrivelse som definerer mer hva denne skal ha av oppgaver og som leder prioriterer tid avsatt til den det gjelder?

## **Tiltak i forhold til helse, miljø og sikkerhet for personalet ved smittsomme sykdommer**

Den enkelte arbeidstaker må kjenne til hvordan beskytte seg selv mot smitte, og kjenne til rettigheter ansatte har dersom de blir smittet i arbeidet. En helsearbeideren smittet i jobb, kan få status som yrkesskade. Her er det snakk om midlertidig- eller kronisk bæreskap Det ytes full godtgjøring til legehjelp og behandling. Saker der en ansatt blir utsatt for smitte, skal registreres og sendes til NAV. Først her avgjøres det om det er en yrkesskade eller ikke eller hvilke rettigheter arbeidstakeren har. .

Ved yrkesskade/sykdom har arbeidsgiver et spesielt ansvar for å bidra til omskolering/omplussing

## **Opplæring**

Mange prosedyrer som før foregikk i sykehus, forventes nå å foregå i sykehjem - men en ser at sykepleiere ikke alltid føler seg i stand til å ivareta disse prosedyrene fordi de ikke er godt nok innarbeidet i institusjonen, for eks. er det få pasienter med infusjon/venekanyler i sykehjemmet. Bruk av smitteisolering er et annet tiltak som er nytt i sykehjemmene med MRSA. Det kan være aktuelt med hospitering på en avdeling som kan denne prosedyrengodt, slik at personalet i sykehjem eller hjemmetjenesten blir trygg på den?

Undersøkelsen viser at den viktige hygienesamtalen foregår mellom likeverdige kolleger som skal utføre en oppgave sammen eller parallelt i avdelingen, det er her hygienevalg blir avgjort. Det er viktig hva slags holdninger og verdier til hygiene som formidles fra person til person innen yrkesgruppen, de ansatte blir viktige referansepersoner for hverandre i avdelingen. Kanskje burde dette kunnet få større konsekvenser for organiseringen av opplæring innen



smittevern? Gjennom for eks fadderordninger de som har god faglig kompetanse trener opp sine kolleger?

### **Alle må med – men noen har et særlig ansvar**

Opplæring av personalet i omsorgstjenesten er et viktig sykepleier ansvar. Det er nesten dobbelt så mange hjelpepleiere som sykepleiere i utvalget, dette er en alminnelig situasjon i pleiesektoren. Det fremkommer også at disse er opptatte av MRSA. Disse vil derfor være sentrale i arbeidet med hygiene i praksis. Dersom kontrollen over mikroben skal være effektiv må alle bidra.

I undersøkelsen etterlyser respondentene et opplegg for assistentene. Det er mange assistenter i omsorgstjenesten, og disse gjør en stor innsats for at eldre og hjelpetrengende skal mestre hverdagen. Ikke minst i nye tilbud som omsorgsboliger må en legge opp til undervisningsopplegg som kan gjøre det lettere for assistentene å sørge for trygge arbeidsmåter. Opplæringsprogram for de ulike gruppene, slik at man sikrer seg en viss grunnleggende kompetanse?

### **Små kommuner bør samarbeide og etablere hygienenetverk mellom kommunene og ev. andre instanser**

I situasjoner med alvorlig smitte i avdelingen er det en fare at personalet blir lukket omkring egne problemer, og det kan føre til en fare for institusjonalisering med de uheldige konsekvenser det kan ha for arbeidsmiljøet og for pasientene. Derfor bør ledere prøve å etablere nettverk med andre instanser i egen eller andre kommuner, dersom det er små forhold. På den måten kan personalet få råd og høste av andres erfaringer i smittevernarbeidet.

Undervisningssykehjem kan spille en rolle i dette arbeidet ved å samle personalet fra ulike sykehjem og tjenester til hygienemøter. Undervisningssykehjem kan også være gode læringsarenaer for studenter fordi de har litt bedre økonomi enn mange andre sykehjem og derfor bedre muligheter til å drive med forsøk og utviklingsoppgaver.

Også innen hjemmesykepleien kan det ha betydning å komme i gang med utvikling av bedre arbeidsmåter i hygiene, også her kan det komme ulike former for hygieneutfordringer i form av tuberkulose, hiv? og MRSA - og dette betyr mer fokus på hvordan forhindre at smitte oppstår og sprer seg, Kanskje kan de kommunene som får ansvar for undervisnings hjemmesykepleie ta et ansvar for dette arbeidet?

