



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2018

30 stp

Fakultet for landskap og samfunn
Sheri Lee Bastien

Faktorer som påvirker helsepersonells etterlevelse av nasjonale anbefalinger for screening av MRSA, ESBL og VRE på sykehus

Factors determining how health care personnel
complies with the national guidelines for screening
of MRSA, ESBL and VRE at hospitals

Kristine Nilsen

Master i folkehelsevitenskap
Fakultet for landskap og samfunn

Forord

To spennende og innholdsrike år går mot slutten. Det har vært to år med mye hardt arbeid, men som har bidratt til et voksende engasjement for folkehelse. Som sykepleier er antibiotikaresistens et tema som har opptatt meg, og jeg visste tidlig i studiet at jeg ønsket å skrive om en problemstilling knyttet til trusselen dette representerer for folkehelsen.

Folkehelseinstituttet opplyste meg om et prosjekt de skulle igangsette. Da de gav meg muligheten til å gjennomføre denne studien som en del av prosjektet takket jeg med glede ja.

I utarbeidelsen av denne studien er det mange personer som har bidratt, og studien ville ikke vært mulig å gjennomføre uten deres hjelp. Til å begynne med vil jeg takke sykepleierne og legene som stilte opp i fokusgruppeintervjuene. Deres deltakelse og delte erfaringer gjorde det mulig å skape et datagrunnlag. Jeg vil også rette en takk til ansatte på sykehusenes smittevernsavdelinger, for innsatsen med å rekruttere deltakere og tilrettelegge for gjennomførelsen av intervjuene.

Et stort og varmt takk til min veileder på Norges miljø- og biovitenskapelige universitet Sheri Lee Bastien for hennes eminente innsats og engasjement. Takk for gode og konstruktive tilbakemeldinger, for god støtte gjennom hele prosessen, for gode samtaler og oppmuntrende ord. Takk for at du alltid har vært tilgjengelig, uavhengig av hvor i verden du befinner deg. Du er en inspirasjon, og ditt engasjement for studenter imponerer meg.

En stor takk også til mine tilleggsveiledere Mette Fagernes og Hanne-Merete Eriksen ved Folkehelseinstituttet, for å ha inkludert meg, og tillatt meg å få være med på et utrolig spennende prosjekt. Deres vilje til å dele av sin ekspertise og interesse på feltet har bidratt til å gi meg innsikt, og kunnskap som har vært til stor nytte og glede. Takk for gode, konstruktive tilbakemeldinger, og for støtten jeg har fått gjennom året som har gått.

Til slutt vil jeg takke mine medstudenter Frida Pedersen og Ida Maria Saxebøl som har bidratt til at disse to årene har vært en fantastisk opplevelse. Vår tid sammen har vært fylt med mye latter og glede, og jeg verdsetter alle våre faglige diskusjoner og hjelpen dere har gitt meg. Takk til Nikolai for at du har hatt troen på meg, og for oppmuntring, hjelp og støtte. En takk rettes også til mine kollegaer på barnekirurgisk avdeling Ullevål for deres støtte, motiverende ord og faglige innspill.

Oslo, august 2018

Kristine Nilsen

Sammendrag

Bakgrunn: Antibiotikaresistens er ifølge Verdens helseorganisasjon en av de største truslene mot den globale folkehelsen. Nasjonalt og globalt rettes det særlig stor bekymring mot *meticillinresistente staphylokokkus Aureus* (MRSA), *Betalaktamaser med utvidet spektrum* (ESBL) og *Vankomycinresistente enterokokker* (VRE). Helsepersonell spiller en viktig rolle i å begrense spredning, og deres holdninger og kunnskap kan påvirke dette arbeidet. Screening er et viktig tiltak for å unngå at antibiotikaresistente mikrober etablerer seg på sykehus. Nasjonale anbefalinger for screening er et verktøy som kan bistå helsepersonell i å identifisere risiko for bærerskap, og påfølgende screening av MRSA, ESBL og VRE.

Formål: Nasjonale anbefalinger for screening har vært implementert i Norske sykehus i snart 15 år, men det er gjort lite forskning for å se på hvilken grad de etterleves av helsepersonell. I denne studien er formålet å få et innblikk i hvordan helsepersonell opplever praksis for screening. Videre er det ønskelig å utvikle en forståelse for hvilke faktorer som kan bidra til å fremme eller hemme helsepersonells etterlevelse av de nasjonale anbefalingene.

Metode: For å besvare studiens problemstilling er det tatt i bruk en kvalitativ tilnærming, med multippel casestudie som design, og semistrukturerte fokusgruppeintervju som metode for datainnsamlingen. Det ble gjennomført fire fokusgruppeintervju, med totalt 21 deltakere. Disse besto av leger og sykepleiere som i sin arbeidshverdag håndterer pasienter med risiko for MRSA, ESBL og VRE. For å analysere datamaterialet ble tematisk analyse benyttet.

Resultater: Studiens deltakerne erfarte få faktorer som hemmet etterlevelse. Screening ble utført uten unntak dersom risiko for bærerskap av MRSA, ESBL og VRE ble identifisert. Retningslinjene for screening av MRSA viser seg å være integrert i større grad i rutinemessig praksis enn retningslinjene for ESBL og VRE. Mangelfull kunnskap trekkes frem som en faktor som kan hindre at risiko identifiseres. De nasjonale anbefalingene ble diskutert som en faktor som både fremmer og hemmer etterlevelse. I tillegg til bedre systemer for formidling av informasjon, ble tydeligere og enklere retningslinjer fremmet som et tiltak som ville føre til større grad av etterlevelse.

Konklusjon: Deltakerne opplevde at de nasjonale anbefalingene for screening etterleves på norske sykehus. Funnene impliserer likevel at retningslinjene ikke er godt nok implementert, og mangelfull kunnskap oppfattes som en årsak til dette. Noe av ansvaret for dette må ilegges ledelse, og de organisatoriske rammene og kulturen som omgir helsepersonell. For at retningslinjene skal integreres ytterligere i rutinemessig praksis, krever dette regelmessig informasjonsdeling og systematisert opplæring av helsepersonell.

Abstract

Background: Antimicrobial resistance is described by the World Health Organization as one of the biggest threats to global public health. Nationally and globally there are particularly concerns related to *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA), *Extended spectrum betalactamase* (ESBL) and *Vancomycin-resistant enterococci* (VRE). Health care workers play an essential role in limiting proliferation, and their attitudes and knowledge may affect this work. Screening for antimicrobial resistant bacteria is an important measure to prevent these bacteria from becoming endemic in hospitals. National guidelines for screening is a tool that can assist health care workers in detecting risk of carriage, and consequently the screening procedure of MRSA, ESBL and VRE.

Objective: National guidelines for screening have been implemented in Norwegian hospitals for almost 15 years, but there has been little research done to investigate to what extent they are complied with by health care workers. In this study, the purpose is to gain insight into how health care workers experience practices for screening. Additionally, the study aims to develop a deeper understanding of the factors that may contribute to enhance or inhibit health care workers' adherence to the national guidelines.

Methods: To answer the study's research question, a qualitative approach was applied with a multiple case study as design, and semi-structured focus group interviews as method for data collection. Four focus group interviews were conducted, with a total of 21 participants. The participants consisted of doctors and nurses who handles patients with risk of MRSA, VRE and ESBL in their clinical work. Thematic analysis was used to analyze the data.

Results: The participants encountered few factors that inhibited compliance. As a result of exposed risk of carriage of MRSA, VRE or ESBL, screening was carried out without exception. The guidelines for MRSA seems to be integrated to a greater extent in practice than the guidelines for ESBL and VRE. Deficient knowledge was highlighted as a factor that impedes risk from being exposed. The national guidelines were discussed as a factor that both promotes and inhibits compliance. In addition to improving systems for the dissemination of information, more accurate and simplified guidelines were promoted as a measure that would lead to greater levels of compliance.

Conclusion: The perception among the participants was that the national recommendations for screening at hospitals in Norway are complied with. Nevertheless, the findings imply that the policy is not sufficiently implemented, and deficient knowledge is perceived as a cause. Part of the responsibility for this lies with management, and the organizational frameworks and culture surrounding health care workers. In order for the guidelines to be integrated further into routine practice, frequent information sharing, and systematized training of health care workers is required.

Oversikt over tabeller og figurer

Tabeller:

- Tabell 1: Oversikt over de nasjonale anbefalingene for screening av MRSA, ESBL og VRE. s. 14
- Tabell 2: Resultatens fire identifiserte hovedtema og tilknyttede undertema. s. 36
- Tabell 3: Utvalget av deltakere, uten personlige opplysninger. s. 37

Figurer:

- Figur 1: Rasmussens modell om menneskelig atferd, med tre nivåer for atferd: ferdighetsbasert-, regelbasert- og kunnskapsbasert atferd. s. 19

Forkortelser

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CDDEP: Center for Disease Dynamics, Economics & Policy

ECDC: European Centre for Disease Prevention and Control

ESBL: Betalaktamaser med utvidet spectrum (Extended spectrum betalactamase)

FHI: Nasjonalt folkehelseinstitutt (The Norwegian Institute of Public Health)

HAI: Helsetjeneste-assosierte infeksjoner (Healthcare-associated infections)

MRSA: Meticillinresistente Stapylokokkus aureus (Methicillinresistent Staphylococcus aureus)

Norm/NormVet: Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober/
Overvåkningsprogrammet for antibiotikaresistens og antibiotikaforbruk knyttet til dyr
og mat (Surveillance programme for antimicrobial resistance in human pathogens/
Monitoring programme for antimicrobial resistance in the veterinary and food
production sectors)

NPT: Normalization Process Theory

VRE: Vankomycinresistene enterokokker (Vancomycin-resistant enterococci)

WHO: Verdens helseorganisasjon (The World Health Organization)

WMA: Verdens legeorganisasjon (World Medical Association)

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Sammendrag	II
Abstract	III
Oversikt over tabeller og figurer	IV
Forkortelser	V
1.0 INNLEDNING	1
1.1 Oppgavens hensikt og formål	3
1.2 Problemstilling	4
1.2.1 Forskningsspørsmål	4
1.3 Avgrensninger	4
1.4 Begrepsavklaringer	5
2.0 BAKGRUNN	6
2.1 Antibiotika og antibiotikaresistens	6
2.1.1 MRSA	8
2.1.2 ESBL	9
2.1.3 VRE	10
2.1.4 Helsetjeneste-assosierte infeksjoner	11
2.1.5 Screening	12
2.1.6 Nasjonale anbefalinger for screening av MRSA, ESBL og VRE	13
2.2 Tidligere forskning	15
2.3 Teoretisk rammeverk	17
2.3.1 Rasmussens Modell	18
2.3.2 The Normalization Process Theory	21
3.0 METODE	24
3.1 Forskningsdesign	24

3.1.1 En multippel casestudie.....	25
3.1.2 Fokusgruppeintervju som metode	26
3.2 Datainnsamling.....	26
3.2.1 Intervjuguide	26
3.2.2 Rekruttering og beskrivelse av deltakerne	28
3.2.3 Gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene.....	29
3.3 Analyse av data	30
3.3.1 Tematisk analyse	31
3.4 Tolkning og forforståelse	32
3.4.1 Min bakgrunn og forforståelse	33
3.5 Etske betraktninger.....	33
4.0 RESULTATER	36
4.1 Etterlevelse av de nasjonale anbefalingene ‘??’	38
4.1.1 Erfaringer knyttet til de nasjonale anbefalingene.....	40
4.2 Faktorer som påvirker etterlevelse blant helsepersonell	41
4.2.1 Potensiale for forbedring	43
4.3 Organisatoriske rammer for utøvelsen av screening	44
4.3.1 Etterlevelse knyttes til opparbeidet kunnskap og kompetanse	45
4.4 Risikopasienten	46
5.0 DISKUSJON.....	49
5.1 Betydningen av organisasjonskultur for etterlevelse av praksis for screening	49
5.1.2 Holdninger.....	51
5.2 Innsikt i implementeringsprosesser sett i lys av Normalization Process Theory (NPT) 52	
5.2.1 Forståelse for mening og sammenheng av ny praksis.....	53
5.2.2 Engasjement og enighet om ny praksis bidrar til integrering.....	53
5.2.3 Tillit blant kollegaer kan påvirke integreringsprosesser	54
5.2.4 Vurdering av ny praksis og nytteverdien denne medfører for helsepersonell.....	55

5.3 Kunnskap, en faktor som bidrar til å påvirke helsepersonells atferd	56
5.3.1 Screening utføres uten unntak	57
5.3.2 Praksis for screening formes av lokale normer og regler	57
5.3.3 Kunnskap og informasjon bidrar til større grad av etterlevelse	58
5.4 Finnes det forbedringspotensial?	59
5.5 Metodologiske begrensninger og kvalitetsvurderinger	60
5.5.1 Pålitelighet	60
5.5.2 Troverdighet	61
5.5.3 Overførbarhet	62
5.5.4 Objektivitet og refleksivitet	63
5.6 Studiens begrensninger	64
5.6.1 Styrker og svakheter ved fokusgruppeintervju	65
5.7 Behov for videre forskning	65
6.0 KONKLUSJON	68
Referanseliste	69
Vedlegg	a

1.0 INNLEDNING

Antibiotikaresistente bakterier har de siste tiårene vært et økende problem både globalt og i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Ifølge verdens helseorganisasjon er antibiotikaresistens en av de største globale folkehelseutfordringene vi står overfor i dag. Hvert år dør rundt 25000 mennesker i Europa grunnet en infeksjon med en antibiotikaresistent bakterie (WHO, 2015). I en rapport fra The Center For Disease Dynamics, Economics & Policy (CDDEP) vises det til at det er en verdensomfattende økning i antibiotikaresistente bakterier, blant annet sees det i USA at forekomst av resistens mot antibiotika (tredje generasjons cefalosporiner) i E.coli har økt fra 2 til 12 prosent fra 1999 til 2014 (CDDEP, 2018; Gelband et al., 2015). Forekomst av antibiotikaresistens i Norge er foreløpig lavere enn i mange deler av verden, men det sees tendenser til at forekomsten er økende også her i landet (ECDC, 2017). Forekomst av resistens i isolater av E.coli i blod har i Norge økt fra under 1 til over 5 prosent fra 2003 til 2016 (NORM/NORM-VET, 2017). Dette vil kunne føre til at tilsynelatende ufarlige infeksjoner kan få dødelige utfall, da vi risikerer en fremtid som er i mangel på effektive antibiotika i forebygging og behandlingen av bakterielle infeksjoner (WHO, 2017b). Globalt og nasjonalt er det rettet stor bekymring mot blant annet meticillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA), vankomycinresistente enterokokker (VRE) og β -laktamaser med utvidet spektrum (ESBL), og trusselen dette kan utgjøre for samfunnet (FHI, 2017a; WHO, 2017b).

Antibiotika ble først brukt i klinisk sammenheng i 1940 årene. Dette var et stort fremskritt innen behandling av bakterielle infeksjoner, men allerede kort tid etter introduksjonen av antibiotika ble det observert resistens hos bakterier (Aminov, 2010). Et overforbruk av antibiotika er en viktig årsak til utvikling av antibiotikaresistens. Med dagens økende bruk av antibiotika vil sannsynligheten for utvikling av resistens stige i takt med forbruket (FN, 2016).

Folkehelseloven som trådte i kraft i 2012 har som formål å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse. Folkehelsearbeidet innebærer blant annet å bidra til å forebygge somatisk sykdom, skade eller lidelse (Folkehelseloven, 2011). Forebygging av smitte med MRSA, ESBL og VRE-holdige bakterier er svært viktig innen folkehelsearbeid. Kunnskap- og holdningsarbeid er viktige elementer, ikke bare blant helsepersonell i sykehus, men også i primærhelsetjenesten, i samfunnet og i befolkningen generelt (FHI, 2013; WHO, 2015).

Sykehusinfeksjoner eller helsetjeneste-assosierte infeksjoner er en av de vanligste komplikasjonene som kan oppstå i forbindelse med innleggelse på sykehus, og er en utfordring innen folkehelse, da de påvirker sykkelighet, dødelighet og livskvalitet (WHO, 2016). Slike infeksjoner er ofte forårsaket av bakterier som gule stafylokokker og E.coli, og er assosiert med et økt behov for antibiotikabehandling (Khan, Ahmad, & Mehboob, 2015). På sykehus spres bakterier raskt gjennom kontakt mellom pasienter, pasienters omgivelser, eller via helsepersonell, og pasienter på sykehus er derfor særlig utsatt for infeksjoner (Khan et al., 2015). I en rapport utført av Centers for Disease Control and Prevention viste det seg at 40% av sykehusinfeksjoner med enterokokker i USA, var forårsaket av vancomycinresistente enterokokker (CDC, 2013). Det er ønskelig å unngå at antibiotikaresistente mikrober som MRSA, ESBL og VRE etableres og spres i helseinstitusjoner. Smitteverntiltak er dermed viktig for å hindre at disse mikrobene etablerer seg på sykehus (FHI, 2017a). Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) kan blant annet skyldes at helsepersonell ikke etterlever nasjonale anbefalinger innen smittevern. De fleste sykehusinfeksjoner kan forebygges ved hjelp av effektiv infeksjonsforebygging og kontrolltiltak (Sydnor & Perl, 2011; WHO, 2016).

Helsepersonell har en viktig rolle i forhold til å forebygge spredning av MRSA, ESBL og VRE-holdige bakterier. Mangelfull kunnskap og kompetanse i forhold til bruk av antibiotika og smittevern kan vanskeliggjøre dette (WHO, 2015). Nasjonale anbefalinger, infeksjonskontrollprogram og smittevernsveiledere er verktøy som kan bistå helsepersonell i det forebyggende arbeidet (Seibert, Speroni, Oh, DeVoe, & Jacobsen, 2014; Sydnor & Perl, 2011). Screening for antibiotikaresistente mikrober er et viktig tiltak innenfor infeksjonskontrollprogram og smittevern, og ble introdusert i norske sykehus for snart 15 år siden. Screening er en prøve som tas med en liten pensel fra nese, hals, perineum for MRSA, og fra rektum for ESBL og VRE, for å teste for eventuelt bærerskap av nevnte bakterier. Screening av MRSA, ESBL og VRE i helseinstitusjoner utføres av helsepersonell som et ledd av nasjonale anbefalinger, hvor formålet hovedsakelig er å hindre spredning av antibiotikaresistens (FHI, 2009, 2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Screening er et verktøy som benyttes for å identifisere bærerskap av antibiotikaresistente mikrober, og utføres når risiko for bærerskap identifiseres hos pasienter. I Norge screenes pasienter i risikogrupperne rutinemessig ved første kontakt med sykehus. Dersom screening er positiv iverksettes tiltak for å hindre spredning (Edmond & Wenzel, 2013; Elstrøm & Aavitsland, 2008).

Helsepersonell med tilstrekkelig kunnskap og kompetanse, og som utøver gode smittevernrutiner er med på å forebygge spredning av MRSA, ESBL og VRE, samt redusere risiko for sykehusinfeksjoner (Lunde & Moen, 2014; WHO, 2015). For å optimalisere dette er det av betydning med gode organisatoriske rammer, holdninger og kultur på arbeidsplassen, slik at det legges til rette for god praksis rundt nasjonale anbefalinger for smittevern (Sinkowitz-Cochran et al., 2012). Disse faktorene kan virke fremmende for hvordan helsepersonell praktiserer og utøver basalt smittevern. Opplevde barrierer vil derimot kunne virke negativt inn på etterlevelsen av nasjonale anbefalinger (Sinkowitz-Cochran et al., 2012). Nasjonale anbefalinger og retningslinjer vil kunne føre til økt kunnskap for helsepersonell i forbindelse med praksis for screening, og kan bidra til å redusere opplevde barrierer (Santos, Mayo, & Siegel, 2008).

1.1 Oppgavens hensikt og formål

Formålet med denne studien er å få et innblikk i hvordan helsepersonell opplever praksis knyttet til screening for MRSA, ESBL og VRE, og hvilke erfaringer de i har i forhold til faktorer som kan bidra til å fremme eller hemme etterlevelse av nasjonale anbefalinger for screening.

I Norge har nasjonale anbefalinger for screening av MRSA vært på plass siden 2004, mens for ESBL og VRE ble slike retningslinjer først publisert i 2013. Til tross for at nasjonale anbefalinger for screening av antibiotikaresistente mikrober har eksistert i snart 15 år, er det ikke blitt undersøkt i hvilken grad retningslinjene etterleves på sykehus i Norge eller hvilke faktorer som påvirker etterlevelse av screening for MRSA, ESBL og VRE (Elstrøm & Aavitsland, 2008; FHI, 2009). Nasjonalt folkehelseinstitutt deltar i et internasjonalt prosjekt for å se nærmere på helsepersonells etterlevelse av nasjonale anbefalinger i forhold til screening av antibiotikaresistente mikrober i sykehus. Prosjektet er opprinnelig initiert av Glasgow Caledonian University i Skottland og skal gjennomføres i flere europeiske land. Resultatene fra prosjektet vil kunne gi nyttig informasjon som kan bidra til å fylle de eksisterende kunnskapshullene knyttet til infeksjonskontroll, samt implementering og etterlevelse av relaterte intervensjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a; WHO, 2015). De nasjonale anbefalingene er planlagt revidert i 2018/2019, og Folkehelseinstituttets prosjekt har blant annet til hensikt å innhente data som kan bidra med informasjon til dette revideringsarbeidet.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen for studien ble utarbeidet i samsvar med prosjektet som gjøres av Folkehelseinstituttet. Studien tok utgangspunkt i én del av Folkehelseinstituttets prosjekt, og det var ønskelig å undersøke holdninger og kunnskap blant helsepersonell knyttet til screening av MRSA, ESBL og VRE i norske sykehus. Problemstilling ønsket belyst var:

” Hvilke faktorer bidrar til å fremme eller hemme helsepersonells etterlevelse av nasjonale anbefalinger for screening av MRSA, ESBL og VRE i norske sykehus? ”

1.2.1 Forskningsspørsmål

Som grunnlag for studien ble relevante forskningsspørsmål tilknyttet Folkehelseinstituttets prosjekt benyttet.

Forskningsspørsmålene var følgende:

- Kartlegge om fungerende praksis for screening av MRSA, ESBL og VRE er i samsvar med nasjonale retningslinjer.
- Hvilke barrierer og fasilitatorer kan bidra til å hemme eller fremme implementeringen av retningslinjer i norske sykehus.
- Undersøke etterlevelse av de nasjonale anbefalingene for screening av MRSA, ESBL og VRE blant helsepersonell.

1.3 Avgrensninger

- Ulike typer av MRSA, ESBL og VRE

I denne studien er det lagt vekt på screening av pasienter for antibiotikaresistente mikrober i sin helhet ved sykehus i Norge. Ved sammenligning av forekomst av antibiotikaresistens nasjonalt og internasjonalt, samt ved ulike mikrobiologiske undersøkelser kan det differensieres mellom ulike typer av MRSA, ESBL og VRE. Det er derimot ikke gjort noe forsøk på å skille mellom de ulike typene i denne studien, da det på bakgrunn av problemstilling og forskningsspørsmål ikke er relevant. De nasjonale anbefalingene for norske sykehus er retningslinjer kun for når og hvordan screening skal utføres, og differensierer ikke mellom de forskjellige typene av MRSA, ESBL og VRE.

Ved MRSA kan det skille mellom hvor smitten er ervervet, på helseinstitusjon, i samfunnet, i utlandet eller smitte ervervet gjennom dyr, nærmere bestemt svin (Elstrøm &

Aavitsland, 2008). For ESBL-holdige bakterier skilles det mellom ulike typer av antibiotika som det erverves resistens mot. I denne studien skilles det i hovedsak ikke mellom disse, men der det er nødvendig er det er valgt å vektlegge resistensmekanismen knyttet til betalaktamaser, fremfor resistensmekanismen knyttet til overførbare karbapenemaser. (NORM/NORM-VET, 2017; Sundsfjord, Simonsen, Haldorsen, Lundblad, & Samuelsen, 2008). Ved sammenligning av forekomst av ESBL nasjonalt og internasjonalt, er det valgt å sammenligne resistens mot antibiotika som klassifiseres som 3. generasjons cefalosporiner. Når det gjelder VRE kan det gjøres et skille mellom ulike genotyper av vankomycinresistens, samt ulike bakteriestammer som kan erverve resistens mot antibiotikumet vankomycin (Sydnor & Perl, 2011).

- Tiltak for å hindre spredning

Ved positivt svar på screening skal det ifølge nasjonale anbefalinger iverksettes ulike tiltak for å forebygge videre spredning av smitte. Disse tiltakene henger tett sammen med prosedyren for screening (Elstrøm & Aavitsland, 2008; FHI, 2013) For å belyse problemstillingen er det i denne studien avgrenset til å se på screening som et isolert tiltak.

1.4 Begrepsavklaringer

- Infeksjonskontrollprogram

Et kvalitetssikringssystem som omfatter alle planlagte tiltak for å forebygge at infeksjoner oppstår i helseinstitusjoner, og videre for å holde forekomsten av infeksjoner i helse- og omsorgstjenesten på et lavt nivå, samt håndtering og oppfølging ved utbrudd av infeksjoner. Nødvendige smittevernstiltak ved enhver helseinstitusjon skal være skriftlig nedfelt i et infeksjonskontrollprogram (Forskrift om smittevern i helsetjenesten, 2005).

- Smittevernveileder

Oppslagsverk om forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer, som blant annet tar for seg rutiner for å unngå spredning av smitte, og hvordan disse rutinene skal utføres (FHI, 2013).

2.0 BAKGRUNN

Folkehelseloven har som formål å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse (Folkehelseloven, 2011). For å bidra til denne samfunnsutviklingen må det iverksettes tiltak for å redusere trusselen som den stadig økende forekomsten av antibiotikaresistente mikrober representerer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Folkehelsearbeid går ut på å jobbe sykdomsforebyggende og helsefremmende, der målet er å forebygge sykdom, skade eller lidelse (Folkehelseloven, 2011).

Folkehelseloven (2011) ilegger Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet ansvaret med å ha oversikt over befolkningens helsetilstand, og forhold som påvirker folkehelsen. Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten belyser Folkehelseinstituttets ansvar for utarbeiding av faglige veiledere og retningslinjer for smittevernarbeidet i Norge (Forskrift om smittevern i helsetjenesten, 2005). Det er viktig å iverksette en innsats for å redusere utvikling av antibiotikaresistens, og de fatale konsekvensene dette i verste fall kan medføre. I Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015-2020 har regjeringen belyst mål og tiltaksområder for å oppnå dette. Helsevesenet er en av instansene som er vesentlig i dette arbeidet. Tiltak som iverksettes her kan i stor grad bidra til at befolkningen beskyttes mot helsetrusler. Dessuten kan tiltakene bidra til å forebygge sykdom og skade som følge av antibiotikaresistens (Folkehelseloven, 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

2.1 Antibiotika og antibiotikaresistens

Antibiotika er betegnelsen på alle antibakterielle midler som brukes til å behandle infeksjonssykdommer forårsaket av bakterier. Introduksjonen av antibiotika på begynnelsen av 1940 årene førte til en revolusjon innen medisinsk behandling og håndtering av bakterielle infeksjoner. Antibiotika anses som en av de viktigste oppdagelsene innen medisinsk historie (Aminov, 2017). Alexander Fleming oppdaget penicillin ved en tilfeldighet i 1928, og oppdagelsen ble videre fulgt opp av Howard Walter Florey. Bakterielle infeksjoner hadde hittil vært den ledende årsaken til sykdom og død i den menneskelige populasjonen. Ti år senere fremstilte Florey konsentrert penicillin, som ble tatt i bruk i klinisk sammenheng i USA og England kort tid etter (Yazdankhah, Lassen, Midtvedt, & Solberg, 2013). Antibiotika førte til at det i de neste femten årene kunne sees en drastisk reduksjon i dødeligheten som følge av slike infeksjonssykdommer (Aminov, 2017).

