

Eksamensarbejde for etårig Masteruddannelse i medicinsk mikrobiologi og infektionshygiejne, 15 hp

08-06-2021

Projekttitle

Håndtering af værnemidler – Oplevelse af egen praksis som risiko for smitte.
Et kvalitativt studie blandt hospitalsansatte sygeplejersker

(Title of the thesis)

(Handling of protective equipment - Experience of own practice as a risk
factor for the spread of infection.

A qualitative study among hospitals nurses)

Institutionen for biomedicin,
SAHLGRENSKA AKADEMI
Göteborgs universitet, Sverige
2021

Vejleder: Jette Nygaard Jensen, seniorforsker cand.scient. Ph.d., Danmark
Bi vejleder: Matilde Bøgelund Hansen, cand.scient. san. publ., Danmark

Forfatter: Janne Pedersen, Danmark

ABSTRACT

Eksamensarbejde Eksamensarbejde for etårig Masteruddannelse i medicinsk mikrobiologi og infektionshygiejne, 15 hp	
Titel og undertitel Håndtering af værnemidler – oplevelse af egen praksis som risiko for smitte. Et kvalitativt studie blandt hospitalsansatte sygeplejersker.	
Forfatter Janne Pedersen, Institutionen for biomedicin, SAHLGRENSKA AKADEMI, Göteborgs universitet, Sverige 2021	
Forfatterens stilling og adresse Hygiejnesygeplejerske Herlev og Gentofte Hospital, Afdelingen for Klinisk Mikrobiologi Borgmester Ib Juuls Vej 1, 2730 Herlev, Danmark	
Vejledere Jette Nygaard Jensen, seniorforsker, cand.scient. Ph.d., Herlev og Gentofte Hospital, Danmark	
Antal sider 28	Sprog Dansk
Baggrund: Værnemidler til brug for ansatte i sundhedsvæsnet har til formål at afbryde smitteveje og undgå infektioner. Studier viser, at sundhedspersonalet udgør en risiko for dem selv og deres omgivelser, når de tager deres værnemidler af. Der mangler dog viden i skandinavisk kontekst, om sundhedspersonalets egen opfattelse af denne risiko samt hvilke barrierer personalet oplever for at håndtere værnemidler korrekt.	
Formål: Formålet er at undersøge hospitalsansatte sygeplejerskers oplevelse af risiko for selvkontaminering ved brug af værnemidler. Ligeledes er formålet at udforske sygeplejerskernes oplevelser af hvilke kontekstuelle faktorer, som påvirker håndtering af værnemidler.	
Metode: I dette kvalitative studie blev der benyttet semistrukturerede enkeltinterviews med ni sygeplejersker fra to hospitalsafdelinger; en medicinsk afdeling, og en afdeling med speciale i cancerpatienter. Empirien blev analyseret ved hjælp af en tematisk netværksanalyse.	
Resultat: Studiet viser, at det er vigtigt for sygeplejerskerne, at have gode vaner. Vanerne kan være baseret på retningslinjerne, men det italesættes og accepteres, at vanerne, ikke nødvendigvis følger disse. Under COVID-19-pandemien er opmærksomheden skærpet på fejl og mangler i håndteringen af værnemidler, men stærkest står en større forståelse af risikoen for at kunne smitte sig selv og andre. Det ses, at flere sygeplejersker ikke kan italesætte deres viden om hvorfor de gør, som de gør og fokuseringen på værnemidlerne handler om <i>hvordan</i> håndteringen foregår fremfor <i>hvorfor</i> . Barrierer for korrekt håndtering af værnemidler opleves, når man arbejder alene, idet kollegerne bruges til at sparre med, og kan også fremme, at man gør sig mere umage. Trods oplevet usikkerhed, har sygeplejerskerne ikke efterspurgt praktisk træning i afdelingen	
Konklusion og betydning: Studiet viser, at sammensætningen af sygeplejersker og deres erfaring er afgørende for korrekt håndtering af værnemidler i afdelingen. Den tavse viden, som de erfarne sygeplejersker besidder har stor værdi, men den kan ikke forblive tavs., hvis niveauet for kombinationen af praktik og teori skal højnes og være et løbende fokuspunkt.	
Nøgleord: Organisering, mikrobiologi, infektionshygiejne, barrierer, risikobegreber, værnemidler, de gode vaner, den tavse viden.	

ABSTRACT - english

Degree Project in 1-year Master programme in medical microbiology, with specialization in infection prevention and control, 15 hp

Title

Handling of protective equipment – Experience of own practice as a risk factor for the spread of infection

A qualitative study among hospitals nurses

Author

Janne Pedersen,

Institution of biomedicin, SAHLGRENKA AKADEMY, University of Gothenburg, Sweden 2021

Author's position and adress

Infection Control Nurse

Herlev and Gentofte Hospital, Department of Clinical Microbiology

Borgmester Ib Juuls Vej 1, 2730 Herlev, Denmark

Supervisor

Jette Nygaard Jensen, M.Sc., Ph.D., senior researcher, Herlev and Gentofte Hospital, Denmark

No. of pages

28

Language - thesis

Danish

Language – abstract

Danish/ English

Background:

Healthcare professionals (HCP) use protective equipment with the intension to prevent and reduce transmission of infection. According to the literature HCP possess a risk to themselves and their surroundings when removing protective equipment. However, there is a lack of knowledge about HCP's own perception of this risk, and which barriers the staff experience in handling protective equipment correctly in a Scandinavian context.

Aim:

The purpose is to investigate how hospital nurses experience the risk of self-contamination when using protective equipment. The purpose is also to explore the nurses' experiences in relation to contextual factors that might influence the handling of protective equipment.

Method:

In this qualitative study, semi-structured interviews were used. Nine nurses from two medical departments were interviewed. The empirical material was analyzed by using a thematic network analysis.

Results:

The study shows that it is important for the nurses to have good habits. The habits may be based on the guidelines, but it is stated and accepted that the habits do not necessarily follow these. During the COVID-19 pandemic, attention has been focused on errors and shortcomings in the handling of protective equipment, but a greater understanding of the risk to infect oneself and others has been established. It is seen that several nurses cannot express their knowledge of why they do as they do, and the focus on the protective equipment is about how the handling takes place rather than why. Barriers for proper handling of protective equipment are experienced when working alone, as colleagues are used for sparring, and can also promote that one makes a greater effort. Despite perceived uncertainty, the nurses have not requested practical training in the department.

Conclusion:

The study shows that the composition of nurses and their experience, are crucial for the proper handling of protective equipment in the departments. The tacit knowledge which the experienced nurses possess has great value, but it cannot remain silent, if the level of the combination of practice and theory is to be raised and be an ongoing point of focus.

Key words:

Organization, microbiology, infection control, barriers, risk concepts, protective equipment, the good habits, the tacit knowledge.

Indhold

1. Baggrund	4
1.1 Infektionshygiejne og værnemidler i forhistorien	4
1.2 Udviklingen af antibiotika og antibiotikaresistens	4
1.3 Hospitalserhvervede infektioner.....	5
1.4 Infektionshygiejne og værnemidler i dag.....	5
2. Problemformulering.....	7
2.1 Formål.....	7
2.2 Forskningsspørgsmål	7
3. Teoretisk referenceramme.....	7
3.1.Hermeneutik og fænomenologi	8
3.2 Teorien om Sense-making.....	9
3.3 Refleksionspraksis	10
3.4 Risikobegrebet.....	11
4. Materiale og metode.....	12
4.1 Litteratursøgning	12
4.2 Ethiske overvejelser.....	12
4.3 Rekruttering af informanter.....	12
4.4 Udarbejdelse af interviewguide	13
4.5 Informanter og interview.....	13
4.6 Dataanalyse	14
5.Resultater.....	15
5.1 Refleksionspraksis på baggrund af vaner og rutiner	16
5.2. Gamle infektionshygiejniske retningslinjer i ny kontekst på grund af COVID-19	18
5.3 Direkte og indirekte forhold har indflydelse på håndtering af værnemidler	20
6. Diskussion.....	24
6.1 Diskussion af resultater.....	24
6.2 Diskussion af metode.....	26
7. Konklusion.....	28
8. Perspektivering	29
9. Tak	29
10. Referencer.....	30
11. Bilagsfortegnelse.....	33

1. Baggrund

1.1 Infektionshygiejne og værnemidler i forhistorien

I 1918-1920 rasede influenzaepidemien, den spanske syge i hele verden. Allerede dengang vidste lægerne godt, at influenza smittede ved dråbeinfektion(1), hvorfor man iscenesatte forebyggende adfærd, som i dag bliver kaldt for infektionshygiejniske forholdsregler. I Danmark udfærdigede Sundhedsstyrelsen retningslinjer som skulle guide både sundhedspersonale og befolkning til fornuftig adfærd angående forebyggelse af smitte. Håndhygiejne var ikke i fokus, men ellers var retningslinjerne i store træk som i dag; nemlig med anbefalinger om at undgå at samles, at holde sig på afstand af de syge og at undgå at blive hostet i hovedet. Værnemidler til brug for især sundhedspersonalet, men også for befolkningen i al almindelighed var et af de store temaer under den spanske syge, hvor der ifølge overlæge Victor Scheel (1869-1923) blev eksperimenteret med masker lavet af forskellige materialer(1,2).

1.2 Udviklingen af antibiotika og antibiotikaresistens

I alle morskjournalerne fra tiden under den spanske syge var der en sammenkædning af influenza og lungebetændelse (pneumoni). En pneumoni som folk dengang døde af, da der ingen antibiotika fandtes(3). Det videnskabelige gennembrud indtraf i 1929, hvor det første antibiotikum – penicillin - blev opdaget af den britiske forsker Alexander Fleming. Penicillin banede vejen for flere nye og naturlige antibiotika, som blev udviklet i slutningen af 1940'erne og begyndelsen af 1950'erne. I 1960'erne begyndte bakterierne at gå til modangreb, og inden længe fandt forskere frem til, at flere bakterier havde udviklet resistens over for specifikke antibiotika. Det blev begyndelsen på en lang og sej kamp mod de resistente bakterier(4).

Resistente bakterier opstår, når bakterier deler sig, og der sker en ændring i bakteriens arvemateriale, dets DNA. Mutationen betyder, at ændringen ses i hele DNA'et, og det kan medføre, at bakterien bliver resistent overfor det tidligere virksomme antibiotikum(4).

På verdensplan har et stigende og ukontrolleret forbrug af antibiotika til både dyr og mennesker, ført til en ukontrolleret udvikling af resistente bakterier og World Health Organization (WHO) har udpeget antibiotikaresistens som en af de største nuværende trusler mod verdensbefolkningens sundhed(5). Udover at infektioner med resistente bakterier hos mennesker bliver vanskeligere, dyrere og i nogle tilfælde umulige at behandle(6), skaber det massive infektionshygiejniske tiltag og udfordringer for personalet i sundhedsvæsenet. Selvom Danmark i en lang årrække har været et foregangsland i forhold til forebyggelse af antibiotikaresistens og sammenlignet med andre lande har et relativt lavt forbrug af antibiotika(7), har vi også herhjemme set en stigning i udviklingen af resistente bakterier(8). Det betyder

en stigning i antallet af patienter indlagt på de danske hospitaler med resistente bakterier(9), som dermed kræver særlig varsomhed i takt med øget brug af værnemidler.

1.3 Hospitalserhvervede infektioner

I takt med at flere smittes med resistente bakterier og flere infektionshygiejniske forholdsregler skal iværksættes udfordres viden og opfattelse af forebyggelse af smitte. Til forebyggelse af hospitalserhvervede infektioner er praktiske færdigheder, indenfor infektionshygiejne hos personalet på hospitalerne, derfor konstant påkrævet(9). Hospitalserhvervede infektioner klassificeres ved at patienten skal have pådraget sig infektionen minimum 48 timer efter indlæggelse. I Danmark er det Statens Serum Institut (SSI), som overvåger incidensen af specifikke hospitalsinfektioner ved hjælp af Healthcare-Associated Infections Database (HAIBA)(10), der er et nationalt overvågningssystem af sundhedssektorerhvervede infektioner. HAIBA bruges i infektionshygiejnisk og klinisk praksis. På baggrund af data fra blandt andet HAIBA indledte Folketingets Rigsrevision(11,12) i 2017 en undersøgelse som viste, at 7-10 % af indlagte patienter i Danmark fik en hospitalserhvervet infektion. Det svarer til 60.000 patienter om året.

Forebyggelse af hospitalserhvervede infektioner er i høj grad afhængig af efterlevelse af infektionshygiejne fra sundhedspersonalet, hvor korrekt brug af værnemidler er centralt.

1.4 Infektionshygiejne og værnemidler i dag

European Center for Disease (ECDC) har udarbejdet retningslinjer for, hvordan værnemidler skal på- og aftages korrekt(13). I Danmark udarbejder SSI Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR)(14) til brug i sundhedsvæsenet. Både internationale og nationale retningslinjer kan benyttes som de er, men bliver ofte ændret til lokale vejledninger, så de passer ind i de enkelte hospitaler, afdelinger og sundhedsfaglige institutioner i landet. Infektionshygiejniske retningslinjer er lavet med det formål at understøtte forebyggelse af infektioner. Forebyggelsesopgaven varetages af myndigheder, rådgivende institutioner og ledelsen af den enkelte institution.

Sundhedspersonalet, som arbejder i det danske sundhedsvæsen, har opgaver i patientplejen, hvor det er påkrævet at benytte værnemidler i forbindelse med forskellige procedurer hos borgeren eller patienten. Værnemidler omfatter udstyr, der er lavet af godkendt og testet engangsmateriale og er fællesbetegnelsen for handsker, overtrækskittel, plastforklæde, kirurgisk maske, åndedrætsværn FFP2 og -3-masker samt beskyttelsesbriller eller visir. Det bæres af sundhedspersonale med det formål at afbryde smitteveje. Målet er, at patienter, borgere, personale og pårørende i videst muligt omfang er beskyttet mod smitte under deres ophold og arbejde i sundhedssektoren og dens institutioner(15). Det er derfor af afgørende betydning, at sundhedspersonalet er trænet og guidet i korrekt brug, samt er bevidste om risikoen for kontaminering i håndtering ved både på- og afgang(16).