I små kommuner kan det etableres hygienenetverk med andre små kommuner, slik at det blir lettere å bære omkostninger og få mange nok fagfolk inn i diskusjon om utfordringer i smittevernet.

### **Avslutning:**

Forskningsspørsmålet i denne undersøkelsen var: Hvilken hygienep praksis og hygieneoppfatning har personalet? Undersøkelsen viser at det kan foreligge variasjoner i holdninger og oppfatninger i ulike tjenester og at det er nødvendig å diskutere de verdiene som ligger til grunn for disse holdningene/oppfatningene for å forbedre tjenestene. Studien ble fortatt i et lite utvalg, og svarene gjelder derfor først og fremst for utvalget – men det antas at disse utfordringene er tilstede mer generelt i pleiesektoren. Samlet sett viser undersøkelsen at det kan være hensiktsmessige å se nærmere på lederoppgavene og personalets oppfatning av smitterisiko.

Forslag til tiltak:

- Retningslinjer i hygiene må være forståelige for de som skal bruke dem og tilpasset behov i de ulike tjenestene.
- Innføring av infeksjonskontrollprogram krever kartlegging av oppfatninger og praksis i den eksisterende pleiekulturen. Infeksjonskontrollprogram skal de ansatte kjenne til og bruke. Leder har ansvar for at de ansatte kjenner til og bruker IKP og at tiltakene som står blir etterfulgt. Leder må ta ansvar for undervisning og jevnlig oppdatering, sikre god faglig standard og kvalitet (Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta).
- Det må etableres ordninger med faglige tilbakemeldinger til og mellom personalet.

- Det bør etableres hygienegrupper og hygienekontakt i sykehjem og i tjenester med smitteproblematikk. Her spiller leder en viktig rolle. Sette av tid til denne jobben for den/de som får oppgave/e.

- Det må iverksettes HMS tiltak for personalet ved smittsomme sykdommer.

Alle må med i opplæringsprogram – særlig er det viktig å nå fram til de med kortere utdanning.

- Små kommuner må samarbeide og etablere hygienenettnetk. Under alminnelige betingelser bør dette nettnetket først og fremst bestå av ledere og hygienekontakter i de ulike tjenestene. Ved spesielle epidemier eller infeksjoner, bør også smittevernlege/kommunelege og sykehjemslege delta.

## **Kilder og litteraturhenvisninger**

- Andersen B.M, Rasch;M “ *Nosokomiale infeksjoner i sykehjem i Oslo*” Tidsskrift for den Norske Lægeforening nr 24,2002; 122: 2371-3
- Bjørk IT, Kirkevold M. *Issues in Nurses Practical Skill Development in the Clinical setting.* Journal of Nursing Care Quality 1999;114(1):72-84
- Bratland, R.C. (2009) Hva mener brukeren om omsorgstjenesten? En undersøkelse innen pleie og omsorg i Alta kommune 2008. HIF-Rapport 2009:5
- Chalmers C & Straub.M(2006) *Standard Principles for preventing and controlling infection.* Nursing Standard, Vol 20, no 23,57-66,68
- Eriksen HM, Iversen BG, Aavitsland P. (2004)Prevalence of nosocomial infections and use of antibiotics in long-term care facilities in Norway, 2002 and 2003. J Hosp Infect 2004; 57: 316-20
- Eriksen, H.M. Elstrøm, P Hartug,S, Axelsen(2005) *Smittevern i helseinstitusjoner for eldre* Tidsskrift for den norske lægeforening nr 13-14 2005 125: 1835-7
- Fagernes, M, Nord; R (2007)” *A study of microbial load of different types of finger rings worn by healthcare personnel*” Vård i Norden 2/2007. Publ. No. 84. Vol.27 No 2PP 21-24
- Folkehelse 1999, SHE-NYTT 2/99
- Folkehelseinstituttet (2004) MRSA-VEILEDEREN
- Folkehelseinstituttet (2004) Nasjonal veileder for håndhygiene. Smittevern 11 Lautsen,S
- Folkehelseinstituttet Smittevern 2004: 9 Isoleringsveilederen.
- Folkehelseinstituttet (2006) Smittevern 15. Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta.
- Folkehelseinstituttet: Årsrapport 2006.
- Geertz, C (1957) Ritual and Social Change.... I American Antropologist.
- Hellevik, O (2001). Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap. Universitetsforlaget.
- Hernæs, Nina (2001) ” *Mikrobene vinner* ” Tidsskriftet Sykepleien nr. 4 -2001.  
HOD (Helse- og omsorgsdepartementet) Smittevernloven LOV-1994-08-05-55
- Helsedirektoratet (2006)Undervisningssykehjem for bedre eldreomsorg og økt rekruttering[Publisert: 10.06.2005] [Sist endret: 23.03.2006]
- Helsetilsynet (02) ” Dent-O-Sept munnpensel som smittekilde for alvorlig sykehusinfeksjon. Rapport til helseminister Dagfinn Høybråten