Bakterier er en meget tilpasningsdyktig organisme, og resistens mot antibiotika ble oppdaget kort tid etter introduksjonen av legemiddelet. Fleming opplyste om dette allerede i 1945, da han hadde latt seg merke ved at resistente mikrober utviklet seg i laboratoriet. Med dette advarte han om at det samme ville kunne skje i den menneskelige kroppen (Santos-Beneit, Ordóñez-Robles, & Martín, 2017). Antibiotikaresistens er et naturlig fenomen, og fremtrer når bakterier utvikler egenskaper som gjør at de ikke lenger responderer på antimikrobielle midler (ECDC, 2017). Dette kan sees i lys av darwinistisk evolusjonsteori som beskriver naturlig seleksjon og mutasjoner. Genene til bakteriene forandrer seg under celledelingen og muterer, eller ved at de tilegner seg antibiotikaresistente gener (Santos-Beneit et al., 2017). Dette kan skje via naturlig resistens der mikrober har en iboende resistens mot antibiotika, eller via det som omtales som ervervet resistens (Gaustad, 2001). Dette er tilfeller der det skjer forandringer i arvestoffene til mikrobene gjennom mutasjoner, eller opptak av nytt arvestoff. Dette kalles horisontal overføring, og er hovedårsaken for utvikling av antibiotikaresistens. Dersom bakterien utsettes for antibiotika som den ervervede resistensmekanismen er rettet mot, vil bakterien utsettes for seleksjonspress og unyttige egenskaper vil videre velges bort i kampen for å overleve. Dette er av stor relevans for bakteriers evne til å unngå virkningen av antibiotika, og bidrar til at den ervervede resistensen kan spres raskt mellom bakterieslekter. Slik antibiotikaresistens som følge av horisontal overføring har liten utbredelse i antibiotikafrie miljøer. Det kan derfor sees en sammenheng mellom antibiotikabruk og resistens (Gaustad, 2001; Steinbakk et al., 2014)

Antibiotika har vært en forutsetning for utviklingen som har tatt form innen medisinsk behandling siden midten av 1900-tallet. Utviklingen av flere typer antibiotika har gjort det mulig å behandle en hel rekke av bakterielle infeksjonssykdommer, til og med sykdommer som tidligere stort sett hadde dødelig utfall. Dette har ført til store fremskritt innen medisinsk teknologi med blant annet utvikling innen transplantasjon- og protese kirurgi. Store kirurgiske inngrep og ulike typer kreftbehandling er avhengige av antibiotika, da farene for livstruende infeksjoner er så store (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a; Yazdankhah et al., 2013).

Antibiotika har i mange tiår blitt omtalt som «the magic bullet», altså en mirakelkur som kan behandle det meste av sykdommer. Dette har ført til en lav terskel for forskrivelse og bruk av antibiotika. I dag sees det at en av hovedårsakene til forekomst av antibiotikaresistens er et overforbruk av antimikrobielle midler, og resistensutviklingen har ført til at færre antibiotika kan bidra til effektiv behandling. Samtidig går utviklingen av nye antimikrobielle midler

sakte. Siden 1970 har det kommet svært få nye antibiotikatyper på markedet (Yazdankhah et al., 2013). Dette sett i sammenheng med økende antibiotikaresistens kan føre til at tilsynelatende ufarlige infeksjoner kan få dødelige utfall. Det er risiko for en fremtid som er i mangel på effektive antibiotika i behandlingen av bakterielle infeksjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a; WHO, 2017a). Nasjonalt og globalt er det opprettet program knyttet til antibiotikastyring der noen av hovedmålene er å redusere bruk av antibiotika. I tillegg rettes det fokus på at ansvarlig bruk opprettholdes når behandling med antibiotika er nødvendig. Det vektlegges å øke kunnskapsgrunnlaget blant helsepersonell som et bidrag i å forebygge spredning og forekomst av antibiotikaresistente mikrober. Norske helsemyndigheter har satt ett mål om å redusere den nasjonale antibiotikabruken med 30% innen 2020, sammenlignet med bruk av antibiotika i 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, 2015b). Dette vil kunne medvirke til at vi kan beholde effektive antibiotika i infeksjonsbehandling også i fremtiden (FHI, 2015a).

I tillegg til bruk av antibiotika, vil økt forekomst av resistente bakterier også være avhengig av bakterienes evne til å overleve og å utbre seg i befolkningen (Elstrøm & Aavitsland, 2008). Derfor er det viktig å også ta hensyn til å unngå økt spredning av bakterier som fører til antibiotikaresistens i fremtiden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Det er spesielt ønskelig å unngå at antibiotikaresistente bakterier spres i helseinstitusjoner. Mennesker som er syke er særlig sårbare dersom de skulle bli utsatt for infeksjon, og i verste fall smittet med en antibiotikaresistent bakterie. Helsepersonell har en viktig rolle i å forebygge at slike infeksjoner oppstår. I tillegg til å øke rekonvalesens blant syke, vil forebygging av infeksjoner også kunne bidra til å unngå unødvendig bruk av antibiotika (FHI, 2015a; Forskrift om smittevern i helsetjenesten, 2005).

2.1.1 MRSA

Staphylococcus aureus er en del av normalfloraen av bakterier de fleste mennesker har på huden og slimhinner, også kjent som gule stafylokokker. Opptil 40 prosent av befolkningen er til enhver tid friske bærere av bakterien uten å ha tegn på sykdom. Når sykdom oppstår viser dette seg som regel som overfladiske sårinfeksjoner, men infeksjon med gule stafylokokker kan også forårsake infeksjoner i indre organer (FHI, 2017a). Bakterien smitter fra person til person ved direkte kontakt, men kan også smitte indirekte via avstøtte hudceller som sirkulerer i luften eller via gjenstander (Kildal, 2012). I miljøer der det befinner seg personer

med nedsatt immunforsvar og som dermed er spesielt infeksjonsmottakelige, er dette en sykdomsfremkallende bakterie det er viktig å ta hensyn til. Det er når disse bakteriene har blitt resistente mot antibiotikumet som vanligvis brukes ved behandling av stafylokokkinfeksjoner, det kalles *meticillinresistente Staphylococcus aureus*, MRSA (FHI, 2009).

På samme måte som med gule stafylokokker er mange bærere av MRSA uten at det forårsaker sykdom. MRSA skiller seg heller ikke fra gule stafylokokker når det kommer til smittsomhet eller evne til å gi sykdom. Hvis det derimot oppstår en infeksjon kan bakterien forårsake sykdom som vil være vanskeligere å behandle enn «antibiotikafølsomme» stafylokokkinfeksjoner på grunn av resistens, og påfølgende mangel på effektiv antibiotika (FHI, 2009, 2017a; Jennum, Walberg, Ronning, & Kristoffersen, 2008). På bakgrunn av dette er det påvist høyere sykkelighet og dødelighet knyttet til infeksjoner forårsaket av MRSA enn ved infeksjoner forårsaket av gule stafylokokker (Elstrøm & Aavitsland, 2008).

Forekomsten av infeksjoner med MRSA i Norge er relativt lav i forhold til andre land. På begynnelsen av 2000-tallet ble de fleste tilfellene av MRSA oppdaget hos mennesker som var innlagt på sykehus. Fra 2010 til 2016 er det derimot registrert en kraftig økning i tilfeller hvor smitte er ervervet i samfunn, samt tilfeller som er rapportert smittet i utlandet. I 2015 ble det totalt rapportert 2235 tilfeller av MRSA i Norge, der 1450 av disse tilfellene var bærerskap og dermed ikke har utviklet sykdom som følge av bakterien. De resterende 785 tilfellene hadde en klinisk infeksjon forårsaket av MRSA (Elstrøm & Aavitsland, 2008; Kacelnik et al., 2016). I noen deler av verden ser man ofte at over 50% av blodforgiftninger forårsaket av gule stafylokokker, skyldes MRSA. I Norge er denne andelen under én prosent, men det er tendenser til at forekomsten er økende (NORM/NORM-VET, 2017). Infeksjoner forårsaket av MRSA kan føre til økt sykkelighet, og i verste fall dødelighet, blant personer som trenger behandling i helseinstitusjon (Kacelnik et al., 2016).

2.1.2 ESBL

ESBL er en forkortelse for det som i Norge betegnes som *betalaktamaser med utvidet spektrum*, og er en betegnelse på et enzym som i hovedsak produseres av bakterier som tilhører normalfloraen i tarmen. ESBL er derfor ikke en spesiell type bakterie, men en resistensmekanisme hvor enzymet inaktiverer effektive antibiotika i behandling av infeksjoner (Paterson & Bonomo, 2005; Tveten, Sarjomaa, Skaare, Grude, & Samuelsen,

2011). Enzymene befinner seg ofte på mikrober med egenskaper som gjør at overføringen av resistens kan skje både innen og på tvers av bakteriearter. Disse egenskapene bidrar til økt risiko for spredning, særlig på sykehus (Wilmore et al., 2017).

Resistensmekanismen produseres oftest av gram-negative bakterier som tilhører bakteriefamilien enterobacter, og inkluderer blant annet bakterieslektene *E. coli* og *Klebsiella* (Sundsford et al., 2008). Dette er bakterier som til vanlig befinner seg i tarmen. Dersom de spres til andre deler av kroppen kan de bidra til blant annet luftveis- og urinveisinfeksjoner. Mange i befolkningen kan være bærere av ESBL i tarmen, uten at dette gir sykdom (Brolund, 2014; Hertz et al., 2016). Infeksjoner med ESBL-holdige bakterier er forbundet med økt morbiditet og mortalitet, og på verdensbasis har forekomst av ESBL økt kraftig (Ray et al., 2018). Antallet som er kolonisert med ESBL er økende, smitteoverføring i sykehus blir vanligere, og risikoen for å bli smittet med ESBL øker dermed tilsvarende. På grunn av resistens vil det for eksempel kunne være vanskelig å effektivt behandle en urinveisinfeksjon forårsaket av ESBL (Brolund, 2014). Dette medfører en risiko for at infeksjonen forverrer seg og i verste fall har dødelig utfall (Ray et al., 2018).

Internasjonalt har det vært en dramatisk økning i forekomsten av ESBL, men i Norge har forekomst av ESBL vært forholdsvis lav de siste årene. I 2016 var det i Norge 152 rapporterte tilfeller av pasienter med infeksjoner i blod forårsaket av ESBL-positiv *E. coli* eller *klebsiella*. I Norge var forekomsten av resistens mot 3. generasjons cefalosporiner i *E. coli* 5,5 % i 2013, og 5,6% i 2016, mens i Italia har det vært en økning fra 26, 2% i 2013, til 29,8 % i 2016 (ECDC, 2017; NORM/NORM-VET, 2017). Grunnet økt forbruk av antibiotika og import av resistente bakterier som følge av større reisevirksomhet, er en aktiv innsats mot resistens forårsaket av ESBL en vedvarende nødvendighet (NORM/NORM-VET, 2017).

2.1.3 VRE

En annen bakterieslekt som finnes i normalfloraen i tarmen til mennesker er enterokokker og vanligst er bakteriene *enterococcus faecalis* og *enterococcus faecium*. Så lenge disse bakteriene befinner seg i tarmen forårsaker de sjeldent sykdom. Spres de derimot utenfor tarmen kan de forårsake blant annet urinveisinfeksjon, sårinfeksjon eller endokarditt, og i sjeldne tilfeller kan de føre til infeksjon i blodbanen (ECDC, 2017). Enterokokker er en vanlig årsak til sykehusinfeksjoner. En av årsakene til dette er bakterienes evne til å utvikle resistens mot antibiotika. Dette bidrar til bedre overlevelsessevne i institusjoner med høyt antibiotikaforbruk,

eksempelvis som i sykehus. WHO har listet *Vankomycinresistente enterokokker* (VRE) som en av de viktigste antibiotikaresistente enterokokkene, grunnet sparsomt med tilgjengelig effektiv behandling (Flokas, Karageorgos, Detsis, Alevizakos, & Mylonakis, 2017; WHO, 2017b). Mange kan være bærere av VRE uten at dette forårsaker sykdom, men i likhet med MRSA og ESBL vil infeksjoner med VRE kunne være vanskelig å behandle effektivt. I 2015 ble det totalt meldt 77 tilfeller med VRE i Norge, hvorav 9 av disse tilfellene var infeksjon med VRE. Til sammenligning var det meldt 291 tilfeller i 2011, hvorav 13 av disse var infeksjon med VRE (Kacelnik et al., 2016). I Europa har ikke forekomsten av VRE endret seg signifikant mellom 2013 og 2016, og i de fleste land er forekomsten vedvarende lav. Det er derimot noe bekymring rettet mot at forekomsten er stigende i noen europeiske land der det allerede er høy forekomst av VRE (ECDC, 2017). Av de 77 meldte tilfellene av VRE i Norge i 2015, var 90% av tilfellene innlagt på sykehus (Kacelnik et al., 2016). Pasienter på sykehus som er kolonisert med VRE er en risiko, da dette kan føre til utbredt kontaminasjon av omgivelsene. Bakteriestammene er vanskelige å bli kvitt og kan videre føre til utbrudd på avdelinger og sykehus i sin helhet. Implementering av tiltak som screening for å identifisere asymptomatiske bærere, kan bidra til å redusere spredning av VRE i sykehus (Tan, Jiang, & Ng, 2017).

2.1.4 Helsetjeneste-assosierte infeksjoner

Helsetjeneste-assosierte infeksjoner (HAI) er en av de vanligste komplikasjonene som kan oppstå i forbindelse med innleggelse i sykehus (WHO, 2016). HAI betegner infeksjoner som oppstår i forbindelse med et sykehusopphold. Infeksjonen må ikke være tilstede eller i utvikling ved innleggelsestidspunkt (Saunes, Tomic, Helgeland, & Lindahl, 2016). De vanligste HAI er urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, postoperative sårinfeksjoner, og sepsis. Slike infeksjoner kan føre til forlenget sykehusopphold og medfører ofte bruk av antibiotika. Dette medfører igjen en risiko for utvikling av antibiotikaresistens (WHO, 2016). «Health at a Glance», en rapport gjort av The Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), sammenligner helse og helsesystem blant medlemslandene i OECD. Rapporten måler forekomst av sykehusinfeksjoner, og Norge scorer her dårlig i forhold til resten av landene i rapporten (OECD, 2016). Folkehelseinstituttets prevalensundersøkelse i november 2016 viste en andel på 4,9% av alle pasienter innlagt på norske sykehus med påvist HAI (FHI, 2017b). En stor andel av sykehusinfeksjoner er forårsaket til dels mangelfull etterlevelse av nasjonale anbefalinger innen smittevern, og de fleste sykehusinfeksjoner kan

forebygges ved hjelp av effektiv infeksjonsforebygging og kontrolltiltak (Sydnor & Perl, 2011; WHO, 2016).

2.1.5 Screening

Det er ønskelig å unngå at MRSA, ESBL og VRE-holdige bakterier spres i helseinstitusjoner, spesielt i sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). For å unngå dette brukes det i Norge en let-og-utrydd-strategi. Dette går ut på å lete aktivt etter smittede, og deretter sette inn tiltak for å hindre videre spredning dersom det oppdages tilfeller som er bærere av antibiotikaresistente mikrober (Elstrøm & Aavitsland, 2008). Som en del av let-og-utrydd-strategien er screening et sentralt smitteverntiltak i sykehus for å begrense spredning av MRSA, ESBL og VRE. Dette er et effektivt tiltak for å identifisere mikrobene, men vil ikke bidra til å hindre spredning med mindre det er en del av et større infeksjonskontrollprogram. Screening bør utføres som et ledd av nasjonale anbefalinger i forhold til smittevern, og formålet er hovedsakelig å hindre spredning (Moodley & Whitelaw, 2015). Målet med let-og-utrydd-strategien er at ikke antibiotikaresistente mikrober skal etablere seg og bli en del av bakteriefloraen i norske sykehus. For å redusere risiko for spredning av disse mikrobene i sykehus er det ønskelig å screene alle som skal legges inn som pasient på sykehus, og som kan være eksponert for disse bakteriene (van Rijen & Kluytmans, 2014; Weinstein, Diekema, & Edmond, 2007).

Ved smitte med MRSA forsøkes det å utrydde bakterien ved at pasienten kan tilbys sanering av bærerskapet, ved ESBL og VRE er det ingen effektiv behandling for å utrydde de antibiotikaresistente mikrobene. Let-og-utrydd vil på sykehus dermed i stor grad gå ut på aktiv identifisering, og videre iverksetting av smittevernstiltak som dråpesmitte- og kontaktsmitteisolering (Edmond & Wenzel, 2013; Moodley & Whitelaw, 2015). Det utføres ikke rutinemessig screening for MRSA, ESBL og VRE i samfunnet da bærerskap ikke nødvendigvis fører til sykdom, og i mange tilfeller er det dermed ikke behov for sanering eller behandling (Elstrøm & Aavitsland, 2008; FHI, 2013). I Norge har MRSA screening av pasienter på sykehus vært en rutine siden begynnelsen av 2000-tallet. Pasienter som anses å være i risikogruppen screenes rutinemessig ved å ta en MRSA-prøve fra nese, hals og perineum (FHI, 2009). Rutinemessig screening for ESBL og VRE er implementert på sykehus i Norge de siste 5 årene. Screening av pasienter i risikogruppen utføres ved hjelp av en rektalpensel med synlig avføring på penselen eller avføringsprøve (FHI, 2013).

2.1.6 Nasjonale anbefalinger for screening av MRSA, ESBL og VRE

Folkehelseinstituttet har utarbeidet nasjonale anbefalinger for smittevernstiltak som forebygger spredning av antibiotikaresistente mikrober på sykehus. De nasjonale anbefalingene baserer seg på rapporter og anbefalinger fra andre smitteverninstitutter og organisasjoner, tilgjengelige kunnskapsoppsummeringer og dokumenterte erfaringer fra håndtering av pasienter med antibiotikaresistente mikrober (FHI, 2015b). Målet med de nasjonale anbefalingene er å bidra med veiledning og retningslinjer for å unngå at antibiotikaresistente mikrober etablerer seg, og blir endemiske ved sykehus i Norge (FHI, 2011).

Nasjonale anbefalinger for screening er en del av smitteverntiltakene for å forebygge spredning av MRSA, ESBL og VRE i norske sykehus. Anbefalingene tar for seg hvilke kriterier som må oppfylles for at en pasient skal anses å være i risikogruppe, samt hvor det skal screenes fra, og hvordan screeningen utføres (FHI, 2009, 2011, 2013, 2015b). Det er gjort en kunnskapsbasert vurdering for hvordan kriteriene kan være mest mulig gjennomførbare, men samtidig være omfattende nok til å identifisere risiko for bærerskap av antibiotikaresistente mikrober. Videre er de nasjonale anbefalingene for screening er utarbeidet slik at det er størst mulig likhet mellom kriteriene for screening av MRSA, ESBL og VRE (FHI, 2015b). De nasjonale anbefalingene for screening av MRSA, ESBL og VRE sees i tabellen på neste side (FHI, 2009, 2011, 2015b).

Tabell 1: Oversiktstabell over de nasjonale anbefalingene for screening av MRSA, ESBL og VRE (FHI, 2009, 2011, 2015b).

Risikokriterier der pasienten i løpet av de siste 12 månedene har:	MRSA	VRE	ESBL
<ul style="list-style-type: none"> • Vært innlagt på helseinstitusjon utenfor Norden 	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Fått omfattende undersøkelse eller behandling på helseinstitusjon utenfor Norden 	X		
<ul style="list-style-type: none"> • Arbeidet som helsearbeider utenfor Norden 	X		
<ul style="list-style-type: none"> • Oppholdt seg i barnehjem eller flyktningeleir 	X		
<ul style="list-style-type: none"> • Pasienten har kliniske tegn på hud/sårinfeksjon, kronisk hudlidelse, eller fått innlagt medisinsk utstyr som har brutt slimhinne-/hudbarrieren og som har oppholdt seg sammenhengende i land utenfor Norden i mer enn 6 uker 	X		
<ul style="list-style-type: none"> • Innlagt på helseinstitusjon med pågående utbrudd 	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Bodd i samme husstand som person med påvist bærerskap 	X		X
<ul style="list-style-type: none"> • Hatt nær kontakt med kjent bærer 	X		
<ul style="list-style-type: none"> • Tidligere positive resultater ved screening 	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Ved innleggelse i avdeling som forbindes med særlig mottakelige pasienter og/eller stor risiko for spredning, slik som brannskadeavdeling, og intensivavdeling, 			X

2.2 Tidligere forskning

For å se hva tidligere forskning sier om helsepersonells etterlevelse av nasjonale anbefalinger for screening, er det blitt utført et litteratursøk i ulike elektroniske databaser etter relevant forskning og forskningsartikler. I utgangspunktet ble søket begrenset til materiale som er publisert for mindre enn ti år siden, og søket er utført på ulike databaser ved å bruke vide termer og søkeord, for å åpne for et bredt spekter av potensielle studier. Databasene som er benyttet er MEDLINE, OVID og CINAHL, og med søkeord som «Compliance», «Attitude*», «Nurs*», «antimicrobial resistance», «guidelines», «health care», «health care Personell», «Hospital», «MRSA», «ESBL» og «VRE». Innsyn i referanselisten til ulike artikler som er publisert, har bidratt til at snøballmetoden i stor grad også er benyttet i søket etter relevant forskning.

I forhold til antibiotikaresistens er lite biomedisinsk forskning overført til iverksatte intervensjoner for å bedre klinisk behandling i helsevesenet, og det er gjort få studier på effekt av screening. De fleste intervensjonene for å redusere antibiotikaresistens er primært basert på erfaring og empiri, men i liten grad basert på forskning og dokumentasjon (Edmond, Masroor, Stevens, Ober, & Bearman, 2015; Martin et al., 2016). Skov et al (2008) viser i sin forskning at det frem til de siste årene er det sett en markant økning i forekomst av MRSA. Dette til tross for at tiltak er iverksatt, slik som screening av alle pasienter som møter risikokriteriene. Dette kan relateres til at de tradisjonelle risikokriteriene er i endring, og at det kan være hensiktsmessig å inkludere andre risikogrupper i de nasjonale anbefalingene for screening (Skov et al., 2008).

I forskningsmiljøet diskuteres det om screening er et tiltak som er effektivt i å forebygge spredning av antibiotikaresistente mikrober. Det vises til at det er vanskelig å identifisere enkelttiltak som er effektive for reduksjon av antibiotikaresistens i seg selv, og at det er den totale pakken av smittevernstiltak som har effekt. (Edmond & Wenzel, 2013; Fatkenheuer, Hirschel, & Harbarth, 2015). Derimot viser andre studier til en assosiasjon mellom introduksjonen av tiltaket med screening av alle pasienter ved innleggelse i sykehus, og en nedgang i antall tilfeller kliniske isolat med MRSA i blodbanen og tidlig død som følge av dette. Den reduserte forekomsten ble sett både ved innleggelse, og 30 dager etter utskrivelse. (Lawes, Edwards, López-Lozano, & Gould, 2012; Robicsek, Beaumont, Paule, & et al., 2008).

En studie gjennomført i Skottland undersøker hva som påvirker helsepersonells etterlevelse av MRSA screening. Funnene viser til at holdninger blant helsepersonell er en viktig faktor som kan påvirke etterlevelsen av nasjonale anbefalinger (Currie et al., 2011). Ved Glasgow Caledonian University i Skottland er det i 2017 blitt gjennomført en lignende studie knyttet til screening av ESBL. Studien er ikke publisert, men universitetet og forfatterne viser til resultater der kunnskap, og eventuell mangel på dette er en faktor som er vesentlig for å oppnå etterlevelse av retningslinjer for screening av ESBL. Dessuten viser resultatene til at holdninger, atferd og helsepersonells sosiale kontekst er av betydning (Currie et al., 2017). Gjennom litteratursøk er det bortsett fra dette funnet lite forskning som tar for seg helsepersonells etterlevelse av nasjonale anbefalinger for screening. I helsevesenet har det blitt vanligere å implementere retningslinjer for klinisk praksis, men det er i forskningen gjort lite studier på hvordan retningslinjene faktisk fungerer (Bahtsevani, Willman, Stoltz, & Östman, 2010).

Imidlertid er det funnet noen studier som tar for seg helsepersonells holdninger til basalt smittevern, og hvordan dette påvirker etterlevelsen av relevante retningslinjer. Til tross for at dette ikke dreier seg spesifikt om screening for antibiotikaresistente mikrober, har dette allikevel relevans for å belyse problemstillingen i denne studien. Suchitra og Lakshmi (2007) ser i sin studie på holdninger, kunnskap og praksis blant helsepersonell i forhold til sykehusinfeksjoner. Mangelfull kunnskap, erfaring, og manglende opplysning om at det finnes nasjonale anbefalinger for smittevern i helseinstitusjonen, var de viktigste faktorene for redusert etterlevelse av nasjonale anbefalinger. Dette støttes opp i forskningen gjort på håndhygiene blant helsepersonell av Lee et al (2014), der holdninger viste seg å påvirke etterlevelsen av klinisk praksis. Oppfattelsen av å være en god rollemodell for sine kollegaer ble funnet å være viktig for å bedre etterlevelsen av anbefalt praksis for håndhygiene (Lee et al., 2014). Funnene i studien som er utført av Suchitra & Lakshmi (2007) viser til at mangelfull opplæring og undervisning var blant de viktigste faktorene på gruppenivå. Samtidig poengteres også høyt arbeidstempo og arbeidsmengde som en vesentlig faktor som kan hemme eller fremme etterlevelse (Suchitra & Lakshmi, 2007).

Organisatoriske rammer rundt helsepersonell og kulturen på arbeidsplassen har ifølge forskningen stor betydning når det kommer til smittevern. Studien gjort av Sinkowitz-Cochran et al. (2012) viser til at disse rammene også har betydning for kunnskap og holdninger blant helsepersonell. Organisatoriske rammer legger til rette for at holdninger

adapteres, at helsepersonell holdes faglig oppdaterte, og at eventuelle barrierer for etterlevelse av smittevernsrutiner elimineres eller i verste fall forsterkes (Sinkowitz-Cochran et al., 2012). Til tross for at nasjonale anbefalinger blir ansett som et viktig verktøy blant helsepersonell, er det identifisert utfordringer som bidrar til at disse ofte ikke blir implementert fullstendig i klinisk praksis (Yagasaki & Komatsu, 2011). Deres forskning viser til at det må gjøres tiltak også på organisasjonsnivå, slik at det legges til rette for at intervensjonen skal kunne bli integrert i normal praksis. Dette støttes opp i forskningen gjort av Mamhidir et al (2011) som viser til betydningen av organisatoriske faktorer i forhold til implementeringsprosesser. I arbeidet med å forebygge antibiotikaresistens viser funnene deres til at kunnskapsbasert opplæring og systematisk oppfølging er tiltak som bør prioriteres av ledelsen i organisasjonen (Mamhidir, Lindberg, Larsson, Flackman, & Engstrom, 2011).