I takt med at forekomsten af resistente bakterier er blevet en del af hverdagen på de danske hospitaler, er brugen af værnemidler ligeledes øget og ses som en naturlig del af patientplejen. Derudover har COVID-19 pandemien, i høj grad sat sundhedspersonale i Danmark, såvel som hele verden under pres, med øget behov for brug af værnemidler. Niveaue af, hvilke værnemidler sundhedspersonalet skal iføre sig, afhænger af flere faktorer; selve proceduren, hvilke symptomer patienten har og om patienten har en kendt mikroorganisme, der kræver særlige hensyn i forbindelse med afbrydelse af smitteveje(17,18). Allerede tidligt i COVID-19 pandemien, er der sket smitte blandt sundhedspersonale og patienter med SARS-CoV-2 virus, trods brug af værnemidler(19). Studier viser at sundhedspersonale kontaminerer deres værnemidler i forskellig grad, når de plejer patienter. Risikoen for, at sundhedspersonalet kontaminerer sig selv ved håndtering af værnemidlerne, er væsentlig større ved ukorrekt håndtering af værnemidler versus korrekt håndtering. Studiet fra Tomas et.al.(20) viste, at selvkontaminering opstod hyppigere, når handskerne var forurenede fremfor overtrækskitlen (53% versus 38%, $P=0.002$). Ligeledes var der højere grad af ukorrekt aftagning sammenlignet med korrekt aftagning, når teknikken blev observeret (70.3% versus 30.0%, $P < .001$)(20). Det er ikke kun et fænomen, der har eksisteret og er blevet kendt under COVID-19 pandemien, men har været undersøgt tidligere i flere studier(20–23). Dråbe – og kontaktsmitte er de mest almindelige måder, hvorpå mikroorganismer kan transporteres fra én person til en anden. Enten via direkte dråber, men oftest fra forurenede hænder eller overflader. Der tales her om et reservoir (smitteudgang) og en modtager (smitteindgang)(18). Denne risiko er til stede, når personalet skal håndtere kontaminede værnemidler og passe flere patienter på en arbejdsdag, idet mikroorganismer kan blive delt mellem patienterne, som er sårbare og modtagelige. Ved efterlevelse kan både de generelle og supplerende infektionshygiejniske retningslinjer forebygge kontakt- og dråbesmitte(15). Randomiserede, kvalitative, simulations og real-time observationsstudier viser, at der er gennemgående faktorer, der har betydning for sygeplejerskers håndtering af værnemidler(16,21,22,24). Disse undersøgelser har vist, at faktorer kan opdeles i tre områder, der har betydning for måden værnemidler håndteres på(24).

- Individuelle faktorer (baggrund, vidensniveau og risikoforståelse)
- Organisatoriske faktorer (afdelingens sikkerhedskultur, f.eks. træning i håndtering af værnemidler, bemanning, planlægning og tilgængelighed af værnemidler)
- Faktorer om komfort med værnemidler (24).

I skandinavisk kontekst er der endnu ikke publiceret undersøgelser der fokuserer på betydningen af de individuelle opfattelser om risikobegrebet og, hvilke barrierer eller organisatoriske faktorer der kan have betydning for, om håndtering af værnemidler udføres korrekt(22).

2. Problemformulering

Samlet set, er kontaktsmitte en central risikofaktor, idet mikroorganismerne spredes via urene hænder eller udstyr. Sundhedspersonalet udgør en risiko for dem selv og deres omgivelser, når de tager deres værnemidler af. Derfor er det vigtigt at minimere denne risiko og forhindre smittespredning både blandt ansatte, patienter og omgivelserne.

2.1 Formål

I henhold til selvkontaminering er det derfor relevant at undersøge, hvilken oplevelse hospitalsansatte sygeplejersker har af risiko for selvkontaminering sammenholdt med øget forbrug af værnemidler. Ligeledes er det væsentligt, om der opleves nogle kontekstuelle faktorer som påvirker hensigtsmæssig og uhensigtsmæssig håndtering af værnemidler.

2.2 Forskningsspørgsmål

- Hvordan afspejles hospitalsansatte sygeplejerskers oplevelse af risiko for smitte i deres håndtering af værnemidler?
- Hvilke barrierer og muligheder oplever hospitalsansatte sygeplejersker for at håndtere værnemidler korrekt?

3. Teoretisk referenceramme

Dette afsnit beskriver den teoretiske ramme, der løftes frem i diskussionsafsnittet og benyttes som hjælpeværktøj til at belyse problemstillingen. Den teoretiske ramme er valgt ud fra de empiriske data og analysen.

For at kalde noget for videnskab og ikke blot opremsninger, er man nødt til at finde det typiske i det individuelle. I sygeplejefaglig videnskab, lægges der stor vægt på at se den enkelte patient som noget unikt og individuelt, og samtidig kunne indgå i det generelle. Dette har til formål, at flere patienter med samme lidelse kan behandles efter en evidensbaseret standard(25). På samme måde som sygeplejerskernes arbejde med værnemidler er baseret på nationale og lokale standardiserede infektionshygiejniske retningslinjer, skal sygeplejerskerne kunne omsætte de gældende retningslinjer til daglig praksis hos forskellige patienter med forskellige mikroorganismer. De skal kunne bevæge sig i en evidensbaseret verden, hvor ingen patienter er ens, og som derfor udfordrer balancegangen for den enkelte sygeplejerske.

Forfatteren vil i dette afsnit redegøre for de teoretiske udgangspunkter der er valgt som grundlag for analyse. Den videnskabssteoretiske fænomenologiske tilgang(25) vil blive benyttet til indhentning af det empiriske materiale, således at det er informanternes livsverden (deres subjektive oplevede verden), der bliver sat i centrum for de oplevelser der bliver italesat. Endvidere vil forfatteren drage paralleller fra Karl Weick's teori om sensemaking(26). Teorien handler kort fortalt om, at vi kan lære fra, hvad vi har gjort og dermed erfaret. Individet tager ejerskab i processen, da vedkommende er en del af oplevelsen eller arbejdsopgaven. Processen er fortløbende og har til opgave at skabe handling og sammenhæng, som har sit udspring i erfaringer og behovet for at skabe mening. Dette er foreneligt med sygeplejerskernes fag. Som en tilkobling til Weick's teori inkluderes Kolb's teori om refleksionspraksis(27). Refleksionspraksis er hele tiden en foranderlig læringscirkel. En cirkel, hvor man mere eller mindre bevidst, arbejder mod at blive bedre og klogere, ud fra de erfaringer man gør sig. Teorien om refleksionspraksis er i tilslutning til sensemaking begge henledt til den endelige evaluering og handling om en problemløsende og meningsgivende aktivitet. Endelig er begrebet om risiko bragt ind i studiet for, at tydeliggøre definitionen samt fremhæve den forståelse og mening informanterne har af begrebet.

3.1. Hermeneutik og fænomenologi

Indenfor det sundhedsvidenskabelige felt er den hermeneutiske eller fænomenologiske tilgang ofte anvendt til at skabe sig ny viden. Som udgangspunkt er de to teorier forskellige, men ikke uafhængige af hinanden(28).

De hermeneutiske principper vil ofte ligge til grund for undersøgelsens metode. Først og fremmest tænkes det, at forskerens forståelse altid er formet af den forforståelse, denne har med sig, og at denne forsøger, at få forforståelsen ophævet eller i det mindste afklaret med ny viden(28).

I fænomenologien søges der videre ind. At gå fra hermeneutikken, hvor forståelse er et grundvilkår for det enkelte menneske, bliver næste skridt indenfor fænomenologien at spørge mere ind til forståelsens genstand. Det vil sige at man ønsker en bevidsthedsforståelse; en forståelse af det bevidsthedsindhold, som opleves af "det andet menneske" og at finde frem til det meningsindhold, som denne bevidsthedsforståelse afspejler. Det primære er analysen af menneskets relation til verden som den er nu og her, som mennesket skal bruge den, og det er afgørende at kunne "suspendere" forforståelsen. Fænomenologisk søges der ikke efter årsager, men efter sammenhænge(28).

Forfatteren er hygiejnesygeplejerske og arbejder dagligt med den teoretiske ramme for retningslinjer og instrukser. Den daglige opgave er blandt andet, at hjælpe sundhedspersonale og ledelse på hospitalet til både at forstå retningslinjerne, men også få dem til at "leve" i klinikken. Forfatteren indtager dermed et pragmatisk udgangspunkt, hvis hovedantagelse er, at forskningen skal omsættes til praksis, hvor begreber og mening sætter os i stand til at handle(29). Som udgangspunkt er det forfatterens forforståelse, der

ligger til grund for studiet og i interviewene har forfatteren tilstræbt at være bevidst om sin forforståelse samt tilstræbt evnen til at "suspendere" denne, idet studiet retter sig mod informanternes livsverden(29). Informanternes livsverden er subjektiv og deres forståelseshorisont er forskellig(25). Det afspejler sig i måden, hvorpå de forstår spørgsmålene i interviewet, samt de svar de giver.

3.2 Teorien om Sense-making

At bringe teorien om sensemaking ind i dette studie skal ses i tråd med, at sygeplejefaget er løsningsorienteret som fag og profession. Faget er drevet af, at de ydelser man som sygeplejerske udfører, skal give mening. I dataanalysen vil forfatteren komme nærmere ind på, hvordan sensemaking er essentiel for sygeplejerskerne i deres arbejde; hvordan og hvorfor det giver mening for dem at gøre, som de gør, når de håndterer værnemidler.

Nøgleord indenfor teorien om sensemaking er handling og sammenhæng(26).

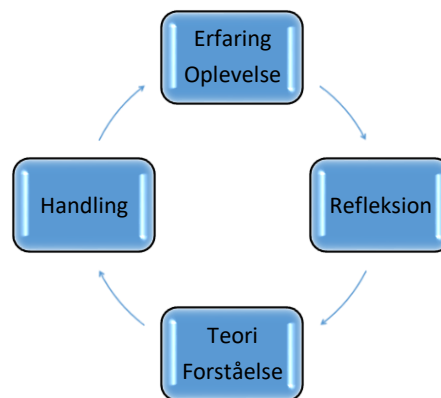
Ifølge Dervins tolkning af teorien sensemaking(30), inkluderer "sense" både viden, og en række andre subjektive faktorer, der afspejler en persons forestillinger om en situation. Det kan for eksempel være meninger, holdninger, intuitioner, reaktioner, rationaliseringer og spørgsmål. Definitionen er på denne måde fleksibel og kan siges at dække hele spektret af elementer fra information og evaluering, der er forbundet med en problemløsningsaktivitet(30). Weick mener at vi definerer os selv i den kontekst vi befinder os i, eller bliver sat i, og kan omdefineres når situationen kræver det(26). Det betyder at den oplevede mening vil være forskellig fra sygeplejerske til sygeplejerske, samt afhængig af konteksten. For eksempel vil den oplevede mening være afhængig af, hvilke kollegaer der arbejder sammen på en given vagt, om man arbejder alene, arbejder i dagvagt versus aften-nattevagt, erfaring og vidensgrundlag.

Weick(26) mener, at retningen af kausalitet flyder lige ofte den ene som den anden vej, indenfor definition af selvet og situationen. Definitionen kan for eksempel beskrive, hvor kompetent den enkelte føler sig i en given opgave og, hvilke faktorer der kan have indflydelse på det. De processer der udvikler og vedligeholder en persons skiftende følelse af selvet, er stillet til rådighed for at tjene tre selvflede behov:

- Behovet for selvforbedring, der afspejles i søgning og vedligeholdelse
- Selveffektiviteten, som er ønsket om, at opfatte sig selv som kompetent og effektiv
- Behovet for selvkonsistens, som er ønsket om, at fornemme og opleve sammenhæng og kontinuitet(26).

3.3 Refleksionspraksis

Som ovenfor beskrevet er handling og sammenhæng og ikke mindst erfaring væsentlige og nødvendige faktorer i arbejdet med patienter og afbrydelse af smitteveje. Indenfor teorien om refleksionspraksis har sygeplejersker brug for at kunne reflektere over egen praksis, for at kunne forstå sammenhænge og tilegne sig ny viden. Ifølge den amerikanske psykolog og undervisningsforsker David A. Kolb er læring og dermed tilegnelse af ny viden en cirkulær proces, der hele tiden udvikles(27). Han var optaget af, at den erfaringsbaserede oplevelse havde en stor rolle i læringsprocessen. David A. Kolb udviklede en 4-trins læringsmodel (figur 1), der fremhæver refleksionspraksis som et cirkulært værktøj, til at opnå ideer og konklusioner fra en oplevelse(31).



Figur 1. Kolb's 4-trins læringscirkel om refleksionspraksis.

4-trins læringscirkel

Erfaring eller oplevelse: Man udfører sin opgave, mens man erfarer og iagttager, hvad der sker. Man får derigennem en konkret oplevelse og opnår ny øget indsigt i egen praksis

Refleksion/eftertænkning: Når man har fået sine erfaringer, kan man begynde at reflektere over sine observationer og finde ud af, hvad der skete og hvorfor. Man forsøger at forstå, hvad der skete så præcist som muligt.

Teori og forståelse/begrebsdannelse: Teori skaber forståelse til at kunne reflektere og skabe erfaring. Man forsøger at skabe en teori på baggrund af de konkrete erfaringer.

Handling: Afprøve idéer i praksis, som kan afføde nye idéer/erfaring. Når man har gennemgået de forrige faser, er man ifølge Kolb klar til at opstille et nyt forsøg baseret på den tidligere erfaring, hvorefter læringscirklen starter forfra i en cyklus(27).