Jacobsen, John W.(1999) ” Sånn var det den gangen Glimt fra dagliglivet i Lier fra 1900-1060 årene” Utgitt av Lier Rotary Klubb.

Koch, A. M. ” Infeksjoner som oppstår i sykehjem - presentasjon av en studie gjennomført ved 6 sykehjem i Oslo og Bergen (2004?) foredrag under Smitteverndagene i Tromsø i 2006.

Nasjonal veileder for å forebygge spredning av Meticillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA) i helseinstitusjoner utgitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet (juni 2009)

Nasjonal veileder for håndhygiene. Utgitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet (juni 2009)

Schein (1987) Organizational Culture and Leadership – A Dynamic View. Joessy Bass

Statistisk sentralbyrå (2006) Levekårsundersøkelse

Statistisk sentralbyrå (2009), Pleie og omsorgstjenestene

Stordalen, J (1998) Kan en sykepleier ha ring i nesen" (kronikk) i tidsskriftet Sykepleien nr. 4, 1998 3. mars

Forskrift om smittevern i helseinstitusjoner av 17. juli 2005 utgitt av Helse og Omsorgsdep.

Wadel, Carl Cato (1992)” Endring av organisasjonskultur” Avdeling for kultur og samfunnsfag, Høgskolesenteret i Rogaland

Ward, D (2001)” Infection control policies in nursing homes. Nursing Standard august 1/vol15/no46/2001

Wendt; K og Bratland, R (2007) Hygiene i arbeidshverdagen – en studie fra noen somatiske sengeposter HIF/Helse Finnmark

UNN (2008) Håndbok i smittevern og hygiene.

## Spørreskjema i hygiene for kommunehelsetjenesten

### Arbeidssted:

Sykehjem

Hjemmesykepleie

Omsorgsbolig

Sett et kryss i den ruten som passer best på disse påstandene

**1= helt enig, 7 = helt uenig, 8 = ikke aktuell**

**Undersøkelsen retter seg mot ansatte med ulik utdanningsbakgrunn og ansvar i omsorgstjenesten. Det kan derfor være spørsmål som ikke er aktuelle for alle – dersom et spørsmål ikke er aktuelt for deg, bruk svar alternativ 8.**

Med smitteførende pasient forstås først og fremst en pasient som skal isoleres på grunn av eller ved mistanke om isolasjonspliktige sykdommer som MRSA (Meticillin resistente staphylococcus aureus), tuberkulose m.m.

### A. På min arbeidsplass er det lagt til rette for de standard hygieniske tiltak.<sup>1</sup>

1=helt enig 7 er helt uenig 8= ikke aktuell

- |  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ved arbeid på skyllerommet  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ved lagring av rent/sterilt utstyr                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ved gjennomføring av personlig hygiene til pasienter                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ved isolering av smitteførende pasienter(MRSA m.m.)                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ved gjennomføring av aseptisk prosedyre (v/sår stell, infusjoner o.l) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### B. I vår avdeling

1 = helt enig 7 er helt uenig 8= ikke aktuell

- |   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Har alle pasientene enerom med eget bad og toalett                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Har vi korridorpasienter eller andre ukurante plasseringer av pasienter. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<sup>1</sup> Standardtiltak består av følgende komponenter: 1. Håndvask 2. Hansker 3. Munnbind, øyebeskyttelse, visir 4.Stellefrakk, beskyttelsesforfle 5 Pasientutstyr 6 Miljøkontroll 7Tekstiler 8Tiltak for å beskytte personalet 9 pasientplassering Folkehelse 1999,SHE-NYTT 2/99