2.3 Teoretisk rammeverk

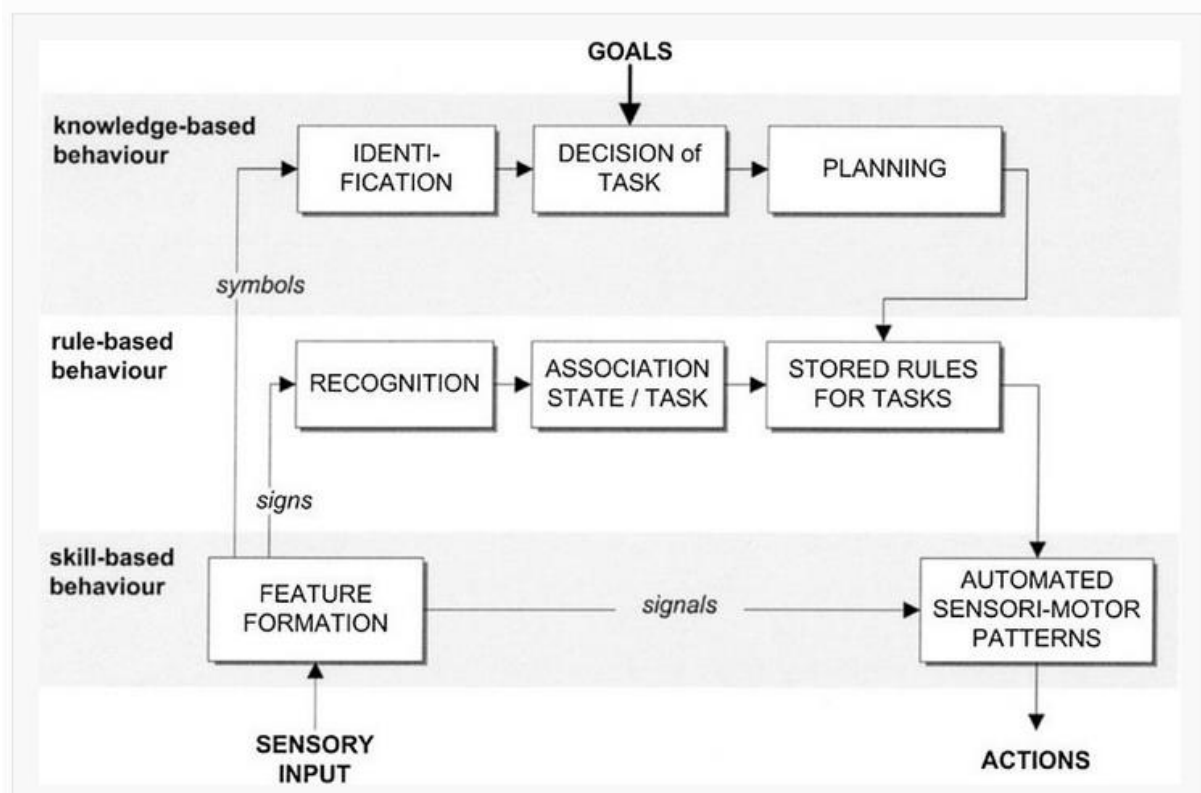
Helsepersonell er ifølge pasientskadeloven pliktet til å ivareta pasientens sikkerhet ved blant annet å forebygge smitte (Pasientskadeloven, 2001). Pasientsikkerhet handler om unngåelse og forebygging av uheldige utfall eller skader som følge av behandling eller kontakt med helsevesenet (Vincent, 2010). Helsepersonell med tilstrekkelig kunnskap og kompetanse, og som utøver gode smittevernrutiner er med på å forebygge spredning av MRSA, ESBL og VRE, samt redusere risiko for sykehusinfeksjoner (Lunde & Moen, 2014). For å optimalisere dette viser forskning at det også er av betydning å ha gode organisatoriske rammer og kultur på arbeidsplassen, slik at det legges til rette for god praksis knyttet til smittevern (Sinkowitz-Cochran et al., 2012). Målet med denne studien er å få et innblikk i hva som påvirker helsepersonells etterlevelse av nasjonale anbefalinger for screening. For å belyse dette er teoretiske rammeverk relatert til hva som påvirker helsepersonells holdninger relevant. Holdninger og mestringstro er vist å kunne ha påvirkning på atferden knyttet til handlingen som blir utført (De Wandel, Maes, Labeau, Vereecken, & Blot, 2010). Albert Bandura (1977) forklarer at troen på egen mestringsevne handler om troen på seg selv, sett i lys av sine omgivelser. Dette påvirkes av tidligere erfaringer, observasjon og læring fra andre, og faktorer knyttet til individets sosiale kontekst (Bandura, 1977).

Rasmussens modell tar for seg ulike nivåer som kan påvirke atferd. Modellen utpekte seg da den forklarer hva slags atferd som ligger til grunn for ulike individuelle handlinger, i arbeidsmiljø lik det som eksisterer blant annet på sykehus (Rasmussen, 1983; Wentink, Stassen, Alwayn, Hosman, & Stassen, 2003). For å ytterligere belyse hva som kan påvirke

helsepersonells etterlevelse av screening er det også relevant å se på hvordan adferd blant helsepersonell formes og adapteres. Normalization Process Theory (NPT) er benyttet i utformingen av intervjuguide som er brukt i denne studien, og omhandler mekanismer som påvirker hvordan en ny intervensjon skal kunne bli etablert og normalisert praksis (May, 2006). Teorien belyser dynamikken rundt implementering av intervensjoner i en sosial kontekst, og hvilke faktorer som hemmer eller fremmer operasjonalisering av intervensjoner i sykehus (Foss, Knutsen, Henni, & Myrstad, 2017; May et al., 2007; May, Sibley, & Hunt, 2014).

2.3.1 Rasmussens Modell

Rasmussens modell om menneskelig atferd kan være en nyttig modell for å belyse hvordan helsepersonells holdninger og kunnskap rundt screening av MRSA, ESBL og VRE påvirkes av ulike atferdsnivåer (Wentink et al., 2003). Modellen tar for seg tre nivå og skiller mellom ferdighetsbasert atferd, regelbasert atferd og kunnskapsbasert atferd. Et av aspektene ved denne modellen er hvordan informasjon eller indikasjoner fra omgivelsene oppfattes på de ulike atferdsnivåene (Rasmussen, 1983). Tiltak for å bedre pasientsikkerhet er i mange tilfeller sammenlignet med tiltak som gjøres for å forbedre sikkerhet innen luftfart (Vincent, 2010). Rasmussens modell er benyttet i simulatortrening for piloter, der trening i å handle på de ulike atferdsnivåene blir vektlagt, slik at pilotene får opparbeidet seg ferdigheter og handlingskompetanse innen hvert av nivåene (Wentink et al., 2003). Dette er nyttig kunnskap som også kan benyttes for å forklare atferd, samt utvikle handlingskompetanse, blant helsepersonell. Ved at kunnskapsbasert atferd er en integrert del av helsepersonells arbeidshverdag, vil avgjørelser være vurdert i forhold til ervervet kunnskap, kompetanse og erfaring. I artikkelen til Wentink et al (2003) sees det at kirurger som har fått trening i å handle kunnskapsbasert i større grad bidrar til å ivareta pasientsikkerheten.



Figur 1: Rasmussens modell om menneskelig atferd, med tre nivåer for atferd: ferdighetsbasert-, regelbasert- og kunnskapsbasert atferd (Rasmussen, 1983).

2.3.1.1 Ferdighetsbasert atferd

Ferdighetsbasert atferd krever lite eller ingen bevisst kontroll ved utførelse av handlinger eller aktiviteter. Så fort det er oppstått en intensjon utføres handlingen enkelt og automatisert. Handlingen består således av høyt integrerte mønstre for et individs atferd. Kroppen fungerer som et vedvarende kontrollsystem som synkroniserer bevegelser med atferden i omgivelsene, og handlingene som utføres er lært gjennom trening og erfaring. Atferd som utøves på dette nivået krever lite oppmerksomhet for at kontroll skal kunne opprettholdes (Rasmussen, 1983). I løpet av opplæringen trenes helsepersonell i å utvikle en måte å fange opp informasjon på som ikke nødvendigvis krever noen spesiell innsats. Dette kan være tegn i omgivelsene eller spesielle trekk ved en pasient (Kyriacos, Jelsma, & Jordan, 2011). Handling igangsettes ofte ubevisst som et resultat av prosessering av denne informasjonen. Utførelsen av oppgaver styres av innlærte motoriske handlinger, som igjen er basert på en nøyaktig indre gjengivelse av oppgaven, systemets dynamikk, og de aktuelle omgivelsene. (Wentink et al., 2003).

2.3.1.2 Regelbasert atferd

På neste nivå kan atferd forklares ved at utførelsen av oppgaver vil være styrt av vedtatte regler og instruksjoner. Dette omtales av Rasmussen (1983) som regelbasert atferd. I tillegg til opparbeidede ferdigheter, vil tilgjengelige og eksisterende regler og prosedyrer bidra ytterligere til valg av handling i en kjent arbeidssituasjon. Dette kan være regler eller prosedyrer som er basert på erfaring fra tidligere hendelser, instruksjoner gitt av kollegaer eller overordnede, eller gjennom bevisst problemløsning i forbindelse med den aktuelle hendelsen. På sykehus læres helsepersonell opp av hverandre. Dette bidrar til at avgjørelser som tas er avhengig av hva slags informasjon som er gjort tilgjengelig av kollegaer under opplæring. Kultur på arbeidsplassen knyttet til etterlevelse av regler og prosedyrer vil også påvirke individets atferd. På dette atferdsnivået vil handlinger utført av helsepersonell til en viss grad styres av disse faktorene. Dette vil blant annet påvirke hvordan handlingen knyttet til identifisering av risiko for antibiotikaresistente bakterier blir utført. (Sinkowitz-Cochran et al., 2012) (Pugh, Santacaterina, DaRosa, & Clark, 2011). De hensiktsmessige reglene som benyttes er selektert med hensyn til deres suksess i tidligere erfaringer. Informasjonen vil bli oppfattet av individet som tegn, og generer handling ved at tegnet aktiverer eller trigger en vedtatt regel. Identifiseres risiko for bærerskap av antibiotikaresistente bakterier, vil dette trigge iverksettelse av handling på bakgrunn av kjente regler eller prosedyrer (Wentink et al., 2003).

2.3.1.3 Kunnskapsbasert atferd

Det siste nivået i Rasmussens modell er kunnskapsbasert atferd. Denne type atferd oppstår ved handling i ukjente situasjoner eller hvis situasjonen involverer ukjente funn, uten tilgjengelige regler eller erfaringer. Menneskets atferd vil da basere seg på kunnskap, og kjennskap til fundamentale prinsipper og lover som kan relateres til den aktuelle hendelsen. Utførelsen av handling er målorientert og kunnskapsbasert, og styres gjerne av eksplisitte målsettinger, strategier eller veiledere (Rasmussen, 1983). Pugh et al (2011) ser i sin studie på kompleksiteten knyttet til kunnskapsbasert atferd ved å studere beslutningstaking blant kirurger på en operasjonsstue. For å unngå å ta feil beslutninger analyseres hendelsen opp mot det helhetlige målet. Videre utvikles det strategier for å håndtere hendelsene. For å kunne fullføre en slik oppgave med suksess er kunnskap om hva som kreves i enhver situasjon essensielt. Dette krever en større grad av bevissthet enn ved de første to atferdsnivåene. Kunnskapsbasert handling bidrar i stor grad til at riktige vurderinger gjøres i ukjente situasjoner, og bidrar dermed til at feil unngås (Wentink et al., 2003). God kunnskap om

retningslinjene for screening blant helsepersonell, vil dermed kunne bidra til at risiko for bærerskap identifiseres i større grad (Sinkowitz-Cochran et al., 2012). På dette nivået kreves det spesielle tilnærminger for trening og vurderinger, slik at tilgjengelig informasjon prosesseres og integreres i individets atferd (Pugh et al., 2011).

2.3.2 The Normalization Process Theory

The Normalization Process Theory (NPT) er en teori som belyser dynamikken rundt implementering, forankring og integrasjon av intervensjoner i en sosial kontekst. Videre belyses arbeidet som individer og grupper utfører for å gjøre det mulig for en intervensjon å bli normalisert (May, 2006). Teorien har blitt utviklet gjennom tre faser. Den første fasen retter fokus mot faktorer som fremmer eller hemmer integrering av rutiner som en del av hverdagen, og forklarer operasjonalisering av komplekse intervensjoner i helsevesenet. Ytterligere rettes fokus mot generelle prosesser der det forklares hvordan praksis blir integrert i deres sosiale kontekst. Praksis er handlinger mennesker gjør for å utføre spesielle oppgaver og å oppnå spesifikke mål. NPT omhandler den sosiale organiseringen av arbeid, om å gjøre praksis til en rutine i hverdagen, og ivaretagelse av rutinemessige praksis knyttet til deres sosiale kontekst (May & Finch, 2009).

Implementering av intervensjoner i helsevesenet er en prosess som kan være vanskelig. Dette relateres ofte til kompleksiteten i organisasjonsstruktur i kombinasjon med en sosial dimensjon (Cresswell & Sheikh, 2013). NPT forklarer relasjonen mellom objekter, aktører og kontekster i et sosialt liv, og hvordan dette karakteriserer de underliggende mekanismene for implementeringsprosesser (May et al., 2014). I Foss et al (2017) sin studie trekkes det frem at evaluering av denne prosessen er nyttig. Evalueringen vil kunne belyse hvilke faktorer som er viktige for at intervensjonen skal kunne bli implementert som normal praksis. May et al (2014) trekker frem at kunnskap blant helsepersonell, og forbedring av denne, er av betydning for normalisering. I forskning gjort på implementeringsprosesser er gjenstridighet eller motstand til ny praksis blant helsepersonell, også av relevans. Forståelse for dynamikken knyttet til sosial kontekst og interaksjoner mellom aktørene kan bidra til større suksess i dette arbeidet (Murray et al., 2011). NPT tilbyr ulike verktøy for å forstå og forklare de sosiale prosessene som påvirker implementasjon av intervensjoner. Teorien beskriver at praksis blir rutinemessig integrert i sosiale kontekster som et resultat av det individuelle og kollektive arbeidet som er gjort i forbindelse med implementeringen (May & Finch, 2009).

2.3.2.1 Fire mekanismer operasjonaliserer implementeringsprosessen

For å forstå integrering av ny praksis er det nyttig å se på hva mennesker faktisk gjør, og hvordan de jobber. May & Finch (2009) beskriver fire genererende mekanismer for hvordan arbeidet med implementering operasjonaliseres: Coherence, Cognitive participation, Collective action og Reflexive monitoring. Konstruktene er i en dynamisk relasjon til hverandre, og til den større konteksten som omhandler intervensjonen. Dette kan blant annet være organisatorisk kontekst, strukturer, sosiale normer og gruppeprosesser (May & Finch, 2009).

Sammenheng og mening (coherence) handler om hvordan aktørene forstår den nye praksisen som skal implementeres. I artikkelen til May et al (2014) fant de at intervensjoner der helsepersonell opplever sammenheng og mening i stor grad, har større mulighet for å bli forankret og integrert. Denne prosessen går ut på at aktørene oppfatter praksisens hensikt som fornuftig, og at den tydelig skiller seg fra andre former for praksis. Individuer og organisasjoner må gå igjennom denne prosessen for å fremme integrering av ny praksis inn i hverdagens rutiner (May & Finch, 2009).

Kognitiv deltakelse (cognitive participation), omtales som prosessen med å engasjeres i en ny praksis. For at en intervensjon skal bli tilstrekkelig integrert som rutinemessig praksis, avhenger dette av aktørene er villige til å delta (May & Finch, 2009). Intervensjoner som er assosiert med at en arbeidsgruppe jobber med å bevare en felles praksis, og samtidig motiverer andre til å delta, bidrar til økt integrering. (May et al., 2014)

Iverksetting av komplekse intervensjoner kan involvere nye oppgaver og ansvar, som vil føre til at aktørene må endre atferd, omorganisere relasjoner eller benytte nye prosedyrer. Kollektiv handling (collective action), forklares som den individuelle eller kollektive innsatsen som legges ned for å iverksette ny praksis (May & Finch, 2009). May et al (2014) fant i sin studie at retningslinjer som er vanskelige å benytte i praksis, ofte feiler i implementeringsprosessen, da de ikke oppnår støtte i forbindelse med kollektiv handling. Dette kan være grunnet ved at helsepersonell opplever retningslinjene som forstyrrende i forhold til pasientinteraksjon, eller at de undergraver helsepersonells tillit til egen kompetanse og kunnskap.

Evaluering (reflexive monitoring), omhandler vurderingen aktørene gjør for å forstå hvordan ny praksis vil påvirke dem og deres kontekst. Det er en kontinuerlig prosess, og involverer ofte vurderinger basert på egne, eller delte oppfatninger om praksisen anses som nyttig og effektiv. I sin systematiske oversiktsartikkel fant May et al (2014) retningslinjer har større sannsynlighet for å bli integrert dersom de av sykepleierne ble assosiert med økt kunnskap, og når den kunnskapen opplevdes som meningsfull å integrere i enhver sykepleiers arbeidsrutine. Evalueringen kan også resultere i handlinger som kan forme praksisen i en ny retning (May & Finch, 2009).

I dette kapitlet er relevant bakgrunnsinformasjon for studiens tematikk presentert. Det er fremstilt teorier som kan skape et grunnlag for å senere i studien diskutere ulike faktorer som påvirker helsepersonells atferds, samt faktorer som kan påvirker implementering av ny praksis. Det er gjennomført fokusgruppeintervjuer for å skape empirisk materiale relatert til erfaringer og oppfatninger blant helsepersonell relatert til screening av MRSA, ESBL og VRE er det gjennomført. I neste kapittel beskrives tilnærminger og metode for innsamling av data, etiske betraktninger, samt prosessen for analyse av datamaterialet, der tematisk analyse er benyttet som analysemetode.

3.0 METODE

Forskning er praksis der empiriske data utvikles med et formål om å skape vitenskapelig kunnskap (Kruuse, 2007). Innsamlingen av data er en prosess som er preget av systematisk og kritisk refleksjon. Kunnskapen som oppstår må være etterprøvbart, pålitelig og overførbart (Malterud, 2017). I vår vitenskapelige kultur er kunnskapen ordnet etter fundamentale krav som er velkjente og stadfestede (Thornquist, 2003). En påstand begrunnes med systematisert informasjon som viser til hvordan resultatene er fremkommet, og kunnskapen kan bidra til ny innsikt som også kan være nyttig i andre sammenhenger (Malterud, 2017).

Å finne frem til vitenskapelig kunnskap er ikke knyttet til en bestemt forskningsmetode, men heller mot hvordan kunnskap innhentes og behandles. For å bringe frem vitenskapelig kunnskap om et tema, er det hovedsakelig forskningsspørsmål og problemstillingen som retter en pekepinn mot hvilken forskningsmetode som er best egnet (Halkier, 2010). I denne prosessen er det aktuelt med innsikt i hvordan mennesker forstår virkeligheten de lever i. Vitenskapsteori bidrar til en forståelse for hva som er kriteriene for å oppnå gyldig kunnskap, og hvordan denne kunnskapen kan beskrives og forstås i vår virkelighet (Thornquist, 2003).

Innen forskning er det to ulike tilnærminger som kan brukes for å samle data. Kvantitativ forskning baserer seg på innsamling av data via blant annet spørreskjema og eksperimentelle studier. Metoden er nyttig for å studere assosiasjoner mellom fenomener, der statistiske beregninger gir resultatene. Den andre tilnærmingen er kvalitativ, og baserer seg på innsamling av data via blant annet intervju, observasjon og fokusgruppesamtale, hvor det er koding av tekst som skaper mening. Kvalitativ forskning er basert på tilnærminger som belyser hvordan fenomener fremstiller seg i den verden menneskene lever (Bjørndal & Hofoss, 2004; Malterud, 2017; Thornquist, 2003).

3.1 Forskningsdesign

For å besvare problemstillingen i denne studien er kvalitativ tilnærming benyttet. Dette er en beskrivende type forskning, som er hensiktsmessig der formålet er å finne ut noe om oppfatninger rundt et fenomen. Hensikten med en kvalitativ tilnærming er å gi en dypere forståelse av fenomenet som studeres (Halkier, 2010; Thomas & Magilvy, 2011). For å belyse tematikken i denne studien er det av betydning å ha med seg en fenomenologisk forståelse av vitenskap. Fenomenologi omtales som læren om det som kommer til syne (Johannessen,

Tufte, & Christoffersen, 2010). Det er en erfaringsorientert filosofisk tradisjon som anser subjektivitet som et grunnlag for forståelse. Oppmerksomhet rettes mot hvordan mennesket erfarer verden (Dalland, 2017). Fenomenologi søker etter å beskrive, analysere og tolke menneskers livsverden, og hvordan verden skapes av vår bevissthet. Ofte kalles denne tradisjonen derfor også for en bevissthetsfilosofi. Vi tolker og konstruerer vår verden basert på det vi vet fra før, og en bevissthet om noe vil alltid eksistere (Thornquist, 2003). En fenomenologisk tilnærming i denne studien vil bidra til en forståelse for hvordan helsepersonell opplever sosiale fenomener i sin livsverden ut i fra deres eget perspektiv. Kvale & Brinkmann (2010) beskriver dette som at en refleksiv undersøkelse av fenomeners fremtredelsesformer vil beskrive verden slik den oppfattes av informantene, basert på en erkjennelse at den virkeligheten mennesket erfarer er den virkelige.

En slik tilnærming vil kunne bidra til å gi innsikt i menneskelige handlinger og uttrykk, enten via samhandling, språklige ytringer eller adferd. Samhandling mellom mennesker vil alltid kreve fortolkning. Denne fortolkningsprosessen stiller krav til refleksivitet for å kunne utvikles til vitenskapelig kunnskap (Halkier, 2010). Kvalitativ forskning egner seg godt til å studere fenomener og områder der det finnes lite forskning fra tidligere, og kan medvirke til å skape redskaper for en tilnærming til det ukjente. Det er en tilnærming der det muligheter for å innhente eksplorativ og nyansert kunnskap om menneskers holdninger, erfaringer, samhandling og oppfatninger. Kunnskapen er basert på deres eget perspektiv og sagt med deres egne ord. Dette kan undersøkes ved blant annet å ta i bruk ulike typer intervju eller observasjon (Kvale & Brinkmann, 2010; Malterud, 2017).

3.1.1 En multippel casestudie

For å belyse erfaringer blant helsepersonell knyttet til screening av antibiotikaresistente mikrober, vil innsikt i deres livsverden være av betydning. Det benyttes kvalitativ tilnærming for å kunne få et innblikk i deltakernes perspektiv på etterlevelse av screening, samt å kunne gå i dybden i hvordan fenomenene knyttet til dette oppfattes av deltakerne. I denne studien er det valgt å benytte multippel casestudie som design. Dette designet består i å samle inn så mye data som mulig om et avgrenset fenomen (Johannessen et al., 2010). Dette anses som et godt egnet studiedesign på bakgrunn av valget om å utføre fokusgruppeintervju på to forskjellige sykehus, med to ulike grupper av helsepersonell, der fokus rettes mot et felles fenomen (Kruuse, 2007; Yin, 2014). En multippel casestudie er karakterisert av at den

omfatter mer enn en enhet, og som er utført under forskjellige betingelser (Bryman, 2012). For å forstå en case vektlegger Yin (2014) viktigheten av å studere tilknyttet kontekst. Han definerer casestudier som empiriske undersøkelser av et fenomen, sett i lys av det virkelige livs rammer og kontekst, der grensene mellom fenomenet og kontekst ikke er helt innlysende (Yin, 2014). Denne multiple casestudien gir muligheten til å studere de ulike enhetene inngående, og å analysere sosiale prosesser og erfaringer knyttet til fenomenet som belyses (Kruuse, 2007). Studiedesignet åpner for å undersøke kompleksiteten og spesifikke fenomener knyttet til tilfellene som studeres. Dessuten gir det også muligheten til å kunne sammenligne praksis og ulike erfaringer på tvers av fokusgruppene (Bryman, 2012). Gjennom å sammenligne flere tilfeller vil de innsamlede data kunne bidra til å skape større troverdighet og tillit knyttet til funnene (Bryman, 2012; Yin, 2014). Yin (2014) presiserer at enhver case bør velges ut fra sentrale kriterier knyttet til problemstillingen. I denne studien er det ønskelig å få belyst ulike erfaringer blant helsepersonell knyttet til screening. Valget av de ulike casene er gjort for å få frem eventuelle likheter og kontraster. Dette kan også bidra til å illustrere ulike faktorer knyttet til omgivelsene utenfor deltakernes egen livsverden (Yin, 2014).

3.1.2 Fokusgruppeintervju som metode

Som metode for å samle data er det valgt å gjennomføre semistrukturerte fokusgruppeintervju for å få frem deltakernes oppfattelser, erfaringer og perspektiv. Intervjudeltakerne får mulighet til å eksplisitt uttrykke meninger og kunnskap som ellers er taus. Slik kunnskap kjennetegnes av sosiale erfaringer som brukes ubevisst og selvfølgelig, for å kunne fortolke betydninger og samhandle med andre (Halkier, 2010). Kvale & Brinkmann (2010) beskriver semistrukturerte intervju som en planlagt og fleksibel samtale som gir muligheten til å innhente deltakernes beskrivelser av deres livsverden. Spørsmålene i intervjuguiden legger føringer for fenomenene og tolkningene som ønskes belyst av forskeren. Intervjuguiden kan også inneholde forslag til tilleggsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2010). Hensikten med denne studien var å belyse helsepersonells erfaringer og oppfattelser knyttet til praksis for screening, og å kunne gi rike beskrivelser av dette.

3.2 Datainnsamling

3.2.1 Intervjuguide

Prosjektet som denne studien er en del av, er opprinnelig initiert ved Glasgow Caledonian University i Skottland, og skal gjennomføres i flere europeiske land. Prosjektbeskrivelsen er

basert på dette, og i Norge utføres prosjektet hovedsakelig av Folkehelseinstituttet. Målgruppen i prosjektet, og i denne studien, er helsepersonell som utfører screening ved sykehus i Norge. I samarbeid med prosjektleder fra Folkehelseinstituttet ble generering av data utført ved å foreta semistrukturerte fokusgruppeintervju, basert på vedlagt intervjuguide (Vedlegg 1). Prosjektgruppen i Skottland har utarbeidet en intervjuguide forankret i Normalization Process Theory (NPT) og Theroretical Domains Framework (TDF). Intervjuguiden som er benyttet bygger på den skotske, men er av Folkehelseinstituttet modifisert og tilpasset norske forhold. Det er valgt å stille spørsmål om både MRSA, ESBL og VRE, der det i den skotske kun fokuseres på ESBL. Intervjuguiden ble også kortet noe ned, og delt i to hovedbolker, en om MRSA screening og en om screening for ESBL og VRE, der hver bolke tok for seg de samme spørsmålene. Dette ble gjort da det i prosjektet ble ansett som hensiktsmessig å skille mellom MRSA og ESBL/VRE i intervjuene.

En klassisk intervjuguide bør inneholde oppvarmingsspørsmål, refleksjonsspørsmål og avrundingspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2010). I intervjuguiden som ble benyttet i fokusgruppeintervjuene ble hver bolke delt inn i disse tre delene, i tillegg til et oppsummerende spørsmål felles for begge bolkene helt avslutningsvis. Oppvarmingsspørsmålene tok for seg generell praksis på de ulike avdelingene. Refleksjonsspørsmålene tok for seg hovedtemaene i studien, som går på faktorer som fremmer eller hemmer etterlevelse. Formålet med disse spørsmålene var å søke hva som påvirket etterlevelse, følelser og erfaringer deltakerne hadde rundt dette, samt å få klarlagt forhold til de nasjonale anbefalingene. Med spørsmålene var det ønskelig å finne deltakernes opplevelse av screening, i tillegg til hvordan de oppfatter pasientenes opplevelse. Spørsmålene var knyttet til forståelse, kunnskap, og generelle holdninger til screening av MRSA og ESBL/VRE. Avslutningsvis ble det stilt spørsmål hvor deltakerne selv kunne komme med forslag og ønsker til hvordan praksisen rundt screening av MRSA og ESBL/VRE kunne blitt mer gjennomførbar. For å oppsummere, og for å knytte de to hovedtemaene sammen, ble det åpnet opp for at deltakerne også kunne komme med informasjon eller spørsmål som ikke ble belyst av intervjuguiden. Formålet med spørsmålene i intervjuguiden var å forsøke å besvare forskningsspørsmålene og problemstillingen med et teorigrunnlag som favnet aktuelle temaer for deltakernes arbeidshverdag, både på et individuelt, organisatorisk og strukturelt nivå. Pilotintervju ble gjennomført i det skotske prosjektet, men ble ikke gjennomført i forkant av denne studien. I etterkant av det første intervjuet ble det tydelig at det var et behov for å spesifisere noen av spørsmålene. I samarbeid diskuterte prosjektleder og jeg oss frem til tilleggsspørsmål som i større grad tok

for seg kriteriene det screenes for. Dette med hensikt om at temaer knyttet til etterlevelse ble belyst i større grad. I forbindelse med transkriberingen av de to første intervjuene kom det frem et behov for å ytterligere spesifisere tilleggsspørsmålene knyttet til praksis for screening og etterlevelse. Dette ble videre diskutert med prosjektleder, og deretter notert i intervjuguiden.

3.2.2 Rekruttering og beskrivelse av deltakerne

FHI skal i sitt prosjekt gjennomføre fokusgruppeintervju ved et stort og et lite sykehus i hver av de fire helseregionene; Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Nord og Helse Midt-Norge. Det er ønskelig å ha med de fire største sykehusene i hver helseregion, slik at sykehus der screening utføres hyppig er inkludert i prosjektet. Disse sykehusene er knyttet til de regionale kompetansesentrene for smittevern, og har gode kontaktpersoner som bidrar til å gjøre rekruttering og gjennomføring av fokusgruppeintervjuene enklere. De fire mindre sykehusene ved hver helseregion er trukket ut av prosjektledere ved FHI. Dette for å sikre tilfeldighet og ulik størrelse på sykehusene. Kriteriene for inklusjon av deltakere var at de skal være leger eller sykepleiere med klinisk arbeid, ansatt ved sykehusene, og som i sin arbeidshverdag håndterer pasienter med risiko for MRSA, ESBL og VRE. FHI valgte disse inklusjonskriteriene da denne gruppen av helsepersonell representerer de som hyppigst praktiserer screening på sykehusene i Norge. I forbindelse med denne studien ble de første to sykehusene hvor vi fikk tilgang valgt, et stort og et lite, og i to forskjellige helseregioner.