Refleksionspraksis er basisingrediens i både undervisning og læring, mener Kolb(27). Det stiller mod, at gøre den enkelte mere opmærksom på egen professionel viden og handlinger ved at udfordre antagelser om daglig praksis og kritisk evaluering af det udøvede. Refleksionsprocessen opfordrer til, at den enkelte i samarbejde med kollegaer deler "best practice" og involverer andre til sparring(31). I relation til sygeplejerskerne, kan de drage nytte af selve læringen og konteksten som et samlet, hvilket vil skabe erfaringer på et reflektorisk vidensgrundlag.

3.4 Risikobegrebet

For at kunne vurdere informanternes livsverden om risiko, er det nødvendigt kort at definere de forskellige begreber ordet indeholder for bedre at forstå dem i den sammenhæng, de optræder i i interviewene.

Ordet *risiko* kommer af italiensk *risico*, afledning af *risicare* 'sætte på spil, vove'(32).

Begrebet risiko bliver brugt indenfor mange områder, herunder sundhedsvidenskaben. Risiko er et udtryk for sandsynlighed og konsekvenser af en uønsket hændelse, i daglig tale dog ofte kun tale om en teoretisk sandsynlighed(32). I forbindelse med begrebet risiko benyttes forskellige metoder eller udtryk. Det danske sprog- og litteraturselskab(32) beskriver det som fremvist i tabel 1:

Tabel 1. Inddelinger af metoder og udtryk for begrebet risiko ifølge det danske sprog- og litteraturselskab(32).

Risikoanalyse	En systematisk metode til at identificere og beskrive risikoen ved en aktivitet
Risikovurdering	En bedømmelse af betydningen af risikoanalysens resultater og tjener derved som grundlag for beslutning om evt. at indføre begrænsninger eller ændringer i aktivitetens udførelse. Den restriktive form for risikovurdering er indeholdt i det såkaldte forsigtighedsprincip. En væsentlig faktor i moderne risikovurdering er også, om befolkningen har tillid til, eller hvor stor en risiko man vil acceptere
Risikooplevelse	Beskriver den individuelt oplevede risiko, hvor der oftest er forskel mellem opfattelsen blandt personer, der har en nytte eller fordel af aktiviteten, og personer, der har gener eller et minimum af nytte

Risikovurdering er en term indenfor sygeplejen i arbejdet med værnemidler, hvor der sygeplejefagligt vurderes, hvilke værnemidler, der skal benyttes til den specifikke opgave. Brugen og oplevelsen af begrebet er individuelt og vil være til stede på et stort spænd af niveauer.

Forfatteren, professor dr.med. Philippe Grandjean forklarer begrebet risikovurdering således:

”Risikovurdering starter altid med, at man identificerer relevante farer, det vil sige mulige årsager til sundhedsrisici. Derefter bedømmes de aktuelle eksponeringer for de pågældende faktorer. Ud fra kendskabet til sammenhænge med sundhedsskadelige effekter kan eksponeringerne oversættes til en risikovurdering”(33).

Han beskriver endvidere, at det ikke er muligt at risikovurdere, hvis man ikke har den fornødne viden.

Ovenstående er et eksempel på, hvorfor der er udviklet retningslinjer om, hvordan og hvornår værnemidler skal benyttes for sundhedspersonalet. På denne måde kan forebyggende risikofyldte procedurer så vidt muligt være en standardiseret proces med basis i en på forhånd vurderet risiko.

4. Materiale og metode

Valget af kvalitativt individuelt semistruktureret interview er sket på baggrund af studiets formål og de tilhørende forskningsspørgsmål(29). Individuelt semistruktureret interview er velegnet til at få dybdegående forståelse af forbrugernes personlige og faglige oplevelser og erfaringer med et emne(34). Ligeledes kan det give indsigt i barrierer og motivationer for, hvorfor man gør som man gør(35). Med den kvalitative metode og fænomenologiske tilgang, er det muligt at få viden om og forståelse for mine informanternes "livsverden" i arbejdet med værnemidler, ud fra deres egne perspektiver(29). Det er dog ikke den ubetingede kerne af sandhed, man opnår, men man kan få indblik i en proces som er dynamisk og som udvikles(35).

4.1 Litteratursøgning

Forfatteren har lavet en indledende litteratursøgning i databasen PubMed. Søgningen gik systematisk til værks og kan ses i bilag 1. Ligeledes er litteratursøgning i databaserne Google Scholar og Scopus benyttet, samt Gøteborgs Universitets bibliotek, der i højere grad indeholder kvalitative studier. Endelig har forfatteren anvendt litteratur, som andre studier har henvist til eller benyttet.

4.2 Etiske overvejelser

I studiet indgik der ikke patienter og personhenførbare data og der skulle derfor ikke indhentes godkendelse fra National videnskabsetisk komité(36). Der er indsendt underskrevet verificering fra forfatter og vejleder til Gøteborgs Universitet angående, at etisk godkendelse ikke er påkrævet for dette studie. Ligeledes har afdelingsledelserne fra de to afdelinger, som deltog i studiet, samtykket og underskrevet godkendelse til, at forfatteren måtte interviewe et udvalg af afdelingens sygeplejersker. Af hensyn til informanternes anonymitet og fortrolighed blev oplysninger i interviewet anonymiseret. Data er opbevaret på forfatterens OneDrive og vil blive slettet efter endt opgaveskrivning. Informanterne er informeret om, at de i hele transskriberingsperioden kan trække deres udsagn tilbage, uden at det får nogle konsekvenser. Begge afdelinger efterspurgte fremlæggelse af studiets resultater, hvilket forfatteren har samtykket til. Netop med dette for øje var formålet, at finde data i empirien, der ikke kun udstillede enkelt-udsagn, men som med en hvis generaliserbarhed kunne svare på forskningsspørgsmålene.

4.3 Rekruttering af informanter

Interviewene blev planlagt i samarbejde med ledelsen på to sengeafdelinger på et hospital i Region Hovedstaden, Danmark. De to afdelinger repræsenterer to forskellige patientkategorier. Den ene afdeling er en akut medicinsk afdeling, mens den anden er en specialafdeling for cancerpatienter. Ved at vælge to forskellige afdelinger ville det i højere grad være muligt indfange et nuanceret indblik i konteksten på arbejdspladsen, risikobegreb og evt. kultur, men også at afdække en form for sammenhæng i det generelle

i arbejdet med værnemidler. Begge afdelinger har patienter indlagt med isolationskrævende mikroorganismer, også SARS-CoV-2 virus og benytter derfor værnemidler dagligt i plejen af patienter. De to udvalgte afdelinger har mellem 30-45 sengepladser hver.

Både afdelingerne og informanterne fik skriftlig og mundtlig information om studiet og dets formål (bilag 2). Der var lagt op til interview med 6-10 sygeplejersker, da det var forfatterens forventning at dette antal informanter var tilstrækkelige til at kunne belyse forskningsspørgsmålene(29). Valget af sygeplejersker som respondenter begrundes i, at de som gruppe er sammenlignelige i forhold til arbejdsopgaver, basisviden og kompetencer. Patienterne har kontakt med mange faggrupper på én dag, men sygeplejersker udgør oftest den største andel, både i forhold til antallet af daglige kontakter og kontakttid.

4.4 Udarbejdelse af interviewguide

Forud for interviewene udarbejdede forfatteren en semistruktureret interviewguide (bilag 3)(37).

Den blev lavet som en skitse over overordnede temaer og der blev formulerede spørgsmål med udgangspunkt i temaer relateret til brugen af værnemidler:

- Individuelle faktorer (Viden – teoretisk viden for at kunne løse opgaven og risikovurdere).
- Organisatoriske faktorer (Kontekst – fysiske og psykosociale barrierer, muligheder og motivation relateret til arbejdspladskultur)
- Komfort med værnemidler.

Efter at have udarbejdet den foreløbige interviewguide, afholdte forfatteren et pilotinterview med en tidligere sygeplejekollega, der også arbejder i klinikken med værnemidler. Formålet var at afprøve egen teknik som interviewer, om den afsatte tid per interview var passende og for at teste om spørgsmålene var forståelige og gav mening. Efter pilotinterviewet blev forståelsestermer om risikobegrebet justeret, således at forståelsen om, hvilken risiko der blev spurgt ind til, blev præciseret. Pilotprojektet gav forfatteren fortrolighed med interviewguiden, som viste sig i de senere interview at være til gavn, når der blev sprunget i emnerne og forfatteren således havde mulighed for at stille uddybende spørgsmål uden at miste overblikket.

4.5 Informanter og interview

Efter aftale udvalgte afdelingssygeplejerskerne på de to afdelinger, de sygeplejersker der skulle interviewes. Forfatteren sendte mail til dem med information om udvælgelseskriterier af sygeplejersker. Det skulle ske ud fra princippet om frivillighed, og gerne med en diversitet i for eksempel anciennitet, alder og køn. Dette var blot for at understrege, at det ville blive vægtet positivt, hvis informanterne havde forskellige forudsætninger. Der blev opstillet tre umiddelbare inklusions-kriterier:

- Skal være fastansat som sygeplejerske på en af afdelingerne.
- Skal håndtere værnemidler, når de er på arbejde og tager sig af patienter,

- De udvalgte sygeplejersker skal acceptere frivilligt at deltage i interview.

Afdelingssygeplejerskerne valgte ni informanter; tre fra den ene afdeling og seks fra den anden. I samarbejde blev der fastsat datoer og tidspunkter for interviewene, som alle lå i perioden 9.–16. marts 2021. Informanterne var otte kvinder og én mand i alderen 24-52 år, med medianalder på 30 år. Interviewene blev afholdt på de respektive afdelinger efter deres eget ønske og tidsrammen var planlagt til en varighed på ca. 30 minutter. Interviewene foregik i rolige og kendte omgivelser, hvor forfatteren indledningsvis definerede, hvordan interviewet skulle foregå, formålet med interviewet, optagelse af interview på digital optager, underskrift på samtykkeerklæring (bilag 4) samt udlevering af information til informantens eget brug(29). Endvidere blev alle interviews indledt med at fortælle, at forfatteren indsamlede data, som et led i en masteropgave og ikke som hospitalets hygiejnesygeplejerske. Alle informanterne fik en erkendelighed i form af chokolade og lotion, som tak for deres deltagelse.

4.6 Dataanalyse

Alle ni interviews blev transskriberet umiddelbart efter interviewene af forfatteren selv. Der blev transskriberet ordret fra interviewet. Dog blev der ikke inkluderet særlige lyde, grin og pauser, da forfatteren alene stod for interviewene og transskribering, og godt kunne genkalde sig interviewsituationen ved både transskribering og analysen. Interviewene blev transskriberet i Word, og derefter overført til kodeprogrammet Nvivo. Nvivo blev brugt til at reducere teksten i temaer. Attride-Stirlings Tematisk Netværksanalyse(38) er valgt til yderligere opdeling og forståelse for empirien. Tematisk Netværksanalyse er en metode, der sigter mod at udforske forståelsen af et emne ved at tematisere fremtrædende udsagn på forskellige niveauer. Den tematiserende analyse har til formål at overskueliggøre sammenhænge og skildringen af disse emner(38). Forfatteren ønskede at undersøge, hvilke oplevelser og vurderinger informanterne gav udtryk for og, hvad der gør sig gældende for dem, i deres daglige arbejde med værnemidler. Med metoden har forfatteren forsøgt at tematisere på almindeligheder, overvejelser og modsigelser, der har specifik teoretisk interesse for det valgte felt. Kriterierne for udvælgelse af temaer er ikke baseret på et større forklarende tema på en kvantitativ facon, men skal forstås, som en måde at observere enkelttilfælde på, hvorfra der kan findes et mønster eller sammenhæng for generelle antagelser. Forfatteren vil benytte de specifikke data fra enkelttilfælde til at finde pointer i det mere almene. Metoden kaldes induktiv. Dette vil i diskussionen blive brugt som anker for, hvordan oplevelser og udsagn hos sygeplejerskerne kan eller bør indgå i tilrettelæggelsen af arbejdet med værnemidler fremadrettet. Tematisk netværksanalyse(38) inddeles i tre niveauer for udvælgelsen af temaer til analyse:

1. Reduktion eller opdeling af teksten til grundlæggende temaer, såkaldt *basistemaer*
2. Udforskning af teksten og samling af *Basis temaer* til *organisatoriske temaer*
3. Integration af det efterforskede – *Organisatorisk tema* bliver til *Global tema*.

Som udgangspunkt foregik der allerede en opdeling af emner under selve transskriptionen. Dette afstedkom mange nuancer af oplevelser, påstande, forslag, argumenter og antagelser. I det pragmatiske arbejde har modellen fire niveauer, hvor det første niveau ("diskuterede emner", som er før basistema) egentlig er det vigtigste, idet opdeling af temaer i dette trin danner basis for de tre andre kategorier. Forfatterens fremgangsmåde blev følgende: Første skridt var at udvælge "diskuterede emner", som var opstartstemaer til basistemaer. Diskuterede emner kan nævnes, som de mange temaer, der dukkede op i interviewene, hvor formålet var at finde temaer der var specifikke nok til at kunne stå alene, men som også kunne findes i flere udsagn. Diskuterede emner blev reduceret og omdøbt til 22 basistemaer, der skulle bidrage til konceptuel identifikation af temaer til den videre netværksanalyse. Næste gruppering bestod af endnu en reduktion af temaer, der blev til 11 organisatoriske temaer. De organisatoriske temaer blev dannet ud fra klynger af basistemaer, der var centreret om delte og større elementer. Endelig blev de globale temaer til, ud fra en opdeling af de vigtigste påstande, argumenter og antagelser fra basistemaer, som de organisatoriske temaer omhandler. Den ovenstående proces var på ingen måde lineær, som niveau-opdelingerne beskriver, men skal forstås som en øvelse frem og tilbage mellem interview og temaer. Dog var de tre niveauer en konstant rettesnor, der fungerede som guide for de endelige temaer til analysedelen. Forfatteren har udfærdiget en oversigt af den tematiske netværksanalyse for at synliggøre de overordnede temaer, der blev til. Oversigten fremgår af bilag 5.

5.Resultater

Oversigten (bilag 5) fra den tematiske netværksanalyse blev komprimeret til overskuelige kategorier for læseren (tabel 2), og det er de overordnede emner som vil blive fremhævet og analyseret i dette afsnit.