8 Har vi tid til å overholde hygieniske prinsipper i prosedyrer og stell.

1 = helt enig 7 er helt uenig 8= ikke aktuell

9. Har vi ofte smitteførende pasienter

**1 2 3 4 5 6 7 8**

10. Får vi god informasjon om smitteførende Pasienter (MRSA m.m.)

11. Brukes det håndsmykker på jobb

12. Brukes det hals og øresmykker på jobb

13. Gir vi tilbakemelding til hverandre ved brudd på hygieniske retningslinjer.

14. Skriver vi avvik ved brudd på hygieniske retningslinjer - utstyr

15. Skriver vi avvik ved brudd på hygieniske retningslinjer når det gjelder menneskelig svikt

16. Er den hygieniske standard like god dag og natt

17. Har vi hansker, sprit og papirhåndklær til infeksjonsforebyggende tiltak.

### C. Kunnskaper om smittevern

1 =helt enig 7 er helt uenig 8= ikke aktuell

18. Jeg kjenner til institusjonens infeksjonskontrollsystem.

**1 2 3 4 5 6 7 8**

19. Jeg bruker institusjonenes ”Hygienehåndbok”

20. Jeg kjenner til de desinfeksjonsmidlene som brukes

21. Jeg sjekker utløpsdata på sterilt utstyr

22. Jeg kjenner meg trygg på de ulike isoleringsregimene

23. Jeg har vært redd for selv å bli smittet av pasienter

## D Veiledning i hygiene i avdelingen

1 =helt enig 7 er helt uenig 8= ikke aktuell

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24. Jeg veileder andre pleiere i forhold til hygiene    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Jeg veileder leger i forhold til hygiene            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Jeg veileder renholdspersonalet i forhold i hygiene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Jeg veileder pasientene i hygiene                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Jeg veileder de pårørende i hygiene                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Jeg veileder studenter og elever i hygiene          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Jeg veileder alle som besøker avdelingen i hygiene  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## E. Jeg har erfaring med følgende prosedyrer.

1 =helt enig 7 er helt uenig 8= ikke aktuell

- |   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31. Jeg legger inn venekanyler  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Jeg utfører sår stell   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Jeg legger inn urinkateter  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Jeg steller infiserte sår   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Jeg steller pasient   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Jeg administrer ulike former for medisinsk utstyr oksygenapparat, pariapparat, infusjonspumpe etc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## F. Jeg har erfaring med følgende medisinske problemstillinger:

1 =helt enig 7 er helt uenig 8= ikke aktuell

- |  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 37. Jeg har erfaring med pasienter med urinveisinfeksjon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Jeg har erfaring med pasienter med infiserte sår     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Jeg har erfaring med smittsom mage/tarm infeksjoner  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Jeg har erfaring med pasienter med tuberkulose       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Jeg har erfaring med pasienter med MRSA              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



42. Jeg har erfaring med pasienter med hudinfeksjoner (sopp, lus o.a.)

43. Jeg har erfaring med pasienter med Herpes Zoster(helvedsild)

44. Jeg har erfaring med pasienter med øyeinfeksjon

### G. Hvor har du lært mest om hygiene i ditt arbeid (etter endt utdanning)?

1 =helt enig 7 er helt uenig 8= ikke aktuell

45. Jeg har lært mest av å snakke med pleiere i avdelingen om har samme utdanning, som jeg selv. **1 2 3 4 5 6 7 8**

46. Jeg har lært mest ved å observere andre pleiere

47. Jeg har lært mest av annet personell (lege, apoteker, fysiokjemiker etc)

48. Jeg har lært mest av interne kurs i avdelingen

49. Jeg har lært mest av eksterne kurs

50. Jeg har lært mest ved selvstudium i bøker

51. Jeg har lært mest ved å lese artikler i fagtidsskrifter

52. Jeg har lært mest av å få tilbakemelding på det jeg har gjort

### H. Hva ville du ev. lært mer om innen hygiene og infeksjonsforebygging?

**J. Personlige spørsmål:**

**Kjønn:**

Kvinne

Mann

**Yrkesbakgrunn:**

Sykepleier

Vernepleier

Hjelpepleier

Omsorgsarbeider

Annet

**Antall år i yrket**