I studien ble det gjennomført fire fokusgruppeintervju. I samarbeid med veileder på NMBU og tilleggsveiledere på FHI, ble dette vurdert til å være et stort nok antall for å få nok metning i resultatene. Dette var heller ikke for mange deltakere, slik at muligheten for å kunne gå i dybden ble opprettholdt (Kvale & Brinkmann, 2010). Oppgavens omfang og tidsramme hadde også en påvirkning på hvor mange fokusgruppeintervju som ble utført.

Rekrutteringen av deltakere ble gjort ved hjelp av en kontaktperson på de respektive sykehusene. Det ble sendt ut søknad om tilgang til felt, til alle sykehusene som er valgt ut til å være med i prosjektet. I søknaden ble det lagt ved informasjon til aktuelle avdelinger om prosjektet, inkludert prosjektets formål. I informasjonsskrivet formidlet til deltakerne ble det beskrevet hvordan gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene var tenkt, frivillighet ved deltakelse og hvilke tema som var ønsket belyst (Se vedlegg 2). Av de rekrutterte deltakerne

var det fire som meldte frafall. Disse ble erstattet med nye, og dette førte til et tilstrekkelig antall deltakere på alle fokusgruppeintervjuene. Utvalget i denne studien bestod av totalt 21 deltakere. Den første fokusgruppen hadde 8 deltakere, gruppe nummer to hadde 4 deltakere, gruppe nummer tre hadde 4 deltakere og gruppe nummer fire hadde 5 deltakere. Deltakerne ble i begynnelsen av intervjuet spurt hvilken avdeling de jobbet på, og hvor lenge de hadde arbeidet i helsevesenet. Det var i akuttmottaket det var antatt at flest screeninger skjer. Det var derfor ønskelig å inkludere deltakere som jobbet her. I hver gruppe var det en eller flere deltakere som jobbet i akuttmottaket, men i den ene gruppen måtte vedkommende gå tidligere.

3.2.3 Gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene

Fokusgruppe som metode egner seg godt i studier der det er ønskelig å belyse holdninger, kunnskap og erfaringer knyttet til et fenomen (Lerdal & Karlsson, 2008). I en fokusgruppe samles et mindre antall personer, og samhandlingen som oppstår i gruppen kan bidra til en større innsikt i betydning av kontekst og omgivelser (Halkier, 2010; Malterud, 2017). Denne innsikten vil være av en annen karakter enn den som fås ved mer kognitive eller individuelle intervjuer (Malterud, 2017). Det empiriske datamaterialet kan dermed vise til betydningsmønstre i innholdet av fortellingene, i uttrykte meninger, hvilke vurderinger som blir gjort i gruppen, og hva gruppen kan enes om (Halkier, 2010).

I utgangspunktet skulle det gjennomføres ett intervju på hvert sykehus, der deltakerne var en blanding mellom sykepleiere og leger. Måten å samle data på er velegnet for å få frem kultur, fortolkninger og normer rundt en praksis som er felles for denne gruppen (Kvale & Brinkmann, 2010). På bakgrunn av opplysninger fra sykehusenes kontaktpersoner ble det oppdaget at leger og sykepleiere har forskjellige arbeidsoppgaver knyttet til utførelse av screening. Det ble derfor valgt og heller ha to intervjuer på hvert sykehus, med en mer homogen gruppesammensetning. Det er fordelaktig at gruppen er så homogen som mulig. Dette vil øke muligheten for å vektlegge et felles erfaringsgrunnlag i samhandlingen, og bidra til at spenninger og motsetninger internt i gruppen forebygges (Malterud, 2017). Intervjuene ble gjennomført med en moderator og en assistent. I forbindelse med intervjuene var jeg, som student og forsker, assistent i de første to intervjuene, og prosjektleder fra FHI moderator. I de neste to intervjuene ble rollene byttet om. Det er moderator som styrer intervjuet og stiller spørsmålene, mens assistenten tar notater og følger med på deltakerne og intervjuprosessen.

Gjennom gruppediskusjon legges det til rette for dataskapning ved at deltakerne kan sammenligne nyanser, erfaringer og tolkninger ved å samtale med hverandre, fremfor en samtale mellom deltakerne og forskeren. Samhandlingen som oppstår i en slik intervjusituasjon er unik og preger det empiriske materialet (Malterud, 2017). Som forsker var det ønskelig å legge føringer for hvilket tema som skulle snakkes om, samtidig som at målet var at deltakerne skulle samtale seg i mellom (Halkier, 2010).

Alle fire fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på de respektive sykehusene, og tok plass på et møterom som var reservert av kontaktpersonen på sykehusene. De ble lagt litt sent på formiddagen slik at legene og sykepleierne kunne bli ferdig med mye av dagens faste arbeidsrutiner før intervjuene. Det sosiale samspillet er en viktig del av et fokusgruppeintervju, og kroppsspråk, atmosfæren og stemningen som oppstår under intervjuet har betydning for datasamlingen (Halkier, 2010). I fokusgruppeintervjuene ble det tatt et bevisst valg om å kun fokusere på direkte utsagn. Kroppsspråk og sosialt samspill ble derfor ikke ilagt oppmerksomhet. Derimot var det viktig å skape en god atmosfære, slik at samtalen og samspillet mellom deltakerne bidro til å gi beskrivelser av fenomenet ut i fra deres synspunkt. Intervjuene foregikk rundt et firkantet bord, hvor moderator og assistent satt på hver sin side nederst på langsiden av bordet. Hvert intervju startet med en presentasjon av moderator og assistent, etterfulgt av en liten innledning for bakgrunnen til prosjektet. Alle deltakerne fikk en lapp med et tall som ble benyttet ved henvendelser under intervjuene og ved transkripsjon. Dette bidro til å ivareta konfidensialitet. Deretter ble deltakerne oppfordret til å presentere seg selv med å fortelle hvor de jobbet, og hvor lenge de hadde jobbet i helsevesenet. Det ble brukt to båndopptakere for opptak av intervjuene, og disse ble startet etter introduksjonsrunden. Deltakerne ble informert om at båndopptaket ville bli slettet innen to uker. Tidsrammen for hvert intervju ble satt til maksimalt 60 minutter, og tidsrammen ble overholdt i alle intervjuene.

3.3 Analyse av data

For å analysere det empiriske materialet er tematisk analyse inspirert av Braun & Clarke (2006) benyttet. Dette er en fleksibel analysemetode som går ut på å identifisere temaer og mønstre i de kvalitative dataene, og er kompatibel på tvers av teoretiske og epistemologiske perspektiv (Braun & Clarke, 2006). Analysemetoden ble valgt på grunn av mulighetene den gir til å analysere det empiriske materialet ut fra fremtredende mønstre og temaer, fremfor analyser basert på innhold eller teorigrunnlag (Bryman, 2012; Kvale & Brinkmann, 2010).

Formålet med denne studien var å legge frem rike beskrivelser knyttet til forskningstemaet, fremfor at beskrivelsene er generert ut fra teoretiske begreper. Det var ønskelig å belyse temaer som var aktuelle for hvordan kunnskap og holdninger produseres, og skapes i en kulturell kontekst. Tematisk analyse gir innsikt i et komplekst datamateriale, og åpner for muligheten til en detaljert beskrivelse av datamaterialet ut fra temaer basert på sammenhenger og empiriske regelmessigheter (Braun & Clarke, 2014). I denne studien ble derfor tematisk analyse ansett som en god tilnærming for å analysere kvalitative data. Programvaren Nvivo, versjon 12, er benyttet for å kode meningsbærende enheter, og for å identifisere temaene som fremkommer ut i fra disse.

3.3.1 Tematisk analyse

Analysen av data begynte allerede i etterkant av intervjuene, hvor atmosfæren i intervjuene og umiddelbar oppfattelse av det som var kommet frem ble diskutert, uten å tillegge tolkninger. Hovedinntrykkene som preget hvert intervju ble også notert. Intervjuene ble transkribert ordrett, og jeg utførte transkriberingen innen to uker etter gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene. På denne måten kunne eventuelle uklarheter oppklares da inntrykkene var friskt i minne (Malterud, 2017). Braun og Clarke (2006) har utarbeidet en steg-for-steg veileder for tematisk analyse, inndelt i seks faser, der første fase går ut på å bli kjent med datamaterialet. Transkripsjon av intervjuene bidro til en god kjennskap til datasamlingen, og allerede der startet prosessen med å identifisere ideer for mulige sammenhenger og mønstre. Koding og kategorisering av det empiriske materialet er en stor del av analyseprosessen. I tråd med de neste to fasene i tematisk analyse, ble meningsbærende enheter identifisert og kodet, og mønstre og regelmessigheter ble samlet under passende tema og kategorier. I fase fire og fem ble temaene ble gjennomgått flere ganger, antall temaer ble redusert, og videre definert slik at de gjenspeilet de meningsbærende enhetene i temaene på en meningsfull måte. Prosessen er sirkulær og de ulike fasene påvirker hverandre gjensidig. For å finne frem til gjennomgående temaer som representerer det empiriske materialet, har det vært nødvendig å gå frem og tilbake i de ulike fasene (Braun & Clarke, 2006; Maguire & Delahunt, 2017).

Det finnes mange måter å identifisere og kode meningsbærende enheter på. Dette innebærer at ulike analysemetoder vil være effektive på hver sin måte, og alle teknikkene vil ikke være riktige å benytte for alle typer data (Ryan & Bernard, 2003). I arbeidet med det empiriske

materialet er det valgt å ikke kode linje for linje, men heller å kode etter meningsbærende enheter som belyser problemstillingen på ulike måter (Malterud, 2017). I etterkant av transkriberingen fremkom det umiddelbart noen temaer som opplevdes gjennomgående. Ryan & Bernard (2003) har utviklet teknikker for å identifisere temaer i det empiriske datamaterialet. I prosessen med å identifisere mønstre og temaer i teksten, ble disse teknikkene brukt som en støtte i analysearbeidet. For å identifisere temaer ble det hovedsakelig benyttet teknikker som gikk ut å se etter temaer som var gjentakende, og som oppstod flere ganger i løpet av teksten. Videre ble likheter og forskjeller sammenlignet på tvers av utsagn og i transkripsjonene i sin helhet. Manglende data var også en teknikk som ble benyttet, dette reflekterer til identifisering av informasjon som ble utelatt i svarene til deltakerne (Ryan & Bernard, 2003).

Analysearbeidet startet med 5 hovedtema, med nærmere 20 undertemaer tilknyttet disse, hovedtemaene var fremmede faktorer, hemmende faktorer, etterlevelse, opplevelse, og praktisering av screening. Analysen av materialet har vært en sirkulær prosess, der de meningsbærende enhetene har blitt kodet, og omkodet etterhvert som ulike tema har fremkommet (Braun & Clarke, 2006).

3.4 Tolkning og forforståelse

Et forskningsprosjekt igangsettes ofte på bakgrunn av en motivasjon for å finne ut mer om et tema. En del av denne motivasjonen kan stamme fra det som kalles forforståelse. Hans-Georg Gadamer poengterte at ethvert menneske har en forståelse av en kontekst basert på egne erfaringer, han kalte dette for et menneskes for-dommer (Kvale & Brinkmann, 2010). Dette er erfaringer, kunnskap og perspektiver som danner et vesentlig element ved menneskers tolkningsgrunnlag. Fortolkning handler om å forsøke å forstå meningen med noe. Det er en forventning til at forståelse innebærer en sammenheng mellom del og helhet i tekster, samtidig er det også viktig å ta med seg at denne forståelsen også bygger på de forforståelsene leseren kommer med til teksten (Halkier, 2010). For å få frem det empiriske datamaterialet er det viktig at det beskrives i sin kontekst, og at forskeren legger til side sine egne perspektiver og forforståelse. Disse beskrivelsene kalles ofte for tykke beskrivelser eller kontekstualisering, og tar for seg relevante kontekster for å kunne forklare en handling. Dette innebærer å beskrive en observasjon eller hendelse med både egne fortolkninger, deltakernes fortolkninger, og utsagn der deltakerne redegjør for hva de mente med det de gjorde (Fangen,

2010). Hendelsene beskrives i deres kontekst, og jeg som forsker må kunne frembringe denne konteksten i mitt forskningsarbeid (Kvale & Brinkmann, 2010).

Forskerens forforståelse kan bringe styrke til prosjektet, og perspektivene og aspektene som forforståelsen bidrar til kan være nyttige for forskningsprosessen. Likevel er det viktig å være bevisst sin egen forforståelse, da denne i verste fall kan begrense horisonten for å se ny kunnskap, og dermed skygge for budskapet fra det empiriske materialet (Malterud, 2017).

3.4.1 Min bakgrunn og forforståelse

Det viktig at jeg er bevisst min bakgrunn som sykepleier og mine erfaringer fra sykehus. Oppgavens problemstilling tar for seg et tema det er forsket lite på. Ved å selv ha jobbet med å utføre screening på pasienter i flere år, er min oppfattelse at etterlevelsen av de nasjonale anbefalingene for screening av MRSA, ESBL og VRE er god, både på de avdelingene jeg selv har jobbet, men også blant alle leger og sykepleiere på alle sykehus i Norge.

Retningslinjene for screening av MRSA har jeg erfart at er godt implementert, mens Screening av ESBL og VRE er noe nyere, og litt mer ukjent. Jeg er vant med at det er sykepleierne som stiller spørsmål og som utfører screening, og at dette er en rutine som utføres ved pasientens første kontakt med sykehuset. Min oppfattelse er at det ikke er så mye tvil rundt når screening skal utføres, men mer i forhold til hvilke tiltak som skal iverksettes dersom det foreligger positivt svar, som skaper mye frustrasjon og diskusjon blant helsepersonell. Dette er faktorer som kan påvirke min oppfattelse av datamaterialet som samles inn, og overdøve nyttig kunnskap som kommer til syne i datainnsamlingen.

Resultatene som kommer fram i prosjektet skal komme frem fra det empiriske materialet, og jeg som forsker må ha et aktivt og bevisst forhold til min forforståelse for å sørge for dette (Malterud, 2017).

3.5 Ethiske betraktninger

Prinsippene for medisinsk forskning som ble vedtatt på Helsinkideklarasjonen i 1964 er fundamentale og fungerer som en rettesnor for forskning som omfatter mennesker (WMA, 2008). Hensikten med de forskningsetiske retningslinjene og prinsippene er å sikre forskningsobjektene beskyttelse mot negative effekter av forskning, og det er etablert etiske standarder for forskning som fremmer respekt overfor alle mennesker. De etiske standardene skal også beskytte menneskenes helse og rettigheter (Malterud, 2017; Ruyter, 2003). Det vil si at all forskning som kan få konsekvenser for mennesker, må vurderes ut ifra etiske prinsipper, retningslinjer og regler. I Helsinkideklarasjonen står det at det alltid er forskeren som har

ansvaret for forskningsobjektet, og gjelder selv om forskningsobjektet har gitt samtykke (WMA, 2008).

Kvalitativ forskning innebærer møter mellom mennesker der en ønsker å utfordre normer og verdier for å få tak i kunnskap om disse menneskenes holdninger, erfaringer og livsverden (Richards & Schwartz, 2002). Dette medfører at det må tas spesielle etiske hensyn, som i forkant av fokusgruppeintervjuene ble nøye gjennomgått. Risiko for gjenkjennelse og fordreining av informasjon er belastninger deltakerne kan utsettes for i forbindelse med en kvalitativ studie. Konfidensialitet til deltakerne må derfor vektlegges og ivaretas i alle stadier i forskningsarbeidet. Det ble valgt å benytte muntlig samtykke i denne studien (Richards & Schwartz, 2002). Deltakerne fikk på forhånd utdelt et informasjonsbrev med informasjon om samtykkeerklæring i form av muntlig samtykke, frivillig deltakelse, og informasjon om at de når som helst kunne velge å trekke sin deltakelse. I begynnelsen av hvert intervju ble det også gjentatt informasjon om frivillig deltakelse, bruk av båndopptak, og om at datamaterialet fra intervjuet behandles konfidensielt.

Forskningsetiske standarder går ut på å fremme respekt overfor alle mennesker, og forskeren må forvalte relasjonen til intervjudeltakerne på en tilfredsstillende måte. For å oppnå gode data i kvalitativ forskning er det viktig at deltakerne tillater forskeren en innsikt i deres opplevelser og erfaringer rundt et fenomen. Dette forutsetter gjensidig tillit og respekt mellom forskeren og deltakerne, men også deltakerne seg i mellom (Malterud, 2017). Av hensiktsmessige grunner ble intervjugruppene delt inn i mer homogene grupper. Dette for å få bedre tilgang til spesifikke fenomen innen arbeidsgruppene, men også for å unngå spenninger mellom deltakerne, da sykehus er en virksomhet som er kjent for noe hierarki mellom yrkesgruppene. Videre er det viktig at deltakerne kan stole på at den tilliten de møter fra forskeren ikke blir misbrukt, og forskeren må ansvar for at det som blir sagt håndteres på en måte slik at det i størst mulig grad samsvarer med slik det var ment (Malterud, 2017). For å styrke tilliten til deltakerne ble de informert om prosjektets hensikt og formål i begynnelsen av hvert intervju, samt om hvordan opplysningene som kom frem ville bli brukt i prosjektet. Dessuten ble de opplyst om at de kunne la være å svare på spørsmål hvis de opplevde noen av spørsmålene som ukomfortable. Deltakerne ble forsøkt møtt der de er, ved å skape en atmosfære der de følte seg trygge (Kvale & Brinkmann, 2010; Richards & Schwartz, 2002). Før hvert fokusgruppeintervju startet ble samtalen holdt løs og uformell. I begynnelsen av hvert intervju ble det understreket at ingen svar var feil, at det ikke var en slags eksamen, men

at det var deres opplevelser av fenomenene som var av interesse. Det ble servert kaffe og kjeks for å bygge opp under en trygg og avslappet atmosfære.

Det ble ikke innhentet informasjon om navnene til deltakerne, kun opplysninger om arbeidssted, yrkestittel og arbeidserfaring. Disse opplysningene ble benyttet til å beskrive gruppen som helhet, og informasjonen er ikke knyttet opp mot enkeltutsagn. Opplysningene ble lagret adskilt fra rådataene på pc-en. Deltakerne fikk utdelt nummer under intervjuet, og under intervjuet, transkriberingen, analysen, og i det ferdige resultatet, er det utelukkende disse numrene som er benyttet. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og slettet etter transkripsjon. Alt transkribert materiale og øvrig datamateriale blir slettet etter at studien er ferdig.

Den delen av Folkehelseinstituttets prosjekt som omhandler denne studien, er godkjent ved Folkehelseinstituttets personvernavdeling. Det vil ifølge instituttet ikke være nødvendig å søke tillatelse fra NSD eller REK, for denne delen av prosjektet. Tillatelse fra personvernavdelingen på FHI ligger vedlagt (vedlegg 3). Nødvendige tillatelse er innhentet fra sykehusene. Datamaterialet er kun tilgjengelig for arbeidsgruppens medlemmer.

De fire fokusgruppeintervjuene genererte en stor mengde nyttig og spennende informasjon. Gjennom kvalitativ tilnærming har erfaringer fra leger og sykepleiere bidratt til å gi en dypere forståelse av praksis for screening. Ved å inkludere to ulike sykehus og to ulike yrkesgrupper i datamaterialet, har dette bidratt til å kunne sammenligne helsepersonells opplevelser og oppfatninger knyttet til temaet. Gjennom tematisk analyse er det i transkripsjonene identifisert meningsbærende enheter, som videre er sortert under fire hovedtema, med tre påfølgende undertema. Under kapitlet resultater presenteres funnene i denne studien

4.0 RESULTATER

I dette kapittelet presenteres resultatene og hovedtemaene som har fremkommet ved gjennomføringen av totalt fire fokusgruppeintervju på to sykehus i Norge. Ved hjelp av tematisk analyse ble det i det empiriske materialet identifisert gjentakende mønstre og sammenhenger. Gjennom dette arbeidet ble først de meningsbærende enhetene relatert til faktorer som påvirker etterlevelse sortert hver for seg. Dette gjorde det utfordrende å gjenkjenne mønstre, og å sammenligne likheter og kontraster. I det tidlige analysearbeidet ble det også valgt å kategorisere temaene relatert til risikokriterier for identifisering av bærerskap av MRSA, ESBL og VRE i flere undertema. Disse ble også sortert hver for seg. Dette gjorde det vanskelig å se helheten, og medførte også at fokuset forsvant fra etterlevelse av de nasjonale anbefalingene, til å heller rette seg mot hva som spørres om ved innleggelse på sykehus. Det ble nødvendig å organisere materialet på en annen måte, for å best mulig identifisere temaene som belyser problemstillingen. Til slutt ble de meningsbærende enhetene sortert under fire hovedtema, med tre tilhørende undertema, som vist i tabellen under

Tabell 2. Resultatens fire identifiserte hovedtema og tilknyttede undertema

Hovedtema	Undertema
Etterlevelse av de nasjonale anbefalingene''''	Erfaringer knyttet til de nasjonale anbefalingene
Faktorer som påvirker etterlevelse blant helsepersonell	Potensiale for forbedring
Organisatoriske rammer for utøvelsen av screening	Etterlevelse knyttes til opparbeidet kunnskap og kompetanse
Risikopasienten	

I analysearbeidet ble sitater fra deltakerne trukket ut fra de mest gjennomgående og aktuelle temaene. Fokus i denne studien var å undersøke hvilke faktorer som påvirker helsepersonells etterlevelse. Sitatene bidrar til å illustrere blant annet oppfattelsene og erfaringene knyttet til screening. Dessuten er det med sitatene ønskelig å belyse hvordan deltakerne opplever etterlevelse av nasjonale anbefalinger. I det empiriske materialet fremkom det mange likheter

blant deltakerne knyttet til dette, men også en del ulikheter. Forskjell i praksis for screening og ulike oppfattelser og erfaringer blant deltakerne, bidro til mønstre som belyser problemstillingen på ulike måter.

Oversikt over deltakerne sees i tabell 3. Deltakerne har blitt tildelt fiktive navn i presentasjonen av resultatene, og tilhørighet til fokusgruppen sees ved hjelp av nummereringen til venstre i tabellen.

Tabell 3: Utvalget av deltakere, uten personlige opplysninger

Fokusgruppe	Fiktivt navn	Avdeling	Yrkestittel
1	Karin	Gynekologisk avdeling	Sykepleier/ Ass.leder
	Andrea	Dialyse	Sykepleier
	Sabrina	Barne- og ungdomsklinikken	Sykepleier/avdelingsleder
	Frida	Medisinsk avdeling barn	Kreftsykepleier
	Marthe	Kreftavdeling	Sykepleier
	Cathrine	Kreftavdeling	Sykepleier
	Anna	Akuttmottak	Sykepleier
	Nora	Infeksjonsavdeling	Sykepleier
2	Anders	Mottaksklinikken/akuttmottak	Overlege
	Tilla	Mottaksklinikken/Akuttmottak	Lege i spesialisering
	Amanda	Mikrobiologisk avdeling	Lege
	Kurt	Hematologisk avdeling	Lege
3	Silje	Kirurgisk avdeling	Sykepleier
	Line	Akuttmottak	Sykepleier
	Stine	Føde-Gynekologi	Sykepleier/jordmor
	Therese	Hjertemedisinsk avdeling	Sykepleier
4	Kåre	Kirurgisk avdeling	Overlege
	Oddvar	Medisinsk avdeling	Lege i spesialisering
	Morten	Kirurgisk avdeling	Assistentlege
	Tobias	Kirurgisk avdeling	Turnuslege
	Ellie	Medisinsk avdeling	Turnuslege

Deltakerne hadde varierende erfaring fra helsevesenet. Blant sykepleierne hadde den med kortest tid i helsevesenet jobbet i 4 år, og den som hadde arbeidet lengst hadde jobbet i 35 år. Tilsvarende når det gjaldt legene, den som hadde arbeidet kortest tid i helsevesenet hadde jobbet i 1 år, og den som hadde arbeidet lengst hadde jobbet i 30 år. Antall år i helsevesenet var i gjennomsnitt for hver gruppe henholdsvis 15, 15, 19 og 9 år. I gruppene med leger var det totalt fire av deltakerne som var tilknyttet samme avdeling, og det samme i gruppene med sykepleiere.

4.1 Etterlevelse av de nasjonale anbefalingene ‘?’

Etterlevelse av de nasjonale anbefalingene (tabell 1) ble umiddelbart beskrevet som god i alle fire fokusgruppeintervjuene. Det gjennomgående inntrykket blant alle deltakerne er at alle pasienter ble spurt i forbindelse med inntakssamtale, enten av lege, sykepleier eller av begge yrkesgruppene. Det tydeliggjøres særlig blant legeguppene at etterlevelsen av de nasjonale anbefalingene er god, og blir beskrevet som nærmere hundre prosent.

«Det er et eget punkt i inntakstjournalen.. Alle pasienter skal ha en inntakstjournal, det punktet skal være tatt stilling til. Det er klart at bevisstløse, komatøse pasienter hvor man har liten mistanke. Da kan det hende at det ikke blir tatt stilling til der og da med intensivbehandling, og at man løser det senere. Ja.. Det er vel noen ganger at jeg ser at det er blankt, en sjelden gang i blant. Men som regel finner man at det er tatt stilling til allikevel.. Så jeg tror vi nærmer oss hundre prosent.» (Oddvar)

Samtidig kommer det frem underveis i intervjuene at det er noen tilfeller der etterlevelsen derimot ikke er så god, og at det kan oppstå svikt i rutinene. Deltakerne beskriver at dette oftere oppstår ved risiko for ESBL og VRE, enn ved risiko for MRSA. På det minste sykehuset kommer det frem at tidligere nevnt punkt i inntakstjournalen kun spesifiserer risiko for MRSA. I følge legene i denne fokusgruppen kan dette bidra til at fokus rettes mot identifisering av risiko for MRSA, og dermed at risiko for ESBL og VRE tas stilling til i mindre grad. Ellie forteller at det ville kunne være lettere for leger å huske på å spørre om ESBL og VRE dersom risiko for dette tilføyes punktet som omhandler risiko for MRSA i inntakstjournalen.

Det kommer frem i alle fokusgruppeintervjuene at retningslinjen for screening av MRSA i større grad er implementert i rutinemessig praksis, sett i relasjon til retningslinjene for ESBL og VRE. Denne rutinen ble implementert først for noen få år siden, og det erfarer at denne ikke er tilsvarende integrert som retningslinjen for MRSA. Sykepleierne på det minste

sykehuset forteller at de har liten kjennskap til risikokriterier for ESBL og VRE. De er også usikre på hvordan screeningen skal tas. Sykepleierne på det største sykehuset forteller at informasjon om retningslinjene for screening av ESBL og VRE har nådd ut til helsepersonell, men at den foreløpig ikke har blitt tilstrekkelig integrert i rutinemessig praksis.

«Ja, jeg tror nok at den ESBL'en og VRE'en ikke er så innarbeidet, for det har kommet sånn litt inn på sidelinjen at vi skal ta de i samme farten liksom. Der er det ikke alle som.. Ehh, vi tar prøve fra perineum også uteblir kanskje den andre.» (Anna)

Særlig blant legene diskuteres det at grunner for at risiko ikke identifiseres kan være at nødvendige spørsmål ikke har blitt stilt, og at de påfølgende prøvene derfor ikke er blitt tatt. Anders sier at det ene spørsmålet som alle blir spurt om i akuttmottaket er om pasienten har vært på sykehus i utlandet i løpet av det siste året. Dette skyldes ikke at det med intensjon er unnlatt å stille spørsmål og å utføre screening. Det skyldes heller mangel på kunnskap, og at helsepersonell ikke alltid er klar over hva slags informasjon som er nødvendig for å trigge en oppfattelse av risiko. Legene forteller at det er mye informasjon som formidles om dette, men at denne informasjonen kanskje kan forsvinne litt i kontekst med all annen informasjon som formidles.

«Men da tenker jeg at det.. Altså jeg tror ikke det liksom er vond vilje, jeg tror det bare er at folk ikke har fått det med seg, også er det sikkert litt... Altså det er så mye informasjon om alt mulig hele tiden sant, at ehh, jeg tror bare det har glippet litt liksom ...» (Amanda)

Sykepleierne opplever i motsetning til legene at det ikke formidles nok informasjon om de nasjonale anbefalingene. Særlig uttrykker de sykepleierne som ikke jobber på avdelinger der screening utføres ofte, at det lett for at informasjon glemmes og at kunnskapen på dette området ikke holdes oppdatert. Deltakerne ga uttrykk for at risikokriteriene var mange, og at det var vanskelig å huske på alt til enhver tid.