Tabel 2. Tematisk netværksanalysemodel

Globalt tema (hovedemner)	Organisatorisk tema (underemner)
Refleksionspraksis på baggrund af vaner og rutiner	-Følelsen af at have gode vaner og rutiner i arbejdet, der giver mening -Usikkerhed i procedurer og praksis -Risikovurdering kræver den fornødne viden
Gamle infektionshygiejniske retningslinjer i ny kontekst på grund af COVID-19	-Refleksion over dråbesmitte fremfor kontaktsmitte -Det man kendte til bliver ændret og sat spørgsmålstegn ved -Man kan rammes personligt
Direkte og indirekte forhold har indflydelse på håndtering af værnemidler	-Faktorer som sygeplejerskerne oplever har indflydelse på korrekt håndtering af vm -Den gode arbejdsplads -Det interkollegiale samspil -Det sagte, men mest det usagte

Komprimeret temaer til analyse for resultaterne. Globalt tema fungerer som hovedemner på resultatafsnittene. Organisatorisk tema fungerer som underemner i de enkelte resultatafsnit.

Temaerne er dækkende for begge afdelinger. Forfatterens første antagelse var, at der ville være forskelle at finde imellem de to afdelinger, men i empirien sås ikke tendens til forskelle, hverken i kultur på arbejdspladsen, risikobegreb og kontekst. Derimod sås en form for sammenhæng i det generelle arbejde med værnemidler på begge afdelinger og, hvordan man risikovurderede eller ikke. Der er derfor ikke differentieret mellem udsagnene fra de to afdelinger. I de følgende afsnit præsenteres analyserne i afsnit, hvor det globale tema er overskriften. Dette er ment som en måde at overskueliggøre de samlede pointer, som på denne måde vil blive bragt med i diskussionen. I det følgende er direkte citater fra informanterne skrevet i *kursiv*.

5.1 Refleksionspraksis på baggrund af vaner og rutiner

Informanterne angav flere grunde og tanker om, hvorfor de gjorde som de gjorde, når de håndterede værnemidler. Fælles for dem alle var, at arbejdet med værnemidler gav mening i kampen mod at afbryde smitteveje og udgjorde en sikkerhed både for dem selv, men også for de patienter, som de passede. Hvis man blev bevidst om at have gjort noget uhensigtsmæssigt blev der reflekteret over, hvordan man kunne ”rette op på det”. Til tider var der usikkerhed i, hvordan den korrekte metode var og informanterne fortalte, at de lænede sig op ad kollegaer og rutinen med de gode vaner. Kollegaer blev også brugt som en mulig ”vidensbank”, når der dukkede spørgsmål eller præciseringer op i troen på, at kollegaen vidste mere end én selv. Man brugte hinanden til ”best practice”. Modsat dette var der også en accept af, at arbejdet med værnemidler til tider manglede afbrydelse af smittevej; at de gode vaner ikke var korrekte. Der var ikke en stringent metode til at tilegne sig viden. Rutine og erfaring blev nævnt som faktorer der gjorde arbejdet med værnemidler både nemmere og mere struktureret.

Følelsen af at have gode vaner og rutiner i arbejdet, der giver mening

De gode vaner blev fremhævet, som noget der gav ro og sikkerhed i arbejdet. Man var en del af et større fællesskab, når opgaverne blev udført med gode vaner og rutiner. Det blev også nævnt, som det man kendte, og som lå implicit. En måde at få de gode vaner på, var for eksempel at spørge sine kollegaer og at læse hospitalets retningslinjer og plancher i afdelingen. Et eksempel på, hvordan en nyuddannet og erfaren sygeplejerske omtalte de gode vaner og rutiner.

- *Nyuddannet: Jeg tænker, at i hvert fald i starten, er det vigtigt at få nogle gode vaner og oplæres af erfarne sygeplejersker, som har de gode vaner, for at undgå at skulle gå på kompromis.*
- *Erfaren: Ja, man kan sige, det kommer jo klart med erfaring. Jo flere års erfaring man har med flere forskellige isolationer og procedurer, du har været igennem og hvordan man gør med hvilke bakterier og virus. Det er ligesom bare blevet rutine.*

At opretholde de gode vaner og rutiner kan ifølge Weick(26) henføres til behovet for selvforbedring, der afspejles i søgning og vedligeholdelse. At man oplever at være kompetent til det man laver og effektuerer

det i praksis. Flere påpegede, at når man arbejder med værnemidler dagligt, oplever man, at når procedurerne bliver rutine, så ”sænker man skuldrene” lidt.

- *Man bør jo ikke gøre det, men man bliver lidt mere komfortabel i forhold til, at det er det man kender. Man sænker skuldrene, fordi man har været det igennem en del gange og oparbejdet den vane, som skal være med til at hindrer ny smitte.*

Usikkerhed i procedurer og praksis

På tværs af interviewene var der fokus på, at de studerende eller nyuddannede i afdelingerne blev lært grundigt op i håndtering af værnemidler, kendte til retningslinjerne og kunne følge dem i praksis. Det er introduktionssygeplejerskens job at sørge for det. Det var dog anderledes med de nyansatte, der ikke var nyuddannede, og som ikke på samme måde blev ”overvåget”, da det lå implicit i det at være sygeplejerske, at have styr på værnemidler og håndtering på stuerne.

- *Jeg er ikke blevet informeret om, at der skulle være en decideret vejledning et sted, som man burde kigge efter, men vi har jo vores skilte og lamineringer mange steder på afdelingen. Når man sidder på toilettet, sidder der også en vejledning (...)
Der tror jeg godt, at jeg kunne have brugt lidt mere tid til introduktion af værnemidler og at der blev gjort mere opmærksom på når tingene ændrede sig.*
- *Jeg forestiller jeg mig bare, at jeg ikke altid står snore-lige. Men jeg forsøger selvfølgelig. Så kommer der nogle af de patienter, der er obs VRE (vancomycinresistente enterokokker, som er isolationskrævende) og så ligger de med to andre på stuen, og så - ja hvordan forholder man sig egentlig med det i forhold til værnemidler? -Når man skal hen til den næste patient og man ikke lige ved – giver det mening?*

Mangel på selveffektiviteten, som er ønsket om, at opfatte sig selv som kompetent og effektiv(26) udløser usikkerhed, idet den altafgørende mening ikke får plads i ovenstående opgave. Selvet bliver ikke tilfredsstillet og i empirien gives der udtryk for; enten at have fundet egne procedurer som giver mening eller acceptere, at der kan være risiko for smitte.

- *Jeg ved godt at man kun skal spritte, men jeg vasker ALTID hænder, når jeg går fra en isolationsstue, selvom jeg godt ved, at der ikke er dokumentation for at man skal gøre det.*
- *Jeg glemmer så nemlig at tage det der forklæde på som man egentlig skal - og så tænker jeg - UPS – jeg må bare huske det til næste gang.*

Risikovurdering kræver den fornødne viden

Ved gennemlæsning af interviews er det tydeligt, at forskellen på sygeplejerskens udsagn oftest handler om, hvor erfarne de er; hvor længe de har arbejdet med faget. I spørgsmålene om, hvorvidt de oplever en risiko forbundet med brug af værnemidler, er ekspliciteringen omkring begrebet meget afhængig af både erfaring indenfor faget og tidligere oplevelser med risikoprocedurer.

Det at være erfaren opleves som en tryghed for, at man kan vurdere risikoen for kontaminering, italesætte hvordan og gøre det ”rigtige”.

- *Den proces er jeg tryk i. Der kan jeg jo bryde smittekæden som jeg gør ved at spritte af. Der er flere led som man selv er med til at bryde den smittekæde, hvis mit tøj er kontamineret – ”learning by doing”.*

Som uerfaren opleves der også, at kunne vurdere risiko i forhold til kontaminering, men refleksionen kan ikke italesættes. Sygeplejersken i næste citat mener bestemt at hun risikovurderer, men kan ikke sætte ord på hvordan.

- *Risikovurdering i forhold til mine værnemidler? – ja det gør jeg da helt sikkert*
Interviewer: kan du beskrive hvordan
Det er svært.

Ifølge Kolb(27) vil sygeplejerskerne, når de har opnået tilstrækkelig (individuel) viden og erfaring, drage nytte af selve læringen og konteksten som et samlet. Det vil skabe erfaringer på et reflektorisk vidensgrundlag, som gør, at de kan træffe brugbare og udviklende procedurer(27). Som denne informant, der netop reflekterer over den aktuelle praksis og konteksten omkring proceduren.

- *Jeg skulle hjælpe en kollega. Så skiftede jeg handsker. Men jeg nåede da at tænke over det- nu har jeg lige rørt de her forskellige steder, så skal jeg lige få sprittet af. Det er jo hendes banehalvdel!*

Delkonklusion

I dette afsnit har forfatteren belyst informanternes tanker, om det vigtige i at arbejde med noget man kender til, herunder at være rutineret og have følelsen af, at have gode vaner, som man kan hvile sin praksis op af. Derimod følte det usikkert, hvis man ikke var rutineret og ikke havde den gode vane. At kende rækkefølgen for på- og aftagning af værnemidler bliver betragtet som en vurdering af risiko for nogle, altså, *hvordan* men ikke *hvorfor*. Som udgangspunkt benyttes de ”gode vaner” i en blanding af det foreskrevne og de selvopfundne. Begge holdninger accepterer informanten på lige fod med hinanden. Der skelnes ikke, hvor viden kommer fra.

5.2. Gamle infektionshygiejniske retningslinjer i ny kontekst på grund af COVID-19

Som et gennemgående og overordnet tema var COVID-19-pandemien overskyggende for informanterne i de svar, de gav, og de oplevelser de beskrev. Forfatteren måtte spørge uddybende flere gange med henblik på præciseringer, om der blev svaret i henhold til COVID-19 eller på det generelle plan i håndteringen af værnemidler. Det var som udgangspunkt forventeligt fra forfatterens side, men fyldte dog mere end først antaget.

Flere informanter berettede om, hvordan *mindsettet* var blevet ændret i forhold til håndteringen af værnemidler. Nu var man meget påpasselig med at få de korrekte værnemidler på, idet man selv var i risiko for at blive smittet eller kunne se, at patienterne blev smittet efter at de kom ind på afdelingen. På denne måde blev det pludseligt tydeligt, at manglende afbrydelse af smitteveje gav smittespredning i

afdelingen. Forebyggende tiltag med værnemidler er ikke et nyt fænomen for sygeplejerskerne, og som der tidligere blev nævnt, sænkede man skuldrene, når vanen med håndteringen af værnemidler blev til rutine. På grund af COVID-19 blev retningslinjerne med ”kendte” tiltag for især dråbesmitte, med ét usikkert, og informanterne nævner, hvordan behovet for, at der igen og igen skulle italesættes og pointeres, hvordan man skulle gøre, blev et punkt på den daglige dagsorden.

Refleksion over dråbesmitte fremfor kontaktsmitte

Informanterne er alle vant til at passe patienter, hvor dråbesmitte kan være en risiko. Det drejer sig både om patienter i og udenfor isolation. Nogle var vant til at benytte maske ved pleje af patienter med kendt luftvejsinfektion, men det blev oplevet anderledes og farligere, hvis patienten var isoleret. Til spørgsmålet om, de i afdelingen er vant til dråbesmitte

- *Jo, dråbesmitte med lungebetændelse, men isolations-dråbesmitte. Jeg har altid brugt maske når jeg har suget en patient. Det er jo ikke alle der har. Jeg brugte selv briller tidligere og nu kan man se dem der bruger briller – hold da op det er ulækkert (henviser til stænk og sprøjt på brillerne).*

En informant nævner, at VRE som overføres ved kontaktsmitte, ikke længere vurderes ”så farligt”, efter COVID-19 kom til. Isolation med kontaktsmitte og de påkrævede værnemidler blev nu vurderet som ”ingenting”, da man i de situationer ikke behøvede at bære ansigtsbeskyttelse.

- *Vi fik egentlig først øjnene op for det med isolation da COVID kom. Jeg var på barsel i starten og inden der var det VRE, der var det store. Det er det stadig, men nu er VRE ingenting og især fordi vi ikke skal have de der briller på. Det er kontaktsmitte, man kan godt lige gå ind og stille noget hos patienten, som man ikke kan med en COVID-patient.*

Det man kender, bliver ændret og sat spørgsmålstejn ved

At kunne begå sig professionelt på sit arbejde, giver selvet tilfredsstillelse og mening med sammenhængen i de handlinger som den enkelte foretager sig(26). Handlingerne er ofte hængt op på viden og/eller vaner. Flere informanter nævner den usikkerhed, der er forbundet med lige pludselig at skulle håndtere noget ”mere smitsom og alvorligt”, end det man kendte til.

- *Ja, jeg tror jeg vil tage lidt lettere på lungebetændelse. Jeg tror helt ærligt ikke, at jeg har tænkt på lungebetændelse som værende smitsomt. Hele det der mindset om hvad der er risikoadfærd eller hvad det nu er, og hvad der udgør en risiko - det er jo bare blevet ændret.*

I afdelingerne blev der hængt retningslinjer op i form af plancher og skilte, med korrekt brug af værnemidler. Det blev opfattet som en sikkerhed; at man kunne tilgå dette, så man vidste, hvad man skulle gøre. Som udgangspunkt indeholdte retningslinjerne kendt/gammel information om dråbesmitte, som sygeplejerskerne hidtil har skulle følge. Konteksten var nu anderledes og den gamle viden og de kendte vaner synes ikke at være nok, til at kunne lave en risikovurdering på. Ifølge professor dr.med. Philippe Grandjean kan risikovurdering først begynde, når relevante farer er blevet identificeret.

Herefter kan der vurderes, hvilke tiltag eller begrænsninger der skal sættes i værk for at forebygge, i det her tilfælde smittespredning(33).