«Det er jo mange ting ikke sant, og var det sånn eller var det sånn. For det er jo ikke noe hver og en, hverken sykepleier eller lege går rundt og husker, med mindre du kanskje gjør det så ofte som kanskje dere gjør det i akuttmottaket.» (Sabrina)

Det kommer tydelig fram at dersom risiko identifiseres, så screenes det uansett. I alle fokusgruppeintervjuene beskrives dette som en selvfølgelighet. Dersom det er tvil, er det en iboende holdning at det er bedre å screene enn å ikke gjøre det. Deltakernes opplevelse av

screening var at dette var noe som ble gjort nærmest automatisk, og at handlingen var preget av lojalitet til retningslinjene. Identifisering av risiko med påfølgende screening er en del av arbeidsrutinen, og gjøres konsekvent med en gang etter at risiko er identifisert. Line forteller at når det gjelder MRSA, ESBL eller VRE, så gjøres screening uten unntak.

Til tross for at intervjudeltakerne opplever at alle pasienter blir stilt de samme spørsmålene ved innleggelse, erfares det også tilfeldige funn av kliniske isolat med antibiotikaresistente bakterier. Dette kan vise seg i form av dyrkning av en urinprøve, eller ved prøve fra for eksempel sår. I fokusgruppeintervjuene gjennomført på det minste sykehuset, kommer det fram at det er mest i forbindelse med ESBL at det erfares tilfeldige funn.

«Jeg synes jo det plukkes opp vel så mye, ikke på screening, men på.. Men på en urinprøve. Hvor vi ikke nødvendigvis ikke hadde mistanken, også plutselig så får man positivt svar på at det er en.. Ehh ESBL bakterie.» (Oddvar)

4.1.1 Erfaringer knyttet til de nasjonale anbefalingene

Sykepleierne og legene i de første to fokusgruppeintervjuene ytrer en oppfattelse av at det screenes veldig mye, og at det til tross for dette er veldig få som er positive. Det stilles spørsmål ved om kriteriene kanskje er for strenge eller om det er rette risikokriterier som benyttes. Dette temaet blir også tatt opp av legene det siste fokusgruppeintervjuet. Det diskuteres om det ville vært mer hensiktsmessig å prøve å differensiere risiko, og at retningslinjene for å utføre screening burde inkludere andre grupper enn de som i dag anses som å være den største risikogruppen.

«Og vi finner veldig lite. det er mindre enn 5 prosent av de som blir testet for MRSA som er positive. Så vi synes jo det er veldig lite treffsikkert da, sånn screeningsspørsmålet er. Kunne godt tenkt oss å screene færre og, men kanskje og av andre grupper.» (Anders)

Deltakerne forteller om lite negative opplevelser i forbindelse med utførelse av screening. Noen av sykepleierne uttrykker at de synes oppgaven kan være skummel og at de er redde for å ta feil. Dette knyttes særlig til en bekymring for å ikke screene pasienter som burde vært screenet. Men gjennomgående i alle fokusgruppeintervjuene kommer det fram at den grunnleggende holdningen er at screening er en del av arbeidsrutinen, og en jobb som må gjøres. De beskriver dette som at helsepersonell er lojale mot de nasjonale anbefalingene. Turnuslege Tobias sier om screening at «Vi må bare gjøre det. Det må jo bare gjøres.»

Det erfares ingen forskjell på om screening utføres for MRSA som kan saneres, eller for ESBL og VRE som det ikke er behandling for. Deltakerne på det største sykehuset uttrykker derimot at bærerskap av ESBL og VRE kan være mer vrient å formidle til pasienten, da bakteriene ikke kan elimineres, og pasienten høyst sannsynlig vil være kolonisert i lang tid. Gjennomgående i fokusgruppene formidles det en oppfattelse om at forekomst av antibiotikaresistente mikrober i sykehus er noe som er ønskelig for alle å begrense. Det aksepteres at dette er en problemstilling som er en del av arbeidshverdagen, nå og i fremtiden.

«Nei, jeg tenker det kjipt for pasientene som får det påvist, men jeg tenker og at det er viktig at vet man vet litt hva som foregår. Både på enkeltavdelinger og sykehuset i sin helhet og Norge og.. At man har litt kontroll på ehh disse mikrobene.» (Nora)

Det legges vekt på at screening for MRSA er mer takknemlige å ta (nese, svelg, perineum), enn screening for ESBL og VRE (rektalt). Anders understreker at det er en større barriere med en pensel inn i endetarmen. Rektalprøven skal ha synlig avføring på penselen, og kan derfor være mer krevende å utføre. Samtidig diskuteres det blant deltakerne at denne prøven bryter med intimgrensene til pasientene i større grad. I denne sammenheng får pasientene ved noen avdelinger på det største sykehuset i studien, tilbud om å ta screening fra perineum og rektum selv.

«Ja, du ser på pasientene at de drar prøvetakningen veldig ut i tid. At de jaaa.. Jeg skal ta den, ja jeg skal ta den, også går det en hel dag også har de enda ikke tatt den. Altså, du ser jo at det er ikke det kjekkeste de gjør. Og det er ikke det kjekkeste for oss heller. Og liksom at det.. Be folk om å snu seg og når du på en måte nesten har hilst på de akkurat. Sånn at ehh, ja, det er nok en verre prøve for folk å ta, enn å ta en prøve i nese, svelg og perineum.» (Nora)

4.2 Faktorer som påvirker etterlevelse blant helsepersonell

Deltakernes oppfattelse var at helsepersonell er tro mot retningslinjene og utfører screening dersom det oppdages risiko. Dette ble beskrevet som lojalitet, og var et tema som var gjennomgående i alle fire fokusgrupper. Lojalitet til de nasjonale anbefalingene ble oppfattet som en av de største faktorene som påvirker at screening utføres. Gjennom intervjuene ble det allikevel diskutert årsaker til at etterlevelsen noen ganger kunne glippe. En gjennomgående faktor var mangel på kunnskap og informasjon om når screening skulle utføres.

«Ja, altså det er jo rom for menneskelige feil på å huske å screene da, huske å spørre om de tingene.. ja.. Også er det ikke sikkert at alle er kjent med hva de skal gjøre selvfølgelig. At ikke prøven blir tatt ordentlig.. At ikke prøven blir tatt på riktige steder.» (Oddvar)

De nasjonale anbefalingene ble i alle fokusgruppene trukket frem som en faktor som både fremmer og hemmer etterlevelsen på hver sin måte. Retningslinjene er på mange områder tydelige og enkle å forholde seg til. «I utgangspunktet så tror jeg de retningslinjene som foreligger er veldig sånn lette å forholde seg til. Det står veldig sånn tydelig ...» forteller Morten. Dette bidrar til at screening utføres som en del av arbeidsrutinen, og blant deltakerne var opplevelsen at etterlevelse av rutinemessig screening er god. Silje nevner at hun aldri har opplevd noen problemer knyttet til screening, og at screening er noe som blir automatisk tatt tak i. Kunnskap ble vektlagt som en faktor som fremmer screening i stor grad. Kunnskap om risikokriterier og håndtering av de nasjonale anbefalingene for screening bidrar til at helsepersonell stoler på at screening utføres når det skal utføres. Tilla sier «Den er veldig innebygd den der sesjonen med at du vet at pasienten har vært på sykehus i utlandet. MRSA, det er en automatikk i det».

På den andre siden ble mangelfull kunnskap trukket frem som en barriere. Deltakerne diskuterte at de rutinemessige spørsmålene stilles konsekvent, men at i forhold til de nasjonale anbefalingene er det tydelig at det er flere spørsmål som burde stilles, som ikke gjøres i stor grad. Dette ble relatert til at helsepersonell ikke har nok kunnskap om alle kriteriene som er forbundet med risiko. I tillegg opplever sykepleierne på begge sykehusene at de ikke er godt nok informert om de nasjonale anbefalingene. I alle fokusgruppeintervjuene enes det om at implementering av retningslinjer for screening av ESBL og VRE ikke har nådd godt nok ut til helsepersonell. Det kommer frem at deltakerne opplever at nedsatt etterlevelse av retningslinjene kan relateres til at de ikke har god nok kunnskap om den. «Ja, men jeg føler ikke at jeg har fått det med meg sånn eksplisitt på noen måte.. Og jeg tror det er det som må litt til. At folk må gjøres bevisst på det» understreker Amanda.

Som en faktor som bidrar til å hemme etterlevelse ble språk blant pasientene trukket frem. I mange tilfeller var det språkbarriere som gjorde screeningprosedyren vanskeligere, da informasjon til pasienten om hva som skulle skje kunne være vanskelig å formidle. Tolketjenester og standardiserte informasjonsskriv på forskjellige språk er tiltak som ble diskutert for å imøtekomme denne barrieren. Anders sier «Så lenge de snakker norsk og det

går an å forklare det til de så.. Er det greit. Men det er en del som jo ikke gjør det, så.. Da er det ofte verre».

Det kommer også frem at utstyr er en barriere i noen tilfeller, særlig med screening for ESBL og VRE. Screening av MRSA som innebærer prøve fra tre steder på kroppen er blitt en rutine. Screening for ESBL og VRE må dyrkes i hvert sitt medium, og dette innebærer at det må utføres to rektalprøver. Samtidig screening for MRSA, ESBL og VRE medfører at mange prøver skal tas, og dette kan oppleves litt overveldende. Screening for ESBL og VRE har en større tendens til å utsettes i forhold til MRSA. I tillegg til mangel på kunnskap forklarer deltakerne at dette også kan være en årsak.

«Altså vi skal det, men vi hører jo det at, åja, skal vi det ja. Så det er ikke så innarbeidet som mrsa. For først var det jo bare mrsa sant, også nå har de slengt på at vi skal ta de to ekstra pinnene. Så vi har da fem pinner når vi møter pasienten.»
(Anna)

4.2.1 Potensiale for forbedring

I forhold til noen av risikokriteriene oppleves det at det er rom for tolkning. Dette legger opp til at den enkelte må ta en vurdering av risiko, og for mange opplevdes dette som en faktor som skaper usikkerhet. I disse situasjonene rådføres det med leger og eventuelt smittevernsavdelingen. Særlig blant sykepleierne uttrykkes det at svarene som gis kan avvike fra hverandre, noe som igjen kan bidra til redusert mestringstro.

«Det blir tolkning fordi at man skal vurdere noen ting, og da blir det på en måte den vurderingen. Og når det er mange som mener noen ting, så plutselig, da er det kanskje noen som kvier seg for å ta en beslutning, sant, for den doktoren sier sånn, og den sykepleieren sier sånn og de syns sånn.» (Sabrina)

Deltakerne trekker frem at enda enklere og tydeligere informasjon og kriterier for screening, ville være et tiltak som ville bidratt til å fremme etterlevelsen av de nasjonale anbefalingene.

«Det er vel kanskje å få litt mer informasjon, og at leger og sykepleiere er litt mer enige. Ja, sånn at det liksom ikke blir tolkning hver gang, men at vi kan enes alle sammen om hvordan vi tolker da på en måte.» (Cathrine)

Som et verktøy for å bistå i å identifisere risiko i tråd med retningslinjene, ble sjekklister diskutert til å være svært nyttig. Dette bidrar til at helsepersonell sikrer at de nødvendige

spørsmålene stilles til pasienten, samt at kollegaer i etterkant ser at spørsmålene er tatt stilling til. På sykehuset der legene utfører screening ble dette særlig understreket som et tiltak for å bedre rutinen rundt screening, og dermed fremme etterlevelsen. På dette sykehuset ble det både av gruppen med sykepleiere og leger nevnt at det ville være hensiktsmessig at prosedyren rundt screening ble tillagt sykepleierne, da det er de som stort sett først ser pasienten.

«Jeg tenker hvis det er noe praktisk som kunne gjort det litt bedre hadde jo vært om.. Tenker jeg.. I og med at det er sykepleierne som ofte møter pasienten først fordi at de triagerer dem. At ehh, at de hadde hatt det som en standardisert frase alle sammen inne der. Sånn at ikke pasienten kanskje ligger i mottak, også tar det litt tid også kommer turnuslegen, også på en måte et eller annet sted midtveis i innkomsten så spør man om dette her, og da må man ta stilling til det. Og da har jo allerede pasienten vært der og blitt.. Det tenker jeg kunne ha vært en fordel.» (Tobias)

4.3 Organisatoriske rammer for utøvelsen av screening

I forkant av intervjuene ble det formidlet at arbeidsoppgaver blant sykepleiere og leger kan variere fra sykehus til sykehus. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på et sykehus der stort sett sykepleiere utførte screeningprosedyren, og et sykehus der stort sett leger utførte screeningen. Sykepleiere er som regel den som er først i kontakt med pasienten, og på bakgrunn av dette var det på sistnevnte sykehus en pågående prosess der det var ønskelig blant legene at sykepleiere skulle få opplæring i screening, og overta en større del av dette ansvaret.

«Sykepleierne har fått opplæring men det er fortsatt sånn at turnuslegene stort sett gjør det, og vi prøver å fase det over slik at det blir en del av den innkomst- mottak-sykepleiebiten da.» (Oddvar)

Blant sykepleierne på dette sykehuset var oppfattelsen at dette fortsatt skulle være en legeoppgave, men at sykepleierne skulle kunne bidra i større grad. «Når det gjelder screeningen så skal vi være behjelpelig, altså vi sykepleiere skal kunne ta screeningen. Men det er litt nytt for oss enda, og litt skremmende enda» sier Line.

Introduksjonen av retningslinjene skjer i opplæringsperioden til nyansatte. Helsepersonell får opplæring av hverandre, og den informasjonen som den nyansatte får er dermed avhengig av kunnskapen til den som lærer bort. På bakgrunn av dette varierer også opplæringen som blir gitt på dette temaet. Kurt forteller at de nye legene som kommer til sykehuset læres opp av

leger som allerede jobber der. Videre sier han «og jeg håper at det samme er tilfellet for sykepleierne». Sykepleierne bekrefter dette, og forteller at retningslinjene blir introdusert i forbindelse med opplæring. Samtidig forteller de at de opplever å ha et ansvar selv for å opparbeide seg kunnskap på temaet. Silje forteller at hun hadde to dagers opplæring når hun begynte. På disse to dagene ble hun vist hvordan det fungerer, men at hun har hatt et ansvar selv for å opparbeide seg kunnskap på praksis for screening etterhvert som hun har kommet borti relaterte problemstillinger.

4.3.1 Etterlevelse knyttes til opparbeidet kunnskap og kompetanse

I fokusgruppene kommer det frem at screening for ESBL og VRE blir gjort i mindre grad enn screening for MRSA. Deltakerne opplyser om usikkerhet rundt hva som er rutinen. Flesteparten av sykepleierne, samt noen av legene, vet heller ikke når eller hvordan retningslinjene for screening av ESBL og VRE ble implementert. Legene opplyser om at det har blitt sendt ut noe informasjon om temaet, og en sykepleier nevner at det har blitt holdt et informasjonsmøte. Allikevel kommer det frem at deltakerne opplever at de ikke har god nok kjennskap til retningslinjer for screening av ESBL og VRE. «Ehm, jeg tror ikke vi er godt nok kjent med det. Jeg føler ihvertfall ikke det. Jeg tror ikke vi tar VRE og ESBL når vi tar MRSA, nei, det tror jeg ikke vi gjør» forteller Marthe. For å oppdatere seg benyttes intranett i stor grad, men smittevernsveilederen og andre hjelpemidler som analyseoversikter er også til nytte. Andrea opplever at det kan gå litt lenge mellom hver gang det er behov for å utføre screening. Hun benytter i disse tilfellene smittevernhåndboken for å oppdatere seg på prosedyrene, og opplever denne som et godt verktøy.

I forbindelse med behandling i utlandet var det blant deltakerne ofte rom for tolkning knyttet til de nasjonale anbefalingene for screening. Mest usikkerhet var knyttet til behandling eller opphold på institusjon i utlandet. Kriteriene for risiko for bærerskap legger føringer for hva slags type behandling som er gjort, samt over hvor lang tid oppholdet på institusjonen dreide seg om. I tilfeller der retningslinjene ble oppfattet som diffuse, og det oppstod tvil om screening var nødvendig, ble det rådført med ansvarlig lege, og eventuelt videre med smittevernpersonell som hygiesykepleier eller smittevernoverlege. Særlig blant sykepleierne er kriteriene noe som skaper usikkerhet og som diskuteres mye.

«Vi diskuterer kriteriene stadig. Hvor mange timer var det de måtte være der inne på et sykehus og.. Hvordan var det hvis de hadde fått.. Injeksjon.. Skal de da screenes,

eller var det ikke det, eller.. De kan jo gå til tannlege og bare ta en cleaning av tennene.. Da trenger de ikke å screenes.» (Therese)

Blant helsepersonell eksisterer det en tillit til at enhver ansatt gjør det den skal gjøre. Det er ikke noen formell kontroll for om screening gjennomføres, men en iboende holdning at kollegaer følger retningslinjene, og at dersom screening er nødvendig blir den tatt.

«Nei, altså.. Ehm, jeg synes jo holdningene stort sett er greie. Jeg har aldri møtt noen som ikke synes at vi skal screenes i forhold til resistente mikrober.. Og synes det bare er tøys, og at vi skal bare bruke meronem og bredspektret antibiotika.» (Oddvar)

Dersom det allikevel skulle være tilfeller der screening ikke har blitt tatt, identifiseres dette eventuelt av neste skift som da fortløpende tar screening. Slike tilfeller kan være at helsepersonell oppdager at det ikke er utført screening, at det bør screenes fra andre steder enn det som allerede er gjort, eller at det ved analyse av prøvene blir gitt en tilbakemelding om at ytterligere prøver er nødvendig.

«Det er jo på en måte sånn at det hvis en på post ikke sant, hvis sykepleieren på post oppdager at det ikke er tatt mrsa, så tenker de at: Oj det er ikke tatt det, det må vi gjøre. Altså jeg tror at folk skjønner at det er noe som bør gjøres og hvis noen andre skulle ha glemt det så er det viktig å få gjort. For hvis det ikke er tatt da, så er det gjerne fordi at opplysningene om at vedkommende.. Altså ikke helt har gått inn liksom.» (Amanda)

Sjekklistene og punktet i inntakjournal er verktøy som bidrar til å identifisere om spørsmål om screening er tatt stilling til, og fungerer således som et verktøy som deltakerne benytter for å en pekepinn på hvilken grad de nasjonale anbefalingene etterleves.

«Det er vel stort sett at det er tatt stilling til.. Og da stoler man jo på at den som har vært stillingstagende har gjort riktig vurdering da, det må man men.. Men det er stort sett det at det er et punkt i en inntakjournal som alle pasientene har som det står ja, grunnet det og det, eller nei.» (Oddvar)

4.4 Risikopasienten

For å identifisere risiko for bærerskap av MRSA, ESBL eller VRE, er det i de nasjonale anbefalingene listet opp en del kriterier som må tas stilling til av helsepersonell ved innleggelse av pasienter på sykehus. Blant intervjudeltakerne beskrives det innledningsvis at pasienter som assosieres med risiko deles inn i to grupper, der det skilles mellom pasienter

som overflyttes direkte fra sykehus i utland og andre. For gruppen av pasienter som overflyttes direkte fra sykehus i utland er det egne prosedyrer, der de flyttes rett til avdeling og isoleres der i påvente av svar på screening, dersom ikke bærerskap allerede er kjent.

«Vi har valgt å skille veldig på hvordan man håndterer de som kommer direkte overflyttet fra sykehus i utlandet, og de som bare har vært innom en eller annen gang da. Kommer de direkte fra sykehus i utlandet så er de isolert til man har svar på alle dyrkningsprøvene, inkludert ESBL og VRE.» (Anders)

Rutinen på begge sykehus var at alle pasienter blir stilt en rekke spørsmål ved innleggelse, for å identifisere risiko for MRSA, ESBL og VRE. Spørsmålene er en del av anamnesen og går i hovedsak ut på om pasienten har vært til behandling i utlandet, har utenlandsk opprinnelse, har vært eller er i flyktningeleir, eller hatt lengre opphold i utlandet i løpet av de siste 12 månedene.

«Ja, da hadde jeg spurt om det, om du har vært innlagt på et sykehus utenfor Norden i løpet av det siste året. Eh, starta der. Også hvis det hadde vært en som kommer fra et asylmottak eller en flyktningeleir eller noe sånt noe, så har man gjerne den informasjonen på forhånd. Ehm, så det er vel, det er vel hovedsakelig det.» (Tobias)

I tre av fokusgruppeintervjuene er oppfattelsen at alle pasienter blir spurt disse spørsmålene i akuttmottaket ved mulig innleggelse på sykehus, eller i forkant av planlagt innleggelse. Spørsmålene blir stilt ved første kontakt med sykehuset og er et punkt i innkomstjournalen til legene, samt et punkt på mottaksskjemaet til sykepleierne ved det største sykehuset.

«I akuttmottaket blir alle som kommer inn, sant de er bevisst og i stand til å svare på det spurt har du vært på sykehus i utlandet det siste året. Hvis de svarer ja på det, så blir de screenet da.» (Anders)

På sykehuset der det er legene som utfører screening er det derimot en oppfatning blant sykepleierne at det ikke nødvendigvis er slik at alle pasienter spørres. Deltakerne forteller at det er noen pasienter som antas å være mer knyttet til risiko enn andre, og at det i disse tilfellene vil falle seg naturlig å stille utdypende spørsmål. Line sier at hun opplever at nordmenn stort sett bare blir spurt dersom det er noe ved pasienten som assosieres med økt risiko, som for eksempel hvis pasienten er veldig solbrun. Flere i fokusgruppen sier seg enig i dette. På begge sykehusene kommer det frem at dersom pasienten blir innlagt på fødeavdeling eller av andre grunner ikke blir innlagt via akuttmottaket, er det rutine ved begge sykehusene

at pasienten spørres på respektive avdeling av sykepleierne. Likevel legger sykepleierne på det minste sykehuset til at de ikke oppfatter dette som en integrert rutine. I alle fokusgruppeintervjuene understrekes det imidlertid at dersom det er positiv respons på noen av spørsmålene utføres screening uten unntak, så fremt pasienten kan samarbeide.

Sett bort i fra de rutinemessige risikokriteriene som skal tas stilling til ved innleggelser av pasienter på sykehus, fremkom det i fokusgruppene en forskjell i hvilke risikokriterier som vektlegges blant de to sykehusene. Legene og sykepleierne på det minste sykehuset la større vekt på risikokriterier knyttet til tatoveringer og behandlinger som er gjort i utlandet som for eksempel tannbehandling. Til tross for at dette ikke var spørsmål som rutinemessig ble stilt, ble disse risikokriteriene nevnt flere ganger i begge fokusgruppene. På det største sykehuset ble det i størst grad rettet fokus på risikokriteriene som omhandlet innleggelse på sykehus i utland, og risiko forbundet med turister og flyktninger.

De nasjonale anbefalingene viser til hvordan screeningen skal utføres, og hvor prøven skal tas fra. I fokusgruppeintervjuene diskuteres det at det tas prøver fra nese, svelg og perineum ved MRSA, og rektalprøve ved ESBL og VRE. Dette er ifølge deltakerne rutinen hvis det er identifisert risiko for bærerskap av antibiotikaresistente mikrober. Det kommer frem at det ikke screenes fra andre steder på kroppen i like stor grad, og at dette kan ha en tendens til å glippe. Dette til tross for at det er kunnskap om at det står i retningslinjene at det også skal screenes blant annet fra sår, eller inneliggende utstyr som urinkateter. «Det er ikke så automatisk at det skal tas prøve i fra sår eller fra kateter eller noe sånn, for det er liksom de her vanlige som er liksom. Så det kan sikkert glippe» sier Anna.

Etter gjennomføringen av alle fokusgruppeintervjuene var hovedinntrykket at deltakerne opplevde at de nasjonale anbefalingene etterleves. Oppfatningen til alle deltakerne er at screening er noe som gjøres i stor grad. De erfarte få eller ingen barrierer som påvirket utførelsen av prosedyren. «Det er ingen faktorer som hindrer oss i å gjøre det. Det er det ikke. Og.. Og.. Det ville være en dødssynd om så var ...» sier Kåre. I de tilfellene der screening ikke var gjort, opplevde deltakerne at dette i de fleste tilfellene dreide seg om mangel på kunnskap. Dette kan settes i kontekst med organisasjonskultur, mekanismer som påvirker integrering og adferdsmønstre. Dette vil bli belyst nærmere i neste kapittel.

5.0 DISKUSJON

Funnene fra denne studien ble presentert i forrige kapittel, og blir i dette kapittelet diskutert og drøftet opp mot teori og tidligere forskning. Hovedfunnene knyttes til kunnskap og informasjon om de nasjonale anbefalingene (vedlegg 1), og hvordan disse håndteres i rutinemessig praksis. Kunnskap ble av deltakerne trukket frem som en faktor som fremmer etterlevelse. Tilgang til informasjon, eller mangel på dette, ble ansett som en viktig faktor som påvirket i hvilken grad risiko for bærerskap av MRSA, ESBL og VRE ble identifisert. Det kom frem at det er noen risikokriterier som i større grad var integrert i rutinen for identifisering av bærerskap enn andre. I tillegg forteller deltakerne i fokusgruppene at retningslinjen for screening av MRSA er bedre kjent enn retningslinjene for ESBL og VRE. I studien er det ønskelig å belyse hvilke faktorer som påvirker etterlevelse av retningslinjer for screening av antibiotikaresistente mikrober. Funnene fra resultatdelen vil sees i lys av kontekstuelle faktorer som organisasjonskultur, atferd og mekanismer for integrering av intervensjoner, og hvilke implikasjoner dette kan ha i forhold til helsepersonells utøvelse av screening. Studiens begrensninger og kvalitetsvurderinger, samt behovet for videre forskning presenteres i de siste avsnittene.

5.1 Betydningen av organisasjonskultur for etterlevelse av praksis for screening

I fokusgruppeintervjuene kom det frem at deltakerne i liten grad hadde kjennskap til hvordan retningslinjene for screening av MRSA, ESBL og VRE hadde blitt introdusert. Særlig blant sykepleierne ble det diskutert at de synes det ble formidlet lite informasjon om prosedyrer for screening. På det minste sykehuset fortalte en av sykepleierne at det nylig hadde vært et informasjonsmøte om temaet. I denne fokusgruppen kom det frem at det kun var en av fire sykepleiere som hadde kjennskap til møtet og hadde hatt mulighet til å delta. Sykepleierne fortalte at informasjon om retningslinjer knyttet til antibiotikaresistens stort sett ble gitt i opplæringsperioden, og i mange tilfeller var dette kun informasjon som ble videreformidlet fra kollegaer. Organisatoriske rammer rundt helsepersonell og kulturen på arbeidsplassen har i følge forskningen stor betydning når det kommer til smittevern. Sinkowitz-Cochran et al (2012) fant at disse rammene også har betydning for kunnskap og holdninger blant helsepersonell. Organisasjonskultur på sykehus som fokuserer på praksis knyttet til infeksjonskontroll, vil bidra til å redusere forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI), dermed også forekomst av MRSA, ESBL og VRE (Sodhi, Shrivastava, Arya, & Kumar, 2013). Organisasjonskultur innebærer blant annet faktorer knyttet til ledelse,

arbeidsmengde, ansattes arbeidsmoral, samarbeid, og tilfredshet blant ansatte (Sinkowitz-Cochran et al., 2012).

Deltakerne hadde et inntrykk av at hvis risiko for MRSA, VRE eller ESBL ble identifisert, ble screening gjennomført uten unntak. Det ble trukket frem at det i noen tilfeller likevel kunne oppstå tilfeller der pasienter ikke ble screenet. På det største sykehuset ble dette relatert til at det kunne oppleves overveldende å ta fem prøver når det skulle screenes både for MRSA, ESBL og VRE. Dette ble særlig forbundet med arbeidsmengden som fulgte med å utføre screening fra rektum og perineum. Prosedyren ble ikke relatert til tidsbruk, men at sykepleierne opplevde dette som en lite effektiv praksis. Ansvar for rektalprøvene ble i mange tilfeller overført fra akuttmottaket til sengepost, da svaret likevel ikke var klart før dagen etter. På det minste sykehuset ble det diskutert at det å identifisere risiko ikke var blitt integrert fullt ut som en rutine. Dette ble relatert til organisasjonskulturen, og at det som følge av denne kunne oppstå svikt i rutinen med å screene pasienter. Organisasjonskultur blir definert som de normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikles og deles blant kollegaer, og kan bidra til å påvirke individets atferd og tankegang (Sinkowitz-Cochran et al., 2012).

Fokusgruppeintervjuene viste til forskjellig praksis i forhold til utførelse av screening på de ulike sykehusene. På det minste sykehuset var det legene som utførte screening, og sammenligning av legegruppen og sykepleiergruppen var det varierende kjennskap til retningslinjene. Særlig i forhold til retningslinjene for screening av ESBL og VRE viste resultatene at sykepleierne hadde mangelfull kunnskap. Balbale et al (2015) finner at vellykket implementering av retningslinjer for å forebygge MRSA, forutsetter at informasjon formidles til alt relevant helsepersonell. Informasjon må formidles hyppig, og opplæringen må være systematisk. For vellykket implementering er det også viktig med god støtte fra ledelsen. Dessuten må eventuelle barrierer som relateres til etterlevelse tydeliggjøres og bearbeides. I resultatene fra fokusgruppeintervjuene fremkommer det at retningslinjen for screening av MRSA er bedre implementert enn ESBL og VRE, og deltakerne tror dette skyldes at retningslinjene for screening av ESBL og VRE ikke har nådd godt nok ut til alt helsepersonell. I studien utført av Balbale et al (2015) tydeliggjøres det at funnene også kan være nyttige i andre implementeringsprosesser. Blant annet kan de være hensiktsmessige i forbindelse med implementering av retningslinjer for screening (Balbale et al., 2015).

Deltakerne opplevde at de nasjonale anbefalingene var et nyttig verktøy, og refererte til disse som en faktor som bidro til etterlevelse. I forskningen gjort av Yagasaki & Komatsu (2011) sees det at til tross for at retningslinjer blir ansett som viktige, er de ikke tilstrekkelig implementert i praksis. De finner videre at fokus på retningslinjens forutsetninger må prioriteres, i tillegg til individuelle, tverrfaglige, organisatoriske forutsetninger. Dette bidrar til å tilrettelegge for en vellykket implementering av en intervensjon. Deltakerne diskuterte at informasjon knyttet til nasjonale anbefalinger opplevdes som vanskelig å finne. Legene diskuterte dessuten at deres opplevelse var at de fikk for mye informasjon, og at det dermed ble vanskelig å sortere ut det viktigste. Det var enighet i alle gruppene om at informasjon som gis må være kortfattet og enkel. For at ny praksis skal bli tilstrekkelig implementert må den også være gjennomførbar.

5.1.2 Holdninger

Resultatene fra fokusgruppeintervjuene viste til at introduksjon av retningslinjene for screening i stor grad skjedde ved hjelp av opplæring fra kollegaer. Bruk av positive rollemodeller, samt tilegnelsen av positive sosiale og kulturelle normer på arbeidsplassen, bidrar til å skape gode holdninger og praksis knyttet til en intervensjon (Kingston, Slevin, O'Connell, & Dunne, 2017). Deltakerne gir uttrykk for at praksis rundt screening for MRSA, ESBL og VRE er god. Dette relateres til en kollegial tillit som baserer seg på at alle gjør det de skal gjøre, slik de ble vist i opplæringsperioden. Lee et al (2014) finner i sin studie at oppfattelsen av å være en rollemodell for andre kollegaer er viktig for å bedre etterlevelse av praksis for håndhygiene blant helsepersonell (Lee et al., 2014). Dette er nyttig kunnskap som også kan knyttes til praksis for screening av antibiotikaresistente mikrober. En god rollemodell vil søke etter å etterleve de nasjonale anbefalingene i praksis for screening. Blant annets relateres dette til oppfattelsen om at helsepersonell ønsker å gjøre det beste for sine kollegaer og for samfunnet.

De Wandel et al (2010) finner i sin studie at mestringstro blant helsepersonell er en faktor som bidrar til økt etterlevelse av retningslinjer. Troen på egne mestringsevner påvirkes av observasjon og læring fra andre, i tillegg til individets egne erfaringer med suksess og feiling. Videre er funnene at det kreves tilstrekkelig med kunnskap og ferdigheter for å få til en endring i atferd (De Wandel et al., 2010). Noen av sykepleierne nevnte i intervjuene at de synes det var litt skummelt å skulle ha ansvar for å screene pasienter. De relaterte dette til at

de ikke hadde nok kunnskap, men også at de var redde for å gjøre feil. For mange av sykepleierne var det mange år siden opplæring. På de avdelingene der screening ble utført sjeldent opplevde de dermed at kunnskap om screening og de nasjonale anbefalingene var mangelfull. Mange av deltakerne erfarte også at oppdatert informasjon var vanskelig å finne. Etterlevelse av retningslinjene baserte seg derfor i stor grad på egen erfaring og observasjon av kollegaer, og i mindre grad på oppdatert informasjon og kunnskap. Holdningen blant sykepleierne var at de gjør så godt de kan, ut fra forutsetningene de har. Organisatoriske rammer legger til rette for at holdninger adapteres, at helsepersonell holdes faglig oppdaterte, og at eventuelle barrierer for etterlevelse av smittevernsrutiner elimineres. Legges det ikke til rette for dette, kan det medføre at barrierene for etterlevelse i verste fall kan forsterkes (Sinkowitz-Cochran et.al, 2012).

De Wandel et al (2010) skriver at verken sosiale normer eller teoretisk kunnskap i forhold til retningslinjer, påvirket praksis for håndhygiene. Derimot kom det frem at sykepleiere som erkjente lav mestringstro eller dårlige holdninger knyttet til tidsrelaterte barrierer, så ut til å etterleve praksisen i mindre grad. I forhold til screening for antibiotikaresistente mikrober ga ikke deltakerne uttrykk for at tidsbruk var en barriere, og de rapporterte om gode holdninger blant helsepersonell. Derimot opplevde helsepersonell som utførte screening sjeldent lavere mestringstro enn helsepersonell som utførte screening hyppigere. Dette ble knyttet til en opplevelse av usikkerhet vedrørende identifisering av risiko for bærerskap av MRSA, ESBL og VRE. Flere av deltakerne fortalte at de opplevde det som en barriere å ta prøver fra rektum og perineum. Blant deltakerne var det et kroppsspråk som tydet på at denne prøven var ubehagelig å ta, muligens fordi den opplevdes å bryte med intimgrens. Dette reduserte likevel ikke etterlevelsen, og ble ikke ansett som en faktor som begrenser praktiseringen. Den iboende holdningen blant deltakerne var at screening var en prosedyre som skulle utføres. Hvis noen valgte å ikke gjøre det, var det forventet en begrunnelse. Studien gjort av gjort av Currie et al (2011) viser til stort sett gode holdninger og få barrierer i forhold til utøvelse av screening. Det vises også til at holdninger blant helsepersonell er en viktig faktor i forhold til etterlevelsen av de nasjonale anbefalingene.

5.2 Innsikt i implementeringsprosesser sett i lys av Normalization Process Theory (NPT)

Erfaringer med implementering og bruk av retningslinjer for klinisk praksis i helsevesenet viser til en kontinuerlig prosess, der utviklingen av holdbare og driftssikre rutiner bidrar til å tilrettelegge for helsepersonell i arbeidshverdagen. I tillegg bidrar disse rutinene også til å

fremme pasientsikkerhet (Bahtsevani et al., 2010). Vellykket implementering av nasjonale anbefalinger for screening av MRSA, ESBL og VRE er av betydning for å øke etterlevelse. NPT er en teori som er utviklet for å bidra til at ny praksis adapteres og blir en del av normal rutine (Johnson & May, 2015). I fokusgruppene kom det frem at helsepersonell har intensjoner om at etterlevelsen av de nasjonale anbefalingene var tilnærmet hundre prosent. Derimot viste det seg i resultatene at det var deler av de nasjonale anbefalingene som ikke var godt nok kjent for deltakerne. Dette tyder på at implementeringen av de nasjonale anbefalingene ikke har vært optimal. May & Finch (2009) beskriver at ny praksis må implementeres, forankres, og integreres i rutineene til helsepersonell for å bli en del av normal praksis.

5.2.1 Forståelse for mening og sammenheng av ny praksis

NPT beskriver fire mekanismer som operasjonaliserer prosessen for normalisering av en intervensjon, og den første mekanismen er at ny praksis må skape mening og sammenheng (May & Finch, 2009). I alle fokusgruppeintervjuene var oppfattelsen at screening var viktig for å unngå at antibiotikaresistente mikrober blir endemisk i norske sykehus.

Antibiotikastyring i helsevesenet og nasjonal strategi for å forebygge antibiotikaresistens legger føringer for intervensjonene som blir implementert i norske sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, 2015b). Deltakerne hadde god kunnskap om trusselen antibiotikaresistens utgjør for samfunnet, og ønsket å bidra til å unngå økende forekomst av dette. Derimot ble det diskutert i tre av fokusgruppene at det kanskje ble screenet fler enn nødvendig. Det ble også diskutert i disse gruppene at kriteriene ikke rettet seg mot de mest hensiktsmessige risikogruppene. Dette kan tyde på at deltakerne forstod meningen med praksisen relatert til screening, men at retningslinjene ikke alltid ble oppfattet som fornuftige, og at oppfattelsen av sammenheng dermed ble svekket (May et al., 2014).

5.2.2 Engasjement og enighet om ny praksis bidrar til integrering

I integreringsprosessen er det også viktig at aktørene er villige til å delta for at ny praksis skal bli en del av rutinen. Kognitiv deltakelse er en mekanisme der helsepersonell engasjeres i en ny praksis og intervensjonen som skal implementeres (May & Finch, 2009). På bakgrunn av organisasjonskulturen på de ulike sykehusene, og kunnskapen til deltakerne, var etterlevelse av retningslinjene for screening en praksis som opplevdes som viktig. Funnene i denne studien viste at helsepersonell var lojale til retningslinjene, og at de opplevde få barrierer som

påvirket utførelsen. Det var en gjennomgående oppfattelse at motivasjonen for å utføre screening var god, og at det var god kunnskap om hvorfor det skulle gjøres. Blant deltakerne ble det erfart at helsepersonell har kjennskap til retningslinjene. Derimot opplevdes retningslinjene som komplekse på noen områder, da de innebar rom for tolkning. May et al (2014) poengterer at enighet om felles praksis relatert til en intervensjon bidrar til økt integrering. Deltakerne beskrev at en slik enighet kunne være vanskelig på noen områder, da de opplevde usikkerhet knyttet til noen av kriteriene. Dette gjaldt spesielt kriteriene som tok for seg behandling på helseinstitusjon i utlandet. Deltakerne fortalte at det i slike tilfeller var nødvendig å diskutere situasjonen med kollegaer eller smittevernpersonell. Til tross for at risikotilfellene kunne være like, opplevde sykepleierne at svarene fra smittevernpersonell kunne variere. Mange av sykepleierne uttrykte at det ville vært hensiktsmessig med tydeligere retningslinjer. Satos et al (2008) fant i sin studie at helsepersonell som har klare retningslinjer i forhold til screening av antibiotikaresistente mikrober, opplever færre barrierer og faktorer som hemmer utførelsen av screening.

5.2.3 Tillit blant kollegaer kan påvirke integreringsprosesser

Resultatene fra fokusgruppeintervjuene viste at praksis for screening av MRSA var bedre integrert på sykehusene enn screening for ESBL og VRE. Den tredje mekanismen for normalisering av praksis dreier seg om kollektiv handling. Nye intervensjoner som involver endring i arbeidshverdagen krever både en individuell og kollektiv innsats for å iverksettes (Murray et al., 2010). Deltakerne fortalte at det i stor grad var gjennom opplæring fra kollegaer at retningslinjene for screening ble introdusert. Praksis var dermed avhengig av hva slags opplæring som ble gitt. May et al (2007) viser også til at hvis tillit blant kollegaer opprettholdes i tilknytning til implementeringsprosessen, vil det lettere oppnås kollektiv innsats og handling rundt ny praksis. Funnene fra fokusgruppene viste til at helsepersonell stolte på at sine kollegaer gjorde de arbeidsoppgavene som var forventet at de skulle gjøre. Dessuten var det en iboende tillit både i organisasjonen i sin helhet, og blant kollegaer, at atferd og handlinger ble utført på bakgrunn av denne forventningen. Dette var et fenomen som også kunne knyttes til opplæring av nyansatte, der det var forventet at de ble lært opp i alt som var viktig å vite, uten at dette ble kontrollert på noe vis. May et al. (2007) forklarer at det vil være nyttig å ta stilling til hvordan intervensjonen påvirker samhandlinger mellom praksis og aktørene. I forbindelse med implementering av retningslinjene for screening er det i denne forbindelse viktig å gjøre rede for hvilken rolle hver aktør har, samt å tydeliggjøre

formelle og uformelle regler og prosedyrer relatert til praksis (May et al., 2007). Blant deltakerne i fokusgruppene ble det særlig blant sykepleierne diskutert lite tilgjengelig informasjon om retningslinjene. I tillegg ble det uttrykt av noen av sykepleierne at opplæringen som gis opplevdes som mangelfull. Dette kan igjen reflektere tilbake på at deltakerne opplevde at mangelfull kunnskap var en faktor som påvirket om screening ble utført eller ikke. Johnson & May (2015) skriver at implementering av retningslinjer krever kognitiv deltakelse i stor grad. Dette forklares med at det blant aktørene ofte stilles spørsmål til retningslinjens legitimitet. For at intervensjonen skal bli en del av normal praksis må det skje endringer i struktur og handling, i tråd med organisasjonens kultur. Dette retter fokus mot kollektiv handling, fremfor handlinger som gjøres på individuelt grunnlag.

I de tilfellene der pasienter ikke snakket godt norsk eller engelsk opplevdes det blant helsepersonell som vanskelig å skulle ta prøve fra rektum og perineum. Dette på bakgrunn av at de i forkant av prosedyren ikke fikk forklart hva de skulle gjøre. Men også grunnet at de ikke hadde informasjon om pasientens forhistorie, for eksempel i form av eventuelle tidligere traumatiske opplevelser. Retningslinjer som av helsepersonell oppfattes som forstyrrende i samhandling med pasienter oppnår ifølge May et al (2014) mindre støtte i forbindelse med kollektiv handling. Dette kan igjen virke forstyrrende for implementeringsprosessen. Deltakerne erfarte lite motstand blant pasienter, og de fortalte at det sjeldent var noe problem med å utføre screening, verken fra perineum, rektalt, eller fra nese og svelg. Dette kan tyde på at mekanismene knyttet til kollektiv handling er velfungerende på begge sykehusene, og at viljen til å normalisere retningslinjene i normal praksis er til stede i stor grad.

5.2.4 Vurdering av ny praksis og nytteverdien denne medfører for helsepersonell

I fokusgruppeintervjuene kom det frem at MRSA, ESBL og VRE i noen tilfeller ble påvist ved tilfeldige funn. Dette ble beskrevet som funn av antibiotikaresistente mikrober for eksempel fra en urinprøve, der det ikke forelå funn fra screening. I tillegg var det også en oppfattelse av at det var svært få positive svar på screeningene som ble utført. Deltakerne uttrykte at dette ikke påvirket etterlevelsen, men at det til tider kunne føles unyttig å screene så mange pasienter. May & Finch (2009) viser til at ved normalisering av ny praksis vil det hele tiden gjøres en evaluering av hvordan dette vil påvirke aktørene, og konteksten de begir seg i. Opplevs praksisen som nyttig og effektiv vil den lettere bli integrert (Johnson & May, 2015). Deltakerne ga uttrykk for at konsekvensene av å ikke utføre screening kan være

negative. Evaluering gjøres av involvert helsepersonell, og er en vurdering av effekten av handlinger (Johnson & May, 2015). Til tross for at deltakerne opplevde at det screenes mange, ble det beskrevet en holdning basert på prinsippet om å være føre var. Dette ble gjort ved å ta større forhåndsregler enn kanskje nødvendig for å unngå spredning av MRSA, ESBL og VRE. Implementering av komplekse intervensjoner er et kontinuerlig arbeid, og mekanismene som operasjonaliserer prosessen er dynamiske. Retningslinjens legitimitet forankres gjennom delte erfaringer, informasjon og opplæring, der evaluering spiller en stor rolle (Johnson & May, 2015). I omgivelser hvor antibiotikaresistente mikrober har etablert seg i sykehusmiljøet, og hvor intervensjoner for å redusere forekomst er implementert, kan variabler knyttet til organisasjonskultur påvirke helsepersonells holdninger, kunnskap og praksis, og igjen bidra til å redusere spredning av MRSA, ESBL og VRE (Fedorowsky et al., 2015).

5.3 Kunnskap, en faktor som bidrar til å påvirke helsepersonells atferd

Helsepersonell har en viktig rolle i forhold til å forebygge spredning av MRSA, ESBL og VRE, og i resultatene fremkom det at den viktigste faktoren som både fremmet og hemmet dette arbeidet var kunnskap. I studien utført av Suchitra og Laksmi (2007) kommer det frem at mangelfull kunnskap, erfaring, og manglende opplysning om at det finnes nasjonale anbefalinger for smittevern i helseinstitusjonen, er de viktigste faktorene for redusert etterlevelse av nasjonale anbefalinger. I resultatene fra fokusgruppeintervjuene fremkom det at det var mangelfull kunnskap som blant deltakerne ble ansett å være den største barrieren i forhold til at screening utføres. På begge sykehusene opplevde deltakerne at det er god praksis for å utføre screening når pasienten møter de risikokriteriene som ble ansett som rutinemessige. Der det derimot kunne oppstå svikt i rutinen var hvis pasienten oppfylte risikokriterier som var avvikende fra rutinen, eller der retningslinjene ikke var godt nok implementert. Kunnskap ble trukket frem som en essensiell faktor i å forebygge spredning av antibiotikaresistente mikrober. I studien gjort av Mamhidir et al (2011) vises det til mangelfull kunnskap om antibiotikaresistens blant helsepersonell, særlig knyttet til ESBL. Gjennomgående i fokusgruppeintervjuene fremkom det at deltakerne opplevde at det i større grad ble screenet for MRSA enn ESBL og VRE, til tross for at risikokriteriene var noenlunde de samme. Dette ble relatert til en oppfattelse av at helsepersonell hadde større kunnskap knyttet til screening for MRSA enn for ESBL og VRE.

5.3.1 Screening utføres uten unntak

Rasmussen (1983) forklarer i sin modell tre nivåer for adferd, hvor adferd som er kunnskapsbasert anses som det høyeste nivået. Handlinger som utføres kunnskapsbasert skaper større grad av pasientsikkerhet, enn de to lavere nivåene, ferdighets- og regelbasert atferd (Wentink et al., 2003). Resultatene som har fremkommet fra fokusgruppeintervjuene viste til en lojalitet blant helsepersonell i forhold til etterlevelse av de nasjonale anbefalingene for screening. Blant helsepersonell ble det erfart en slags tillit blant kollegaer, der det ble forventet at alle fulgte retningslinjene, uten stor grad av motsetninger. I kombinasjon med andre faktorer bidro atferden til å påvirke grad av etterlevelse. I relasjon til Rasmussens modell kan dette forklares ved hjelp av de ulike atferdsnivåene. Funnene i studien viste til at helsepersonell i Norge hadde kunnskap om de nasjonale anbefalingene, men at denne på noen områder var mangelfull. Dessuten hadde helsepersonell kjennskap til antibiotikaresistens, og at dette blir ansett som et økende problem også her i landet. Dersom risiko for bærerskap av MRSA, ESBL og VRE ble identifisert, ble det screenet fra nese, hals, perineum og rektum. Dette var ferdigheter som helsepersonell har utviklet gjennom erfaring etter å gjentatte ganger ha utført handlingen, og ble oppfattet som en del av arbeidsrutinen. Ferdighetsbasert atferd er når handlinger utføres nærmest automatisk, uten stor grad av bevisst refleksjon (Rasmussen, 1983). Deltakerne fortalte at det ikke ble gjort et bevisst valg ved å unngå å utføre screening. Screening ble utført uansett, så lenge det var kjennskap til at det skulle gjøres.

5.3.2 Praksis for screening formes av lokale normer og regler

I forhold til utførelse av screeningprosedyren henger ferdighetsbasert atferd sammen med regelbasert atferd på de to sykehusene i studien. Den generelle oppfattelsen blant deltakerne var at de nasjonale anbefalingene ble etterlevd, og blant legene ble etterlevelsen beskrevet opp mot hundre prosent. Regelbasert atferd forklares av Rasmussen (1983) som handlinger som utføres på bakgrunn av vedtatte regler og instruksjoner eller informasjon videreformidlet av andre, i tillegg til ferdighetene som allerede er knyttet til handlingen. Skov et al (2008) viser i sin studie til at risikokriterier for MRSA kan avvike fra normen, og at dette kan være en faktor som bidrar til at bærerskap ikke identifiseres. Deltakerne i fokusgruppeintervjuene fortalte at risikokriteriene og spørsmålene som ble stilt pasientene bar preg av det som var normen på avdelingen. Atferden var preget av lokal praksis for å identifisere risiko for MRSA, ESBL og VRE, og baserte seg på regler og instruksjoner som var gjeldene på avdelingen. Arbeidsrelatert atferd er ikke bare avhengig av retningslinjer, men er ofte en kombinasjon av lokal praksis og

individuelle preferanser (Shah, Castro-Sanchez, Charani, Drumright, & Holmes, 2015). Blant deltakerne opplevdes det lite behov for egen refleksjon knyttet til prosedyren, da retningslinjene ble ansett som stort sett tydelige og enkle å forholde seg til. Helsepersonell læres opp av hverandre, og dette bidrar til at kulturelle normer skapes. Dette vil kunne være styrende for i hvilken grad de nasjonale anbefalingene etterleves (Umansky & Rantanen, 2016). I alle fokusgruppeintervjuene ga deltakerne uttrykk for at de forholdt seg aktivt til retningslinjene for screening som ble benyttet på sin avdeling. De understreket at dette ble gjort uten unntak. Derimot viste funnene til at det var en del risikokriterier som det ikke ble spurt om ved innleggelse av pasienter på sykehus. Det kom også frem at det ikke rutinemessig ble screenet på andre steder på kroppen enn de typiske lokalisasjonene som nese, svelg, perineum og rektum. Atferden er regelbasert i så måte at den styres av gjeldende praksis på avdelingen, og ved at kunnskapsbasert refleksjon ikke blir tilstrekkelig vurdert eller inkludert i forhold til handlingen (Umansky & Rantanen, 2016; Wentink et al., 2003).

5.3.3 Kunnskap og informasjon bidrar til større grad av etterlevelse

Gjennom læring, opparbeidet kompetanse og tilegnede holdninger, dannes vaner og atferd. Dersom helsepersonell opplever å være kjent med innholdet og meningen med retningslinjer for praksis, vil deres forståelse styrkes. Dette vil bidra til at endring i atferd kan oppstå, og videre føre til at etterlevelse av retningslinjene forbedres (Luo, He, Zhou, & Luo, 2010). Gjennom opparbeidet kunnskap om nasjonale anbefalinger, vil utførelsen av screening i større grad være kunnskapsbasert. Wentink et al (2003) ser i sin studie at kunnskapsbasert atferd er kompleks, og at trening rettet mot dette atferdsnivået er av betydning for utvikling av handlingskompetanse. Kunnskapsbasert atferd er når individet står i en situasjon uten kjente regler eller ferdigheter, og handling utføres på bakgrunn av kunnskap eller erfaring fra lignende situasjoner (Rasmussen, 1983). Sodhi et al (2013) fant at kunnskap om infeksjonskontroll blant sykepleiere var forholdvis god, men at det likevel var behov for ytterligere kompetanse. Regelmessig trening og opplæringsprogram viste seg å være vesentlig for å bedre etterlevelsen av retningslinjene knyttet til infeksjonskontroll. Dette gjenspeiles i resultatene fra fokusgruppeintervjuene. Deltakerne opplevde at helsepersonell innehadde kunnskap om antibiotikaresistente mikrober. De erfarte også at helsepersonell hadde kjennskap til de nasjonale anbefalingene, men ikke tilstrekkelig kjennskap til innholdet i anbefalingene. Det ble understreket et behov for mer opplæring og informasjon, slik at helsepersonell holdes oppdatert på gjeldene praksis. Deltakerne uttrykte at informasjon som

blir gitt må være konkret, tydelig og i større grad tilgjengelig. Mangelfull kjennskap til retningslinjer kan bedres ved at helsepersonell tilbys tilstrekkelig med informasjon og opplæring, og at dette gjøres regelmessig (Sarani, Balouchi, Masinaeinezhad, & Ebrahimitabas, 2015). Forskningen gjort av Mamhidir et al (2011) støtter dette, der resultatene viser til at det er behov for kunnskapsbasert opplæring og informasjon for å bedre kompetanse blant helsepersonell. Dette vil kunne bidra til at screening utføres på bakgrunn av det høyeste nivået av atferd, der handlingene baseres på kunnskap.

Rasmussens modell ser på hvordan de ulike atferdsnivåene påvirker hverandre. Modellen legger til grunn at atferd på kunnskapsbasert nivå i størst grad bidrar til pasientsikkerhet (Wentink et al., 2003). For at dette skal oppnås må alle nivåer av atferd være integrert i handlingen. Ferdigheter må ha blitt utviklet og satt i kontekst med gjeldene regler og normer. Videre knyttes dette opp mot kunnskap, slik at det i ukjente situasjoner gjøres en individuell vurdering der kunnskap, regler og ferdigheter komplementerer hverandre. Handlingen utføres da etter den vurderingen som antas å i størst mulig grad bidrar til å nå målsetningen (Rasmussen, 1983; Umansky & Rantanen, 2016).

5.4 Finnes det forbedringspotensial?

Helsepersonell som har klare retningslinjer i forhold til screening av antibiotikaresistente mikroorganismer, opplever færre barrierer og faktorer som hemmer utførelsen av screening (Santos et al., 2008). I fokusgruppeintervjuene ga deltakerne uttrykk for at tiltak for å bedre etterlevelsen i Norge vil være tydeligere retningslinjer. Særlig sykepleierne opplevde at det var en del rom for tolkning. Dette kunne virke overveldende og reduserte tillit til egen kompetanse og vurderingsevne. Deltakerne etterlyste enklere og mer kortfattede retningslinjer, med større grad av gjennomførbarhet. Santos et al (2008) finner i sin studie at nasjonale anbefalinger vil kunne føre til økt kunnskap for helsepersonell relatert til når pasienter skal screenes eller ikke, og kan bidra til å redusere opplevde barrierer. Selv om de nasjonale anbefalingene i Norge på noen områder opplevdes som utydelige, viste resultatene fra fokusgruppene at de først og fremst ble ansett som en faktor som fremmer etterlevelse. Parmeggiani et al (2010) viser i sin studie til at det er redusert etterlevelse av standard retningslinjer blant helsepersonell, til tross for god kunnskap og positive holdninger. Det er behov for informasjonskurs og systematisert opplæring for å ytterligere bedre kompetansen, og dermed også etterlevelsen. Resultatene fra fokusgruppeintervjuene var at mangelfull kunnskap ble ansett som den største barrieren for at screening ikke blir utført. Legene i

fokusgruppeintervjuene fortalte at de fikk god informasjon, og at det jevnlig ble holdt informasjonsmøter. De opplevde derimot at mengden informasjon som ble gitt til tider kunne oppleves overveldende, og at viktig informasjon dermed ikke kom tydelig nok frem. Sykepleierne fortalte at informasjon blir gitt under opplæring, og at de i etterkant av dette selv må sørge for å holde seg oppdaterte. Deltakerne hadde en oppfatning om at de gangene screening ikke var utført, så var dette på bakgrunn av mangelfull kunnskap og opplæring. Suchitra & Lakshmi (2007) ser i sin studie på holdninger, kunnskap og praksis blant helsepersonell i forhold til sykehusinfeksjoner. Mangelfull kunnskap, erfaring, og manglende opplysning om at det finnes nasjonale anbefalinger for smittevern i helseinstitusjonen, var de viktigste faktorene for redusert etterlevelse av nasjonale anbefalinger.

5.5 Metodologiske begrensninger og kvalitetsvurderinger

Epistemologi er læren om kunnskap, og tar for seg spørsmålet om hva som skal til for at kunnskap er gyldig (Holloway & Wheeler, 2010). Skapelse av vitenskapelig kunnskap må alltid vurderes opp mot hvor gyldig kunnskapen som har blitt produsert er. Resultatene må kunne gjennomgå en vurdering av andre, der observasjoner, slutninger og påstander betraktes, og på et vis er etterprøvbare (Malterud, 2017). For å sikre styrke i den kvalitative forskningen stilles det blant annet krav til troverdighet, refleksivitet, overførbarhet og pålitelighet. Oppmerksomhet rundt disse elementene bør være en del av hele prosjektet og undersøkelsesprosessen (Thomas & Magilvy, 2011).