- *Jeg tænker, at jeg nok nogle gange har taget værnemidler af i den forkerte rækkefølge. Nu sidder det lidt mere på ryggraden, også fordi vi er blevet tæppebombet med og der sidder plakater- også på toilettet. Det synes jeg faktisk er rigtig fint, fordi der var også usikkerhed til at starte med, hvordan man nu gjorde det rigtigt. Så jeg er sikker på - eller jeg ved, jeg har gjort det forkert tidligere.*

Man kan rammes personligt

Informanterne har alle oplevet kollegaer og patienter der er blevet smittet med SARS-CoV-2 virus. Risiko opleves af informanterne som et nyt og reelt begreb

- *Det er gået op for én, hvor meget det smitter.*

Nu er det ikke blot teoretiske risici, der bliver refereret til, men reelle risici, der afspejles i smittespredning på afdelingerne. En informant beretter om en tidligere episode, som der nu reflekteres over på grund af smitterisiko.

- *På et tidspunkt stod jeg i forhallen (indgangspartiet til hospitalet) og lavede lungefunktionsundersøgelser på 250 tilfældige mennesker, der kom fra gaden. Jeg havde ikke mundbind på og personerne bare pustede og pustede i apparaterne. Efter det fik jeg lungebetændelse.*

Informanter beskriver oplevelsen af, at blive opmærksom på den risiko der ligger i arbejdet med smitsomme mikroorganismer.

- *Jeg har aldrig før været sådan – min kæreste synes at det er ulækkert, at jeg går rundt mellem alle de syge, også før Corona. Det er faktisk først efter Corona, at jeg er blevet opmærksom på, at jeg kan smitte andre.*

Delkonklusion

I dette afsnit er det blevet belyst, hvordan informanterne beskriver ændringen i tilgangen til afbrydelse af smittevej efter COVID-19 kom til. Dråbesmitte blev nu vurderet som en større risiko end før, og den kendte retningslinje om dråbesmitte følte ikke fyldestgørende. Der bliver reflekteret over gamle vaner og rutiner med værnemidler. Man erfarede nu, at man tidligere havde gjort det forkert eller ikke været stringent nok. Refleksioner over, hvordan man skulle risikovurdere, blev ikke kun faglige, men også personlige, da det kunne smitte alle. *Mindsettet* var blevet ændret.

5.3 Direkte og indirekte forhold har indflydelse på håndtering af værnemidler

Overordnet set, vurderes arbejdet med værnemidler som en proces, der forebygger smittespredning. Om end den er tidskrævende og besværlig, idet arbejdsopgaver skal planlægges. Der lægges stor vægt på det samarbejde kollegaerne har indbyrdes, hvor de kan hjælpe hinanden på stuerne. Oplysning om korrekt

brug af værnemidler med de tidligere nævnte plancher og skilte, opleves som en stor hjælp i dagligdagen, idet usikkerheden i håndteringen bliver mindsket.

Faktorer, som sygeplejerskerne oplever, har indflydelse på korrekt håndtering af værnemidler

Der gives udtryk for, at håndtering af værnemidler er meget tidskrævende og en væsentlig faktor for, hvordan der ageres i de enkelte situationer - især i aften- og nattevagter.

- *Jeg tænker f.eks. i en nattevagt, når vi ikke er så mange på arbejde, så er det lidt mere tidskrævende, når man skal have det her udstyr af og på og ikke kan ringe til en ven, som lige kan komme og hjælpe, når man kun er tre på arbejde. Der synes jeg, at det besværliggør det.*
- *Undervisningen foregår jo meget i de 15 faglige minutter om morgenen, hvilket jo er superfint. Men når man er i mange andre vagter og andre vagtlag, så glipper man jo den undervisning.*

Det opleves som nødvendigt med en vis portion rutine, for at kunne overskue opgaven til ende.

- *Det forlænger alle ens arbejdsopgaver. Det kræver, at man er utrolig struktureret og forberedt. Der kan man jo se, hvordan det sejler for nogen og hvordan det kører for andre. Fordi det kræver at man skal være skarp.*

Endvidere opleves det også som en stor hjælp at have en kollega ved sin side, hvis der opstod tvivlsspørgsmål eller at en anden person blot skulle se, at man gjorde det rigtigt. At være fælles om opgaven betyder ifølge Weick(26), at behovet for at opleve sammenhæng og kontinuitet bliver tilfredsstillt. Behovet for selvkonsistens, som er ønsket om, at fornemme og opleve sammenhæng og kontinuitet blev begunstiget, når man var sammen om opgaver.

- *Vi gør jo alt hvad vi kan for at det glider nemmere. Vi deler os op i makkerpar når vi har isolationsstuer og så vi har en "runner", som hjælper på gangen.*

Nogle informanter oplevede, at der blev "slækket" på håndteringen af værnemidler i andre vagter end dagvagt, når der ikke var ledere til stede. Forfatteren spurgte ind til, om man oplevede mindre risiko om aftenen end om dagen, siden dette var tilfældet

- *Ja... (Det) man kan godt sige, i og med, at der ikke er nogen der ånder en i nakken*

I den nævnte kontekst føles risikooplevelsen mindre eller ikke tilstede. Gener og nytte bliver ifølge begrebets betydning opvejet i fordele og ulemper, og vil altid opleves individuelt.

Den gode arbejdsplads

At være en del af en gruppe og udføre et godt stykke arbejde oplever informanterne som meget motiverende.

- *Jeg synes nogle gange, når vi har oplevet noget i afdelingen og vi har været gode til det, har vores ledere været gode til at rose os. Der bliver sagt: "fedt, at I er så gode til håndhygiejne". På den måde bliver vi mindet om, at det vi går rundt og gør, faktisk er det rigtige.*
- *Jeg tror, at alle de informationer, vi har fået omkring retningslinjer, oplysninger, mails, postere og ting og sager. Det har været med til at gøre, at jeg ikke er tvivl mere. Når jeg nu kigger på planchen, så siger jeg til mig selv- det ved jeg godt.*

At være en del af det samlede vigtige arbejde og vide, at man er med til at gøre en forskel læner sig op af behovet for at opgaverne og arbejdet skal give mening(26). Teori og praksis bliver forenet og der skabes mening med de udøvede handlinger.

Det interkollegiale samspil

At hjælpe hinanden med at få løst opgaver, at irettesætte på en respektfuld måde, og i det hele taget have en nysgerrighed på kollegaers fremgangsmåde skaber øget faglighed i en personalegruppe(39).

Informanterne oplever, at det at være opmærksom på sine kollegaer er positivt og at det er med til at højne kvaliteten.

- *Især til de nye går jeg meget op i at sige, at du ikke må krydse den gule linje (kohorte-isolations-linjen), du må ikke røre ved vognen ude foran stuen og du skal overholde de hygiejniske retningslinjer. Det er meget vigtigt at du lige tager højde for det. Hellere vente en ekstra gang og hvis du ikke kan vente, så pil det hele af (værnemidler) og sprit hænder (...).*
- *De går med en introduktionssygeplejerske, så de ved det godt.*
- *Det er ikke som sådan træning med værnemidler, men når man går ind på en stue sammen, er man jo meget opmærksom på at gøre det korrekt.*

Informanter oplever, at fagligheden bliver øget når man sparrer med kollegaer og højner fælles viden.

- *Vi er meget gode til at bruge 15 faglige minutter, hvor vi drøfter forskellige ting. Hvad har vi stødt på, har vi en patient-case, har vi noget isolation, vi skal tale om, har vi en retningslinje vi lige skal opdatere vores kollegaer på, eller har man fundet en artikel. På den måde deler vi viden. Det synes jeg er godt.*

Ved samling i sygeplejerskegruppen sker der en form for refleksionspraksis(31), hvor den nye og fælles viden, skal være med til at gøre hele gruppen dygtigere på blandt andet emnet om korrekt håndtering af værnemidler.

Det sagte, men mest det usagte

I afdelingen er der både eksplicite (tydelige/sagte) men også implicite (underforståede/usagte) tiltag, som informanterne tænker er en selvfølge i afdelingen. Det bliver ikke nødvendigvis tolket som et problem, men blot et vilkår. De fleste havde ikke oplevet praktisk træning med værnemidler i afdelingen. Det ligger implicit i afdelingen at man kender til det. Informanterne oplever ikke, at der italesættes, at man som personale kan være kontamineret på sine værnemidler og dermed potentiel smittekilde.

- *Jeg har ikke bevidst tænkt på, at jeg er kontamineret, men det giver jo god mening, for der er jo bakterier over det hele.*
- *Nej eller jo jo, man vidste jo godt hvordan det (værnemidlet) skulle sidde, men vi har ikke haft det der med praktisk træning - hvordan man tager den af.*

Flere oplever, at de selv udfører procedurer, hvor de er bevidste om, at de ikke følger retningslinjerne.

- *Altså - hvis man bare skal sætte en bakke mad eller spørge om mad. Der prøver man at holde afstand og spritter af og kommer tilbage med mad, og der er det ikke altid at vi tager isolationstøj på, når vi sætter maden. Der kunne man måske nok lave en lille forbedring, men det er sådan set det eneste sted, hvor jeg snyder lidt, hvis man kan sige det.*

Forfatteren spurgte om det er noget de taler om i personalegruppen, at de hver især oplever forskellige situationer, hvor de ikke benytter værnemidler korrekt.

- *Nej, det er ikke noget vi taler om, men det er heller ikke noget vi hemmeligholder for hinanden. Det er bare sådan en del af kulturen. Det er ikke noget, nogen peger fingre af.*
- *Jeg synes ikke, at det fylder så meget. Nej jeg synes ikke rigtigt, at det er noget vi italesætter, nej*
Interviewer: Synes du at det skulle italesættes mere.
Ja absolut- helt sikkert

Opfølgende bliver der spurgt om, hvordan man som ny i afdelingen skal agere i det usagte og kulturbestemte.

- *Ja - enten så holder man ved sine regler, som man har lært dem, eller også så avler man dårlige vaner*

Der nævnes også gode implicite oplevelser.

- *Håndhygiejne, det er det vigtigste, tænker jeg. Det føler jeg, at vi udfører hver gang, at vi går ud fra en stue. Det er nok en af de vaner, som er indøvet.*

Delkonklusion

I dette afsnit har forfatteren belyst, hvilken betydning det har for informanterne, at have kollegaer til at hjælpe sig, når man skal håndtere værnemidler. Der blev påpeget, at man er mere på vagt, når man er to, idet man kigger på hinanden. Det blev ikke oplevet som direkte træning, men som en indirekte måde at højne kvaliteten på og samtidig afhjælpe arbejdsbyrden. Bevidstheden om, at man kan være kontamineret på sine værnemidler, og hvilke krav det stiller til efterfølgende procedure med desinfektion ligger implicit i opgaven med værnemidler, men bliver ikke italesat. Det accepteres stiltiende, at man kan have sine egne vaner, og at det ikke er alt der kan fungere efter forskrifterne. At være på arbejde i for eksempel aftenvagte, hvor der er færre kollegaer til at hjælpe, kan føles som et frirum til mindre stringens med værnemidler. Informanterne fortæller ligeledes at, hvis man gik fra urene til rene opgaver på stuen iført værnemidler, blev handskerne skiftet, men uden brug af hånddesinfektion imellem og kun, hvis man huskede det, blev plastforklædet skiftet.

6. Diskussion

Formålet med studiet var at belyse, hvordan hospitalsansatte sygeplejersker oplevede risiko for smitte, når de håndterer værnemidler samt, hvilken betydning kontekstuelle forhold har for deres håndtering af værnemidler.

6.1 Diskussion af resultater

Forfatteren er undervejs blevet bevidst om, de tre resultatafsnit har en rød tråd, med pointer fra informanterne, der hænger sammen. De bliver derfor diskuteret i en sammenhæng.

Overordnet viser resultaterne, at informanterne mener, at de er meget påpasselige med at håndtere værnemidler korrekt. Når detaljer og refleksion om emnet blev mere konkret, blev usikkerhed og manglende compliance italesat af informanterne. Ligeledes kunne barrierer for korrekt håndtering af værnemidler italesættes, når der blev spurgt ind til oplevelser af sikker og usikker håndtering.

De gode vaner blev oplevet, som det, der skulle hjælpe personalet igennem de mange situationer de stod med hver dag. Gode vaner opleves som essentielt. De gode vaner for håndtering af værnemidler, beskrives som en blanding af teoretisk viden fra vejledninger, erfaring fra én selv, eller en kollega og de selvopfundne vaner. Det vil sige, at de gode vaner ikke nødvendigvis er korrekte eller helt i tråd med retningslinjerne, men en måde at være tryk i sin procedurer. For at opnå gode vaner, accepterer informanterne, at der sker fejl i afbrydelsen af smitteveje. Måden at opnå gode vaner på er ”learning by doing” og ikke nødvendigvis praktisk træning. Informanterne oplever, at den bedste måde at håndtere værnemidler korrekt og blive tryk med den praktiske del på er ved, oplæring af erfarne kollegaer og som supplement, ved ophæng af plancher og skilte. Et studie beskriver, i tråd med informanternes udsagn, at retningslinjer for korrekt på- og aftagning af værnemidler, i sig selv, ikke garanterer ”best practice” men, at det skal følges op med gentagen praktisk træning. Ligeledes beskrives at korrekt håndtering af værnemidler kræver, at den enkelte har viden og kan benytte denne viden til refleksion og vurdering af risiko, for at undgå selvkontaminering(40). Det nævnes i flere studier, at praktisk træning er et vilkår for korrekt håndtering(40,41). Informanterne nævner ikke på noget tidspunkt spontant, at de følte mangel på praktisk træning, men det vurderes som en sikkerhed for korrekt håndtering, når man er to kollegaer der arbejder sammen.