5.5.1 Pålitelighet

Resultater vil påvirkes av måten de innhentes på, og konklusjoner påvirkes gjennom transkripsjonen og analysearbeidet (Kvale & Brinkmann, 2010). Pålitelighet sees ofte i sammenheng med om resultatene kan reproduseres av andre forskere med den samme produksjonen og bearbeidelsen av datamaterialet, og få det samme resultatet. Det vil si at en annen forsker kan følge hvilken retning forskeren har brukt for sine avgjørelser. (Halkier, 2010; Thomas & Magilvy, 2011). Dette krever en grundig redegjørelse for hvordan data er innhentet, og hvordan tolkninger og konklusjoner er fremkommet. Gjennom oppgaven er det tydelig vist til hvordan data er samlet inn, utvelgelsen av deltakere, hvordan analysen er utført og presentasjon av resultatene, og hvordan denne prosessen har bidratt til at de endelige resultatene er kommet frem (Guba & Lincoln, 1982; Thomas & Magilvy, 2011). Innenfor kvalitative studier vil forskeren bruke sine subjektive fortolkninger i produksjonen av data.

Dette vil kunne føre til at resultatene vil kunne avvike fra hverandre dersom en annen forsker skulle ha reprodusert den vitenskapelige kunnskapen. For at andre skal kunne vurdere om arbeidet er godt, er det viktig å sørge for at arbeidet med materialet er eksplisitt og transparent (Halkier, 2010). I denne studien var det ønskelig å skaffe kunnskap om forskjellige oppfatninger rundt etterlevelsen av fenomenet screening. Dessuten vil egen oppfatning og oppfatningene til mine veiledere kunne påvirke dette. Dette mangfoldet viser til at det finnes flere gyldige utgaver av kunnskap, og en erkjennelse av dette er viktig. En kritisk holdning til egne tolkninger, der det synliggjøres hvilke vurderinger som er gjort i forhold til tidligere forskning, og en grundig redegjørelse for valget av de tolkningene som er gjort, vil gjøre det enklere for en annen person å vurdere om arbeidet er pålitelig (Fangen, 2010). Det er et krav til konsistens gjennom helse studien. Dette vil si at det er en logisk forbindelse mellom studiens problemstilling, teorier, metode og aktuell data som fører frem til resultatene og kunnskapen som blir belyst (Malterud, 2017).

5.5.2 Troverdighet

Overordnet handler kriteriet troverdighet om at forskeren har undersøkt det som er ment å undersøke. Fortolkninger og analysene som er gjort må være i tråd med det empiriske feltet, og de teoretiske begrepene og verktøyene som er tatt i bruk må samsvare med kunnskapsinteressene som er aktuelle for prosjektet (Halkier, 2010). En kvalitativ studie anses som troverdig når den presenterer en presis beskrivelse av menneskelige erfaringer som mennesker som også deler de samme erfaringene umiddelbart vil gjenkjenne (Thomas & Magilvy, 2011). For å komme frem til slike beskrivelser har det gjennom denne studien vært viktig å tilpasse intervjusituasjonen, slik ordene som brukes er forståelige og i stor grad de samme som deltakernes. Det ble brukt tid med deltakerne, og intervjuteknikken ble tilpasset deretter. Ved tre av intervjuene ble samtalen forstyrret enten ved at en telefon ringte, eller at noen måtte gå før intervjuet var ferdig. Det ene intervjuet ble også forstyrret av at møterommet var dobbeltbooket. Disse forstyrrelsene satt noe preg på intervjuet, men påvirket ikke samtalen i nevneverdig grad. Transkripsjonen ble gjort ordrett, da ord og begreper kan ha ulike betydninger for mennesker, og dette skaper variasjoner som kan prege resultatet. Transkripsjonene ble gjennomgått individuelt hvor likheter innenfor, og på tvers av studiedeltakerne ble identifisert. For å styrke troverdigheten i det endelige resultatet, vil det å bruke deltakernes egne ord være av betydning (Malterud, 2017; Thomas & Magilvy, 2011). For å styrke troverdigheten må det forsikres at tolkningen av data som ble generert, er

gjenkjent av deltakerne som presise fremstillinger av deres erfaringer (Thomas & Magilvy, 2011). På slutten av hvert intervju ble det utført en oppsummering, der oppfatninger og eventuelle uklarheter ble tatt opp. Deltakerne ble oppfordret til å korrigere, komme med tilføyelser, eller si seg enige i forskerens oppfatning av erfaringene de hadde delt under intervjuet. Når enighet i oppsummeringen var oppnådd ble intervjuet avsluttet, og båndopptakerne stoppet.

En annen strategi for å styrke troverdighet er å gjennomføre «peer-debriefing», som vil si at en kvalifisert kollega eller lekmann setter seg inn i datamaterialet for å videre kunne diskutere resultatene (Thomas & Magilvy, 2011). Med mine sykepleierkollegaer og medstudenter ble det diskutert hypoteser, ulike praksiser rundt screening, og resultatene som datamaterialet har generert. Dette har bidratt til tilbakemeldinger på om resultatene og hypotesene er representative eller ikke (Thomas & Magilvy, 2011).

5.5.3 Overførbarhet

Overførbarhet går ut på om tolkningene som gjøres av hendelser og utsagn i samtaler kan overføres til å også gjelde andre i liknende situasjoner, og om det empiriske materialet bidrar til en generell forståelse av et fenomen (Fangen, 2010). Tilstrekkelig og god nok kontekstuell informasjon er av betydning. Overførbarhet vurderes ved å se etter om det er en sammenheng mellom utvalget som benyttes i studien, og om resultatene er av relevans for å belyse liknende problemstillinger i en annen relevant kontekst (Malterud, 2017). Studiepopulasjonen i denne oppgaven er helsepersonell på sykehus, og relevant informasjon om konteksten er ansett å være størrelse på sykehus, yrke, avdeling og antall år i helsevesenet. Overførbarhet kan etableres ved å sørge for en god beskrivelse av studiepopulasjonen ved å beskrive demografiske og geografiske begrensninger i studien (Thomas & Magilvy, 2011). Andre aspekter av datasamlingen som beskrivelse av hvor intervjuene ble holdt og muligheten for deltakelse kan bidra til å skape en bedre forståelse av rammene for forskningen. Slike tykke beskrivelser vil kunne synliggjøre om studien er anvendbar og passelig også i andre lignende kontekster. Lincoln og Guba (1985) forklarer tykke beskrivelser som en måte å oppnå overførbarhet på. En detaljert beskrivelse av erfaringer fra forskningen hvor forskeren eksplisitt viser til mønstre for kulturelle og sosiale relasjoner og plasserer disse i en kontekst. I hvilken grad konklusjonene som en har kommet fram til i studien kan overføres til andre tider, omgivelser, situasjoner og mennesker bestemmes av om fenomenet er beskrevet i tilstrekkelig

grad. Det er forskernes ansvar å sikre at tilstrekkelig kontekstuell informasjon i forbindelse med genereringen av datamaterialet er tilgjengelig for å muliggjøre overføringen av slike forskningsspørsmål og problemstillinger (Lincoln & Guba, 1985).

5.5.4 Objektivitet og refleksivitet

Objektivitet oppstår når troverdighet, overførbarhet og pålitelighet er etablert. Vitenskapelig kunnskap vil som nevnt over alltid bli påvirket av måten de innhentes på, og tolkningene som blir gjort gjennom analysearbeidet. Kvalitativ forskning må være refleksiv og krever at forskeren er kritisk til hvordan egen forforståelse kan påvirke forskningen, og at dette synliggjøres (Thomas & Magilvy, 2011). En bevisst selvrefleksjon er å søke etter objektivitet om subjektivitet. Grad av objektivitet til et fenomen kan oppnås ved å vise til at eget ståsted, tvil og ettertanke erkjennes, og at dette blir belyst gjennom forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2010). Gjennom hele denne prosessen er en bevissthet til egen forkunnskap og erfaringer vesentlig, og dette er også tydeliggjort gjennom oppgaven. Det er stilt spørsmål til egne fremgangsmåter, og konklusjoner er tatt med et kritisk blikk der det er rom for tvil og ettertanke. Som sykepleier på et stort sykehus i Norge er egne kunnskaper og erfaringer tett knyttet til studiens formål. Vår forforståelse setter oss i stand til å forstå noe, og gjennom innsikt og klargjøring av disse i forskningen vil det være mulig å treffe velinformerte analyser og konklusjoner rundt det empiriske materialet (Kvale & Brinkmann, 2010). En erkjennelse av betydningen av egen rolle som forsker, fremfor rollen som sykepleier, er viktig for å kunne produsere kunnskap som består av noe annet enn det som på forhånd er antatt. En transparens rundt egen forforståelse og hypoteser vil kunne bidra til at leseren forstår hvordan resultatene er fremkommet, selv om leseren muligens har en annen tolkning som kunne ha ført til at resultatet kunne blitt noe annerledes (Malterud, 2017).

Refleksivitet er en strategi for å sikre troverdighet innenfor kvalitativ forskning, og refleksivitet rundt det empiriske materialet må være tilstede gjennom hele prosessen (Thomas & Magilvy, 2011). En slik holdning om transparens er aktivt oppsøkt og vedlikeholdt gjennom dette arbeidet. Dette er blant annet gjort ved å søke etter holdninger og posisjoner innenfor forskningsfeltet som utfordrer egen forkunnskap og forforståelse, og egne forestillinger og antakelser om fenomenet som studeres har på denne måten blitt konfrontert (Malterud, 2017). Hensyn er blitt tatt for å sikre at funnene som er fremkommet er resultatet av erfaringene og ideene til deltakerne, fremfor egne karakteristikk og preferanser som forsker. Refleksiv forskning tillater et større bilde av et fenomen med tolkninger som bidrar til

ny innsikt. Dette tillater utvikling av objektivitet som igjen fører til at leseren opplever en følelse av tillit til troverdigheten av funnene i studien (Pandey & Patnaik, 2014; Thomas & Magilvy, 2011).

5.6 Studiens begrensninger

Denne studien er som nevnt en del av et større prosjekt som gjøres av Folkehelseinstituttet. Det medfører en del fordeler, men også noen begrensninger. Til tross for god planlegging i samarbeid med Folkehelseinstituttet, kom prosjektet sent i gang, da det tok lenger tid enn forventet å få nødvendige tillatelser. Etter gjennomføringen av de første fokusgruppene ble det tydelig at det ville vært hensiktsmessig å ha gjort et pilotintervju, også i Norge. Et pilotintervju gir mulighet for å teste intervjuguiden, og måten intervjuet utføres på. Det er rom for å begå eventuelle feilgrep, og for å finne ut hva som fungerer og ikke fungerer relatert til intervjuguiden, og intervjuet i sin helhet (Halkier, 2010). Grunnet tidsbegrensninger ble et ikke tid til å gjøre dette, og det var behov for å gjøre en del justeringer mellom intervjuene på de to sykehusene. Dette kan ha påvirket resultatene ved at datamaterialet fra de siste to fokusgruppene kan ha vært preget av at spørsmålene var mer spesifikke. Svarene fra disse to gruppene vil også kunne ha belyst problemstillingen i større grad, og sammenligning mellom gruppene ble mer utfordrende.

I prosjektet ble det i forkant av fokusgruppeintervjuene gjort et telefonintervju av hygiene-sykepleier på de respektive sykehusene. Dette ble gjennomført av prosjektleder og er ikke en del av denne studien, men bidro til innsikt i praksis for screening ved to sykehusene. Med hensyn til denne studien ville det vært nyttig å ha gjort en eventuell observasjonsstudie i forkant av fokusgruppeintervjuene, slik at praksis for screening på de ulike sykehusene var ytterligere kjent under gjennomføringen. Observasjonene kan bidra til å gi nye erfaringer, og videre til en større forståelse av fenomenet som studeres (Fangen, 2010) Innenfor naturvitenskapelig forskning kritiseres case studier på bakgrunn av en oftest liten studiepopulasjon, begrenset mulighet for generalisering, og at gjentakelser av undersøkelsen er vanskelig (Kruuse, 2007). Det ville vært positivt å ha inkludert fokusgrupper på minimum et sykehus til. Dette ville ha styrket troverdigheten og overførbarheten i denne studien. På grunn av tidsbegrensninger knyttet til denne studien, samt økonomiske årsaker, lot ikke dette seg gjøre.

5.6.1 Styrker og svakheter ved fokusgruppeintervju

En av styrkene til fokusgruppeintervju er samhandlingen som oppstår i en gruppe, og hvordan dette kan produsere data om sosiale gruppers fortolkninger av fenomen. En ulempe er at den enkelte deltaker vil få sagt mindre enn i et individuelt intervju, og innsikt i individers livsverdener vil derfor begrenses. Tilsvarende begrenser dette forskerens mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål om den enkeltes forståelse, da dette kan prege samtalen og diskusjonen i gruppen (Halkier, 2010; Malterud, 2017). En annen svakhet ved fokusgruppeintervju er at samtalen mellom deltakerne kan dreie over på bredere tema enn det som er presentert fra forskeren. Under intervjuene dreide samtalen for eksempel over på isolasjon i etterkant av screening, og retningslinjene for dette. Dette var et tema som tydelig skapte engasjement i gruppen, men som ikke belyste problemstillingen. For å ikke avbryte diskusjonen krever dette en balanse mellom å lytte, og å spore samtalen inn på relevant tema igjen. Spørsmålene må tilpasses diskusjonen for å at spørsmålene skal oppfattes relevante og interessen ivaretas (Bryman, 2012). Selv om intervju i en gruppe genererer mange positive effekter, medfølger det også noen negative. Forskjeller på deltakerne kan prege samhandlingen, noen er tilbakeholdene og andre snakker høyt og ofte. I to av intervjuene var det en deltaker som tok ordet oftere enn de andre. Som forsker er det viktig å observere og erkjenne slike forskjeller, og rollen som ordstyrer blir viktig for å få frem hele gruppens erfaringer (Bryman, 2012). I relasjon til dette sees det også at det i grupper ofte er de sosialt og kulturelt aksepterte synspunktene som blir fremmet, og individuelle praksiser og forståelser vil ha en tendens til å bli underrapportert. I motsetning til individuelle intervju vil den sosiale kontrollen mulig forhindre at alle perspektiv og erfaringer kommer tydelig fram (Halkier, 2010).

Transkribering av fokusgruppeintervju er en annen utfordring. Et intervju genererer store mengder data som er tidkrevende å transkribere. Det er ofte også flere av deltakerne som snakker samtidig. Selv med kun fire deltakere i fokusgruppen var det til tider umulig å høre hva som ble sagt i intervjuet, som igjen påvirket forståelsen av det som ble diskutert. Utfyllende notater fra intervjuene bidro likevel til at diskusjonen ga mening (Bryman, 2012; Malterud, 2017).

5.7 Behov for videre forskning

Denne studien indikerer et behov for ytterligere forskning på faktorer som påvirker etterlevelse av nasjonale anbefalinger. Bathsevani et al (2010) skriver at implementasjon av retningslinjer for klinisk praksis blant helsepersonell blir mer og mer vanlig, men at det er

gjort lite kvalitativ forskning relatert til hvordan de benyttes av helsepersonell i klinisk arbeid. Det er et behov for å fylle de eksisterende kunnskapsgapene knyttet til intervensjoner rettet mot infeksjonskontroll, og funn fra videre forskning på dette temaet vil bidra til dette. For å belyse temaet vil det være hensiktsmessig å utføre en casestudie basert på triangulering. Triangulering går blant annet ut på forskning der kvalitativ og kvantitativ tilnærming kombineres. Ved å ta i bruk deltagende observasjon, i kombinasjon med fokusgruppe og spørreskjema, vil dette kunne bidra at metodene komplementerer hverandre, og videre styrke studiens troverdighet og overførbarhet til andre lignende tilfeller. Triangulering mellom metoder kan føre til at de individuelle metodenes epistemologiske potensiale blir utfordret, og videre medføre å styrke eksisterende kunnskap, samt å fylle eventuelle kunnskapshull (Flick, 2009). Retningslinjene for screening av MRSA, ESBL og VRE har i Norge vært implementert i over 5 år, men det er ikke gjort forskning på i hvilken grad disse etterleves. Forekomst av disse antibiotikaresistente mikroben er lav i Norge i forhold til i mange andre land, og det vil være av interesse å se om det er spesifikke faktorer som påvirker dette. Pan et al (2013) viser til at risikokriterier for bærerskap av antibiotikaresistente mikrober er forskjellig fra land til land. I fokusgruppeintervjuene fremkom det en oppfattelse at det i Norge er andre grupper som antas å være forbundet med risiko, enn de som kvalifiserer som risikogrupper etter dagens nasjonale anbefalinger. Forskning knyttet til dette vil være av signifikans for å mer effektivt kunne identifisere risiko for bærerskap for antibiotikaresistente mikrober, og dermed redusere spredning på sykehus. Videre forskning på temaet vil også bidra til ny kunnskap som kan knyttes til hvilken betydning screening har for tiltak relatert til infeksjonskontroll. Dessuten vil det være av betydning å identifisere faktorer som kan bidra til ytterligere implementering, integrering og etterlevelse av de nasjonale anbefalingene i Norge. Dette vil kunne bidra til at forekomst av antibiotikaresistens begrenses på norske sykehus, som dermed reduserer trusselen som MRSA, ESBL og VRE representerer mot folkehelsen.

I tråd med dette har Folkehelseinstituttet har sett et behov for å studere etterlevelse av de nasjonale anbefalinger for screening i Norge, og har i samarbeid med Skottland igangsatt prosjektet som denne studien er en del av. Prosjektet benytter seg av både kvantitative og kvalitative forskningstilnærminger, og tar i tillegg til fokusgruppeintervju i bruk ulike metoder som elektronisk spørreskjema, telefonintervju med hygienesykepleiere og pasienter, og dokumentanalyse av retningslinjer for å kunne belyse forskningsspørsmålene over flere plan. Resultatene fra prosjektet vil benyttes til å redigere de nasjonale anbefalingene, samt

bidra til forsknings- og kunnskapsbasert utvikling av opplæringsystemer og offentlig informasjon.

6.0 KONKLUSJON

Denne studien har bidratt til å skape en forståelse av hvilke faktorer som påvirker etterlevelsen av nasjonale anbefalinger, gjennom et innblikk i helsepersonells erfaringer og oppfattelser knyttet til praksis for screening av MRSA, ESBL og VRE på sykehus i Norge. Studien har også gitt en innsikt i hva som påvirker helsepersonells atferd i utførelsen av screening, i tillegg til å skape en forståelse for mekanismer som operasjonaliserer normalisering av ny praksis i arbeidshverdagen. Funnene fra fokusgruppeintervjuene viste til at mangelfull kunnskap ble oppfattet som den faktoren som i størst grad hindret etterlevelse av de nasjonale anbefalingene for screening. Dette ble relatert til en opplevelse av lite tilgjengelig informasjon, eller at informasjon ble formidlet på en lite systematisk måte. Retningslinjene ble introdusert til de ansatte gjennom opplæring i nyansattperioden, i tillegg til at legene fikk introduksjon også gjennom smittevernsavdelingen. Dette viser til mekanismer som preger organisasjonskulturen, og som igjen påvirker implementering av intervensjoner. Opplevelsen blant helsepersonell var at de nasjonale anbefalingene etterleves nærmest hundre prosent. Til tross for dette viste resultatene til at retningslinjene ikke var tilstrekkelig implementert og integrert. Helsepersonell erfarte at retningslinjene på noen områder kunne være utydelige, og at dette skapte usikkerhet. Funnene viste til at dette opplevdes som en barriere. På bakgrunn av at pasienten ikke stilles alle nødvendige spørsmål, eller at ikke helsepersonell innehar all nødvendig informasjon, medfører dette at risiko for MRSA, ESBL og VRE i noen tilfeller ikke identifiseres. Samtidig erfarte helsepersonell de nasjonale anbefalingene som et verktøy som bistod dem i arbeidet med å hindre spredning av antibiotikaresistente mikrober. Helsepersonell med kunnskap og kjennskap til retningslinjene opplever større forståelse, og dette medførte at praktisering av screening gjøres på bakgrunn av handlinger som er kunnskapsbaserte. Helsepersonells tillit til at alle gjør det de skal er en faktor som fremmer etterlevelse. Funnene fra fokusgruppeintervjuene viste til en iboende holdning blant helsepersonell at dersom risiko identifiseres, ble screening utført uten unntak. Dette viser til betydningen av at helsepersonell får god nok opplæring og informasjon om de nasjonale anbefalingene for screening av MRSA, ESBL og VRE. For å oppnå dette må disse elementene implementeres også i organisasjonens rammer og kultur.

Referanseliste

- Aminov, R. (2010). A Brief History of the Antibiotic Era: Lessons Learned and Challenges for the Future. *Frontiers in Microbiology*, 1(134). doi:10.3389/fmicb.2010.00134
- Aminov, R. (2017). History of antimicrobial drug discovery: Major classes and health impact. *Biochemical Pharmacology*, 133, 4-19. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bcp.2016.10.001>
- Bahtsevani, C., Willman, A., Stoltz, P., & Östman, M. (2010). Experiences of the implementation of clinical practice guidelines – interviews with nurse managers and nurses in hospital care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 514-522. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00743.x
- Balbale, S. N., Hill, J. N., Guihan, M., Hogan, T. P., Cameron, K. A., Goldstein, B., & Evans, C. T. (2015). Evaluating implementation of methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) prevention guidelines in spinal cord injury centers using the PARIHS framework: a mixed methods study. *Implement Sci*, 10, 130. doi:10.1186/s13012-015-0318-x
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi:10.1.1.315.4567
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Braun, V., & Clarke, V. (2014). What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1), 26152. doi:10.3402/qhw.v9.26152
- Brolund, A. (2014). Overview of ESBL-producing Enterobacteriaceae from a Nordic perspective. *Infection Ecology & Epidemiology*, 4(1), 24555. doi:10.3402/iee.v4.24555
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods* (4 ed.). New York: Oxford University Press.
- CDC. (2013). Antibiotic resistance threats in the United States. Retrieved from <https://www.cdc.gov/drugresistance/threat-report-2013/pdf/ar-threats-2013-508.pdf>
- CDDEP. (2018). ResistanceMap. Retrieved from <https://resistancemap.cddep.org/AntibioticResistance.php>
- Cresswell, K., & Sheikh, A. (2013). Organizational issues in the implementation and adoption of health information technology innovations: An interpretative review. *International Journal of Medical Informatics*, 82(5), e73-e86. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2012.10.007>
- Currie, K., King, C., McAloney, K., Roberts, N., MacDonald, J., Dickson, A., . . . Price, L. (2017). *The AMR-BESH Study: Part 2: The acceptability of CPE Screening*. Health Protection Scotland & The Scottish Infection Research Network. Glasgow Caledonian University. Glasgow, Skottland. Retrieved from https://www.sapg.scot/media/2856/kay_currie_cpe_screening_acceptance.pdf
- Currie, K., Knussen, C., Price, L., Brown, M., Hamilton, P., & Organ, C. (2011). A mixed methods study of the acceptability of MRSA screening in NHS Scotland Pathfinder Boards from the perspective of patients, visitors, the wider community & NHS staff. *Final Report Volume 3: Staff Patient Acceptability*. Retrieved from <http://researchonline.gcu.ac.uk/portal/en/publications/a-mixed-methods-study-of-the-acceptability-of-mrsa-screening-in-nhs-scotland-pathfinder-boards-from-the->

[perspective-of-patients-visitors-the-wider-community--nhs-staff-published-on-nhs-scotland-mrsa-screening-pathfinder-programme-final-report-volume-3-staff-patient-acceptability\(8aedf26a-220f-4a06-9975-9fc07bdf08c2\).html](https://www.nhs.uk/publications/scotland-mrsa-screening-pathfinder-programme-final-report-volume-3-staff-patient-acceptability(8aedf26a-220f-4a06-9975-9fc07bdf08c2).html)

- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De Wandel, D., Maes, L., Labeau, S., Vereecken, C., & Blot, S. (2010). Behavioral determinants of hand hygiene compliance in intensive care units. *Am J Crit Care*, 19(3), 230-239. doi:10.4037/ajcc2010892
- ECDC. (2017). *Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2016*. Retrieved from Stockholm: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AMR-surveillance-Europe-2016.pdf>
- Edmond, M. B., Masroor, N., Stevens, M. P., Ober, J., & Bearman, G. (2015). The Impact of Discontinuing Contact Precautions for VRE and MRSA on Device-Associated Infections. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 36(8), 978-980. doi:10.1017/ice.2015.99
- Edmond, M. B., & Wenzel, R. P. (2013). Screening inpatients for MRSA--case closed. *N Engl J Med*, 368(24), 2314-2315. doi:10.1056/NEJMe1304831
- Elstrøm, P., & Aavitsland, P. (2008). Meticillinresistente gule stafylokokker i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 128(2730-3).
- Fangen, K. (2010). *Deltagende Observasjon*. (2 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Fatkenheuer, G., Hirschel, B., & Harbarth, S. (2015). Screening and isolation to control meticillin-resistant *Staphylococcus aureus*: sense, nonsense, and evidence. *Lancet*, 385(9973), 1146-1149. doi:10.1016/s0140-6736(14)60660-7
- Fedorowsky, R., Peles-Bortz, A., Masarwa, S., Liberman, D., Rubinovitch, B., & Lipkin, V. (2015). Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae carriers in acute care hospitals and postacute-care facilities: The effect of organizational culture on staff attitudes, knowledge, practices, and infection acquisition rates. *Am J Infect Control*, 43(9), 935-939. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.05.014>
- FHI. (2009). Mrsa-veilederen. . Retrieved from <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/moba/pdf/mrsa-veilederen.pdf>
- FHI. (2011, 10.03.2015). Håndtering av vankomycinresistente enterokokker (VRE) ved norske sykehus og sykehjem. Retrieved from <https://www.fhi.no/sv/forebygging-i-helsetjenesten/smittevern-i-institusjoner/tiltak/handtering-av-vankomycinresistente-/>
- FHI. (2013, 27.01.2016). Smittevernsveilederen. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/>
- FHI. (2015a). Om antibiotikaresistens. Retrieved from <https://www.fhi.no/sv/antibiotikaresistens/om-antibiotikaresistens/>
- FHI. (2015b, 25.08.2015). ESBL-holdige gramnegative stavbakterier - smitteverntiltak i helseinstitusjoner. Retrieved from <https://www.fhi.no/sv/forebygging-i-helsetjenesten/smittevern-i-institusjoner/tiltak/esbl-holdige-gramnegative-stavbakte/#maal>
- FHI. (2017a). Antibiotikaresistens Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/antibiotikaresistens---folkehelsera/>
- FHI. (2017b, 12.01.2017). Helsetjenesteassosierte infeksjoner og bruk av antibiotika høsten 2016. *Prevalensundersøkelse*. Retrieved from <https://www.fhi.no/historisk-arkiv/artikler/resultater-sykehus/>
- Flick, U. (2009). *An Introduction to Qualitative Research* (4 ed.). London: Sage Publications Ltd.