Det, der bliver oplevet som barrierer for de gode vaner er, at det er besværligt og tidskrævende at skulle iføre sig værnemidler selv ved den mindste opgave på patientstuen. Ligeledes kræver det et stort overblik og erfaring, at planlægge de opgaver der skal udføres på stuen. Oplevelsen er, at der altid er risiko for, at man har glemt noget. Det resulterede i at, hvis man havde brug for at forlade stuen, blev værnemidler hurtigt taget af for igen at tage nye på, når man skulle tilbage til patienten. Oplevelsen af dette er, at der er risiko for fejl og omgælder. Netop dette fænomen har et studie understøttet ved at lave målinger på, om

tiden for aftagning af værnemidler, var en faktor for øget kontamination(42). Studiet viser, at blot ved, at gå fra 45 sek. til 55 sek. aftagningstid, sænkes selvkontamineringsgraden markant.

En barriere er implicite handlinger i afdelingerne, som bliver forklaret, ”som noget man bare ved og handlinger som vi bare gør”, uden at de italesættes. Forfatteren vælger at kalde det, den tavse viden, der ofte ikke kan ekspliciteres. Den tavse viden er svær at lære nye kollegaer, og kan samtidig være svær at opfange som ny i en afdeling. Problematikken med at gennemskue, hvor sygeplejehandlinger udspringer fra, når de er erfaringsbaseret og styret af tavs viden, har en sygeplejerske på en intensiv afdeling beskrevet og understøttet i en artikel(43).

Når man arbejder alene på stuerne i forbindelse med aften- og nattevagter og der for eksempel mangler praktisk hjælp fra kollegaer eller man ikke har den fornødne viden, er der risiko for, at retningslinjerne ikke efterleves. Et observationsstudie(21) viser at risikoadfærden ikke opleves af sygeplejerskerne på den samme måde, som det observeres. Sygeplejerskerne rører ved kontaminerede områder, uden at de er klar over det og reflekterer derfor ikke over det(21). Studiet beskriver også, hvordan sygeplejersker opfatter nogle opgaver som mindre risikofyldte, for tidskrævende eller direkte ubehagelige til at kunne blive udført infektionshygiejnisk korrekt. Samlet set argumenterer forfatteren for, at det, at arbejde alene kan være en barriere for korrekt håndtering af værnemidler.

Hovedparten af informanternes oplevelser med værnemidler ligger i opgaven om *hvordan*. De kan tale med en kollega om måden, hvorpå de benytter plancher, skilte og skriftlige retningslinjer om, *hvordan* de skal tage værnemidler af og på. Begrebet *hvorfor* bliver mere usikkert for dem, da denne refleksion kræver viden, som varierer i udtryk hos informanterne. I et kvalitativt observationsstudie(22) bliver emnet diskuteret, og danner basis for, at *hvorfor* bør være en af indsatserne for forbedringsarbejdet med korrekt brug af værnemidler. Studiet beskriver at *Real-time-work* bør være scenen, hvor metoder(*hvordan*) og viden(*hvorfor*) kombineres for at højne dette felt(22). Endvidere blev et studie om et infektionshygiejnisk pandemitræningsprogram(24), gennemført for at træne sundhedspersonale i forbindelse med influenza-pandemi i 2009. Det har fokus på sygdommens ætiologi, symptomer, afdelingens procedure og ikke mindst korrekt brug af værnemidler med stort fokus på ansigtsbeskyttelse. Dette blev vurderet som en måde at hjælpe sundhedspersonalet på til ikke kun refleksion om *hvordan* men også *hvorfor*(24). Ud fra informanternes udsagn vurderer forfatteren at noget tilsvarende kunne have haft god effekt under COVID-19 pandemien. Informanterne oplevede netop, at de ikke følte sig trygge i hospitalets ellers kendte retningslinje for dråbesmitte. Et pågående projekt i Danmark COBRA (COVID Blandt Regionens Ansatte) viser blandt andet, at 17% (n-total=1026 ansatte) angav ikke at have anvendt alle de anbefalede værnemidler mindst én gang de sidste syv døgn. Ligeledes angav 7,5% (n-total=1026 ansatte), som den pågældende uge havde haft kontakt til patienter med verificeret eller mistænkt COVID-19, brud på værnemidler mindst én gang (fx hul på handske, tabt visir)(44).

Informanterne fortæller om, hvordan deres *mindset* blev ændret, da man ikke var trænet til at benytte værnemidler så massivt. Personalet så nu både patienter og kollegaer være smittet med COVID-19. COVID-19-pandemien har skærpet opmærksomheden på fejl og mangler i håndteringen af værnemidler, men stærkest står en større forståelse af risikoen for at kunne smitte sig selv og andre. Tidligere var man vant til isolation for blandt andet VRE, som nu følte som ingenting. I det kvalitative studie fra Harrod et al.(22) blev der for sundhedspersonalet differentieret i, hvilke isolationskrævende mikroorganismer, der blev "taget mest seriøst". På samme måde beskriver informanterne, at isolation med VRE bliver taget mindre seriøst end COVID-19.

Informanterne definerer risikosituationen på isolationsstuen, afhængig af, hvilken aktivitet der skal ske. Hvis ikke de forventer at skal have patientkontakt og blot skal sætte mad eller lignende vurderes det, at man kan gå på stuen uden værnemidler på. En undersøgelse, der er lavet om sundhedspersonalets risikovurdering inden de entreer en isolationsstue, støtter op om måden informanterne vurderer behovet for værnemidler på, afhængig af, om de forventer at have patientkontakt på stuen eller ej(45). Her beskrives, hvordan sundhedspersonalet har én planlagt adfærd med værnemidler på patientstuen og efter observationen viste adfærden sig at være en anden(45). Det er et interessant fokus, som dog ikke blev undersøgt i dette pågående studie. Et observationsstudie har dog beskrevet manglende compliance(21), på trods af, at personalet ved, at de bliver observeret. Dette kan man formentlig tilskrive manglende refleksion af egen adfærd og træning med værnemidler. Erfaringer med de beskrevne mangler beskrives i en artikel(46) fra et udbrud i Hong Kong med Acute Respiratory Syndrome (SARS) i 2002-2003. Utrænede procedurer i infektionshygiejne og manglende compliance med værnemidler blev vurderet til at være årsagen til, at sundhedspersonale på tre ud af fire hospitalsafdelinger blev smittet med SARS. En fjerde afdeling, der var trænet og specialiseret i infektionssygdomme, oplevede ingen smittede blandt de ansatte, førend antallet af syge indlagte oversteg kapaciteten. Effekten af de overbebyrdede fysiske rammer og ressourcer for korrekt smitteforebyggelse sås endvidere i to prospektive kohorte studier, hvor øget isolationsbyrde samt øget tid på isolationsstuen var proportionel med fald i compliance(47,48).

6.2 Diskussion af metode

Ud fra forskningsspørgsmålene valgte forfatteren at benytte kvalitativt studie med semistrukturerede enkeltinterviews som metode. Metoden giver mulighed for at få nuanceret viden om informantens forståelse og oplevelse på tomandshånd(29). Hvis interviewene var foretaget i fokusgrupper (sammen med kolleger) i stedet for enkeltinterviews, kunne der være emner, hvor informanternes svar ville være mindre oprigtige. I enkeltinterview er det endvidere muligt at gå i dybden med eventuelle følsomme emner, der dukker op i interviewet. Dette var også den oplevelse forfatteren havde. Der blev interviewet ni sygeplejersker. Efter seks interviews var forfatterens oplevelse, at der ikke blev tilført ny information og viden. De sidste tre interviews var dog planlagt og for at sikre datamætning blev de gennemført. Der

blev således ikke tilført ny information, men det skabte grobund for mere sammenhæng i alle informanternes udsagn.

At kategorisere temaer fra interviews med tematisk netværksanalyse(38), var en omstændig proces, med konstant fokus på forskningsspørgsmålene. Det endte ud i en brugbar guide til at udvælge og beskrive, hvilke temaer, der sås som både vigtige og gennemgående. Den valgte teori var samlende både i udsagn om *best practice* og ”hvorfør gør vi som vi gør” og i den overordnede analyse af problemløsningsaktiviteten.

Studiet er forsøgt fremstillet på en gennemskuelig måde. Både i fremgangsmåde, metoder og overvejelser. At der ses citater fra interviews, der omhandler samme tema, er et forsøg på at vise sammenhæng i oplevelser fra informanterne.

Studiets muligheder og begrænsninger

Alle interviews blev indledt med at fortælle, at forfatteren indsamlede data som et led i en masteropgave og ikke i relation til forfatterens position som hospitalets hygiejnesygeplejerske. Der blev endvidere pointeret, at der ikke var forkerte svar, da det handlede om netop deres oplevelser. Dette skulle skabe en ligeværdig situation, dog med forfatteren som tovholder. Forfatteren er for de fleste informanter en kendt person på hospitalet. Det kan have resulteret i, at informanterne har svaret anderledes end, hvis det havde været en ukendt interviewer med en anden faglig baggrund. Ligeledes oplevede forfatteren til trods for, at situationen skulle føles ligeværdig, at flere udsagn om især brug af retningslinjer og oplevelse af risikobegrebet blev beskrevet på en måde, som informanterne havde en forventning om, at forfatteren i kraft af at være hygiejnesygeplejerske, gerne ville høre. Her blev det tydeligt at informanternes og forfatterens forståelsesramme om begrebet risiko ikke var ens. Forfatteren oplevede at informanterne ikke er vant til at italesætte de faglige begreber. Det kan enten skyldes, at begreberne ikke er en del af deres hverdag, eller det kan skyldes forfatterens tilstedeværelse som ekspert. På trods af dette, mener forfatteren, at der er en fordel i, at interviewer er en fagperson på området, som kan spørge nuancerende ind til emnet, og tolke på de svar der bliver givet.

Studiet er begrænset af interviewerens indfaldsvinkel og udgangspunkt samt viden om emnet(29). Selv med samme interviewguide er der mulighed for, at flere interviewere ville have forskellige forudsætninger og vil udløse forskellig tilgang og forståelse af det sagte.

Studiets generaliserbarhed

Informanterne var på mange punkter samstemmende omkring, hvad der er vigtigt i afdelingen for at håndteringen af værnemidler fungerer. Erfaring og anciennitet sås som væsentlige faktorer for gode vaner og en måde, hvorpå de oplevede, at der var forskel på deres kunnen. Der ses en hvis grad af generaliserbarhed omkring disse udsagn, som forfatteren kan genkende fra eget sygeplejerskevirke i 25 år, som basissygeplejerske, senere leder og nu hygiejnesygeplejerske. De yngre med kort anciennitet hægter sig på de ældre og/eller erfarne og lærer en del af faget på denne måde. Konteksten i afdelingerne vil formentlig opleves anderledes af andre faggrupper, der ikke kun har deres gang i disse afdelinger, men også arbejder andre steder på hospitalet. Udsagn angående den tavse viden og selvopfundne vaner vil være at finde andre steder, hvor der arbejder sundhedspersonale. Der er stærk evidens for som et generelt fokuspunkt, også over landegrænser, at der mangler træning med og viden om håndteringen af værnemidler.

7. Konklusion

Forfatteren konkluderer, at forståelse af risiko ved håndtering af værnemidler, er afhængig af konteksten på arbejdspladsen. Den er ydermere afhængig af, hvilken erfaring sygeplejerskerne kommer med og, hvad de har været vant til fra en anden arbejdsplads.

Studiets formål var ikke at finde forskelle ud fra anciennitet eller erfaring, men det kom til at have stor betydning i informanternes udsagn og på hvilken måde de følte sig sikre i håndteringen af værnemidler. Som en ny erkendelse har COVID-19 pandemien sat sikkerhed og skærpelse af risiko for at smitte sig selv og andre, på dagsordenen.

Studiet viser, at sammensætningen af sygeplejersker og deres erfaring er afgørende for oplevelsen med de gode vaner og dermed korrekt håndtering af værnemidler i afdelingen. Den tavse viden, som de erfarne sygeplejersker besidder har stor værdi, men den kan ikke forblive tavs, hvis vidensniveauet for kombinationen af praktik og teori skal højnes og forblive et fokuspunkt.

Den praktiske del af håndteringen blev oplevet som vigtig. På trods af dette blev der ikke efterspurgt eller iværksat praktisk træning i afdelingerne. Informanterne havde svært ved, at italesætte, hvorfor de gjorde, som de gjorde. Det afspejlede sig i, at viden om *hvordan* fremfor refleksion over *hvorfor* var gennemgående.

Undervisnings- og informationsseancer blev udmøntet til dem der tilfældigvis var til stede i dagvagt den pågældende dag, og blev ikke oplevet som tilgængelig, hvis man var i andre vagtlag.

8. Perspektivering

Studiet har bidraget med en forståelse af de muligheder og barrierer, der gør sig gældende i forhold til, om værnemidler bliver håndteret korrekt. Endvidere har det givet indsigt i de udfordringer, som sygeplejerskerne hver for sig oplever i deres arbejdsdag. På denne måde har studiet bidraget til mulige fokuspunkter eller indsatser til det infektionshygiejniske forbedringsarbejde.

Dette studie viser samstemmende med andre studier, at træning af sundhedspersonale og rammerne omkring håndtering af værnemidler skal være et løbende fokuspunkt for både, at opretholde og højne det praktiske og teoretiske niveau. For eksempel kan nævnes, hvordan politi og brandvæsen træner i ”fredstid” på de scenarier, de kan blive udsat for i deres arbejde. Det vil ofte være scenarier de ikke møder tit, der skal trænes for at være på forkant. Til sammenligning kan det i sundhedsvæsenet være et praktisk træningsprogram med observationsvideoer, således at sundhedspersonalet visuelt kan blive opmærksomme på de complianceproblemer, der måtte være. Tidsfaktoren med aftagning af værnemidler synes at være en forbedringsmulighed, og fokus på at blot 10 sekunder mere, kan gøre en forskel for kontamineringen, kan inkluderes i et træningsprogram.

Der mangler struktur og strategi for praktisk og teoretisk træning med værnemidler til sundhedspersonalet. Her kunne man undersøge sundhedspersonalets egne tanker om, hvordan træning kunne bidrage til øget viden og bedre compliance. Der kan endvidere fokuseres på en større forståelse for *hvorfor* korrekt håndtering af værnemidler er vigtig. Nærværende studie har ikke afdækket personalets vidensniveau, men for at kunne målrette en indsats om *hvorfor*, er dette nødvendigt at undersøge nærmere og dermed afdække deres forståelse for håndtering af værnemidler.

9. Tak

Først og fremmest vil jeg rette tak til min informanter, fordi de beredvilligt gav sig tid og lyst til at svare på mine spørgsmål og dele deres oplevelser med mig. Tak til mine medstuderende, på dette studie. I samarbejde har vi sparret og brugt hinanden igennem spørgsmål der undervejs er dukket op. Tak til kursusansvarlige og lærere på dette studie, der i den grad har været engagerede og kompetente og ikke mindst til stede (online), når der var behov for det. Ikke mindst en stor tak til mine to vejledere, Jette Nygaard Jensen og Matilde Bøgelund Hansen. I har hjulpet mig med positiv vejledning, der har været nærværende, konstruktiv og pertentlig. Vejledningen har været en stor motivationsfaktor for fremdriften undervejs. En stor tak til mine kollegaer og leder på min arbejdsplads, som har givet mig muligheden for at studere og har klaret arbejdsopgaverne hjemme i mit fravær. Den største tak til min familie, der tålmodigt har givet mig plads og tid til dette studie.

10. Referencer

1. Dansk Sygeplejehistorisk Museum. Værnemidler under den spanske syge. [henvist 27. maj 2021]; Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/dshm/historiske-glimt/krigens-og-krisens-helte/vaernemidler-under-den-spanske-syge>
2. Dansk Sygeplejehistorisk Museum. Den spanske syge på Bispebjerg Hospital [Internet]. Dansk sygeplejeråd (DSR). [henvist 8. april 2021]. Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/dshm/historiske-glimt/krigens-og-krisens-helte/den-spanske-syge-paa-bispebjerg-hospital>
3. Lauge Steen Knudsen. Den mystiske Sygdom. Den spanske Syge på Frederiksberg i 1918 [Internet]. 2008 [henvist 27. maj 2021] s. 21. Tilgængelig hos: https://stadsarkivet.frederiksberg.dk/sites/default/files/inline-files/FGT%202009%20knudsen_1.pdf
4. Mennesker og medicin.dk. Penicillin [Internet]. mennesker og medicin. [henvist 8. april 2021]. Tilgængelig hos: <https://menneskerogmedicin.dk/a-aa/penicillin/>
5. WHO. WHO - Antimicrobial resistance [Internet]. [henvist 27. april 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>
6. Sundhedsstyrelsen (SST). Antibiotikaresistens [Internet]. Sundhedsstyrelsen. [henvist 8. april 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/viden/antibiotikaresistens>
7. ECDC. Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) [Internet]. ECDC- European center og disease. [henvist 27. april 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/surveillance-antimicrobial-resistance-Europe-2019.pdf>
8. Statens Serum Institut (SSI) og National Food Institute, Technical University of Denmark. DANMAP 2019 [Internet]. Infectious Disease Preparedness – Bacteria, Parasites and Fungi, Statens Serum Institut Artillerivej 5, DK-2300 Copenhagen; [henvist 8. april 2021]. Tilgængelig hos: [file:///C:/Users/Frank/Downloads/DANMAP_2019%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Frank/Downloads/DANMAP_2019%20(1).pdf)
9. Sundheds- og ældreministeriet og Fødevarer- og miljøministeriet. One Health Strategi mod antibiotikaresistens 2017 [Internet]. Sundheds- og ældreministeriet og Fødevarer- og miljøministeriet; [henvist 8. april 2021]. Tilgængelig hos: <https://sum.dk/Media/B/8/One-Health-strategi%20mod%20antibiotikaresistens%20dansk.pdf>
10. Statens Serum Institut, SSI. HAIBA [Internet]. HAIBA. [henvist 8. april 2021]. Tilgængelig hos: <https://miba.ssi.dk/haiba>
11. SUNDHEDS- OG ÆLDREMINISTERIET, KL OG DANSKE REGIONER. Nationale-Maal-for sundhedsvæsenet 2017-juni [Internet]. [henvist 27. april 2021]. Tilgængelig hos: <https://sum.dk/Media/2/7/Nationale-Maal-for%20sundhedsv%c3%a6senet%202017-juni-.pdf>
12. Folketingets rigsrevision. Rigsrevisionens notat om beretning om forebyggelse af hospitalsinfektioner [Internet]. [henvist 27. maj 2021]. Tilgængelig hos: <https://rigsrevisionen.dk/Media/E/F/401-21.pdf>
13. ECDC. Guidance for wearing and removing personal protective equipment in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed COVID-19 [Internet]. 2020 feb [henvist 24. januar 2021] s. 13. Tilgængelig hos: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/guidance-wearing-and-removing-personal-protective-equipment-healthcare-settings>
14. CEI, Statens Serum Institut. Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i sundhedssektoren [Internet]. 2019 [henvist 27. maj 2021]. Tilgængelig hos: <https://hygiejne.ssi.dk/-/media/arkiv/subsites/infektionshygiejne/retningslinjer/nir/nir-supplerende.pdf?la=da>
15. SSI. Statens Serum Institut. Retningslinjer [Internet]. Central Enhed for Infektionshygiejne; [henvist 9. april 2021]. Tilgængelig hos: <https://hygiejne.ssi.dk/retningslinjer>

16. Yeon JH, Shin YS. Effects of Education on the Use of Personal Protective Equipment for Reduction of Contamination: A Randomized Trial. *SAGE Open Nurs.* december 2020;6:2377960820940621.
17. CEI, Statens Serum Institut. Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i sundhedssektoren. 2019;1. udgave 2019:102.
18. Statens serum Institut (SSI). Nationale infektionshygiejniske retningslinjer (NIR)- om generelle forholdsregler i sundhedssektoren [Internet]. [henvist 8. april 2021]. Tilgængelig hos: <https://hygiejne.ssi.dk/NIRgenerelle>
19. Qi B, Peng H, Shou K, Pan Z, Zhou M, Li R, m.fl. Protecting Healthcare Professionals during the COVID-19 Pandemic. *Biomed Res Int* [Internet]. 5. oktober 2020 [henvist 26. oktober 2020];2020. Tilgængelig hos: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7547348/>
20. Tomas ME, Kundrapu S, Thota P, Sunkesula VCK, Cadnum JL, Mana TSC, m.fl. Contamination of Health Care Personnel During Removal of Personal Protective Equipment. *JAMA Intern Med.* december 2015;175(12):1904–10.
21. Beam EL, Gibbs SG, Hewlett AL, Iwen PC, Nuss SL, Smith PW. Method for investigating nursing behaviors related to isolation care. *Am J Infect Control.* november 2014;42(11):1152–6.
22. Harrod M, Weston LE, Gregory L, Petersen L, Mayer J, Drews FA, m.fl. A qualitative study of factors affecting personal protective equipment use among health care personnel. *American Journal of Infection Control.* april 2020;48(4):410–5.
23. Osei-Bonsu K, Masroor N, Cooper K, Doern C, Jefferson KK, Major Y, m.fl. Alternative doffing strategies of personal protective equipment to prevent self-contamination in the health care setting. *American Journal of Infection Control.* maj 2019;47(5):534–9.
24. Gershon RRM, Vandelinde N, Magda LA, Pearson JM, Werner A, Prezant D. Evaluation of a pandemic preparedness training intervention of emergency medical services personnel. *Prehosp Disaster Med.* december 2009;24(6):508–11.
25. Birkler J. Videnskabsteori: en grundbog. 1. udg. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2011. 151 s.
26. Weick KE. Sensemaking in organizations. 1. udg. Thousand Oaks: Sage Publications; 1995. 231 s. (Foundations for organizational science; bd. 1995).
27. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development [Internet]. 1. udg. Bd. 1984. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall; 1984 [henvist 17. april 2021]. 256 s. Tilgængelig hos: https://www.researchgate.net/publication/235701029_Experiential_Learning_Experience_As_The_Source_Of_Learning_And_Development
28. Birkler J. Forståelse. I: Videnskabsteori: en grundbog. 1. udg. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2011. s. 93–116.
29. Kvale S, Brinkmann S. Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3. udgave, 3. oplag. Bd. 2015. Hans Reitzels Forlag; 2015. 440 s.
30. Savolainen R. The sense-making theory: Reviewing the interests of a user-centered approach to information seeking and use. *Information Processing & Management.* januar 1993;29(1):13–28.
31. Getting started with Reflective Practice [Internet]. Cambridge assement International education. [henvist 17. april 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.cambridge-community.org.uk/professional-development/gswrp/index.html>
32. Det danske sprog- og litteraturselskab, Danske Universiteter, Gyldendal. Risiko [Internet]. Lex.dk. [henvist 11. april 2021]. Tilgængelig hos: <https://denstoredanske.lex.dk/risiko>

33. DSR- Dansk sygepleje Råd (Philippe Grandjean)n. Farlig forurening Fra risikovurdering til forebyggelse [Internet]. DSR.dk. [henvist 11. april 2021]. Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-1998-40/bog anmeldelse>
34. Watt Boolsen M. Kvalitative analyser: At finde årsager og sammenhænge. 1.udg. Bd. 1.oplag. København: Hans Reitzels Forlag; 2006. 224 s.
35. Mette Reinhardt Jakobsen. Brugbar brugerinddragelse. Stil krav til den kvalitative metode. 1. udg. Bd. 2013. Frydenlund; 1–111 s.
36. NVK. National videnskabsetisk komité [Internet]. NVK. [henvist 18. maj 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.nvk.dk/forsker/naar-du-anmelder/hvilke-projekter-skal-jeg-anmelde>
37. Gut R, Fuglsang M, Rimdal B, Region Hovedstaden, Enheden for Brugerundersøgelser. Spørg brugerne: en guide til kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet [Internet]. Frederiksberg: Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden; 2011. Tilgængelig hos: <https://www.regionh.dk/patientinddragelse/udgivelser/udgivelser/Documents/Sp%c3%b8rg%20brugerne.pdf>
38. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*. december 2001;1(3):385–405.
39. Regionshospitalet Randers. Interkollegial læring [Internet]. 2017 [henvist 24. april 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.patientkommunikation.dk/varktojer/interkollegial-laring/>
40. Gurses AP, Dietz AS, Nowakowski E, Andonian J, Schiffhauer M, Billman C, m.fl. Human factors–based risk analysis to improve the safety of doffing enhanced personal protective equipment. *Infect Control Hosp Epidemiol*. februar 2019;40(2):178–86.
41. Doll M, Feldman M, Hartigan S, Sanogo K, Stevens M, McReynolds M, m.fl. Acceptability and Necessity of Training for Optimal Personal Protective Equipment Use. *Infect Control Hosp Epidemiol*. februar 2017;38(2):226–9.
42. Kang J, O'Donnell JM, Colaianne B, Bircher N, Ren D, Smith KJ. Use of personal protective equipment among health care personnel: Results of clinical observations and simulations. *American Journal of Infection Control*. januar 2017;45(1):17–23.
43. Helle Svenningsen , intensivsygeplejerske. Sygeplejestuegang sætter ord på den tavse viden [Internet]. Dansk sygepleje råd. [henvist 5. maj 2021]. Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2004-35/sygeplejestuegang-saetter-ord-paa-den-tavse-viden>
44. RegionHovedstad. COBRA, et forskningsprojekt om hygiejne og værnemidler mod COVID-19 [Internet]. 2020 [henvist 30. april 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.bispebjerghospital.dk/afdelinger-og-klinikker/arbejds-og-miljoemedicinsk-afdeling/forskning/forskningsprojekter/igangv%C3%A6rende-projekter/Documents/COBRA%20afrapportering%2002-06-2020.pdf>
45. Gralton J, Rawlinson WD, McLaws M-L. Health care workers' perceptions predicts uptake of personal protective equipment. *American Journal of Infection Control*. januar 2013;41(1):2–7.
46. Chan-Yeung M. Severe acute respiratory syndrome (SARS) and healthcare workers. *Int J Occup Environ Health*. december 2004;10(4):421–7.
47. Dhar S, Marchaim D, Tansek R, Chopra T, Yousuf A, Bhargava A, m.fl. Contact Precautions More Is Not Necessarily Better. *Infect Control Hosp Epidemiol*. marts 2014;35(3):213–9.
48. Morgan DJ, Liang SY, Smith CL, Johnson JK, Harris AD, Furuno JP, m.fl. Frequent Multidrug-Resistant *Acinetobacter baumannii* Contamination of Gloves, Gowns, and Hands of Healthcare Workers. *Infect Control Hosp Epidemiol*. juli 2010;31(7):716–21.

11. Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Søgning af litteratur

Bilag 2: Informationsbrev til afdelingerne

Bilag 3: Interviewguide

Bilag 4: Samtykkeerklæring

Bilag 5: Tematisk netværksanalyse

Bilag 1

Søgeord og opbygning af søgestreng i Pubmed

	Aspekt 1: Værnemidler	Aspekt 2: Forurening	Aspekt 4: Sundhedsprofessionelle	Aspekt 4: Risikovurdering
Mesh søgeord	#1 Personal Protective Equipment	#5 Equipment Contamination #F6 Fomites #7 Infectious Disease Transmission, Patient-to-Professional #8 Cross Infection / transmission*	#14 Health personnel	#18 Risk assessment #19 Decision Making #20 Risk #21 Attitude of Health Personnel #22 Health Knowledge, Attitudes, Practice*
Tekst søgeord	#2 Personal Protective Equipment #3 PPE	#9 Equipment Contamination #10 Fomites #11 self-contamination #12 Doffing	#15 Health care personnel #16 nurse*	#23 Risk assessment #24 Decision Making #25 Attitude AND Contamination
	#1 OR #2 OR #3 = #4 38 462	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 = #13 23 698	#14 OR #15 OR #16 = #17 755 891	#18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 =#26 1 790 870

Søgning= #4 AND #13 AND #17 AND #26

(((((("Personal Protective Equipment"[Mesh]) OR ("Personal Protective Equipment"[Text Word])) OR ("PPE"[Text Word])) AND (((((((("Equipment Contamination"[Mesh]) OR ("Fomites"[Mesh])) OR ("Infectious Disease Transmission, Patient-to-Professional"[Mesh])) OR ("Cross Infection/transmission"[Mesh])) OR ("Equipment Contamination"[Text Word])) OR ("Fomites"[Text Word])) OR (doffing[Text Word]))) AND (((("Health Personnel"[Mesh]) OR ("Health care personnel"[Text Word])) OR (nurse*[Text Word]))) AND (((((((("Decision Making"[Mesh]) OR ("Risk Assessment"[Mesh])) OR ("Risk"[Mesh])) OR ("Attitude of Health Personnel"[Mesh])) OR ("Health Knowledge, Attitudes, Practice"[Mesh])) OR ("risk assessment"[Text Word])) OR ("decision making"[Text Word])) OR ((attitude[Text Word]) AND (contamination[Text Word]))))

PubMed søgning år 2000-2021:

Antal resultater: 196 artikler

Reducering ud fra titel: 52 valgt til / 144 valgt fra

Reducering ud fra abstract: 29 valgt til / 23 valgt fra

Bilag 2

Masterprojekt

Håndtering af værnemidler blandt sygeplejersker

Kære deltager-afdeling

Jeg skal gennemføre et masterprojekt, hvor jeg vil undersøge på, hvilken måde sygeplejersker opfatter værnemidler som en risikofaktor for smittespredning. Ligeledes om, det at benytte værnemidler i sit daglige arbejde stiller særlige krav til viden, håndtering og praksis?

I den anledning vil jeg gerne interviewe 3-5 sygeplejersker i jeres afdeling, der dagligt arbejder med håndtering af værnemidler, især på stuer, hvor patienter er isoleret.

Interviews vil være én person af gangen og vil have en varighed af ca. 30 min. Jeg vil gerne have lov til at optage det, så jeg efterfølgende kan gå i dybden. Interview skal give en forståelse af, hvordan sygeplejerskerne ser værnemidler som en risikofaktor og hvordan jeg kan arbejde videre med dette begreb. Oplysninger og udsagn vil være anonyme, men nogle udsagn vil måske være at finde i min opgave efterfølgende. Ligeledes vil data fra interviews blive behandlet fortroligt.

Baggrund for projektet

Grundet COVID-19 pandemi er forbruget af værnemidler steget markant. I den forbindelse er det interessant og højst relevant at påpege de kontaminerings-risici der er forbundet med brug af værnemidler. Størstedelen af personale, der er ansat i hospitalets sengeafdelinger er sygeplejersker og derfor er det denne faggruppe, som jeg har valgt at interviewe om deres syn på dette risikobegreb.

Jeg udarbejder mit masterprojekt igennem Göteborgs universitet, medicinsk mikrobiologi og infektionshygiejne. Projektet skal afleveres maj 2021.

Interviews vil foregå i uge 10 og 11 og vil foregå på tidspunkter der passer jer og afdelingen. Tidspunkter for disse aftales nærmere med u.t., når jeg ved, hvilke sygeplejersker der vil deltage.

I er velkomne til at kontakte mig for yderligere information på

Email: janne.pedersen@regionh.dk eller tlf: 31 47 85 55 /38 68 67 12

Venlige hilsner

Janne Pedersen, hygiejnesygeplejerske, Afdelingen for klinisk mikrobiologi, Herlev og Gentofte Hospital

Bilag 3

Interviewguide til sygeplejersker der dagligt arbejder med brug af værnemidler - Marts 2021

Semistrukturerede enkeltinterview

Introduktion	<ul style="list-style-type: none">➤ Tak fordi du vil deltage.➤ Præsentation af mig selv➤ Formål med interview:	Navn og arbejde Hvordan oplever sygeplejersker deres risiko for at kontaminere sig selv og deres omgivelser, når de håndterer værnemidler.
	<ul style="list-style-type: none">➤ Forventede varighed: ca. 30 min➤ Jeg vil stille dig spørgsmål indenfor tre områder:	Der er ingen rigtige og forkerte svar. Det er den samlede mængde data som jeg vil analysere på Individuelle faktorer Organisatoriske faktorer Komfort med værnemidler
	<ul style="list-style-type: none">➤ Resultatet bliver sammenholdt med interview fra andre sygepl., som også benytter værnemidler dagligt ved patientplejen. De samlede tilbagemeldinger skal jeg bruge i min master-opgave for at få en dybdegående forståelse af sygeplejersker personlige oplevelser med daglig håndtering og på- og aftagning af værnemidler.	OBS- vi taler kun om værnemidler der bruges her på arbejdet
	<ul style="list-style-type: none">➤ Samtykke underskrift. Dine svar bliver behandlet anonymt, så der er ingen af dine svar der kan henføres tilbage til dig.➤ Er det ok at optage på telefon? – nemmere at huske for mig➤ Har du noget du vil spørge om inden vi går i gang?	Citater kan blive anvendt i anonymiseret form

Baggrund og anciennitet	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hvor gammel er du? ➤ Hvornår blev du uddannet ➤ Hvor mange år har du arbejdet som sygepl? ➤ Hvor længe har været ansat i afd? ➤ Har i en hygiejnekoordinator i afd? – hvem? 	Til eget brug: Disse oplysninger opstilles i tabel for at få overblik over og sammenligningsgrundlag omkring informanterne
Oplevelser med værnemidler	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke værnemidler benytter du hyppigst? <p><i>Nu kommer der lidt åbne spørgsmål...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hvad tænker du om det at benytte værnemidler? 	Frit fra leveren
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Er der situationer, hvor du oplever at det er svært at bruge værnemidler <ul style="list-style-type: none"> • Kan du beskrive hvilke • Kan du fortælle om en situation, hvor det var svært at bruge VM ➤ Er der situationer, hvor du oplever at det er let at bruge værnemidler ➤ Er der bestemte overvejelser du gør dig... ➤ Kan du fortælle om en situation, hvor du bevidst gjorde noget uhensigtsmæssigt på en patientstue med værnemidler på? 	<p>Hvis nej- hvad er det der gør at du ikke oplever det som svært...</p> <p>Kan du fortælle om en situation, hvor det var let at bruge VM</p> <p>Når du ifører dig værnemidler</p> <p>Hvad var det du tænkte da du var/blev bevidst om din handling</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hvordan har du lært at benytte værnemidler? (praktisk oplæring, kollega, VIP, regionale guidelines, internationale mv) ➤ Prøv at tage mig igennem, hvordan du ifører dig værnemidler ➤ I hvilke situationer oplever du at du kan komme i tvivl om du gør det korrekt ➤ Oplever du at der er en risiko for kontaminering når du er inde hos patienten ➤ Kan du give eks. på hvornår du ikke oplever denne risiko 	<p>Er du bekendt med nogle skriftlige vejl.</p> <p>Hvad gør sig gældende når du føler dig usikker</p> <p>Kan du give eks. på hvornår</p> <p>Hvad gør sig gældende når du føler dig sikker</p>

Viden-risiko	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hvordan forstår du begrebet risikovurdering når vi taler brug af værnemidler – med dine egne ord 	<p><i>Forståelsesramme</i> I forbindelse med: - på- og aftagning</p> <p>-Ren og urene opgaver på patientstuen</p> <p>-Risiko for forurening når du aftager dine værnemidler</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hvilke overvejelser gør du dig inden du går ind på pt-stuen ift risikoen for smitte ➤ tænker du fx på hvilken mikroorganisme pt er inficeret med ➤ Hvilke overvejelser gør du dig mht. om du bringer smitte med rundt til dig selv og dine kollegaer og i miljøet 	<p>Hvilken forskel gør det at du kender mikroorganismer- laver du en risikovurdering</p> <p>Føler du dig i stand til at lave den vurdering (viden)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hvis du tænker tilbage til for et år siden, føler du at der er sket en ændring i din måde at håndtere VM på - hvordan ➤ Hvad tænker du når jeg siger at selvom værnemidler er aftaget korrekt er der ca 30% risiko for at du har kontamineret dig selv med mikroorganismer fra patientstuen? 	<p>På hvilken måde er der sket en ændring?</p> <p>Ved du hvordan det kan være Vidste du det godt? Hvilke foranstaltninger vil du gøre dig? – ved du hvilke du kan gøre?</p>
	<p><i>Nu skal vi tale lidt om arbejdspladsen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hvilken kultur oplever du at der er her i afd i forhold til brug af VM <p>Oplever at det er ok at stille ”dumme spørgsmål”</p>	<p>Kan du beskrive en oplevelse hvor du følte at det var ok/ikke ok</p>

Organisatorisk	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Oplever du forskel på at passe patienter med eller uden værnemidler på ➤ Hvordan ser du at arbejdet er indrettet for at tage højde for det (<i>det du lige svarede</i>) 	<p>På hvilken måde (<i>Uddybende</i>) Kan du fortælle hvorfor du oplever en forskel eller kan du fortælle om hvorfor du ikke oplever en forskel</p> <p>HUSK TID!!</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sker der supervision på håndtering af VM i din afd. ➤ Hjælper i hinanden indbyrdes med at påtage værnemidler ➤ Hvem spørger du hvis du er i tvivl ➤ Hvilken rolle har jeres hyg.koord. i afd 	<p>Kan du give et eksempel på det <i>at du fik hjælp eller selv hjælp</i></p> <p>Rolle i forhold til kollegaer, viden, undervisning, indsatser</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hvordan oplever du tilgængelighed af værnemidler ➤ Har du oplevet at der har været mangel på VM 	<p>Hvis ja – hvordan oplevede du det</p>
Komfort	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Oplever du problemer med komforten af værnemidler ➤ Oplever du at skulle gå på kompromis med sikkerhed pga. komforten 	<p>I hvilke situationer?</p> <p>Hvis ja – i hvilke situationer</p>
Afslutning	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Afrunding Evt uddybelse af tidligere udtalelse – gentagelse ➤ Er der noget du vil spørge mig om 	

Bilag 4

Samtykke til deltagelse i interview.

Forskningsprojekt om sygeplejerskers risikovurdering i forbindelse med håndtering af værnemidler

Interviewet er en del af min masteropgave, der skal udføres som en del af specialuddannelse indenfor Infektionshygiejne og Mikrobiologi på Göteborgs Universitet, Salgrenska Academy.

Formålet med interviewet er, at undersøge i hvor høj grad sygeplejersker, der dagligt udfører sygepleje iført værnemidler, vurderer håndteringen af værnemidler som en risikofaktor for kontaminering.

Som deltager i denne undersøgelse vil du blive interviewet én gang af ca. 30 min. varighed. Det er helt frivilligt at deltage og du kan på et hvilket som helst tidspunkt vælge at trække dig ud af undersøgelsen.

Interviewene vil blive opbevare således, at de ikke er tilgængelige for andre end mig. Anonymiserede citater fra interviewet vil blive brugt i forbindelse med udarbejdelsen af projektet og vil blive fremlagt ved offentliggørelsen af afhandlingen.

Med venlig hilsen

Janne Pedersen, hygiejnesygeplejerske

Jeg bekræfter hermed, at have modtaget ovenstående information både mundtligt og skriftligt. Jeg bekræfter også at jeg deltager frivilligt i undersøgelsen og, at jeg til enhver tid kan vælge at trække mig fra interviewet ved at kontakte Janne Pedersen på tlf: 31478555 eller janne.pedersen@regionh.dk

Sted og dato: _____

Navn: _____

Underskrift: _____

Bilag 5

Tematisk netværksanalyse

Diskuterede emner/koder	Basistemaer	Organisatorisk tema	Globalt tema
-Opmærksomhed på risikoen for selvkontaminering -Bevidst velovervejnet risiko	-Huller i egen adfærd -Usikkerhed	Hvad har vi for vane at gøre	-Refleksionspraksis- på baggrund af vaner og rutiner
-Accept af mulig manglende afbrydelse af smittevej -Ukritisk faglighed i arbejdet	-Fordi det har vi altid gjort- vanen -selvopfundne vaner -Viden kontra vaner	Usikkerhed i procedurer og praksis	
-At benytte vm til de "almindelige" patienter -Overvejelser i det daglige arbejde -Formulering af en form for risiko -Krav til struktur i arbejdet -Viden -Rutiner opstår ud fra erfaring -Learning by doing	-Generel risikovurdering -Skærpet opmærksomhed -Rutine og erfaring -følelsen af, at arbejde giver mening	Følelsen af at have gode vaner og rutiner i arbejdet, der giver mening	
-Måder, hvorpå der kan anskaffes viden om vm -Hvordan ved man hvad man skal gøre	Hvor kommer viden fra -Viden tilegnelse – hvor kommer den fornødne viden fra -Hvordan søger jeg ny viden	Risikovurdering kræver den fornødne viden	
-personlige oplevelser skaber øget opmærksom -At hjælpe patienterne til at blive raske og ikke påføre dem smitte -Når teori med smittefare bliver til virkelighed -Alt bliver relateret til før COVID-19 og så nu - En pandemi ingen har erfaring med	-Frygt for at smitte sig selv og andre -Før COVID-19 -sætter spørgsmålstegn ved gamle "kendte" retningslinjer	Refleksion over dråbesmitte fremfor kontaktsmitte Det man kendte til bliver ændret og sat spørgsmålstegn ved Man kan rammes personligt	Gamle infektionshygiejniske retningslinjer i ny kontekst på grund af COVID-19
-Besværligt da det er tidskrævende -Manglende undervisning/træning -Færre på arbejde i AV og NV og det er sværere at få hjælp -Gener med vm	-AV / NV -Organisatoriske barrierer -Kultur med værnemidler -Gener	Fysiske og organisatoriske rammer Faktorer som sygeplejerskerne oplever har indflydelse på korrekt håndtering af vm	Direkte og indirekte forhold har indflydelse
-Sociale faktorer -kollegaer -Hjælp i det praktiske arbejde	-Betydning af kollegial tilstedeværelse -Direkte og indirekte kollegial tilbagemelding -Praktisk hjælp	Den gode arbejdsplads Det interkollegiale samspil -Det sagte og det usagte	