- Flokas, M. E., Karageorgos, S. A., Detsis, M., Alevizakos, M., & Mylonakis, E. (2017). Vancomycin-resistant enterococci colonisation, risk factors and risk for infection among hospitalised paediatric patients: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 49(5), 565-572. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2017.01.008>
- FN. (2016). Antibiotikaresistens er en alvorlig helsetrussel. Retrieved from <http://www.fn.no/Aktuelt/Nyheter/Antibiotikaresistens-en-alvorlig-helsetrussel>
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011 nr. 29. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om smittevern i helsetjenesten. (2005). Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten 17.juni, 2005 nr.610. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-06-17-610>
- Foss, C., Knutsen, I. A. R., Henni, S. H., & Myrstad, H. (2017). The challenges associated with implementing new practice. Retrieved from <https://sykepleien.no/node/60504>
- Gaustad, P. (2001). Mekanismer for utvikling av antibiotikaresistente bakterier. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 26(121), 3090-3094
- Gelband, H., Miller-Petrie, M., Pant, S., Gandra, S., Levinson, J., Barter, D., . . . Laxminarayan, R. (2015). State of the World's Antibiotics. *State of the World's Antibiotics, 2015*. Retrieved from https://www.cddep.org/wp-content/uploads/2017/06/swa_edits_9.16.pdf
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1982). Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *ECTJ*, 30(4), 233-252. doi:10.1007/bf02765185
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper* (1 ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-fha/nasjonal-strategi-infeksjoner-antibiotikaresistens.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015-2020. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategi-mot-antibiotikaresistens-2015-2020/id2424598/?q=strategi%20antibiotikaresistens& t dtq=true>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten - med det mål å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent innen utløpet av 2020. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/915655269bc04a47928f9e917e4b25f5/handlingsplan-antibiotikaresistens.pdf>
- Hertz, F. B., Schønning, K., Rasmussen, S. C., Littauer, P., Knudsen, J. D., Løbner-Olesen, A., & Frimodt-Møller, N. (2016). Epidemiological factors associated with ESBL- and non ESBL-producing *E. coli* causing urinary tract infection in general practice. *Infectious Diseases*, 48(3), 241-245. doi:10.3109/23744235.2015.1103895
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative Research in Nursing and Health Care* (3 ed.). Oxford, United Kingdom: Wiley- Blackwell.
- Jenum, P. A., Walberg, M., Ronning, E. J., & Kristoffersen, M. (2008). [An outbreak of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection in a maternity ward]. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 128(8), 933-935.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4 ed.). Oslo: Abstrakt forlag.

- Johnson, M. J., & May, C. R. (2015). Promoting professional behaviour change in healthcare: what interventions work, and why? A theory-led overview of systematic reviews. *BMJ Open*, 5(9). doi:10.1136/bmjopen-2015-008592
- Kacelnik, O., Astrup, E., Bjørnholt, J. V., Samuelsen, Ø., Hegstad, K., Larssen, K. W., & Moghen, A. (2016). *Overvåkning av resistente bakterier - Årsrapport 2015*. Retrieved from Oslo: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/moba/pdf/overvakning-av-resistente-bakterier.-arsrapport-2015.pdf>
- Khan, H. A., Ahmad, A., & Mehboob, R. (2015). Nosocomial infections and their control strategies. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, 5(7), 509-514. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apjtb.2015.05.001>
- Kildal, M. T. (2012). Forebygg smitte med resistente stafylokokker. *Tidsskrift for helsesøstre*. Retrieved from https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/forebygg_smitte_av_resistente_stafylokokker.pdf
- Kingston, L. M., Slevin, B. L., O'Connell, N. H., & Dunne, C. P. (2017). Hand hygiene: Attitudes and practices of nurses, a comparison between 2007 and 2015. *Am J Infect Control*, 45(12), 1300-1307. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.08.040>
- Kruuse, E. (2007). *Kvalitative forskningsmetoder - i psykologi og beslægtede fag* (6 ed.). Danmark: Dansk psykologisk forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kyriacos, U., Jelsma, J., & Jordan, S. (2011). Monitoring vital signs using early warning scoring systems: a review of the literature. *J Nurs Manag*, 19(3), 311-330. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01246.x
- Lawes, T., Edwards, B., López-Lozano, J.-M., & Gould, I. (2012). Trends in *Staphylococcus aureus* bacteraemia and impacts of infection control practices including universal MRSA admission screening in a hospital in Scotland, 2006–2010: retrospective cohort study and time-series intervention analysis. *BMJ Open*, 2(3). doi:10.1136/bmjopen-2011-000797
- Lee, S. S., Park, S. J., Chung, M. J., Lee, J. H., Kang, H. J., Lee, J. A., & Kim, Y. K. (2014). Improved Hand Hygiene Compliance is Associated with the Change of Perception toward Hand Hygiene among Medical Personnel. *Infect Chemother*, 46(3), 165-171. doi:10.3947/ic.2014.46.3.165
- Lerdal, A., & Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*, 3(3), 172-175. doi:10.4220/sykepleienf.2008.0036
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Lunde, L., & Moen, A. (2014). Sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier. *Sykepleien Forskning*, 3(9), 260-269. doi:10.4220/sykepleienf.2014.0144
- Luo, Y., He, G.-P., Zhou, J.-W., & Luo, Y. (2010). Factors impacting compliance with standard precautions in nursing, China. *International Journal of Infectious Diseases*, 14(12), e1106-e1114. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2009.03.037>
- Maguire, M., & Delahunt, B. (2017). Doing a thematic analysis: A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. . *AISHE-J: The All Ireland Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, 9(3), 3351-33514.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring* (4 ed.). Oslo: Oslo: Universitetsforlaget.

- Mamhidir, A. G., Lindberg, M., Larsson, R., Flackman, B., & Engstrom, M. (2011). Deficient knowledge of multidrug-resistant bacteria and preventive hygiene measures among primary healthcare personnel. *J Adv Nurs*, *67*(4), 756-762. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05533.x
- Martin, E. M., Russell, D., Rubin, Z., Humphries, R., Grogan, T. R., Elashoff, D., & Uslan, D. Z. (2016). Elimination of Routine Contact Precautions for Endemic Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* and Vancomycin-Resistant *Enterococcus*: A Retrospective Quasi-Experimental Study. *Infect Control Hosp Epidemiol*, *37*(11), 1323-1330. doi:10.1017/ice.2016.156
- May, C. (2006). A rational model for assessing and evaluating complex interventions in health care. *BMC Health Serv Res*, *6*, 86. doi:10.1186/1472-6963-6-86
- May, C., & Finch, T. (2009). Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology*, *43*(3), 535-554. doi:10.1177/0038038509103208
- May, C., Finch, T., Mair, F., Ballini, L., Dowrick, C., Eccles, M., . . . Heaven, B. (2007). Understanding the implementation of complex interventions in health care: the normalization process model. *BMC Health Services Research*, *7*(1), 148. doi:10.1186/1472-6963-7-148
- May, C., Sibley, A., & Hunt, K. (2014). The nursing work of hospital-based clinical practice guideline implementation: an explanatory systematic review using Normalisation Process Theory. *Int J Nurs Stud*, *51*(2), 289-299. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.06.019
- Moodley, P., & Whitelaw, A. (2015). The pros, cons, and unknowns of search and destroy for carbapenem-resistant enterobacteriaceae. *Curr Infect Dis Rep*, *17*(6), 483. doi:10.1007/s11908-015-0483-8
- Murray, E., Burns, J., May, C., Finch, T., O'Donnell, C., Wallace, P., & Mair, F. (2011). Why is it difficult to implement e-health initiatives? A qualitative study. *Implementation Science*, *6*(1), 6. doi:10.1186/1748-5908-6-6
- Murray, E., Treweek, S., Pope, C., MacFarlane, A., Ballini, L., Dowrick, C., . . . May, C. (2010). Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. *BMC Medicine*, *8*(1), 63. doi:10.1186/1741-7015-8-63
- NORM/NORM-VET. (2017). *NORM/NORM-VET 2016. Usage of Antimicrobial Agents and Occurrence of Antimicrobial Resistance in Norway*. Retrieved from Tromsø/Oslo: <https://unn.no/fag-og-forskning/norm-norsk-overvakingssystem-for-antibiotikaresistens-hos-mikrober#rapporter>
- OECD. (2016). "Healthcare-associated infections", in *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, . Paris: OECD Publishing.
- Pandey, S. C., & Patnaik, S. (2014). Establishing reliability and validity in qualitative inquiry: A critical examination. *Jharkhand Journal of Development and Management Studies*, *12*(1), 5743-5753.
- Pasientskadeloven. (2001, 18.12.2015). Lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) av 15. juni 2001 nr. 53. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-53?q=pasient>
- Paterson, D. L., & Bonomo, R. A. (2005). Extended-Spectrum β -Lactamases: a Clinical Update. *Clinical Microbiology Reviews*, *18*(4), 657-686. doi:10.1128/CMR.18.4.657-686.2005

- Pugh, C. M., Santacaterina, S., DaRosa, D. A., & Clark, R. E. (2011). Intra-operative decision making: More than meets the eye. *Journal of Biomedical Informatics*, 44(3), 486-496. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jbi.2010.01.001>
- Rasmussen, J. (1983). Skills, rules, and knowledge; signals, signs, and symbols, and other distinctions in human performance models. *IEEE Transactions on Systems, Man, and Cybernetics*, SMC-13(3), 257-266. doi:10.1109/TSMC.1983.6313160
- Ray, S., Anand, D., Purwar, S., Samanta, A., Upadhye, K. V., Gupta, P., & Dhar, D. (2018). Association of high mortality with extended-spectrum β -lactamase (ESBL) positive cultures in community acquired infections. *Journal of Critical Care*, 44, 255-260. doi:<https://doi.org/10.1016/j.icrc.2017.10.036>
- Richards, H. M., & Schwartz, L. J. (2002). Ethics of qualitative research: are there special issues for health services research? *Fam Pract*, 19(2), 135-139.
- Robicsek, A., Beaumont, J. L., Paule, S. M., & et al. (2008). UNiversal surveillance for methicillin-resistant staphylococcus aureus in 3 affiliated hospitals. *Annals of Internal Medicine*, 148(6), 409-418. doi:10.7326/0003-4819-148-6-200803180-00003
- Ruyter, K. (2003). Forskningsetikkens spede begynnelse og tilblivelse: beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn. In K. W. Ruyter (Ed.), *Forskningsetikk: beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn* (pp. 17-38). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ryan, G. W., & Bernard, H. R. (2003). Techniques to Identify Themes. *Field Methods*, 15(1), 85-109. doi:10.1177/1525822x02239569
- Santos, R. P., Mayo, T. W., & Siegel, J. D. (2008). Active Surveillance Cultures and Contact Precautions for Control of Multidrug-Resistant Organisms: Ethical Considerations. *Clinical Infectious Diseases*, 47(1), 110-116. doi:10.1086/588789
- Santos-Beneit, F., Ordóñez-Robles, M., & Martín, J. F. (2017). Glycopeptide resistance: Links with inorganic phosphate metabolism and cell envelope stress. *Biochemical Pharmacology*, 133, 74-85. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bcp.2016.11.017>
- Sarani, H., Balouchi, A., Masinaeinezhad, N., & Ebrahimitabas, E. (2015). Knowledge, Attitude and Practice of Nurses about Standard Precautions for Hospital-Acquired Infection in Teaching Hospitals Affiliated to Zabol University of Medical Sciences (2014). *Glob J Health Sci*, 8(3), 193-198. doi:10.5539/gjhs.v8n3p193
- Saunes, I. S., Tomic, O., Helgeland, J., & Lindahl, A. K. (2016). *Helse i Norge 2016. Kommentarrapport til OECDs sammenligning av europeiske land*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Seibert, D. J., Speroni, K. G., Oh, K. M., DeVoe, M. C., & Jacobsen, K. H. (2014). Knowledge, perceptions, and practices of methicillin-resistant Staphylococcus aureus transmission prevention among health care workers in acute-care settings. *Am J Infect Control*, 42(3), 254-259. doi:10.1016/j.ajic.2013.09.005
- Shah, N., Castro-Sanchez, E., Charani, E., Drumright, L. N., & Holmes, A. H. (2015). Towards changing healthcare workers' behaviour: a qualitative study exploring non-compliance through appraisals of infection prevention and control practices. *J Hosp Infect*, 90(2), 126-134. doi:10.1016/j.jhin.2015.01.023
- Sinkowitz-Cochran, R. L., Burkitt, K. H., Cuerdon, T., Harrison, C., Gao, S., Obrosky, D. S., . . . Jernigan, J. A. (2012). The associations between organizational culture and knowledge, attitudes, and practices in a multicenter Veterans Affairs quality improvement initiative to prevent methicillin-resistant Staphylococcus aureus. *Am J Infect Control*, 40(2), 138-143. doi:10.1016/j.ajic.2011.04.332

- Skov, R., Gudlaugsson, O., Hardardottir, H., Harthug, S., Jakobsen, T., Kolmos, H. J., . . . Ahren, C. (2008). Proposal for common Nordic epidemiological terms and definitions for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *Scand J Infect Dis*, *40*(6-7), 495-502. doi:10.1080/00365540701864658
- Sodhi, K., Shrivastava, A., Arya, M., & Kumar, M. (2013). Knowledge of infection control practices among intensive care nurses in a tertiary care hospital. *Journal of Infection and Public Health*, *6*(4), 269-275. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jiph.2013.02.004>
- Steinbakk, M., Sunde, M., Urdahl, A. M., Barkbu, K. N., Sørum, H., Lunestad, B.-T., . . . Bjørnholt, J. V. (2014). Antibiotikaresistens-kunnskapshull, utfordringer og aktuelle tiltak. *Rapport fra tverrsektoriell ekspertgruppe*. Retrieved from <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/2014-antibiotikaresistens.pdf>
- Suchitra, J. B., & Lakshmi, D. N. (2007). Impact of education on knowledge, attitudes and practices among various categories of health care workers on nosocomial infections. *Indian J Med Microbiol*, *25*(3), 181-187.
- Sundsford, A., Simonsen, G. S., Haldorsen, B., Lundblad, E. W., & Samuelsen, Ø. (2008). Bredspektrede betalaktamaser hos gramnegative stavbakterier. *Tidsskr Nor Legeforen*(128), 2741-2745.
- Sydnor, E. R., & Perl, T. M. (2011). Hospital epidemiology and infection control in acute-care settings. *Clin Microbiol Rev*, *24*(1), 141-173. doi:10.1128/cmr.00027-10
- Tan, T. Y., Jiang, B., & Ng, L. S. Y. (2017). Faster and economical screening for vancomycin-resistant enterococci by sequential use of chromogenic agar and real-time polymerase chain reaction. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, *50*(4), 448-453. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jmii.2015.08.003>
- Thomas, E., & Magilvy, J. K. (2011). Qualitative rigor or reaserch validity in qualitative research. *Journal for specialists in pediatric nursing*.(16), 151-155. doi:10.1111/j.1744-6155.2011.00283.x
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. (1 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveten, Y., Sarjomaa, M. A., Skaare, D., Grude, N., & Samuelsen, Ø. (2011). Hvordan stoppe multiresistente bakterier? *Tidsskr Nor Legeforen*, *131*, 698-700. doi:10.4045/tidsskr.10.0369
- Umansky, J., & Rantanen, E. (2016). Workload in nursing. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1541931213601127>
- van Rijen, M. M., & Kluytmans, J. A. (2014). Adjustment of the MRSA Search and Destroy policy for outpatients in the Netherlands: a prospective cohort study with repeated prevalence measurements. *Antimicrob Resist Infect Control*, *3*(1), 3. doi:10.1186/2047-2994-3-3
- Vincent, C. (2010). *Patient Safety* (2 ed.). West Sussex: BMJ Books.
- Weinstein, R. A., Diekema, D. J., & Edmond, M. B. (2007). Look before You Leap: Active Surveillance for Multidrug-Resistant Organisms. *Clinical Infectious Diseases*, *44*(8), 1101-1107. doi:10.1086/512820
- Wentink, M., Stassen, L. P., Alwayn, I., Hosman, R. J., & Stassen, H. G. (2003). Rasmussen's model of human behavior in laparoscopy training. *Surg Endosc*, *17*(8), 1241-1246. doi:10.1007/s00464-002-9140-z

- WHO. (2015). Global action plan on antimicrobial resistance. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/193736/9789241509763_eng.pdf?sequence=1
- WHO. (2016). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2017a). Published list of bacteria for which new antibiotics are urgently needed. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/bacteria-antibiotics-needed/en/>
- WHO. (2017b). Global priority list of antibiotic-resist- ant bacteria to guide research, discovery, and development of new antibiotics. Retrieved from http://www.who.int/medicines/publications/WHO-PPL-Short_Summary_25Feb-ET_NM_WHO.pdf
- Wilmore, S. M. S., Kranzer, K., Williams, A., Makamure, B., Nhidza, A. F., Mayini, J., . . . Ferrand, R. A. (2017). Carriage of extended-spectrum beta-lactamase-producing Enterobacteriaceae in HIV-infected children in Zimbabwe. *Journal of Medical Microbiology*, 66(5), 609-615. doi:10.1099/jmm.0.000474
- WMA. (2008). Helsinkideklarasjonen (WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects). Retrieved from <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/doh-oct2008/>
- Yagasaki, K., & Komatsu, H. (2011). Preconditions for successful guideline implementation: perceptions of oncology nurses. *BMC Nursing*, 10(1), 23. doi:10.1186/1472-6955-10-23
- Yazdankhah, S., Lassen, J., Midtvedt, T., & Solberg, C. O. (2013). Historien om antibiotika. *Tidsskr Nor Legeforen*(133), 2502-2507. doi:10.4045/tidsskr.13.0145
- Yin, R. K. (2014). *Case study research: design and methods* (5 ed.). Thousand Oaks, California: Sage.

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE, fokusgruppeintervju helsepersonell

Sykehusbasert screening for MRSA, ESBL og VRE

Våren 2018

1. Introduksjon

Jeg heter xx og er ansatt som xx i xx, og jeg heter xx og er ansatt som xx i xx.

Så fint at dere har funnet tid til å delta i fokusgruppeintervju om Sykehusbasert screening for MRSA, ESBL og VRE

Vi tenkte at det kunne være greit med en kort introduksjon, bare med navn og hvilken avdeling dere kommer fra, før vi setter i gang. Kanskje du kunne begynne?

(hver enkelt introduserer seg med navn og avdeling)

Før vi starter opp skal dere få litt informasjon om bakgrunnen for fokusintervjuet, hva vi skal snakke om og hvordan vi skal gjøre det.

Litt bakgrunn

Screening og isolering er sentrale smitteverntiltak i sykehus for å begrense spredning av multiresistente mikrober.

Som beskrevet i informasjonsbrevet dere mottok tidligere ønsker Folkehelseinstituttet og samarbeidspartnere å kartlegge dagens praksis for screening av MRSA og ESBL, hvordan retningslinjene aksepteres og etterlevs av helsepersonell, og hvilke faktorer som hemmer og fremmer etterlevelse.

Dataene vil i første omgang benyttes til å utforme tiltak for bedre etterlevelse, samt til tilpasning av et spørreskjema om emnete som skal benyttes til tverrkulturell sammenligning mellom flere europeiske land.

Fremgangsmåte

Det var litt om bakgrunnen.

Når det gjelder fremgangsmåten så er hensikten ved fokusgruppeintervju at deltagerne skal samtale seg imellom om et gitt tema. Fokusgruppeintervju skiller seg fra gruppeintervju ved at samtalen i hovedsak foregår mellom dere deltagerne, ikke mellom intervjuer og deltagere som ved gruppeintervju.

Målet med samtalen er altså å høre hvilke erfaringer og tanker dere har rundt sykehusbasert screening for MRSA og ESBL i helsetjenesten OG ikke minst, det finnes ingen fasit og det er ingen svar som er feil.

For å strukturere samtalen har vi satt opp noen punkter knyttet til dette hvor dagens praksis, eventuell feil bruk og forslag til tematikk på materiell er viktige nøkkelord.

For å kunne konsentrere oss om samtalen, og sikre en god oppsummering, vil vi gjerne ta samtalen opp på bånd. Det er kun vi som utfører intervjuet som vil ha tilgang til lydopptaket.

Etter intervjuet skriver vi en oppsummering av det som er kommet frem, deretter slettes båndet, etter maksimalt to uker. Oppsummeringen analyseres og sammenfattes med innholdet fra de andre intervjuene til en felles oppsummering. Deretter slettes også utskriftene fra de enkelte intervjuene. **Informasjonen vi mottar behandles konfidensielt, og vil ikke kunne tilbakeføres til enkeltpersoner.**

For å sikre anonymitet får dere en lapp foran dere med et nummer. Dette nummeret benytter vi ved tiltale under intervjuet. Vi ønsker også informasjon om type avdeling og profesjon, samt kjønn og antall år dere har arbeidet i helsetjenesten.

Frivillighet/opptak

Deltagelse som intervjuobjekt er, som beskrevet i informasjonsskrivet, helt frivillig.

Bruk av dataene

Prosjektets primære hensikt er å fremskaffe data som kan benyttes som grunnlag til å forstå faktorer som hemmer og fremmer etterlevelse av screeningrutiner ved norske sykehus, og videre til å forbedre praksis

Dataene fra fokusgruppeintervjuene og telefonintervjuene vil også bli publisert i norske eller nordiske tidsskrift. Det vil i tillegg utformes en kort oppsummering med funnene fra det enkelte sykehus som sykehuset kan benytte til internt forbedringsarbeid. Informasjonen vi får fra dere vil også benyttes til å tilpasse et skotsk spørreskjema til norske forhold.

Spørreskjemaet vil sendes til sykehus over hele landet for å kartlegge helsepersonells erfaringer med og holdninger til screening.

Dataene fra den elektroniske undersøkelsen vil oversettes til engelsk og inkluderes i tverrkulturelle analyser. Resultatene fra de tverrkulturelle analysene vil publiseres i internasjonalt tidsskrift av den internasjonale arbeidsgruppen i fellesskap.

Dataene vil ikke inneholde personidentifiserbare opplysninger.

2. Oppstart

A. JEG TENKTE VI KUNNE STARTE MED Å SNAKKE LITT OM MRSA SCREENING
1. Kan dere starte med å fortelle hverandre hvordan MRSA screeningen foregår ved deres avdeling? (Hvordan skal det utføres? Og, hvordan fungerer det i praksis?) Kanskje du nr xx kunne starte?
2. Ut fra slik dere opplever det, er det faktorer dere tenker hemmer etterlevelse? (Holdninger, kunnskap og forståelse, ressurser som tid, konkurrerende prioriteringer, lab.kapasitet, korte opphold, redusert isolerings muligheter osv.)
3. Finnes det faktorer dere tenker fremmer etterlevelse? (Retningslinjer, opplæringsystemer etc.)
4. Vet dere hvordan retningslinjene for MRSA screening ble introdusert hos dere/ introduseres til nyansatte. Hvem er ansvarlig for at retningslinjene er kjent og etterleves, og hvordan følges det opp?
5. I hvilken grad tenker dere at helsepersonell og pasienter bifaller retningslinjene for MRSA screening? Hva tenker de om retningslinjene og om viktigheten av å etterleve dem?
6. Gjøres det noe form for måling av etterlevelse av anbefalingene? Og om det gjøres, tilbakeføres det til helsepersonellet på noe måte?
8. Hvordan opplever dere at pasientene opplever MRSA screeningen - forståelse for gjennomføring? Ubehag?
9. Hvordan opplever dere som helsepersonell å gjennomføre screeningen? (perineum)
B. VRE og ESBL SCREENING
1. Kan dere starte med å fortelle hverandre hvordan VRE og ESBL screeningen foregår ved deres avdeling? (Hvordan skal det utføres? Og, hvordan fungerer det i praksis?) Kanskje du nr xx kunne starte?
2. Ut fra slik dere opplever det, er det faktorer dere tenker hemmer etterlevelse? (Holdninger, kunnskap og forståelse, ressurser som tid, konkurrerende prioriteringer, lab.kapasitet, korte opphold, redusert isolerings muligheter osv.)

3. Finnes det faktorer dere tenker fremmer etterlevelse? (Retningslinjer, opplæringsystemer etc.)
4. Vet dere hvordan retningslinjene for VRE og ESBL screening ble introdusert hos dere/ introduseres til nyansatte. Hvem er ansvarlig for at retningslinjene er kjent og etterleves, og hvordan følges det opp?
5. I hvilken grad tenker dere at helsepersonell og pasienter bifaller retningslinjene for VRE og ESBL screening? Hva tenker de om retningslinjene og om viktigheten av å etterleve dem?
6. Gjøres det noe form for måling av etterlevelse av anbefalingene? Og om det gjøres, tilbakeføres det til helsepersonellet på noe måte?
7. Hvilke tiltak tenker du man bør iverksette for å bedre etterlevelsen av rutinene for screening for VRE og ESBL?
8. Hvordan opplever dere at pasientene opplever VRE og ESBL screeningen - forståelse for gjennomføring? Ubehag?
9. Hvordan opplever dere som helsepersonell å gjennomføre screeningen? (rektalpensel)
C. Er det noe du ønsker å tilføre om MRSA og VRE/ESBL/CPE
D. Dersom det ikke har fremkommet et skille mellom MRSA og ESBL screening - spørre mer direkte om dette
E. Jeg prøver meg på en liten oppsummering...
F. Er det noe intervjuassistenten ønsker å tilføre
G. Er det noe jeg ikke har spurt om som du tenker jeg burde ha spurt dere om?
H. Er det noe dere vil si avslutningsvis?
F. Tusen takk for deltagelsen.

Informasjon til deltagere i fokusgruppeintervju om sykehusbasert screening av multiresistente mikrober

Screening og isolering er sentrale smitteverntiltak i sykehus for å begrense spredning av multiresistente mikrober.

Nasjonale anbefalinger om screening for MRSA har vært på plass i Norge i 12 år, mens de første nasjonale anbefalingene for screening av ESBL og VRE ble publisert i 2013. Tross lang fartstid vet vi lite om i hvilken grad anbefalingene etterleves ved norske sykehus, eller hvilke faktorer som fremmer og hemmer aksept for, og etterlevelse av, screening for multiresistente mikrober.

Folkehelseinstituttet og samarbeidspartnere ønsker i den forbindelse å gjennomføre fokusgruppeintervju med helsepersonell ved åtte norske sykehus.

XX sykehus er ett av disse åtte sykehusene. Vi håper i den forbindelse på at du vil delta i fokusgruppeintervju om temaet.

Gjennomføring

Fokusgruppeintervju er et strukturert gruppeintervju med 5-8 helsepersonell med sammenlignbare arbeidsoppgaver. Intervjuet vil vare i maksimalt 60 minutter.

Formålet med intervjuet er å få innblikk i helsepersonells erfaringer med screening for MRSA og ESBL, og hvilke faktorer de tror fremmer og hemmer etterlevelse av dagens retningslinjer. For å sikre god registrering av innspillene vil samtalen tas opp på bånd. Opptaket vil benyttes som støtte ved utarbeidelse av referat fra samtalen, og vil bli slettet så fort referatet er skrevet (innen to uker). Det er kun de to deltagerne fra arbeidsgruppen som har gjennomført intervjuet som har tilgang til opptaket.

Hva skjer med informasjonen som oppgis i fokusgruppeintervjuene?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun prosjektgruppen som vil ha tilgang til rådataene (utskriften fra intervjuene). Utskriftene makuleres når alle fokusgruppeintervjuene er gjennomført og innholdet analysert og oppsummert (senest desember 2019).

I rapporten vil dataene anonymiseres, slik at de ikke kan tilbakeføres til den enkelte medarbeider.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i evalueringen, og du kan når som helst trekke ditt samtykke til videre deltagelse uten å oppgi noen grunn.

Spørsmål?

Kontakt prosjektleder/ PhD Mette Fagernes

Vi håper du har tid og anledning til å delta!

Med vennlig hilsen arbeidsgruppen

Vedlegg 3 Tillatelse fra personvernavdelingen, FHI



Folkehelseinstituttet
Avdeling for resistens- og infeksjonsforebygging

Mette Fagernes

Deres referanse:
Vår referanse: 18/10176/
Brevdato: 12.01.2018

Tilråkning fra personvernombudet - screeningretningslinjer for multiresistente mikroorganismer i sykehus

Personvernombudet viser til melding om tillatelse til å behandle personopplysninger. Søknaden gjelder prosjektet «Screeningretningslinjer for multiresistente mikroorganismer i sykehus».

Startdato: 12. januar 2017
Sluttdato: 31. desember 2020
Prosjektleder: Mette Fagernes, Folkehelseinstituttet

Prosjektbeskrivelse

Antimikrobiell resistens (AMR) anses å være en av de viktigste globale truslene mot folkehelsen. Screening og isolering er sentrale smitteverntiltak i sykehus for å begrense spredning av både MRSA og multiresistente Gram-negative staver.

Nasjonale anbefalinger om screening for MRSA har vært på plass i Norge i 12 år. Det er ikke gjennomført systematisk undersøkelse av i hvilken grad anbefalingene etterleves ved norske sykehus, eller hvilke faktorer som fremmer og hemmer aksept for, og etterlevelse av, sykehusbasert screening av multiresistente mikroorganismer.

Det er i 2016-2017 gjennomført en større studie i Skottland hvor man har undersøkt faktorer som hemmer og fremmer helsepersonells og publikums holdninger til gjeldende screeningprosedyrer for MRSA og CPE, samt etterlevelse av disse.

Folkehelseinstituttet
Postboks 4404 Nydalen
0403 OSLO

Telefon 21 07 70 00

folkehelseinstituttet@fhi.no
www.fhi.no
NO 983 744 516

Avdeling for virksomhetsstyring
Berit Svellingen,



Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway