

Antibiotikaresistens

*- Kjenner de ansatte i Avdeling for
kreftbehandling til prosedyrene for screening,
og opplever de dem som tydelige?*

Doreen Thompson

MASTEROPPGAVE



Høstsemester 2019

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse
og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Antibiotikaresistens

- Kjenner de ansatte i Avdeling for kreftbehandling til prosedyrene for screening, og opplever de dem som tydelige?

© Doreen Thompson

2019

Antibiotikaresistens - Kjenner de ansatte i Avdeling for kreftbehandling til prosedyrene for screening, og opplever de dem som tydelige?

Doreen Thompson

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Forord

Som sykepleier, og senere som leder for en sengepost i Oslo Universitetssykehus (OUS), har jeg jevnlig vært involvert i smittevernarbeid.

Min opplevelse er at hvor vidt helsepersonell kjenner til, setter seg inn i rutiner, og følger de, varierer voldsomt. For å undersøke dette fikk jeg tillatelse til å gjennomføre en elektronisk spørreundersøkelse blant alle ansatte i Avdeling for Kreftbehandling i OUS.

På min arbeidsplass har vi flere ganger opplevd at vi har måttet isolere pasienter ved ankomst fordi de ikke hadde fått beskjed om å la seg undersøke for resistente bakterier før de skulle legges inn hos oss. Da de færreste pasientene var bærere av disse bakteriene, medførte dette unødvendig isolering av pasienter. Det er ubehagelig for pasienten og dens pårørende, og tungvint for de ansatte.

Disse erfaringene har gitt meg lyst til å kartlegge kunnskap om, og sette søkelys på temaet antibiotikaresistens og smittevern, på tvers av yrkesgruppene i Avdeling for kreftbehandling.

I arbeidet med denne oppgaven har jeg mottatt nyttige innspill og hjelp fra flere. Deriblant Mette Fagernes ved Folkehelseinstituttet, som har kommet med et par forslag til temaer å undersøke basert på sitt nylig avsluttede, ikke enda publiserte, kvalitative forskningsarbeid ved OUS. Støtte fra Torunn Nygård ved Avdeling for smittevern i OUS har vært viktig for at undersøkelsen har blitt gjennomført. Hanne E. Ringstad og Snorre S. Hansen i Avdeling for kreftbehandling har bidratt med kritisk blick på språket og innholdet i undersøkelsen.

Veileder Knut Reidar Wangen har bidratt med ro, forståelse og realisme, samt avgjørende hjelp til valg av analyser og struktur i oppgaven. Til sist, men ikke minst, så har min kone, Camilla Monsen, som også jobber i OUS, bidratt med sine tanker og opplevelser rundt temaet, og hun har vært en god samtalepartner og støttespiller.

Eventuelle feil og mangler i oppgaven er fullt og helt mitt ansvar.

Doreen Thompson

Bjerke, Oslo, 30. november 2019

Sammendrag

Bakgrunn og problemstilling: Antibiotikaresistente bakterier har fått økende fokus i smittevernsarbeidet de siste årene. I en studie publisert i juli i år antas det at innsatsen fra helsepersonellet på norske sykehus, i form av screening og isolering av pasienter som er mistenkte og påviste bærere av MRSA, har vært vesentlig for at vi i liten grad finner MRSA på sykehus i Norge. Det er derfor viktig at alle sykehusansatte er kjent med relevante prosedyrer for at vi også i fremtiden skal unngå hyppige utbrudd med antibiotikaresistente bakterier på norske sykehus. For å undersøke om alle ansatte følger gjeldende prosedyrer, er det en viktig del av kvalitetsarbeidet å foreta målinger. Denne masteroppgaven kartlegger hvor vidt de ansatte i Avdeling for kreftbehandling (AKB) ved Oslo universitetssykehus kjenner til hvilke grupper med antibiotikaresistente bakterier pasienter i risikogrupper skal screenes for, og om de ansatte opplever at oppgavene i forhold til kartlegging av behov for og gjennomføring av screening er tydelig fordelt.

Følgende spørsmål vil bli besvart: I hvilken grad er det kjent blant de ansatte hvilke bakteriegrupper pasienter skal screenes for, og i hvilken grad er ansvaret for å avdekke behov for, og å gjennomføre screening, tydelig fordelt?

Metode: Elektronisk spørreundersøkelse sendt ut på e-post til alle ansatte i Avdeling for kreftbehandling. Analyser av resultatene ble utført i SPSS. Det ble gjort Clopper-Pearson-tester og kji-kvadrat-tester.

Resultater: 26% av respondentene er ikke fullstendig kjent med hvilke tre bakteriegrupper det skal screenes for (MRSA, VRE og ESBL). Det er, i varierende grad, manglende kunnskap blant ansatte i alle yrkesgruppene. Screening for ESBL er mer kjent enn screening for VRE. Samtlige yrkesgrupper er godt kjent med MRSA-screening. Rundt halvparten av respondentene, uavhengig av yrkesgruppe, opplever rutinene for hvem som skal avdekke behov for og gjennomføre screening som utydelige. Det er variasjoner mellom yrkesgruppene.

Konklusjon: I hele AKB er det grunn til å bruke ressurser på å informere om at det finnes pasienter som skal screenes for VRE og ESBL. I samme prosess bør man utarbeide og implementere rutiner for hvem som har ansvar for at det avdekkes behov for screening, og rutiner for hvem som skal gjennomføre screeningen, eventuelt gjøre eksisterende rutiner kjent.

Forkortelser som brukes i oppgaven

AKB = Avdeling for kreftbehandling

ECDC = Det europeiske smitteverninstituttet

ESBL = Extendert spektrum betalaktamaser

HAI = Helsetjenesteassosierte infeksjoner

KPB = Karbapenemaseproduserende bakterier

MRSA = Meticillinresistente staphylococcus aureus/gule stafylokokker

OUS = Oslo Universitetssykehus

VRE = Vancomycinresistente enterokokker

WHO = Verdens helseorganisasjon

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	8
2.0 Bakgrunn.....	10
2.1 Smittevern og antibiotikaresistens.....	10
2.2 Screening av pasienter som smitteverntiltak	12
2.3 Kort om oppbygningen av Oslo Universitetssykehus	14
2.4 Prosedyrene som finnes på Oslo Universitetssykehus	14
3.0 Teoretisk rammeverk	16
3.1 Pasientsikkerhet, kvalitet-og forbedringsarbeid	16
3.2 Implementering av prosedyrer og retningslinjer	21
4.0 Metode	24
4.1 Utarbeidelse av spørreskjemaet.....	24
4.2 Innhenting av data	25
4.3 Analyse av resultatene.....	26
4.4 Etikk	26
5.0 Presentasjon av resultater.....	28
5.1 Bakgrunnsinformasjon om respondentene.	28
5.2 Er de ansatte kjent med hvilke bakteriegrupper pasienter i OUS skal screenes for?	30
5.2.1 «Hvem skal undersøkes/screenes for VRE?»	32
5.2.2 «Hvem skal undersøkes/screenes for ESBL?»	36
5.2.3. En fjerdedel av de ansatte er ikke kjent med at enkelte pasienter skal screenes for VRE – Skaper det noen problemer?.....	37
5.2.4 Oppsummering av kapittel «5.2 Er de ansatte kjent med hvilke bakteriegrupper pasienter i OUS skal screenes for?».....	39
5.3 Opplever de ansatte rutineene som tydelige?.....	40
5.3.1 «Er det tydelig på din arbeidsplass hvem som har ansvaret for at det avdekkes behov for screening?»	40
5.3.2 «Dersom det er avdekket behov for screening av en pasient, er det tydelig på din arbeidsplass hvem som har ansvaret for at denne screeningen blir gjennomført?».....	43
5.3.3 Oppsummering av kapittel «5.3 Opplever de ansatte rutineene som tydelige?».....	46
5.4 Har de ansatte mottatt opplæring om screeningrutiner og påvirker eventuell opplæring hvordan de svarer på noen av de andre spørsmålene?.....	46

5.4.1 Sammenhenger mellom mottatt opplæring og svar på noen av de øvrige spørsmålene.....	49
5.4.2 Er det noen sammenheng mellom mottatt opplæring og hvordan respondentene svarer på spørsmålet om VRE-screening?	50
5.4.3 Er det noen sammenheng mellom mottatt opplæring og om det er tydelig for respondentene hvem som har ansvaret for å avdekke behov for screening?	51
5.4.4 Oppsummering av kapittel «5.4 Har de ansatte mottatt opplæring om screeningrutiner og påvirker eventuell opplæring hvordan de svarer på noen av de andre spørsmålene?»	52
6.0 Drøfting av resultater	53
6.1 Begrensninger ved undersøkelsen og kritikk til egen metode.....	56
7.0 Konklusjon og forslag til videre arbeid	59
8.0 Referanser	61
9.0 Vedlegg	66

1.0 Innledning

Siden 1940-tallet har det eksistert antibiotika til å behandle de fleste infeksjoner som er forårsaket av bakterier (Yazdankhah, Lassen, Midtvedt & Solberg, 2013). Med tiden har det i økende grad utviklet seg bakterier som vanskelig lar seg drepe, og som i de verste tilfellene ikke lar seg drepe i det hele tatt. Vi sier at bakteriene har blitt antibiotikaresistente, eller bare resistente. Det betyr at mennesker risikerer å dø av sykdommer som tidligere lot seg behandle, og med mindre noe gjøres, så er det antatt at flere vil dø av infeksjoner enn av kreft i 2050 (Berild, 2017). Det er derfor ønskelig at disse bakteriene ikke finnes i norske sykehus.

De gruppene med antibiotikaresistente bakterier vi hører oftest om i helsetjeneste-sammenheng i Norge, og som det fokuseres på i denne oppgaven, er MRSA (meticillinresistente staphylococcus aureus), ESBL (extendert spektrum betalaktamaser) og VRE (vancomycinresistente enterokokker). MRSA og VRE er bakteriegrupper, henholdsvis gule stafylokokker og enterokokker, som er motstandsdyktige mot den type antibiotika som vanligvis brukes for å behandle en infeksjon med disse bakteriene (meticillin og vancomycin). ESBL er en egenskap gramnegative stavbakterier kan erverve. Bakterier med denne egenskapen inaktiverer noen av de viktigste antibiotikatyper som finnes for behandling av infeksjoner. Det finnes flere varianter av ESBL, den mest alvorlige er ESBL-karba (Folkehelseinstituttet, 2017). I denne oppgaven omtales ESBL som én gruppe.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har bedt alle land om å ha en strategi mot antibiotikaresistens. Norge har fulgt oppfordringen og har siden 2015 hatt en nasjonal strategi mot antibiotikaresistens. I den slås det fast at Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten pålegger alle institusjoner i spesialisthelsetjenesten å ha et infeksjonskontrollprogram. Programmet skal blant annet inneholde punkter om forebygging og kontroll av infeksjoner forårsaket av antibiotikaresistente bakterier (Helse- og omsorgsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Klima- og miljødepartementet & Nærings- og fiskeridepartementet, 2015).

Gjennom spesialisthelsetjenesteloven §3-4a er OUS, og alle andre virksomheter som omfattes av loven, pålagt å «arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet» (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Denne plikten til å jobbe systematisk utdypes i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6-9 og i tilhørende veileder. Plikten innebærer blant annet for ledere å ha oversikt over områder i virksomheten «hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er

behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten», samt «ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring» (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016, § 6d og § 6f). I det daglige språket kaller vi dette forbedringsarbeid. Å måle nåværende praksis er sentralt i dette arbeidet for å avdekke såkalte forbedringsområder.

Formålet med denne oppgaven er å avdekke forbedringsområder i smittevernsarbeidet i Avdeling for kreftbehandling (AKB) ved Oslo Universitetssykehus (OUS). Det er gjort gjennom en anonym spørreundersøkelse sendt ut på e-post til alle ansatte. Temaet for spørreundersøkelsen var antibiotikaresistens og spørsmålene omhandlet blant annet prosedyrene som alle ansatte er pålagt å følge for å hindre spredning av antibiotikaresistente bakterier internt i sykehuset. Det er, så vidt meg bekjent, første gangen det har blitt sendt ut en spørreundersøkelse om et faglig tema på tvers av yrkesgruppene i AKB siden 2012, da en annen masterstudent i samarbeid med smittevern avdelingen i OUS gjennomførte en spørreundersøkelse om MRSA på hele sykehuset (Biboh, 2012). Det vil være opp til ledergruppen i AKB å iverksette eventuelle forbedringstiltak basert på resultatene i denne undersøkelsen.

Følgende spørsmål blir besvart i denne oppgaven:

I hvilken grad er det kjent blant de ansatte hvilke bakteriegrupper pasienter skal screenes for, og i hvilken grad er ansvaret for å avdekke behov for, og å gjennomføre screening, tydelig fordelt?

Spørsmålet besvares ved hjelp av en gjennomgang av noen av resultatene fra spørreundersøkelsen. I tillegg blir det undersøkt om hvor vidt de ansatte har mottatt opplæring om screeningrutiner påvirker om de kjenner til hvilke bakteriegrupper det skal screenes for, og om opplæring påvirker hvorvidt de opplever rutineene som tydelige. Det blir presentert resultater som viser at 60% av respondentene har opplevd å ha en pasient som i henhold til rutineene skulle ha vært screenet, men hvor screening ikke var utført.

Opgaven innledes med bakgrunnsinformasjon om smittevern og OUS, i tillegg til et kapittel om forbedringsarbeid og pasientsikkerhet. Deretter følger metodekapittelet før resultatkapittelet. Oppgaven avsluttes med en diskusjon etterfulgt av en konklusjon med en anbefaling til videre arbeid med temaet i AKB.

2.0 Bakgrunn

2.1 Smittevern og antibiotikaresistens

Smittevern er et av mange fagområder norske helsearbeidere forventes å ha kunnskap om. Kun et fåtall pasienter er smittsomme, og tiltakene som rettes mot disse pasientene er til for å beskytte de andre pasientene, de ansatte og samfunnet forøvrig. Norske sykehus er gjennom Smittevernloven (1995, § 7-3) og Forskrift om smittevern i helsetjenesten (2005, § 1-2) pålagt å ha rutiner for smittevernsarbeid.

Smittevern er små og store tiltak for å hindre at en eller flere sykdomsfremkallende mikrober (virus, bakterier osv.) sprer seg inne på f.eks. et sykehus eller i befolkningen generelt. Det dreier seg om alt fra å utøve god håndhygiene, generelt godt renhold til bygningsmessige forhold som antall enerom med eget toalett, tilgjengelighet av utstyr og muligheter for rengjøring av utstyret. Høy nasjonal vaksinasjonsdekning er også et viktig smitteverntiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Antibiotikaresistente bakterier har fått økt oppmerksomhet i arbeidet med smittevern. Som nevnt i innledningen, så kan sykdommer/infeksjoner som skyldes bakterier som regel behandles med antibiotika, men i takt med at antibiotikaresistente bakterier sprer seg, blir det flere unntak fra denne regelen.

Infeksjoner og sykdommer kan mennesker pådra seg hvor som helst. Både hjemme, på jobb og på reise. Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) er begrepet som brukes om infeksjoner som pasienter pådrar seg mens de er i kontakt med helsetjenesten. Det er for eksempel en urinveisinfeksjon som oppstår i forbindelse med at pasienten har fått innlagt et urinkateter eller en infeksjon i et operasjonssår. Når infeksjoner skyldes antibiotikaresistente bakterier, blir de, som nevnt i innledningen, mye vanskeligere å behandle. Det er derfor svært viktig å ha smitteverntiltak som reduserer risikoen for at pasienter får en infeksjon mens de er innlagt på sykehus, og spesielt viktig å unngå at de får infeksjoner med antibiotikaresistente bakterier. Et av tiltakene som benyttes i OUS er å screene pasienter som er i risikozonen for å være bærere av antibiotikaresistente bakterier. Mer om dette i neste kapittel.

Omkostningene, både de menneskelige og de økonomiske, ved at antibiotikaresistente bakterier eksisterer og sprer seg, er store. I Europa er antibiotikaresistente bakterier skyld i 33 000 dødsfall årlig (Folkehelseinstituttet, 2018b). I Norge er det generelt sett lav forekomst av antibiotikaresistens (Folkehelseinstituttet, 2017), men selv her får rundt 1900 mennesker

infeksjoner med resistente bakterier hvert år, og av disse dør 69. Det er antatt at de resistente bakteriene koster det norske samfunnet omtrent 2 milliarder kroner årlig (Folkehelseinstituttet, 2018b). I kronikken «Bygningsmessige og økonomiske konsekvenser av antibiotikaresistens» forteller Egil Lingaas, overlege ved Avdeling for smittevern i OUS, at Avdeling for smittevern i OUS i 2017 brukte mellom 4 og 5 årsverk på resistente bakterier. Rundt år 2000 brukte de mindre enn ett årsverk. Videre skriver han «Renholdsavdelingens statistikk over utført «smittevask» etter opphør av isolasjon økte fra 5.684 i 2011 til 20.500 i 2017, en økning på 261%. En vesentlig del av denne økningen skyldes resistente bakterier» (Lingaas, 2018, s. 14). Det er altså tydelig at antibiotikaresistens koster det norske samfunnet som helhet, og OUS som sykehus, store summer hvert år.

Som nevnt i innledningen, har Norge fulgt oppfordringen fra WHO og laget en Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens. Den er fulgt opp med så langt to handlingsplaner, hvorav den siste, fra oktober i år, «Handlingsplan for et bedre smittevern med det mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner 2019-2023», har innhold som er svært relevant for denne masteroppgaven (Helse-og omsorgsdepartementet, 2019).

I handlingsplanen som ble nevnt i forrige avsnitt, er et av målene «Forekomst av sekundærsmitte i helseinstitusjoner for hver enkelt av mikrobenes MRSA, VRE, KPB og *C. difficile* er redusert sammenlignet med basisåret 2020» (Helse-og omsorgsdepartementet, 2019). De oppgir altså ingen mål for ESBL, men for VRE, MRSA, KPB (Karbapenemaseproduserende bakterier) og *Clostridium difficile*. KPB og *Clostridium difficile* er to bakteriegrupper det i OUS ikke finnes prosedyrer for å screene for på samme måte som for MRSA, VRE og ESBL. De gruppene blir derfor ikke ytterligere omtalt i denne oppgaven.

I vedlegget til den tidligere nevnte handlingsplanen er det en tidsplan for ulike milepæler i det kommende arbeidet. I den står det at det våren 2020 skal komme en veileder for resistente mikrober (Helse-og omsorgsdepartementet, 2019, s.26). Det kan hende at den vil komme til å oppfordre norske sykehus, og dermed også OUS, til å innføre screeningrutiner for flere bakteriegrupper enn hva de har prosedyrer for per i dag.

2.2 Screening av pasienter som smitteverntiltak

Mange mennesker bærer de resistente bakteriene på og i kroppen uten at de selv blir syke av dem. Vi sier at de er friske bærere av bakteriene. Dersom de samme bakteriene kommer inn i f.eks. blodbanen eller luftveiene hos disse eller noen andre mennesker, vil de kunne skape en infeksjon det er vanskelig å behandle. Hvor mange som er friske bærere i Norge finnes det ingen oversikt over.

I Norge anbefaler Folkehelseinstituttet å screene/undersøke pasienter i risikogrupper for bærerskap av MRSA, VRE og ESBL. I påvente av svar på undersøkelsen, og ved påvist bærerskap, anbefales det at pasienten isoleres på enerom dersom han/hun er innlagt på sykehus (Folkehelseinstituttet, 2009, 2015a og 2015b). En av risikofaktorene for å være bærer av antibiotikaresistente bakterier er å ha vært innlagt på sykehus utenfor Norden. Per i dag har OUS prosedyrer/rutiner i tråd med disse anbefalingene (Organiseringen av prosedyrer står det mer om i kapittel 2.4). Anbefalingen om å screene pasienter i risikozonen for MRSA har foreligget nasjonalt siden 2004 (Folkehelseinstituttet, 2009). For ESBL og VRE kom den flere år senere (Folkehelseinstituttet, 2015b og 2019b).

I OUS har prosedyren for å teste for MRSA vært i bruk i mange år. Akkurat når den ble innført er litt usikkert, men i nåværende register over prosedyrer, E-håndboken, har den vært registrert siden 31. oktober 2011. Den var trolig registrert i andre systemer før det. 1. juli 2014 kom det en anbefaling fra smittevernavdelingen i OUS om at pasienter i visse risikogrupper også skulle testes for ESBL og VRE. Prosedyren for screening og håndtering av ESBL ble publisert 10. juni 2015, og tilsvarende prosedyre for VRE ble publisert 29. august 2016.

Dersom screeningen av pasienter i risikogruppene ikke er utført før de møter til innleggelse eller poliklinisk time, må pasientene testes når de ankommer sykehuset. I påvente av svaret på undersøkelsen, må pasientene, dersom de ikke kan reise hjem, være isolert på enerom til resultatet foreligger. De færreste av pasientene som screenes er bærere av de aktuelle bakteriene, og mange pasienter har derfor blitt isolert helt unødvendig. For å unngå denne unødvendige ekstrabelastningen for pasientene er det viktig at de aktuelle pasientene får beskjed om at de skal, dersom det er mulig, gjennomføre screeningen og motta resultatet av den før de møter opp på sykehuset.

I Norge anser man screening av pasienter i risikozonen, med tilhørende isolering av pasienter som venter på resultatet av screeningen eller som har påvist bærerskap eller infeksjon med

resistente bakterier, for å være et viktig tiltak for å hindre spredning av antibiotikaresistente bakterier. I en oversiktsartikkel fra 2018 argumenterer forfatterne Lemmen & Lewalter mot denne praksisen. De hevder at variasjoner i praksis i forhold til hvilke prøvetakingspensler man bruker, hvor mye prøvemateriale man trenger og hvor man tar prøvene fra varierer. De skriver at dette, samt manglende standarder for hvordan analysene skal gjennomføres, gjør at mange bærere av resistente bakterier forblir uoppdaget selv om de blir screenet. Disse funnene, kombinert med dokumenterte negative konsekvenser av isolasjon, som økt forekomst av uheldige hendelser, færre besøk på rommet av helsepersonell og psykologisk ubehag ved å være isolert, gjør at de etterlyser alternativer til dagens praksis med screening og isolering. De konkluderer med at antibiotikaovervåkings-programmer og bedre etterlevelse av god håndhygiene er viktigere enn screening og isolering. De argumenterer også for å vaske enkelte pasientgrupper daglig med antiseptiske midler (Lemmen & Lewalter, 2018). I artikkelen til Lemmen & Lewalter er det ikke tatt med artikler som undersøker forholdene ved norske institusjoner, så hvor vidt resultatene er overførbare til norske institusjoner er usikkert.

I juli 2019 ble det publisert en studie som har studert hvordan MRSA sprer seg i Norge, et land med lav forekomst av MRSA. Den konkluderer med at økt forekomst av MRSA i Norge skyldes reisevirksomhet og at smitten kommer fra andre land mer enn at den sprer seg internt i Norge. I studien forutsettes det at alle sykehusene i Norge slavisk følger («complete adherence», som er ordene som ble brukt i studien) den nasjonale MRSA-veilederen, og forfatterne peker på strenge smitteverntiltak på sykehusene som en viktig årsak til at MRSA ikke har etablert seg på norske sykehus (Di Ruscio et al., 2019). I løpet av 2019 har også det europeiske smitteverninstituttet (ECDC) anbefalt alle EU/EØS-land å ta prøver av og isolere alle pasienter som har vært innlagt på sykehus i andre land (Folkehelseinstituttet, 2019a).

I den norske nasjonale strategien mot antibiotikaresistens gjør man det opp til hver virksomhet å velge passende tiltak for infeksjonskontroll, men som nevnt, Folkehelseinstituttet anbefaler screening av pasienter i risikogrupper. I strategien påpekes det at generelle smitteverntiltak, håndhygiene nevnes som eksempel, både i helsetjenesten og i den generelle befolkningen, vil være viktig for å bekjempe antibiotikaresistens (Helse-og omsorgsdepartementet, Landbruks-og matdepartementet, Klima-og miljødepartementet & Nærings-og fiskeridepartementet, 2015). I «Handlingsplan mot antibiotikaresistens med det formål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner 2019-2023» settes det mål om å ha både antibiotikastyringsprogrammer, god håndhygiene og screening og isolering. Slik signalene er

fra myndighetsorganer per i dag, er screening og isolering av pasienter i risikogrupper for bærerskap, eller med påvist bærerskap, en oppgave det ser ut til at helsepersonell vil fortsette å ha fremover.

2.3 Kort om oppbygningen av Oslo Universitetssykehus

Oslo Universitetssykehus utfører pasientbehandling på flere ulike lokalisasjoner. De største er Ullevål, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Aker. Sykehuset er delt inn i 15 klinikker og hver klinikk er delt inn i ulike avdelinger, seksjoner og enheter. De ulike klinikkene, avdelingene og seksjonene kan drive virksomhet på én eller flere lokalisasjoner. Avdeling for kreftbehandling (AKB), hvor respondentene i denne undersøkelsen jobber, tilhører Kreftklinikken. Avdelingen har pasienter på Ullevål, Radiumhospitalet og på Aker. I AKB er seksjoner og enheter hovedsakelig delt opp basert på yrkestilhørighet slik at leger er ledere for leger, sykepleiere for sykepleiere osv. Selv om leger og andre yrkesgrupper jobber side om side i hverdagen, så har de altså hver sine ledere.

2.4 Prosedyrene som finnes på Oslo Universitetssykehus

Prosedyrene er delt inn i nivå-1 prosedyrer og nivå-2 prosedyrer. De har en tittel og et ID-nummer. Prosedyrene er tilgjengelige for alle ansatte via E-håndboken på intranettet. E-håndboken er en del av styringsverktøyet til OUS, som OUS er pålagt å ha, jmf §3 i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2016).

Nivå-1 prosedyrene er alle ansatte i OUS pålagt å følge. Per 8. november 2019 finnes det 2139 nivå-1 prosedyrer i OUS. De omhandler alt fra små oppgaver, som å ta på sterile hansker, til antibiotikastyringsprogram og informasjon om hvordan man skal utføre ulike kliniske prosedyrer. De færreste av prosedyrene er relevante for alle ansatte. Som ansatt må man vite hvilke som er relevante for sin jobb og slå de opp når man har bruk for dem. Nivå-2 prosedyrene lages på ulike nivåer i organisasjonen og kan gjelde en hel klinikk, avdeling, seksjon eller enhet.

Både ordet prosedyre og rutine vil bli brukt for å omtale det samme i denne oppgaven. Det som menes er en plan eller regel for hvordan en eller flere oppgave(r) skal utføres. Man ønsker å sikre så lik praksis som mulig (forhindre uønsket variasjon) i utførelsen av oppgaven(e) uavhengig av hvem som utfører dem. I E-håndboken heter disse planene/reglene prosedyrer, men i dagligtalen brukes ordet prosedyre og rutine om hverandre. For eksempel

legger en del enheter rutine for en dagvakt for sykepleiere inn i E-håndboken for at de skal være lett tilgjengelige for alle. I den er dagvaksrutinene registrert som en nivå-2 prosedyre.

OUS har prosedyrer/rutiner for hvilke pasienter som skal undersøkes, såkalt screenes, for bærerskap av MRSA, VRE og ESBL. De samme prosedyrene beskriver hvordan man som helsepersonell skal forholde seg i påvente av svar(ene) på undersøkelsen(e) og hvordan man skal forholde seg når smitte er påvist. Prosedyrene, eller rutinene, er nivå-1 prosedyrer. De sier ingen ting om hvem som har ansvaret for å avdekke behov for screening eller hvem som har ansvaret for at screeningen blir gjennomført når behovet er avdekket. Dette ansvaret må derfor fordeles på de ulike lokalisasjonene gjennom en nivå-2 prosedyre.

Et søk i E-håndboken avdekker ingen nivå-2 prosedyrer som fordeler ansvar for oppgaver i forbindelse med screening i AKB. Det betyr ikke at ingen har rutiner for dette da det kan være at rutinene finnes uten at de er registrert i E-håndboken. Én sengepost har rutine for at alle pasienter skal spørres av en sykepleier om hvor vidt de har vært innlagt på sykehus i utlandet eller ikke. Dette spørsmålet vil kunne fange opp mange av pasientene som skal screenes for bærerskap av resistente bakterier, men ikke alle.

3.0 Teoretisk rammeverk

3.1 Pasientsikkerhet, kvalitet-og forbedringsarbeid

Helsetjenesten skal hjelpe pasientene med deres sykdommer og lidelser. Helsevesenets handlinger skal ikke forverre pasientens sykdom eller situasjon. Dessverre skjer det små og store hendelser i norsk og internasjonalt helsevesen som gjør, eller som kunne ha gjort, nettopp det. Vi kaller det gjerne for avvik eller uheldige hendelser og nesten-hendelser. Disse hendelsene er en trussel mot pasientsikkerheten. For å øke pasientsikkerheten er det viktig at man lærer av slike hendelser. For at man skal kunne lære av dem, er det viktig at de som var involvert i hendelsen forteller om den fremfor å skjule at noe uheldig har skjedd (Tinnå, 2009). Dette er en del av det som kalles forbedringsarbeid. Det er ønskelig å få forbedringsarbeid til å bli en del av den daglige driften, såkalt kontinuerlig forbedringsarbeid. På den måten skal ansatte og ledere bli vant til å tenke på forbedringsløsninger, stadige endringer til det beste for pasientene, som en naturlig del av hverdagen (Helsedirektoratet, 2019d).

Uheldige hendelser og nesten-hendelser spenner fra det mindre alvorlige, som å glemme å gi en mindre viktig tablett, til feil som direkte fører til dødsfall. Enkelte av de store sakene når media, som for eksempel saken fra Haukeland i Bergen hvor en 6 år gammel gutt døde på grunn av forveksling av to typer cellegift (Oldeide, 2017).

Rundt milleniumskiftet ble det internasjonalt satt søkelys på uheldige hendelser og håndtering og forebygging av dem. I Norge var legen Peter F. Hjort en av de første til å arbeide for økt fokus på pasientsikkerhet. I år 2000 skrev han kronikken «Uheldige hendelser i helsetjenesten – forebygging og håndtering», hvor han tar til orde for åpenhet rundt uheldige hendelser både for å lære av dem, men også for å gi pasienter, pårørende og ansatte en bedre oppfølging i etterkant. Hjort trekker frem at man må ha et systemperspektiv, fremfor individ-og sydebukk-perspektiv, når man leter etter årsakene til de uheldige hendelsene (Hjort, 2000).

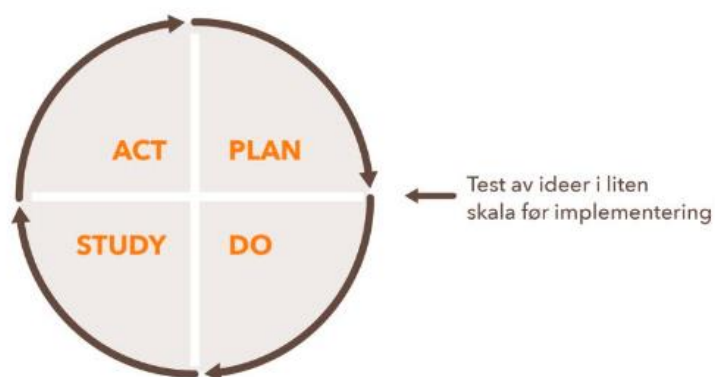
Siden 1. januar 2017 har vi i Norge hatt Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, hvor det i §7d står «sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes» (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016). Den forplikter altså ledere og andre ansatte i helsevesenet til å sammen jobbe for å bedre pasientsikkerheten og dermed få ned antall uønskede hendelser i helsetjenesten. I §7c står det om plikten til å gjennomføre: «utvikle og iverksette nødvendige

prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet». I §9c står det om plikten til å korrigere: «forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet». Som vi ser, pålegger forskriften OUS å ha prosedyrer, og å forbedre dem ved behov, for å sikre god kvalitet på tjenestene de leverer. For å hjelpe ledere med å sørge for at deres arbeidsplasser oppfyller kravene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten finnes det både en veileder til forskriften (Helsedirektoratet, 2017) og en «Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2013» (Helsedirektoratet, 2019a).

Som beskrevet i avsnittene ovenfor tilstreber man i Norge per i dag en åpenhetskultur hvor læring, og ikke straff av de involverte, er målet, slik Hjort etterlyste i år 2000. Dette er en viktig del av arbeidet for å oppfylle lovkravet om å «arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet», som ble nevnt i innledningen til denne oppgaven. For å hjelpe ledere i dette arbeidet ble «Pasientsikkerhetskampanjen» med tilhørende nettside lansert i 2014. Prosjektperioden er nå over og har resultert i en nettside som heter «I trygge hender 24-7». Den driftes av avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helsedirektoratet. På denne nettsiden understrekes det, bl.a. i artikkelen «Ledelse av pasientsikkerhet – hva innebærer det?», at ledere er svært sentrale i pasientsikkerhetsarbeidet. Nettsiden tilbyr hjelp, i form av kunnskap og verktøy, til ledere som ønsker å komme i gang med å jobbe systematisk med pasientsikkerhetsarbeid, og hjelp til ledere og medarbeidere som allerede er godt i gang med arbeidet (Helsedirektoratet, 2019d).

Et av verktøyene som tilbys på nettsiden i «I trygge hender 24-7» er «Forbedringsguiden», som inneholder modeller og verktøy til bruk i planlegging og gjennomføring av et forbedringsprosjekt. I denne guiden er PDSA-sirkelen beskrevet. Se figur 3.1.

Figur 3.1 – PDSA-sirkelen.



Kilde: Figur 3.1 er hentet fra nettsiden «I trygge hender 24-7», Helsedirektoratet, 2018b.

Bokstavene står, som man ser i figuren, for Plan-Do-Study-Act og referer til at man skal planlegge, blant annet måle nåværende praksis, innføre tiltak/endringer, studere effekten og deretter tilpasse praksisen/gjennomføre nye målinger og planlegge endringer. Denne testingen er ment å være småskala og hyppig for å teste en løsning mange ganger før implementering i stor skala. Grundig testing skal avdekke problemer ved løsningen og forbedre den før den implementeres. Det øker sannsynligheten for en vellykket innføring. Fordi det er en prosess som blir gjentatt mange ganger, så er det en sirkel i stedet for en tidslinje (Helsedirektoratet, 2018b).

På nettsiden som er nevnt i avsnittene ovenfor er det også en introduksjon til, og tilgang til, verktøyet «Snakk om forbedring!». Verktøyet er utviklet ved Institute for Healthcare Improvement (IHI) i Boston, USA, men det har blitt oversatt til norsk og tilpasset norske forhold. Det er et verktøy for kartlegging av forbedringsområder i egen enhet, avdeling eller virksomhet (Helsedirektoratet, 2019c). Et annet tiltak det oppfordres til å komme i gang med er risikotavler og forbedringstavler med tilhørende forbedringsmøter. På risikotavlen, skal pasientenes navn stå sammen med kolonner for utvalgte risikoområder. Et risikoområde kan være fare for fall, fare for urinveisinfeksjon, eller andre områder avdelingen ønsker å ha fokus på. Daglig møtes personalet foran tavlen til et kort møte om risikoområdene for å vurdere hvilke pasienter som er i risikozonen, og for å minne seg selv på å ha fokus på disse områdene. Fordi det er pasientopplysninger på risikotavlen er det viktig at den er inne på et rom hvor pasienter og pårørende ikke har tilgang. Forbedringstavlen inneholder ingen pasientopplysninger og skal være lett synlig for alle ansatte, og gjerne også for pasienter. Den skal gjøre det tydelig for alle hvilke områder man jobber med forbedringer på akkurat nå. Jevnlige, f.eks. en gang i uken, møtes alle ansatte foran tavlen. Da snakker man om hvilke

idéer og forslag som har dukket opp siden sist, vurderer hvilke man skal jobbe videre med og fordeler ansvaret for det videre arbeidet. Man snakker også om pågående forbedringsarbeider (Helsedirektoratet, 2019b).

For å planlegge, gjennomføre og vurdere effekten av forbedringsprosjekter er målinger sentrale, både for å avdekke et behov for forbedring og for å vurdere effekten av pågående forbedringsarbeid. Nettsiden «I trygge hender 24-7» tilbyr tiltakspakker som en hjelp til å jobbe med flere temaer, og forslag til målinger, både for å kartlegge nå-situasjonen, og for å vurdere effekten av tiltakene, er en del av disse pakkene. For å gjøre det enkelt å registrere og holde oversikt over dataene fortløpende når man gjennomfører målinger i forbindelse med forbedringsarbeid, tilbys det på nettsiden gratis tilgang til programmet Extranet (Helsedirektoratet, 2018a).

For at ansatte skal orke å fortelle om uheldige hendelser som har skjedd, eller som har holdt på å skje (nesten-hendelser), er det en viktig lederoppgave å sørge for at det oppleves som trygt å melde ifra om uønskede hendelser. Trygghet for å melde forbindes gjerne med et godt arbeidsmiljø og flere studier har konkludert med at det er en positiv sammenheng mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Blant annet artikkelen «Sustaining improvement» trekker frem at det er viktig at de ansatte kan stole på at ledelsen alltid vil ta et systemperspektiv når den vurderer hendelser, og at ledelsen aldri leter etter syndebukker (Scoville, Little, Rakover, Luther, Mate, 2016). Det er ikke meningen at lederne skal komme med alle løsninger på utfordringer, fordi mange løsninger finnes blant ansatte som ikke har lederansvar, men det er viktig at ledere er involvert i forbedringsarbeidet og at arbeidet er lederforankret. At et arbeid eller system er lederforankret vil si at lederen/lederne støtter arbeidet og bidrar til å holde oppmerksomheten på det. At et arbeid eller en prosess er lederforankret øker dens sannsynlighet for å bli vellykket (Baasmo, 2010).

«Å ta et systemperspektiv» vil si at man som leder anser uheldige hendelser for å være et resultat av systemet man arbeider i fremfor et resultat av udyktighet blant de ansatte. Man antar at feil skjer fordi systemene tillater det. Denne tilnærmingen har ledet til både teknologisk utvikling for å forhindre uheldige hendelser og andre systemer med det samme målet. Et eksempel på et slikt produkt, som er utviklet og som gir mindre sannsynlighet for uheldige hendelser enn tidligere versjoner av produktet, er slanger som brukes til å gi pasienter sondemat. Sondemat gis via en slange gjennom nesen og ned i magesekken, eventuelt gjennom en «knapp» på magen som leder inn i magesekken. Jeg har blitt fortalt,

men jeg har ikke funnet noen skriftlig kilde til historien(e), at det skal ha skjedd at pasienter har fått sondemat intravenøst, dvs. direkte i blodårene, i stedet for i sonden. En slik feil kan få alvorlige konsekvenser for pasienten. Hvor vidt det er tilfellet at slike hendelser har skjedd eller ikke er ikke vesentlig i en «systemperspektiv-tankegang» fordi det er nok at man anerkjenner at en risiko er til stede, for at man skal kunne vurdere hva som kan gjøres for å redusere risikoen for at en hendelse inntreffer. Risikoen for at sondemat skal tilkobles intravenøse tilganger er nå kraftig redusert på de sykehusene hvor man har tatt i bruk slanger som det er umulig å koble til en intravenøs tilkobling.

I veilederen til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse-og omsorgstjenesten kan vi i kapittel 1, §1, lese:

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og implementere tiltak som viser seg å være effektive. (Helsedirektoratet, 2017)

Resultatene fra spørreundersøkelsen som ble sendt ut i forbindelse med denne oppgaven kan sies å være et ledd i dokumenteringen av «at man faktisk har et problem», slik det er formulert i sitatet ovenfor. Den er en kartlegging, en måling, av om prosedyrer og rutiner er godt kjent blant de ansatte. Hvorvidt man går videre i prosessen ved å identifisere årsaker og teste ut mulige løsninger vil være opp til ledergruppen i AKB.

Andre måter å avdekke at man har forbedringsområder er bl.a. ved å gjennomgå hvilke avvik og uheldige hendelser man har, journalgjennomgang, gå gjennom klagesaker, ha daglige korte møter hvor man snakker om forbedringsområder, gå gjennom tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende eller bruke verktøyet «Snakk om forbedring!», som ble omtalt i et tidligere avsnitt (Helsedirektoratet, 2019d).

Noen ganger ser man at forbedringene som behøves ikke kan løses foran en tavle eller ved at en eller to personer får ansvaret for å finne en løsning. Et slikt eksempel kan være om man skal utarbeide en ny prosedyre. Hvordan den skal utarbeides avhenger av hva slags type rutine eller prosedyre det dreier seg om. Er det en klinisk prosedyre som for eksempel sier noe om hvordan en operasjon skal utføres, så skal den utarbeides kunnskapsbasert. Det må da settes ned en arbeidsgruppe som går gjennom tilgjengelig forskning på hvordan operasjonen

best kan utføres. I det arbeidet skal både kliniske resultater bevist gjennom forskning, i tillegg til pasienter og ansattes erfaringer, tas med i vurderingsgrunnlaget. Dette er et svært omfattende arbeid, og en oversikt over hva man bør tenke på før man går i gang med en slik oppgave finner man på helsebiblioteket.no (Folkehelseinstituttet, 2018a). Dersom man skal lage en mindre rutine, f.eks. avklare hvem som skal ha ansvaret for at behov for screening avdekkes og deretter gjennomføres, så holder det at man blir enige seg imellom på enheten, seksjonen eller det som er et naturlig område for prosedyren å gjelde. I et slikt arbeide er det også viktig å sette ned en arbeidsgruppe. Den må bestå av representanter fra de ulike yrkesgruppene som blir omfattet av den nye rutinen. Gruppen må bli enige om hvordan ansvaret skal fordeles og formulere det i en prosedyre. Når prosedyren foreligger, må den implementeres. Mer om dette i neste kapittel.

3.2 Implementering av prosedyrer og retningslinjer

Å implementere en prosedyre eller retningslinje vil si at man gjør den kjent for alle ansatte og legger til rette for at den kan etterleves. Man må dessuten motivere de ansatte til å følge den nye prosedyren. Det er ingen som hevder at implementering er enkelt. Å utarbeide en prosedyre er tidkrevende, og jobben er fullstendig bortkastet om prosedyren ikke implementeres.

I artikkelen «When evidence is not enough: The challenge of implementing fall prevention strategies» sier forfatterne at det å ha et tiltak tilgjengelig, men å ikke legge vekt på implementeringen er som å ha en kur tilgjengelig, men ikke ha noe system for å gi det til pasientene: «One without the other is like serum without a syringe: the cure is available but the delivery system is not». De skriver at i deres studie av implementering av tiltak for å forebygge fall blant eldre, viser det seg at det er nok at én ansatt ikke følger rutine for at tiltakene skal bli mindre effektive (Fixsen, Scott, Blase, Naoom, Wagar, 2011). Som nevnt i forrige kapittel, er lederinvolvering viktig når man skal gjøre en endring av en arbeidsprosess (Baasmo, 2010). Fixsen et al. (2011) skriver at for at klinikerne skal kunne jobbe kunnskapsbasert, så kreves det at organisasjonen (det inkluderer lederne) også tilpasses slik at den er til støtte for klinikerne. De hevder at denne kombinasjonen *må* være på plass for å sikre effektiv implementering.

Det finnes mange forskningsartikler som presenterer strategier for hvordan man skal implementere, men flere påpeker også at det er viktig å tilpasse tiltakene til den situasjonen og konteksten man er i. I artikkelen What we know about designing an effective

improvement intervention (but too often fail to put into practice) refererer forfatterne til flere artikler når de argumenterer og de trekker bl.a. frem fleksibilitet i planene som viktige. De sier at innføringen av et forbedringsprosjekt gjerne må være grundig planlagt, men det må være fleksibelt og kunne tilpasses miljøet det skal implementeres i (Marshall et al., 2017). I en slik situasjon vil det være nyttig å jobbe etter PDSA-metodikken (se figur 3.1) etter at de groveste planene for et prosjekt eller en prosedyre er laget. Marshall et al. (2017) trekker også frem dette verktøyet som nyttig. Videre sier de at det ser ut til at forbedringsprosjekter blir evaluert på et for tidlig tidspunkt, og at det kan føre til at prosjektene feilaktig blir vurdert til å ikke ha effekt og at de dermed blir avsluttet for tidlig. De sier at endringer i atferd kan forekomme før endringene blir målbare og de foreslår å ha ulike metoder for måling i de ulike fasene av et forbedringsprosjekt.

Artikkelen *Enabling Continuous Quality Improvement in Practice: The Role and Contribution of Facilitation* trekker frem egne fasilitatorer, eller tilretteleggere, som viktige for å innføre kontinuerlig forbedring som arbeidsmetode (Harvey & Lynch, 2017). En fasilitator er ikke det samme som en endringsagent, som har som hovedoppgave å skape forståelse for behovet for endring, et opplevd press, slik det beskrives i boken *Hvordan organisasjoner fungerer* (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 388). En fasilitator bidrar også til å skape forståelse for endringer, men en fasilitators oppgaver stopper ikke der. Han/hun skal hjelpe organisasjonen og de ansatte til å gjennomføre endringen ved å se hva som hindrer en implementering og deretter gjøre tiltak for å overkomme hindringene. Kanskje må tiltaket endres og tilpasses miljøet det skal tilpasses i, kanskje må de som skal ta i bruk tiltaket/prosedyren få mer opplæring eller innsikt i hvordan man ønsker å endre praksisen. På grunn av variasjonen i oppgaver, må en fasilitator ha en bred kunnskapsbakgrunn, bl.a. om forbedringsarbeid, kunnskap om mellommenneskelige relasjoner og kunnskap om gruppedynamikk (Harvey & Lynch, 2017).

Implementering av prosedyrer og andre endringer vil være en del av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, og verktøy som er relevante i det arbeidet, vil også kunne være relevante når prosedyrer skal implementeres. Det gjelder, som nevnt, f.eks. PDSA-sirkelen, men også forbedringstavler, og risikotavler, som ble beskrevet i kapittel 3.1, vil være nyttige verktøy i en implementeringsprosess fordi tavlene hjelper til med å holde fokus på det man ønsker å implementere.

Oppsummert kan vi si at når man skal implementere en prosedyre, et tiltak eller en endring, må man sørge for at den/det er så god som mulig i utgangspunktet, og deretter tilpasse miljøet slik at de ansatte kan arbeide i henhold til den nye prosedyren eller arbeidsmetoden.

Forbedringsarbeid og implementering tar tid og det er viktig å være tålmodig slik at man ikke gir opp et arbeid som ville ha lyktes om man hadde holdt ut litt lenger.

4.0 Metode

For å besvare problemstillingen brukes kvantitativ metode. Det er blitt gjennomført en anonym spørreundersøkelse blant alle ansatte i AKB i OUS. I dette kapitlet informeres det om hvordan dataene ble innhentet og bearbeidet.

4.1 Utarbeidelse av spørreskjemaet

Spørreskjemaet er utarbeidet av meg (se vedlegg 1). Underveis var jeg i kontakt med flere ansatte i OUS for å få innspill og tilbakemeldinger på undersøkelsen, men det ble ikke gjennomført en formell pilotundersøkelse.

Undersøkelsen innledes med noen spørsmål om demografi. Det var viktig fordi jeg hadde en antagelse om at det ville være ulikheter mellom yrkesgruppene, og jeg lurte på om det ville være forskjeller som henger sammen med hvor lenge respondentene har vært ansatt i OUS. Jeg hadde ingen formening om hvorvidt det ville være en forskjell mellom kjønn, men tok det med i tilfelle det ville frembringe interessante resultater.

Som anbefalt i boken *Metode og oppgaveskriving* av Olav Dalland har flere av spørsmålene svaralternativene «vet ikke» eller «ønsker ikke å svare» slik at jeg kan vite at respondentene har vurdert spørsmålet og ikke bare hoppet over det (Dalland, 2017, s. 131). Dalland (2017, s. 129) anbefaler også å sette spørsmål inn i en sammenheng for å øke sannsynligheten for at spørsmålet blir oppfattet slik den som spør ønsker.

I boken *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden* opplyser forfatteren, Gustav Haraldsen, om at for at respondentene skal kunne gi fornuftige svar, så trenger de blant annet å forstå begrepene som blir brukt i spørsmålsformuleringen på samme måte, og å få vite hvilke opplysninger utsenderen av spørreskjemaet ønsker at skal danne svargrunnlaget (Haraldsen, 1999, s. 161).

Rådene fra bøkene til Dalland (2017) og Haraldsen (1999) ble spesielt viktige for måten undersøkelsen ble utformet på fordi respondentene har svært ulik utdanning og bakgrunnskunnskap om temaet. Undersøkelsen inneholder åtte spørsmål som har fasitsvar. Det er fire generelle spørsmål om antibiotikaresistens og fire spørsmål om nivå-1 prosedyrene for screening. Disse spørsmålene med fasitsvar ble kvalitetssjekket av overlege Torunn Nygård i smittevern avdelingen i OUS. I undersøkelsen ble disse spørsmålene etterfulgt av de

korrekte svarene, men uten mulighet for respondentene til å korrigere sitt opprinnelige svar. De generelle spørsmålene (med fasitsvar) sin viktigste funksjon i undersøkelsen var å gi alle respondentene den samme forståelsen for hva jeg spurte om.

Temaet smittevern og antibiotikaresistens berører de ansatte som har mye og lite bakgrunnskunnskap om temaet i like stor grad og derfor ønsket jeg å inkludere alle i undersøkelsen. Av den grunn måtte spørsmålene utformes slik at de kunne besvares av alle uavhengig av bakgrunnskunnskap og utdanning.

4.2 Innhenting av data

Fra HR-avdelingen i AKB mottok jeg en oversikt over alle ansatte i AKB med deres tilhørende e-postadresser, yrkestittel, kjønn og alder. De ansatte har, som nevnt i kapittel 4.1, svært ulik utdanning og bakgrunnskunnskap. De tilhører mange ulike yrkesgrupper.

Oversikten fra HR inneholdt noen ansatte som hadde sluttet og noen som var i permisjon uten at det var mulighet for å se hvem disse var. Invitasjonen til undersøkelsen ble derfor sendt til et ukjent antall ansatte som man ikke kunne regne med å få svar fra, og til noen som det heller ikke ville være hensiktsmessig å få svar fra.

Undersøkelsen ble laget i Questback og sendt ut til de ansatte på e-post. Totalt 1124 personer mottok invitasjon til undersøkelsen 25. september 2019. Det ble sendt purring etter syv og tolv dager. Undersøkelsen ble stengt om kvelden 15. oktober 2019. Totalt 343 personer, det vil si 30,5% av de som mottok invitasjonen, svarte på undersøkelsen. Det var mulig å gå videre til neste spørsmål uten å ha svart på det forrige slik at for noen av spørsmålene er det noe færre enn 343 svar.

Før undersøkelsen ble sendt ut til de ansatte var jeg på ledermøtet i AKB og presenterte undersøkelsen. Det var for å lederforankre undersøkelsen i håp om å få en god svarprosent. Alle deltakerne på dette møtet var ledere med personalansvar for kommende mottakere av spørreundersøkelsen. Det er denne ledergruppen som avgjør om det blir iverksatt forbedringstiltak eller ikke basert på resultatene i denne masteroppgaven. Leder i AKB, Stein Kaasa, ba møtedeltakerne om å oppfordre sine ansatte til å svare på undersøkelsen. Dagen etter ledermøtet sendte jeg en kort e-post til alle møtedeltakerne med noen nøkkelpunkter som de kunne informere om. Måten det ble gjort på varierte. Enkelte av lederne sendte e-posten videre til sine ansatte med meg på kopi. Andre informerte muntlig på et morgenmøte.

4.3 Analyse av resultatene

Resultatene fra undersøkelsen ble overført fra Questback til en Excel-fil. Excel-filen ble kopiert inn i SPSS fordi det ikke fungerte å laste den inn. Verdiene for de ulike variablene ble så manuelt endret til numeriske verdier for å gjøre de tilgjengelige for analyse i SPSS. For å være sikker på at det ikke var gjort feil i den manuelle endringen ble det kontrollert at de ulike svaralternativene for hvert spørsmål hadde samme frekvens etter endringen i SPSS som de hadde i Excel.

Analysene i SPSS ble utført av meg. I tillegg ble filterfunksjonen i Excel brukt for å finne noen opplysninger. Der hvor det ikke er opplyst om analyser i resultatkapittelet, ble filterfunksjonen i Excel brukt for å frembringe opplysningene det refereres til.

Resultatkapittelet blir innledet med bakgrunnsinformasjon om de som fikk invitasjon til undersøkelsen. Denne kartleggingen og tilhørende utregninger ble gjort av undertegnede ut fra resultatene og ansattoversikten som ble sendt fra HR.

I filen som ble brukt til å hente ut bakgrunnsopplysninger om de ansatte i AKB er det 1123 ansatte, altså én færre enn undersøkelsen ble sendt ut til. Det skyldes at i oversikten fra HR står enkelte ansatte oppført mer enn én gang fordi de har mer enn ett stillingsforhold, f.eks. fagsykepleier og sykepleier. Jeg endret filen slik at ingen sto oppført mer enn én gang, men jeg må ha oversett et dobbelt stillingsforhold i filen jeg lastet inn i Questback, eller fjernet et stillingsforhold for mye i filen som ble brukt for å hente ut bakgrunnsopplysninger om respondentene.

4.4 Etikk

Undersøkelsen er basert på frivillig deltakelse og respondentene er lovet anonymitet. Ingen sensitive opplysninger ble behandlet i denne undersøkelsen. NSD vurderte derfor prosjektet til å ikke være meldepliktig. På bakgrunn av NSD sin vurdering, gjorde personvernombudet i OUS det samme. Leder i AKB godkjente at undersøkelsen ble gjennomført. Ledergruppa i AKB var informert før undersøkelsen ble sendt ut.

For å sikre anonymiteten til respondentene, og ivareta personvern hensyn, ble ingen annen informasjon enn respondentenes e-post adresser lastet inn i Questback da undersøkelsen skulle sendes ut. De demografiske variablene i undersøkelsen var kategoriske, og hver

kategori var bred. I undersøkelsen var f.eks. «Leder» én gruppe, den var ikke delt opp i f.eks. leder for leger eller leder for kontorpersonell/administrasjon.

5.0 Presentasjon av resultater

5.1 Bakgrunnsinformasjon om respondentene.

I oversikten jeg mottok fra HR står respondentene, som nevnt i kapittel 4.2, oppført med kjønn, stilling og alder i tillegg til deres e-postadresser. Bakgrunnsinformasjonen i dette kapitlet er hentet fra den oversikten.

Det er flere kvinner (927) enn menn (196) ansatt i AKB. Det er derfor naturlig at det er flere kvinner enn menn som har besvart undersøkelsen. Tabell 5.1 viser antall kvinner og menn som mottok undersøkelsen, antall som har svart og prosentandel som har svart. Som vi ser av tabellen er andelen som har svart nokså lik for begge kjønn.

TABELL 5.1 – Fordeling av respondentene basert på kjønn

Kjønn	Antall ansatte	Antall som har svart	Prosentandel som har svart
Kvinne	927	271	29,0%
Mann	196	62	31,6%
Ukjent/Ønsker ikke å oppgi		5	

Tabell 5.2 viser antall ansatte i de ulike aldersgruppene, antall som har svart og prosentandel som har svart. Her er det noe større variasjon mellom gruppene, men den er på under 5 %.

TABELL 5.2 – Fordeling av respondentene basert på alder

Alder	Antall ansatte	Antall som har svart	Prosentandel som har svart
20-35 år	416	114	27,4%
36-55 år	497	159	32,0%
>55 år	208	61	29,3%

Tallene fra HR for de ulike yrkesgruppene er litt vanskeligere å tolke fordi mange av de ansatte er både f.eks. leger og ledere og hvilken kategori de putter seg selv i er usikkert. Noen

har også flere stillingsforhold og hvilket stillingsforhold jeg telte de som kan avvike fra det stillingsforholdet de selv identifiserer seg mest med. Hvem som velger å putte seg selv i kategorien «Kontorpersonell/administrasjon» og kategorien «Annen yrkesgruppe» er også vanskelig å forutsi og disse tallene er dermed usikre. Tallene i tabell 5.3 må derfor tolkes med en viss forsiktighet.

TABELL 5.3 – Fordeling av respondentene basert på yrkesgruppe

Yrkesgruppe	Antall ansatte	Antall som har svart	Prosentandel som har svart
Kontorpersonell/ administrasjon	137	36	26,3%
Lege	221	72	32,6%
Leder	42	13	31%
Stråleterapeut	169	70	41,4%
Sykepleier/ hjelpepleier	460	130	28,3%
Annen yrkesgruppe	53	21	40%

Oversikt over hvor stor andel av de ansatte som har jobbet i Oslo Universitetssykehus i mindre enn 2 år, 2-7 år, 8-15 år og mer enn 15 år kunne ikke fremskaffes ut fra listen som HR sendte.

Oppsummert kan vi si at begge kjønn er jevnt fordelt i materialet ut fra hvor mange av hvert kjønn som er ansatt, det samme er de ulike aldersgruppene. Tallene for de ulike yrkesgruppene er noe mer usikre, men de tyder på at stråleterapeutene og «Annen yrkesgruppe» har en forholdsvis noe større andel svar enn de andre gruppene.

5.2 Er de ansatte kjent med hvilke bakteriegrupper pasienter i OUS skal screenes for?

For at pasientene skal få informasjon om at de skal la seg screene, og for at helsepersonell skal kunne avdekke behov for screening, er det viktig at helsepersonellet kjenner til prosedyrene/retningslinjene for hvilke pasienter som skal screenes for bærerskap av antibiotikaresistente bakterier. Tre av spørsmålene i undersøkelsen var derfor formulert slik:

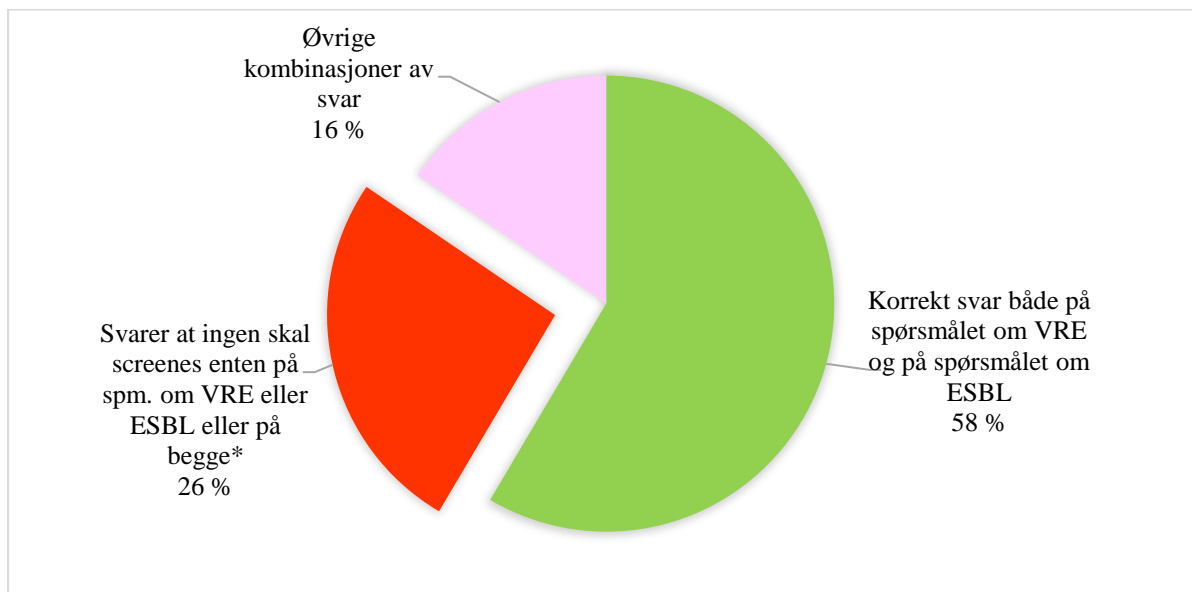
Hvem skal screenes for MRSA/VRE/ESBL?

For spørsmålet om MRSA var et av alternativene «Ingen, vi behandler heller pasientene som blir syke». Ingen av respondentene valgte dette alternativet. Syv respondenter valgte «Vet ikke». Totalt 17 respondenter valgte feil svar. 319 respondenter valgte det korrekte svaret. Dette tyder på at det er godt kjent blant de ansatte at enkelte pasienter skal screenes for MRSA selv om ikke alle vet akkurat hvilke pasienter som skal screenes. Resultatene for det spørsmålet blir derfor ikke ytterligere analysert.

Spørsmålene om VRE og ESBL hadde blant annet svaralternativene «Ingen, vi behandler heller pasientene som blir syke» og «Vi screener ingen for ESBL/VRE, kun for MRSA». Figur 5.1 viser hvor mange prosent av de ansatte som valgte et av disse to alternativene, som sier at ingen pasienter skal screenes, på minst ett av spørsmålene. Dvs. hvor mange prosent av de ansatte som enten er helt uvitende om at enkelte pasienter skal screenes for VRE, eller er helt uvitende om at enkelte pasienter skal screenes for ESBL, eller som er helt uvitende om screening i forhold til begge bakteriegruppene.

Som figur 5.1 viser, så er det ukjent for 26% av de ansatte at enkelte pasienter skal screenes for ESBL og/eller VRE. Legg merke til at det er et fåtall (17 respondenter) som er ukjent med screening for begge bakteriegruppene. Legg også merke til at det kun er litt over halvparten av de ansatte, 58%, som svarer korrekt på begge spørsmålene.

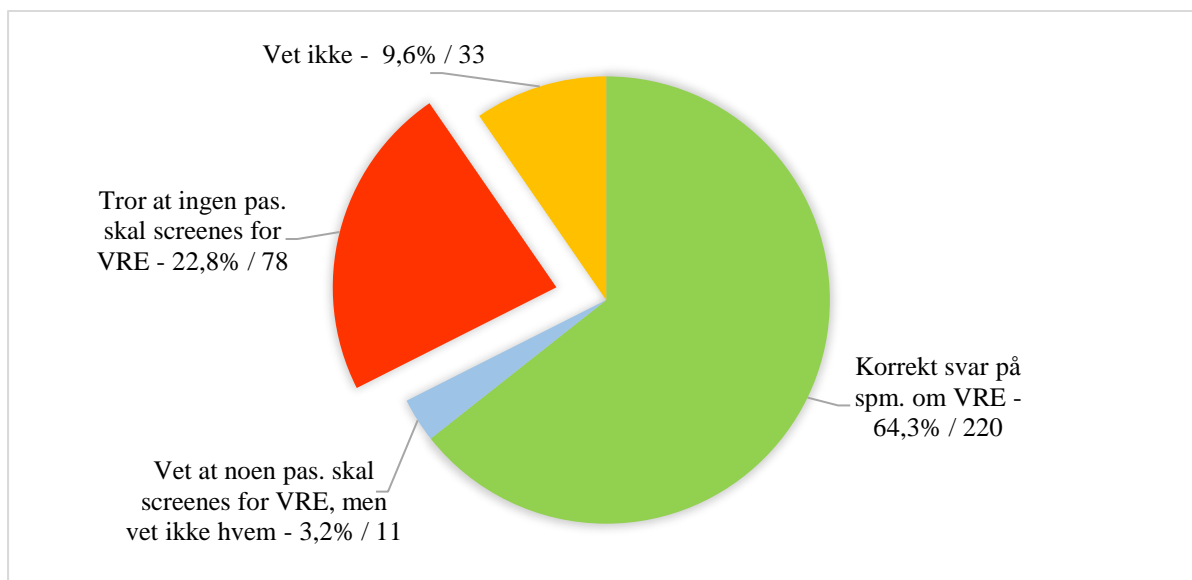
Figur 5.1 – Fordeling av kombinasjoner av svar på spørsmålene om VRE og ESBL sett under ett for hele AKB.



*17 av respondentene valgte det alternativet på begge spørsmålene.

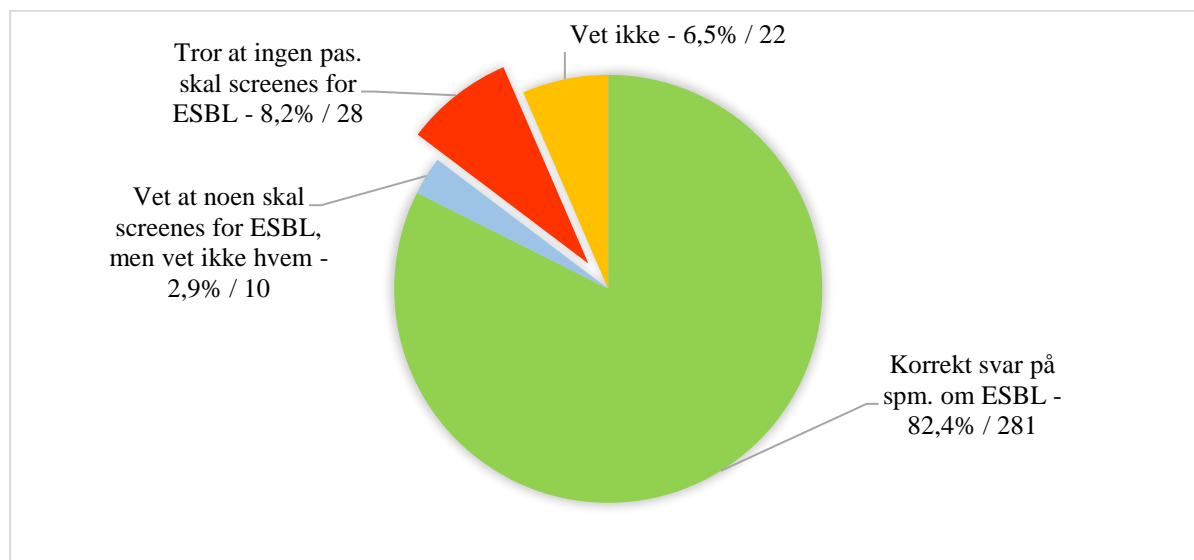
De to neste figurene viser fordelingen av svarene for hvert av spørsmålene hver for seg. Det ser det ut til å være minst kjent at enkelte pasienter skal screenes for VRE.

Figur 5.2 – Andel respondenter som har valgt de ulike svaralternativene på spørsmålet «Hvem skal screenes for VRE?» – Oppgitt i prosent. Antallet de utgjør står etter prosentandelen*.



*342 respondenter svarte på spørsmålet.

Figur 5.3 – Andel respondenter som har valgt de ulike svaralternativene på spørsmålet «Hvem skal screenes for ESBL?» – Oppgitt i prosent. Antallet de utgjør står etter prosentandelen*.



*341 respondenter svarte på spørsmålet.

I det følgende skal vi hente ut mer informasjon om tallene i figur 5.2 og 5.3. Vi tar for oss bakteriegruppene hver for seg, og vi begynner med spørsmålet om VRE.

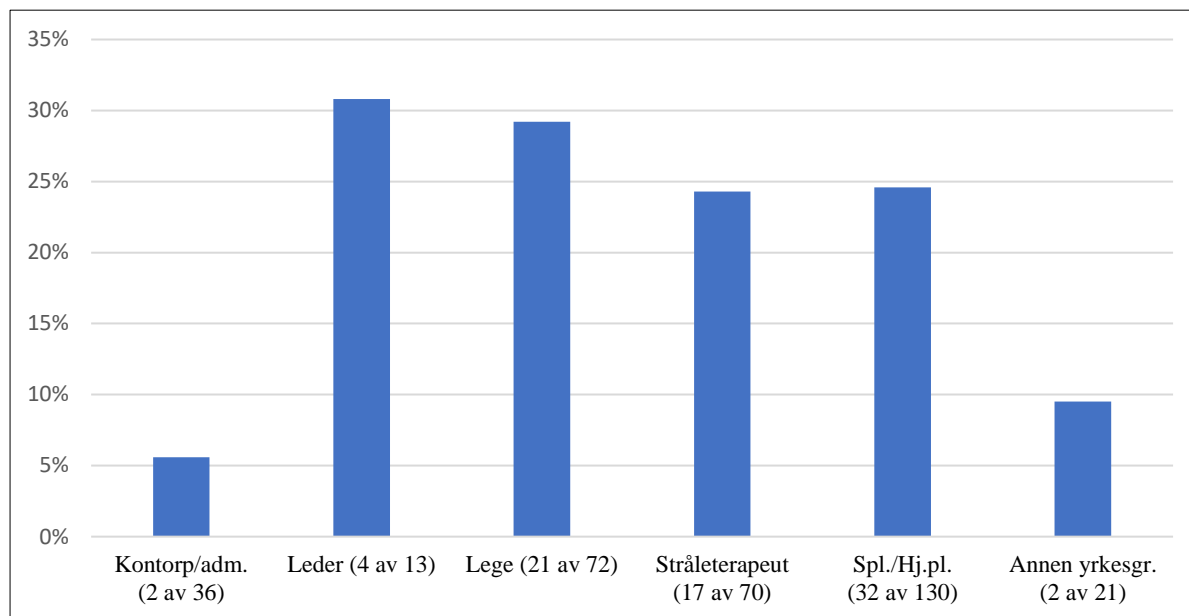
Til slutt i dette kapittelet skal vi se på om de ansatte har opplevd å ha pasienter som burde ha vært screenet, men som ikke var det. Svarene kan være en indikasjon på om manglende kunnskap om screeningrutiner gir noen praktiske konsekvenser.

5.2.1 «Hvem skal undersøkes/screenes for VRE?»

To av svaralternativene var, som nevnt, «Ingen, vi behandler heller pasientene som blir syke» og «Vi screener ingen for VRE, kun for MRSA». Det var til sammen 78 ansatte (22,8% av 342 respondenter) som valgte disse alternativene, med en klar overvekt på det siste. Av disse 78 oppgir kun 3 (én kontor/adm, én leder, én stråleterapeut) at de ikke har pasientkontakt. De aller fleste av de som svarer at ingen pasienter skal screenes for VRE har altså pasientkontakt. Figur 5.4 viser en prosentvis oversikt over hvordan disse fordeler seg på de ulike yrkesgruppene. Vi ser at kontorphersonell/administrasjon er den gruppen som er best kjent med at noen pasienter skal screenes. Vi ser også at stråleterapeutene og sykepleierne/hjelpepleierne er noe bedre kjent med det enn legene, men ikke med så mange prosentpoeng. Av lederne er det fire respondenter som ikke er kjent med VRE-screening. De utgjør en høy prosentsum fordi det totalt er få ledere som har svart. I de neste analysene

fokuseres det på resultatene for de tre største yrkesgruppene – målt i antall respondenter – legene, stråleterapeutene og sykepleierne.

Figur 5.4 – Andeler av respondentene som valgte alternativene «Ingen, vi behandler heller de som blir syke» og «Vi screener ingen for VRE, kun for MRSA» på spørsmålet «Hvem skal screenes for VRE?» – Målt i prosent per yrkesgruppe. Antallet de utgjør står etter tittelen på yrkesgruppen.



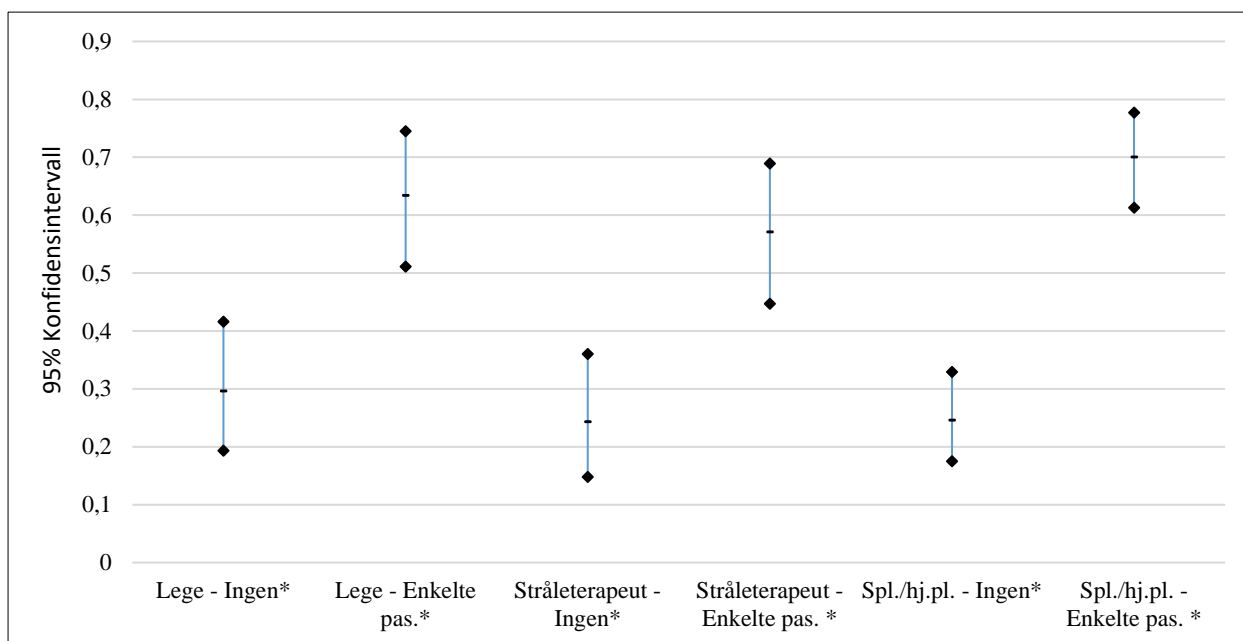
Det virker ganske alvorlig at så mange som nesten 30% av legene og nesten 25% av sykepleierne/hjelpepleierne og stråleterapeutene tilsynelatende ikke er kjent med at enkelte pasienter skal testes for VRE. For å vurdere hvor sannsynlig det er at resultatene som er beskrevet så langt i dette kapittelet er representative for AKB som helhet, ble det kjørt One-sample binominal successrate (Clopper-Pearson) tester i SPSS for å få frem 95% konfidensintervaller. For å gjøre resultatene lettere tilgjengelig for analyser, ble svaralternativer slått sammen til ulike svar-grupper, som hver fikk sin kolonne i SPSS. Oversikt over grupperingen av svarene vises i tabell 5.4.

Tabell 5.4 – Gruppering av svaralternativer i forkant av tester i SPSS for spørsmålet «Hvem skal screenes for VRE?»

Gruppenavn i SPSS/Etikett navn i figur 5.5	Inkluderer disse svarene på spørsmålet «Hvem skal screenes for VRE?»
Ingen pasienter skal screenes for VRE	«Ingen, vi behandler heller de som blir syke» og «Vi screener ingen for VRE, kun for MRSA»
Enkelte pasienter skal screenes for VRE	«Alle pasienter som har poliklinisk time og/eller som legges inn i OUS», «Alle pasienter som har vært på ferie utenfor Norge i løpet av de siste 12 månedene» og det <u>korrekte</u> svaret «Blant annet alle pasienter som har vært innlagt på sykehus utenfor Norge i løpet av de siste 12 månedene og som skal legges inn i OUS»
Vet ikke	«Vet ikke»

I neste figur (5.5) vises 95% konfidensintervaller for de største yrkesgruppene. De respondentene som valgte «Vet ikke» er det umulig å vite om er helt ukjente med at noen pasienter skal screenes for VRE, eller om de er noe kjent med det. De utgjør dessuten en liten gruppe når man deler opp svarene etter yrkesgrupper, og er derfor utelatt fra figur 5.5.

Figur 5.5 – 95% konfidensintervaller for andeler av svar på spørsmålet «Hvem skal screenes for VRE?» – Fordelt på de største yrkesgruppene.



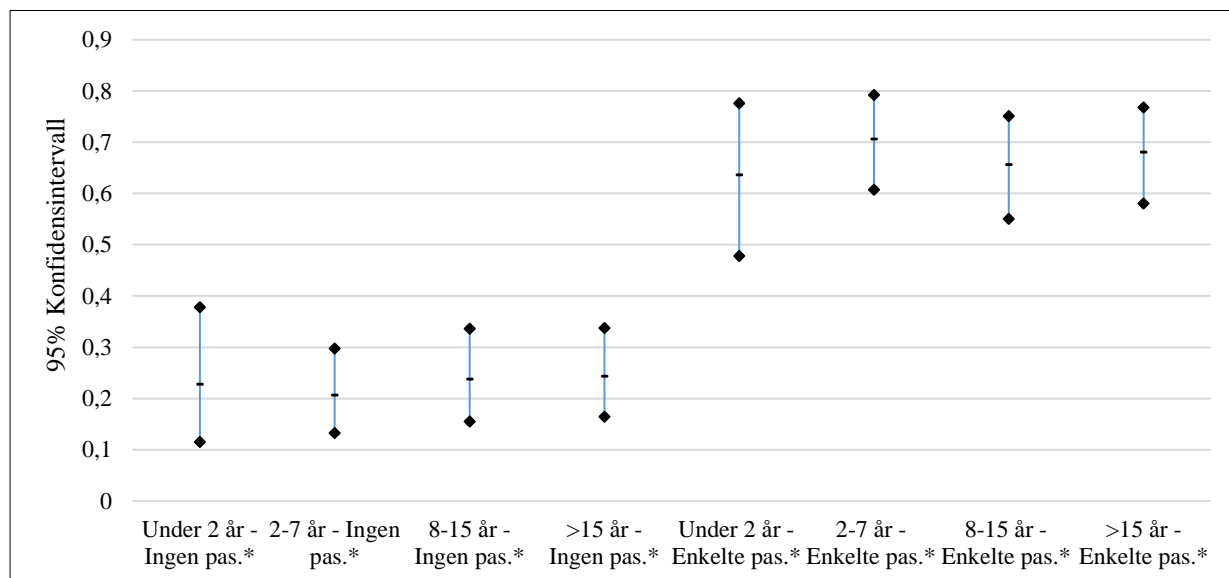
*Svarene er gruppert som vist i tabell 5.4.

I figur 5.5. er konfidensintervallene brede, og vi må derfor tolke resultatene med en viss forsiktighet. Vi ser imidlertid at det for alle yrkesgruppene ser ut til at minimum rundt 20% (noe lavere for stråleterapeutene og sykepleierne) av de ansatte ikke er kjent med at enkelte pasienter skal screenes for VRE. Figuren viser at prosentsetningen også kan være atskillig høyere, helt opp til 40% for legene. Det ser ut til at sykepleierne og stråleterapeutene er noe bedre kjent med denne rutinen enn legene, men forskjellene er små. Disse resultatene sammenfaller godt med gjennomsnittet for AKB som helhet, som indikerte at omtrent 25% av de ansatte i AKB er ukjente med at enkelte pasienter skal VRE-screenes..

Det kan være interessant å vite om de som har vært ansatt i OUS i kort tid svarer annerledes enn de som har vært ansatt i lengre tid. I undersøkelsen ble respondentene bedt om å angi hvor lenge de hadde vært ansatt og fikk fire svaralternativer: «Under 2 år», «2-7 år», «8-15 år» og «>15 år». Figur 5.6 viser 95% konfidensintervaller for de samme grupperingene av svar som de tidligere figurene har gjort, men denne gangen er svarene sortert etter hvor lenge respondentene har vært ansatt i OUS i stedet for på yrkesgruppe. Som figuren viser, er konfidensintervallene for de ulike kategoriene av denne bakgrunnsvariabelen svært sammenfallende. Det indikerer at hvor lenge respondentene har vært ansatt i OUS ikke har noen betydning for hvordan de svarer på spørsmålet om hvem som skal screenes for VRE.

Det skal bemerkes at spesielt konfidensintervallet for gruppen «Under 2 år» er svært bredt, noe som gjør at resultatet spesielt for denne gruppen må tolkes med forsiktighet.

Figur 5.6 – 95% konfidensintervaller for svar på spørsmålet «Hvem skal screenes for VRE?» – Fordelt på hvor lenge respondentene har vært ansatt i OUS.



*Svarene er gruppert som vist i tabell 5.4.

Avslutningsvis ble det kjørt tester for å avdekke eventuelle sammenhenger mellom kjønn og alder og hvordan respondentene svarte på spørsmålet om hvem som skal screenes for VRE. Analysene avdekket ingen slike sammenhenger.

5.2.2 «Hvem skal undersøkes/screenes for ESBL?»

På dette spørsmålet svarte færre feil enn på spørsmålet om VRE. Det var også færre som valgte et av alternativene som sier at ingen skal screenes enn på spørsmålet om VRE. 2 av respondentene oppgav at de ikke har pasientkontakt. 1 av respondentene har ikke oppgitt om han/hun har pasientkontakt. Selv om utvalget er mindre enn for spørsmålet om VRE, kan det allikevel være interessant å se på hvordan de som ikke var kjent med at det i visse situasjoner skal screenes for ESBL fordelte seg på yrkesgruppene, se tabell 5.5.

Tabell 5.5 – Antall som svarte at ingen pasienter skal screenes for ESBL fordelt på yrkesgruppene. Hvor stor andel de utgjorde av egen yrkesgruppe står i parentes.

	Kontorpersonell/ adm.	Lege	Leder	Stråleterapeut	Spl./Hj.pl.	Annen yrkesgruppe
Antall	0	11 (15,3%)	2 (15,4%)	3 (4,3%)	11 (8,5%)	1 (4,8%)

Som vi ser, er det ingen i gruppen kontorpersonell/administrasjon, men det er noen i hver av de største yrkesgruppene, som har valgt dette alternativet. Da dette tallmaterialet er en god del mindre enn hva som var tilfellet for spørsmålet om VRE, går jeg ikke ytterligere inn i det.

5.2.3. En fjerdedel av de ansatte er ikke kjent med at enkelte pasienter skal screenes for VRE – Skaper det noen problemer?

Ingen av spørsmålene i undersøkelsen gir et entydig svar på dette, men svarene fra ett spørsmål i undersøkelsen kan gi en indikasjon. Spørsmålet er «Hva gjorde du SIST GANG du oppdaget at en av dine pasienter i henhold til prosedyrene skulle ha vært screenet for MRSA, VRE eller ESBL, men at det ikke hadde blitt gjort?»

Spørsmålet dreide seg om screening for alle de tre bakteriegruppene, ikke VRE spesielt. Det hadde så mange som 12 svaralternativer og spørsmålet presiserer ikke om hendelsen skal ha skjedd i løpet av de siste tre årene, det siste året eller siste måneden. Hendelsene som var utgangspunktet for svarene respondentene gav kan derfor ligge flere år tilbake i tid. Svarene sier heller ikke noe om årsaken til at pasientene ikke var blitt screenet. Dette gjør at svarene ikke kan brukes til å si noe om hyppigheten av, eller årsaken til, slike hendelser, eller si noe presist om hvor stort omfanget av problemet er per i dag, men det sier noe om hvor mange som har erfart konsekvensene av at pasienter ikke har blitt screenet i henhold til prosedyrene.

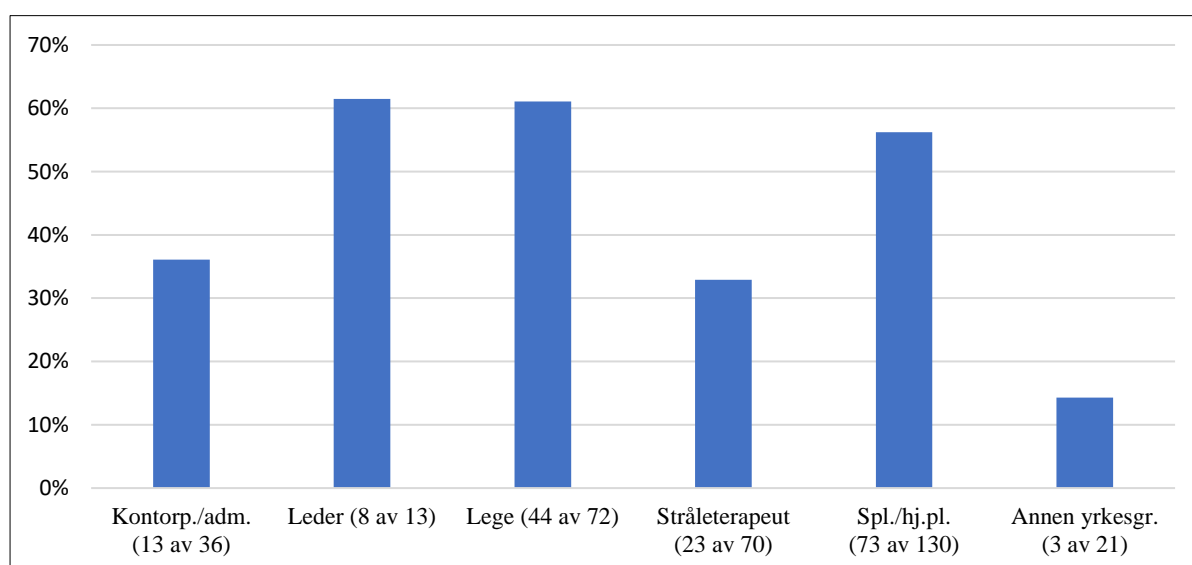
Et av svaralternativene var «Dette har jeg aldri opplevd». Ni av svaralternativene var ulike varianter av at dette hadde respondenten opplevd. De to siste alternativene var «Ønsker ikke å svare», som én respondent valgte, og «Ikke aktuelt i min jobb», som 69 valgte.

Når vi tar bort svarene fra de som valgte «Ikke aktuelt i min jobb», og den som ikke ønsket å svare, står vi igjen med 272 svar (342 svar – 69 «Ikke aktuelt i min jobb» – 1 «Ønsker ikke å svare» = 272).

Av de 272 har 108 (39,7%) svart at de aldri har opplevd dette, mens 164 (60,3%) har valgt ulike varianter av at dette har de opplevd. Over halvparten av respondentene har altså opplevd å ha en pasient som skulle ha vært screenet, men som ikke hadde blitt det.

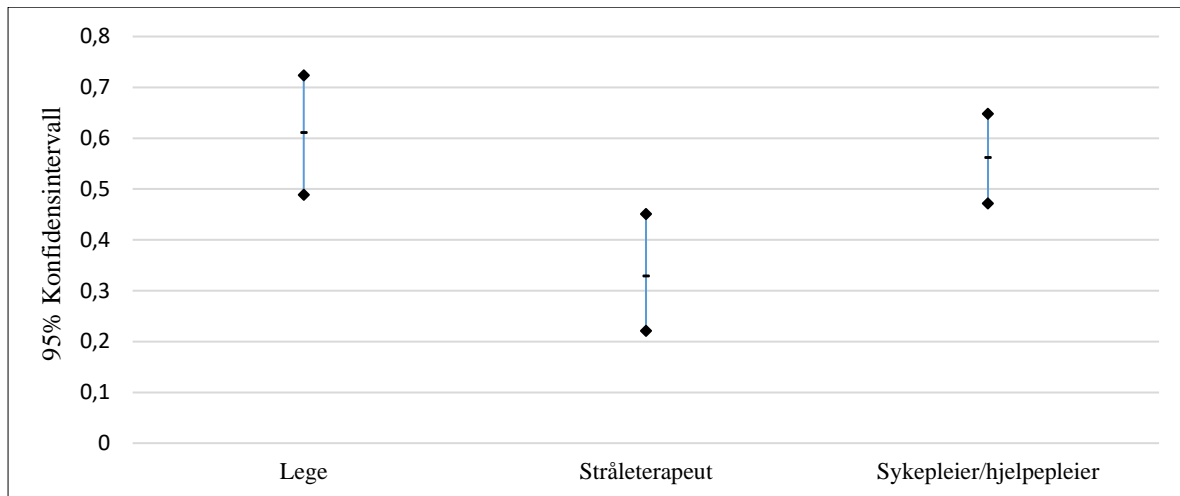
Neste figur viser en oversikt over hvor stor andel av respondentene i hver yrkesgruppe som har opplevd å ha en pasient som ifølge prosedyren skulle ha vært screenet, men hvor det ikke var blitt gjort.

Figur 5.7 – Andel av respondentene som har opplevd å ha en pasient som i henhold til prosedyrene skulle ha vært screenet for MRSA, VRE eller ESBL, men hvor det ikke var blitt gjort – Oppgitt i prosent per yrkesgruppe. Antallet de utgjør står etter tittelen på yrkesgruppen.



Av figuren ser vi at det varierer mellom yrkesgruppene i hvilken grad de ansatte har vært utsatt for denne problematikken. I overkant av 60% av lederne og legene, og i underkant av 60% av sykepleierne, har opplevd dette. 95% konfidensintervaller for de største yrkesgruppene følger på neste side.

Figur 5.8 – 95% konfidensintervaller for andeler av de ansatte som har opplevd å ha en pasient som i henhold til prosedyrene skulle ha vært screenet for enten MRSA, VRE eller ESBL, men hvor det ikke var blitt gjort – Fordelt per yrkesgruppe.



Av figur 5.8 ser vi at konfidensintervallene er brede, men vi ser at det er svært sannsynlig at minst 50% av legene og sykepleierne har opplevd å ha en pasient som skulle ha vært screenet for MRSA, VRE eller ESBL, men hvor det ikke var blitt gjort. Tallet er lavere for stråleterapeutene.

5.2.4 Oppsummering av kapittel «5.2 Er de ansatte kjent med hvilke bakteriegrupper pasienter i OUS skal screenes for?»

Det er tydelig at det er kjent blant de aller fleste ansatte i AKB at enkelte pasienter skal screenes for MRSA, selv om ikke alle vet akkurat hvilke pasienter som skal screenes. Analysene av svarene på spørsmålet om VRE, samt oversikten over hvordan de som svarte at ingen skal screenes for ESBL fordelte seg på yrkesgruppene, gjør at vi kan si at det ikke er kjent blant alle ansatte at enkelte pasienter skal screenes for VRE og/eller ESBL. Hvilken yrkesgruppe de ansatte tilhører ser ut til å påvirke svarene. Det ser ut til at hvor lenge respondentene har vært ansatt i OUS påvirker svarene noe. Gjennomgangen i kapittel 5.2.3 viste at godt over halvparten av respondentene hadde opplevd å ha en pasient som skulle ha vært screenet, men hvor det ikke var blitt utført. Tallet var høyere for sykepleierne og legene enn det var for stråleterapeutene.

5.3 Opplever de ansatte rutinene som tydelige?

To spørsmål i undersøkelsen berørte dette temaet:

Spørsmål 1: «Er det tydelig på din arbeidsplass hvem som har ansvaret for at det avdekkes behov for screening?»

Spørsmål 2: «Dersom det er avdekket behov for screening av en pasient, er det tydelig på din arbeidsplass hvem som har ansvaret for at denne screeningen blir gjennomført?»

Begge spørsmålene hadde fem svaralternativer:

«Ja, det er helt klare rutiner for det»

«Nei, det er ikke tydelig»

«Vet ikke»

«Ønsker ikke å svare»

«Ikke aktuelt i min jobb»

For begge spørsmålene ble det laget en egen kolonne i SPSS hvor svaralternativene ble slått sammen slik: 0=Ja, rutinene oppleves som tydelige og 1=Nei, det er ikke tydelig og Vet ikke. Svarene fra de som ikke ønsket å svare eller som svarte at det ikke er aktuelt i sin jobb, fikk ingen verdi i disse kolonnene. Én respondent har ikke oppgitt stillingstype. Svaret fra den respondenten fikk heller ingen verdi. På de neste sidene følger resultatene av analysene for hvert av de to spørsmålene.

5.3.1 «Er det tydelig på din arbeidsplass hvem som har ansvaret for at det avdekkes behov for screening?»

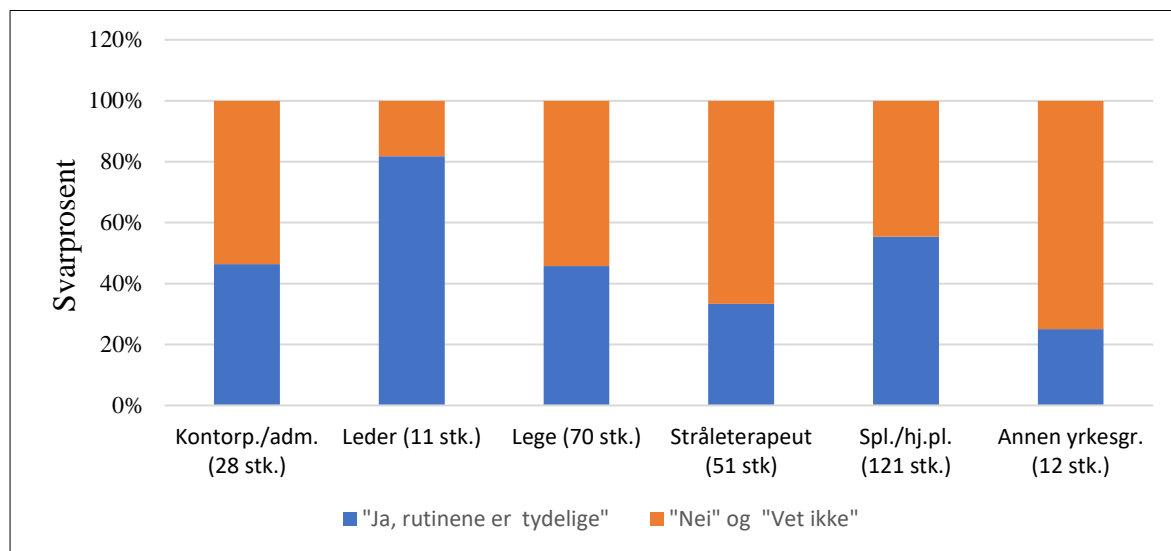
48,1% (141 av 293 respondenter), dvs. under halvparten av respondentene, svarte at det er tydelig hvem som har ansvaret for å avdekke behov for screening.

Det ble kjørt en kji-kvadrattest med yrkesgruppe som uavhengig variabel og svaret på spørsmålet som avhengig variabel. Den gav en P-verdi på 0.01 og en oversikt over hvordan svarene fordelte seg på yrkesgruppene. Fordelingen av svarene er vist i figur 5.9 ved hjelp av et stablet stolpediagram. Den lave P-verdien indikerer at det skal finnes en forskjell i svarene som kan forklares med yrkestilhørighet. Vi skal se nærmere på det i det følgende.

Som vi ser av figur 5.9, er det lederne som er den gruppen som i størst grad angir at rutinene oppleves som tydelige. I overkant av 80 % av lederne oppgir at de er tydelige. Litt over halvparten av sykepleierne opplever rutinene som tydelige, mens under halvparten i de andre

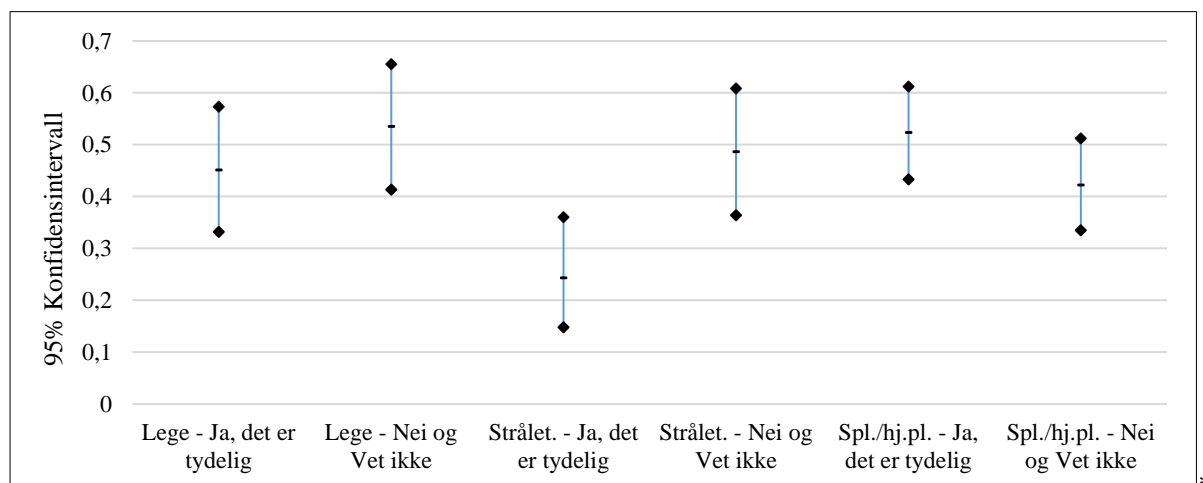
yrkesgruppene svarer det. Etter figur 5.9 følger figur 5.10 som viser 95% konfidensintervaller for de største yrkesgruppene.

Figur 5.9 – Svar på spørsmålet «Er det tydelig på din arbeidsplass hvem som har ansvaret for at det avdekkes behov for screening?» – Oppgitt i prosent per yrkesgruppe*.



*Svarene fra de som ikke ønsket å svare, eller som oppgav at det ikke er aktuelt i sin jobb, er ikke tatt med. Svaret fra én respondent, som ikke har oppgitt yrkestilhørighet, er heller ikke tatt med.

Figur 5.10 – 95% konfidensintervaller for svar på spørsmålet «Er det tydelig på din arbeidsplass hvem som har ansvaret for å avdekke behov for screening?» – Fordelt på de største yrkesgruppene*.



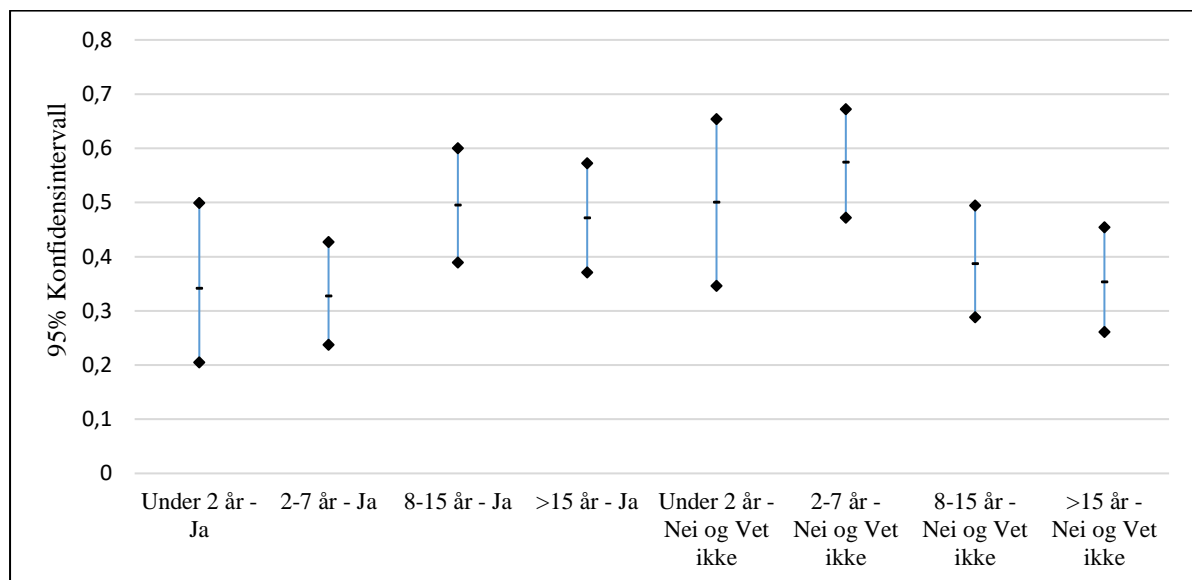
*Svarene fra de som ikke ønsket å svare, eller som oppgav at det ikke er aktuelt i sin jobb, er ikke tatt med. Svaret fra én respondent, som ikke har oppgitt yrkestilhørighet, er heller ikke tatt med.

Vi ser at konfidensintervallene er brede, spesielt for legene og stråleterapeutene, og i stor grad overlapper de hverandre. De viser at det er noe forskjell i hvordan de ulike yrkesgruppene opplever situasjonen, men forskjellene er ikke veldig store. Stråleterapeutene

skiller seg ut ved å i lavere grad enn de andre to yrkesgruppene svare at rutinene er tydelige. Oppsummert kan vi si at rutinene oppleves som utydelige av en nokså stor andel av både legene, stråleterapeutene og sykepleierne.

Når man er ny i en jobb, så tar det lang tid å bli kjent og komme inn i alle rutiner. Det kan derfor tenkes at hvor vidt man opplever rutiner som tydelige kan ha en sammenheng med hvor lenge man har jobbet et sted. Motsatt kan man tenke seg at opplæringstilbudet har endret seg, kanskje til det bedre i de senere år, og at de som nylig har blitt ansatt derfor har best oversikt og opplever rutinene som mest tydelige. Av disse grunner ble det kjørt en ny kji-kvadrat-test hvor spørsmålet om hvor lenge man har vært ansatt var uavhengig variabel og svaret på spørsmålet fremdeles var avhengig variabel. Analysen gav en P-verdi på 0,02. Den lave P-verdien gir oss grunn til å tro at der er en sammenheng mellom hvor lenge respondentene har jobbet i OUS og om de opplever rutinen som tydelig. For å studere denne sammenheng ble det utarbeidet 95% konfidensintervall for svarene på spørsmålet fordelt på hvor lenge respondentene har vært ansatt i OUS. Verdiene vises i neste figur.

Figur 5.11 – 95% konfidensintervaller for svar på spørsmålet «Er det tydelig på din arbeidsplass hvem som har ansvaret for at det avdekkes behov for screening?» – Fordelt på hvor lenge respondentene har vært ansatt i OUS*.



*Svarene fra de som ikke ønsket å svare, eller som oppgav at det ikke er aktuelt i sin jobb, er ikke tatt med. Svaret fra én respondent, som ikke har oppgitt yrkestilhørighet, er heller ikke tatt med.

Som vi ser, er intervallene brede og omtrent samtlige overlapper. P-verdien på 0,02 tydet på at det er forskjeller i hvordan respondentene har svart som kan ses i sammenheng med hvor lenge de har vært ansatt i OUS, men konfidensintervallene viser ikke like tydelig sammenheng. Vi kan si at det ser ut til at jo lenger respondentene har vært ansatt, jo større

sannsynlighet er det for at de opplever rutinen som tydelig, men det ser ikke ut til å være en veldig sterk sammenheng. Av de som har vært ansatt i OUS lengst (i 15 år eller mer), er det så mange som minimum omtrent en tredjedel som opplever at rutinene ikke er tydelige eller at de ikke vet.

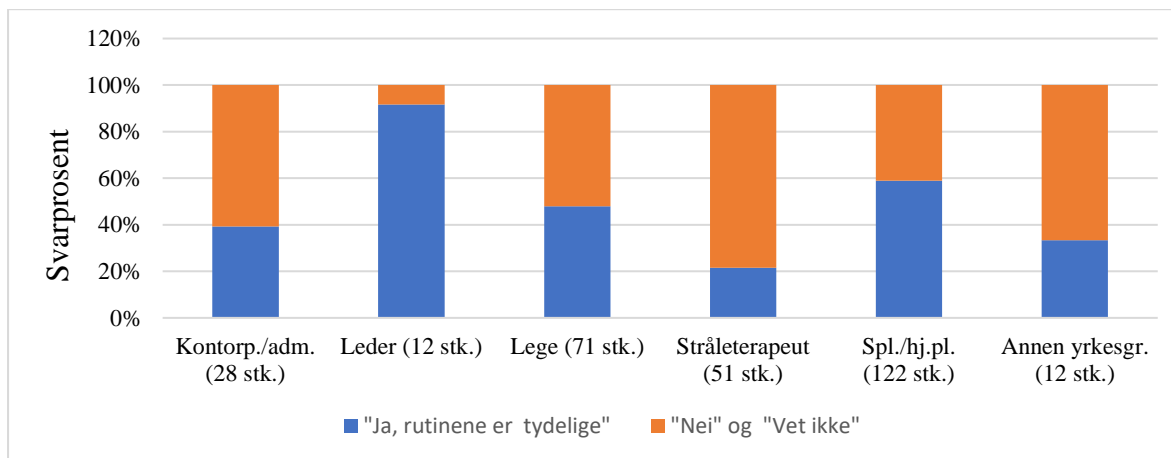
Det ble kjørt tester for å se om det var systematiske forskjeller i hvordan kvinner og menn svarte, og om hvor vidt de ansatte har pasientkontakt eller ikke påvirker svarene deres. Testene avdekket ingen slike sammenhenger. Det må nevnes at datagrunnlaget for de som oppgir å ikke ha pasientkontakt er svært lite, kun 13 respondenter. Resultatene for den gruppen må derfor vurderes forsiktig.

5.3.2 «Dersom det er avdekket behov for screening av en pasient, er det tydelig på din arbeidsplass hvem som har ansvaret for at denne screeningen blir gjennomført?»

48,3% (143 av 296 respondenter), det vil igjen si under halvparten av respondentene, svarte at det er tydelig hvem som ansvaret for å gjennomføre screeningen når behovet er avdekket.

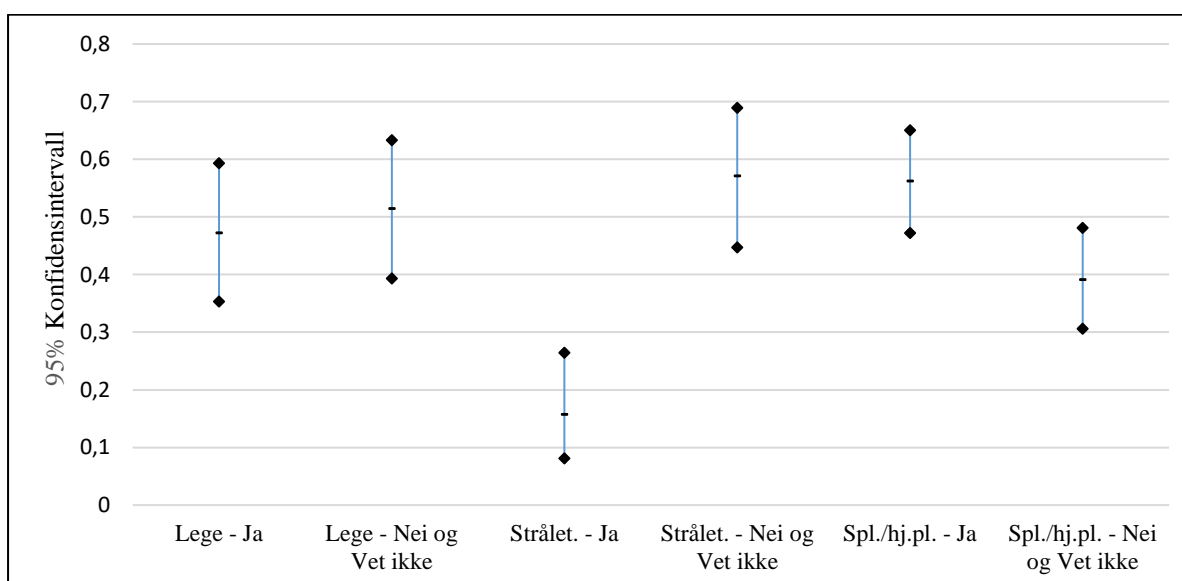
Kji-kvadrat-test med yrkesgruppe som uavhengig variabel og svaret på spørsmålet som avhengig variabel gav en P-verdi på 0.01. Vi kan dermed også for dette spørsmålet mistenke en sammenheng mellom hvilken stillingsgruppe de ansatte tilhører og om det oppleves som tydelig hvem som har ansvaret for å gjennomføre screeningen. Som for det forrige spørsmålet er det ønskelig å studere hvilke sammenhenger som finnes og vurdere signifikansen av dem. Oversikt over svar fordelt på yrkesgrupper og 95% konfidensintervaller for de største yrkesgruppene vises nedenfor.

Figur 5.12 – Svar på spørsmålet «Dersom det er avdekket behov for screening av en pasient, er det tydelig på din arbeidsplass hvem som har ansvaret for at denne screeningen blir gjennomført?» – Oppgitt i prosent per yrkesgruppe*.



*Svarene fra de som ikke ønsket å svare, eller som oppgav at det ikke er aktuelt i sin jobb, er ikke tatt med. Svaret fra én respondent, som ikke har oppgitt yrkestilhørighet, er heller ikke tatt med.

Figur 5.13 – 95% konfidensintervaller for svar på spørsmålet «Dersom det er avdekket behov for screening av en pasient, er det tydelig på din arbeidsplass hvem som har ansvaret for at denne screeningen blir gjennomført?» – Fordelt på de største yrkesgruppene.



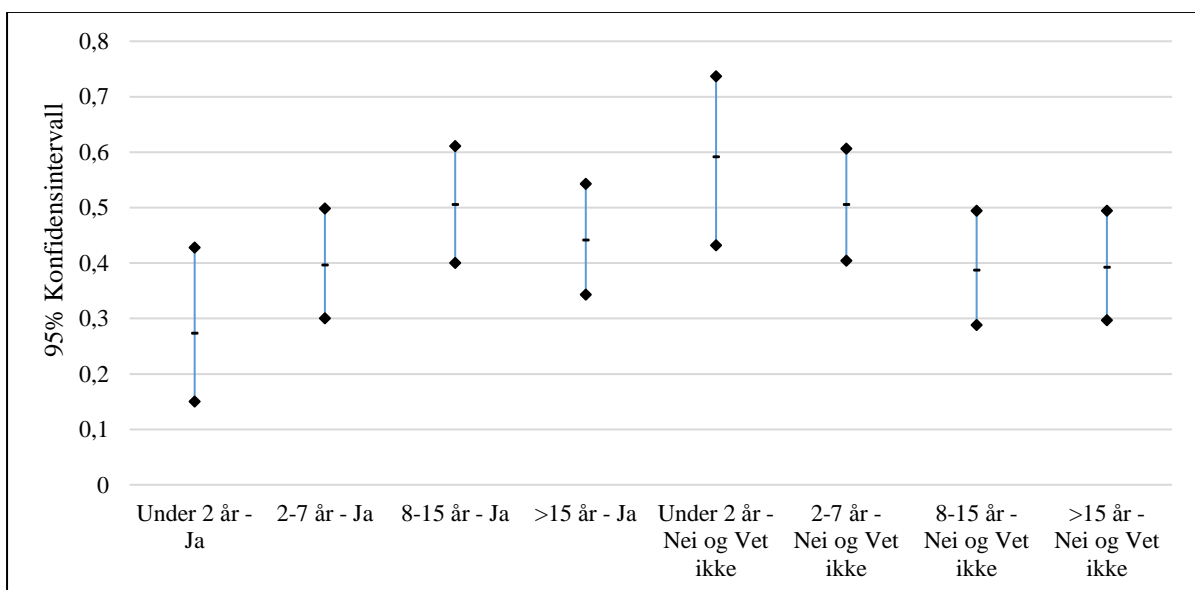
Av figur 5.12 ser vi at også for dette spørsmålet er det sykepleier-og ledergruppene som opplever rutinene som mest tydelige. Av lederne svarer rundt 90% at rutinene er tydelige. Av sykepleierne oppgir nesten 60% at rutinene er tydelige. I de andre gruppene svarer over halvparten av respondentene at rutinene oppleves som utydelige.

Figur 5.13 viser at konfidensintervallene er brede og delvis overlappende. Resultatene må derfor sies å være usikre. Vi ser at for legeguppen er det nærmest fullstendig overlappende

konfidensintervaller. De viser imidlertid at det er sannsynlig at så mange som 40-60% av legene synes det er utydelig hvem som har ansvaret for å gjennomføre screening etter at behovet er avdekket. Av stråleterapeutene ser det ut til at majoriteten opplever rutinen som utydelig, mens blant sykepleierne mener trolig minst halvparten at rutinen er tydelig.

Hvor vidt hvor lenge respondentene har vært ansatt i OUS har noen innvirkning på svarene er interessant også for dette spørsmålet. Det ble derfor kjørt kji-kvadrat-test hvor spørsmålet om hvor lenge man har vært ansatt var uavhengig variabel og svaret på spørsmålet om det er tydelig hvem som har ansvaret for å gjennomføre screening var avhengig variabel. Analysen gav en P-verdi på 0,05, noe som igjen gir oss grunn til å utforske hvilke sammenhenger som finnes mellom hvor lenge respondentene har vært ansatt og om de opplever rutinen som tydelig. Nedenfor vises 95% konfidensintervall slik at det blir lettere å studere sammenhengene.

Figur 5.14 – 95% konfidensintervaller for svar på spørsmålet «Dersom det er avdekket behov for screening av en pasient, er det tydelig på din arbeidsplass hvem som har ansvaret for at denne screeningen blir gjennomført?» – Fordelt på hvor lenge respondentene har vært ansatt i OUS.



Konfidensintervallene er igjen brede og i stor grad overlappende. De tyder allikevel på at respondentene som har vært ansatt i 8 år eller mer er de som opplever rutinen som mest tydelig. Det ser ut til at de som har arbeidet i OUS i 2 år eller mindre er de som opplever rutinen som minst tydelig. Konfidensintervallet for den gruppen er imidlertid igjen det bredeste, noe som nok en gang gjør at resultatet for den gruppen bør tolkes med forsiktighet.

For dette spørsmålet, som for de foregående, ble det heller ikke avdekket noen systematiske forskjeller i hvordan menn og kvinner svarer. Det ble heller ikke avdekket noen grunn til å mistenke at hvor vidt de ansatte har pasientkontakt eller ikke påvirket hvordan de svarte. Som for det forrige spørsmålet skal det igjen påpekes at datamaterialet for de som ikke har pasientkontakt kun består av 13 respondenter.

5.3.3 Oppsummering av kapittel «5.3 Opplever de ansatte rutinene som tydelige?»

Totalt angir litt under halvparten av de ansatte at det er tydelig hvem som har ansvar for at det avdekkes behov for screening, og at det er tydelig hvem som har ansvar for å gjennomføre den. Hvordan de ansatte svarer ser ut til å henge sammen med hvilken yrkesgruppe de tilhører. Det ser ut til å være en svak sammenheng mellom hvor lenge respondentene har vært ansatt i OUS og hvordan de svarer på spørsmålene om rutiner. Det ser ut til at de som har blitt ansatt i løpet av de siste to årene opplever rutinene for hvem som har ansvaret for å avdekke behov for screening og gjennomføre screening som minst tydelige. Sykepleierne og lederne er de som i størst grad angir at rutinene oppleves som tydelige.

5.4 Har de ansatte mottatt opplæring om screeningrutiner og påvirker eventuell opplæring hvordan de svarer på noen av de andre spørsmålene?

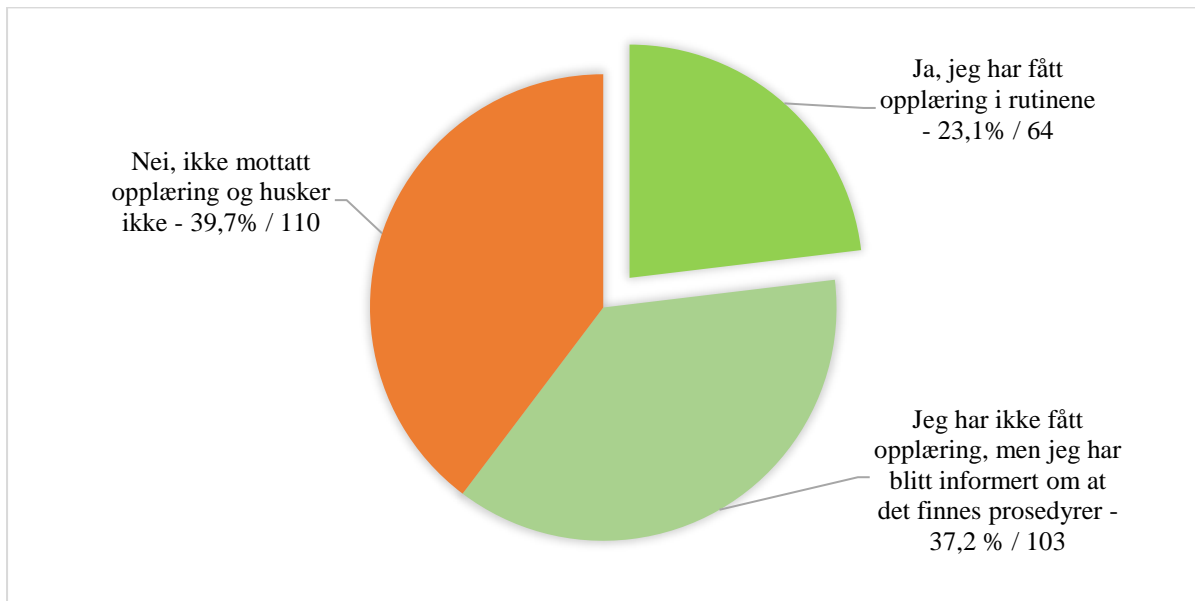
Ett spørsmål berørte dette temaet: «Har du mottatt noen opplæring om screeningrutiner?». I ettertid seg jeg at spørsmålet kan tolkes på flere måter, noe som kan forklare hvorfor så mange som 43 respondenter som angir å ha pasientkontakt har svart at spørsmålet ikke er aktuelt i deres jobb. Spørsmålet kan blant annet tolkes til at det gjelder opplæring i hvordan selve screeningen skal gjennomføres, opplæring i rutiner rundt hvem som skal avdekke behov, og opplæring i rutiner for alt som omhandler screening. De ulike stillingsgruppene har litt ulike oppgaver i forhold til dette og hvordan respondentene tolket spørsmålet kan variere på bakgrunn av det.

Spørsmålet hadde totalt 6 svaralternativer. For å gjøre resultatene mer tilgjengelige for analyser i SPSS ble noen alternativer utelatt og noen sammenslått. Svarene fra de som valgte «Ønsker ikke å svare» (2 respondenter), «Ikke aktuelt i min jobb» (62 respondenter) og de som ikke svarte på spørsmålet (2 respondenter) ble utelatt. Det vil si at svar fra 277 respondenter danner grunnlaget for analysene i dette kapittelet. Det ble antatt at dersom man ikke husker om man har fått opplæring, så var den trolig ikke veldig omfattende dersom den

har funnet sted. Svarene fra de som valgte «Husker ikke om jeg har fått opplæring» og «Nei, jeg har ikke mottatt noen opplæring om det» ble derfor sammenslått.

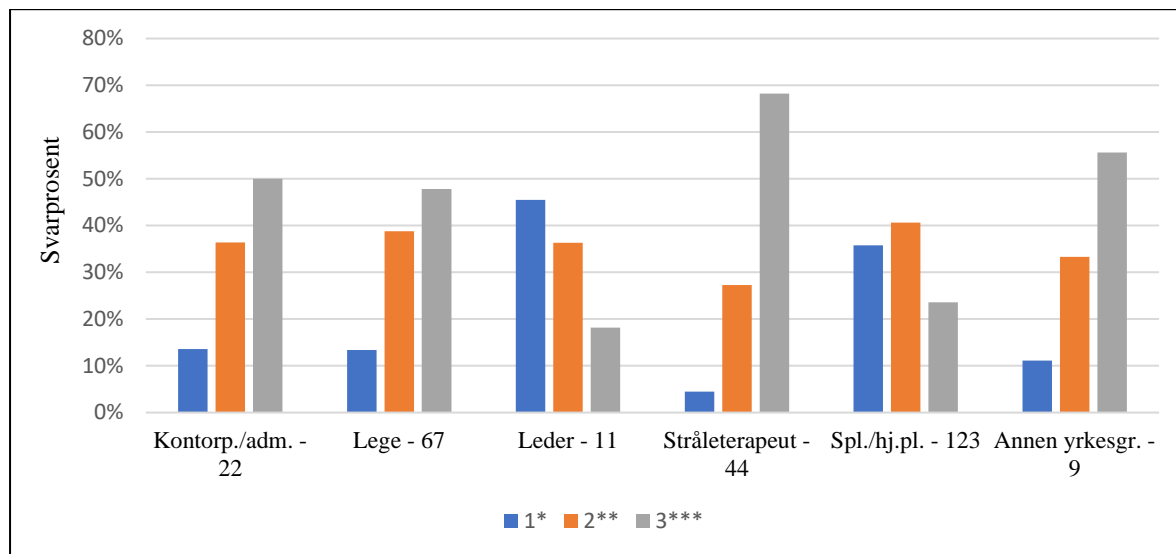
Resultatene for AKB som helhet vises i figur 5.15, mens fordelingen av svarene fordelt på de ulike yrkesgruppene vises i figur 5.16.

Figur 5.15 – Fordelingen av svar på spørsmålet «Har du mottatt noen opplæring om screeningrutiner?» – Resultatene vises totalt for AKB. Antallet respondenter som har valgt de ulike svaralternativene oppgis etter prosentsatsen*.



*Svarene fra de som valgte «Ønsker ikke å svare» (2 respondenter), «Ikke aktuelt i min jobb» (62 respondenter) og de som ikke svarte på spørsmålet (2 respondenter) er utelatt.

Figur 5.16 – Fordelingen av svar på spørsmålet «Har du mottatt noen opplæring om screeningrutiner?» – Oppgitt i prosent per yrkesgruppe. Antallet respondenter i hver yrkesgruppe står etter yrkestittelen.

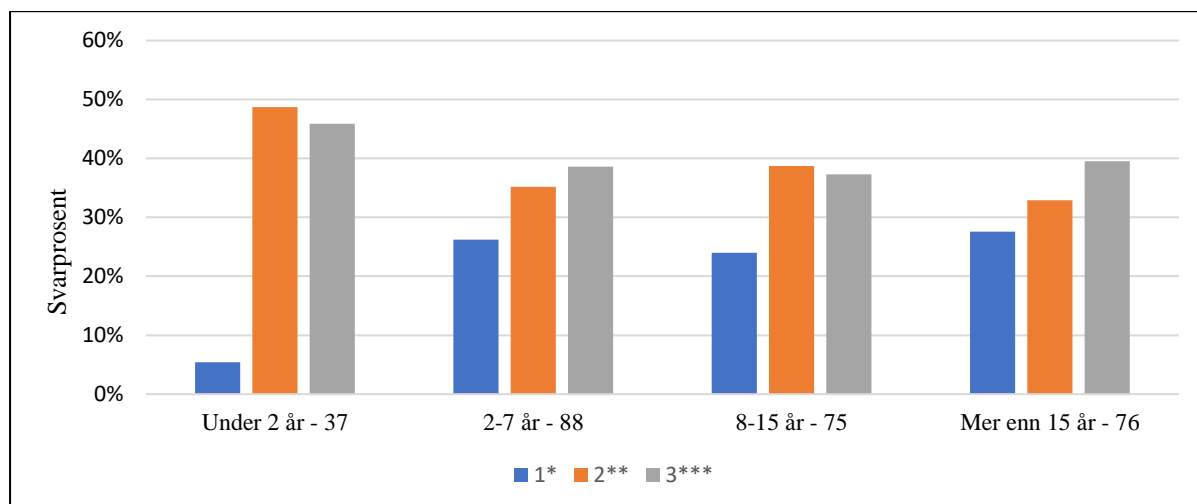


*1= «Ja, jeg har fått opplæring i rutinene». **2= «Jeg har ikke fått opplæring, men jeg har blitt informert om at det finnes prosedyrer.» ***3= Nei, ikke mottatt opplæring og husker ikke.

Som vi ser av figur 5.15 og 5.16 angir under 25% av respondentene å ha mottatt opplæring, men det er store ulikheter mellom yrkesgruppene. Sykepleiergruppen, i tillegg til lederne, er de gruppene som i størst grad oppgir å ha mottatt opplæring.

Figur 5.17 viser fordelingen av svarene sortert etter hvor lenge respondentene har vært ansatt i OUS. Det kan se ut til at de som har blitt ansatt i løpet av de siste to årene i minst grad har fått opplæring. Flertallet oppgir imidlertid å ikke ha fått opplæring uavhengig av hvor lenge de har vært ansatt.

Figur 5.17 – Fordelingen av svar på spørsmålet «Har du mottatt noen opplæring om screeningrutiner?» – Oppgitt i prosent – Sortert på hvor lenge respondentene har vært ansatt i OUS. Antallet respondenter i hver kategori står etter tittelen på kategorien.



*1= «Ja, jeg har fått opplæring i rutine.» **2= «Jeg har ikke fått opplæring, men jeg har blitt informert om at det finnes prosedyrer.» ***3= Nei, ikke mottatt opplæring og husker ikke.

5.4.1 Sammenhenger mellom mottatt opplæring og svar på noen av de øvrige spørsmålene.

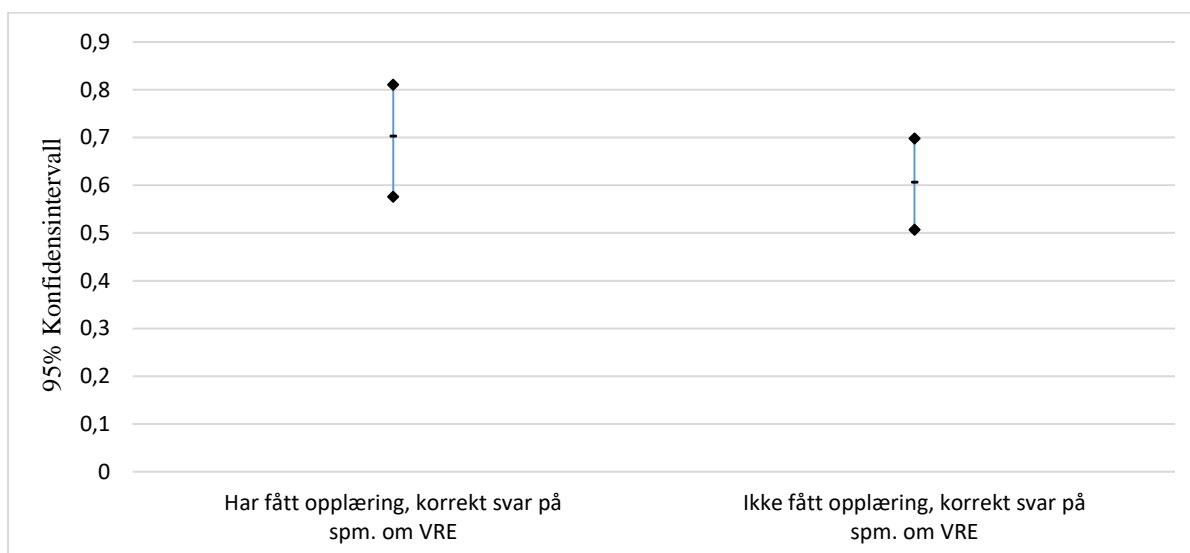
Det er interessant å vite hva som påvirker hvordan respondentene svarer. Dersom opplæring påvirker kunnskap, noe man gjerne tror at det gjør, så skulle man tro at man kan måle det ved å sammenligne svarene til de som har fått opplæring og de som ikke har fått det. For å undersøke om det finnes en slik sammenheng i resultatene fra denne undersøkelsen, ble det laget egne kolonner i SPSS for ulike kombinasjoner av svar. Deretter ble det kjørt One-sample binominal successrate (Clopper-Pearson) tester for å få frem 95% konfidensintervaller. I neste kapittel vises først en oversikt over hvilke svaralternativer for hvilke spørsmål som ble kombinert i de ulike kolonnene og dermed dannet grunnlaget for testene (tabell 5.6). Deretter følger resultatene i figur 5.18.

5.4.2 Er det noen sammenheng mellom mottatt opplæring og hvordan respondentene svarer på spørsmålet om VRE-screening?

Tabell 5.6 – Oversikt over hvilke kombinasjoner av svar på spørsmålene «Har du mottatt noen opplæring om screeningrutiner?» og «Hvem skal screenes for VRE» som inngår i konfidensintervallene i figur 5.18.

Etikett på X-aksen i figur 5.18	Kombinasjonene av svar som etikkene i figur 5.18 viser til	
	Svar på spørsmålet "Har du mottatt opplæring om screeningrutiner?"	Svar på spørsmålet "Hvem skal screenes for VRE?"
Har fått opplæring, korrekt svar på spm. om VRE	"Ja, jeg har fått opplæring i rutinene"	"Blant annet alle pasienter som har vært innlagt på sykehus utenfor Norge i løpet av de siste 12 månedene og som skal legges inn i OUS"
Ikke fått opplæring, korrekt svar på spm. om VRE	"Nei, jeg har ikke mottatt noen opplæring om det" + "Husker ikke om jeg har fått opplæring"	"Blant annet alle pasienter som har vært innlagt på sykehus utenfor Norge i løpet av de siste 12 månedene og som skal legges inn i OUS"

Figur 5.18 – 95% konfidensintervaller for å teste for sammenhenger mellom mottatt opplæring og kjennskap til VRE-screening*.



*Oversikt over hvilke spørsmål som inngår i de ulike konfidensintervallene finnes i tabell 5.6.

Vi ser at konfidensintervallene er nokså brede, spesielt gjelder det kombinasjonen av spørsmål som inkluderer at respondenten oppgir å ha mottatt opplæring. Årsaken er at det er færre ansatte som angir å ha fått opplæring (23,1% har mottatt opplæring, ref. figur 5.15) enn

de som ikke har fått det. Av den grunn er populasjonen som danner grunnlaget for konfidensintervallen til venstre i figur 5.18 mindre enn for den til høyre.

Ut fra konfidensintervallene ser det ikke ut til å være noen sammenheng mellom hvor vidt de ansatte har fått opplæring og hvordan de svarer på spørsmålet om VRE. Forskjellen mellom de som svarer at de har fått opplæring og har riktig svar på spørsmålet og de som sier de ikke har fått opplæring, men som også har riktig svar på spørsmålet er så liten at den ikke har noen klinisk betydning.

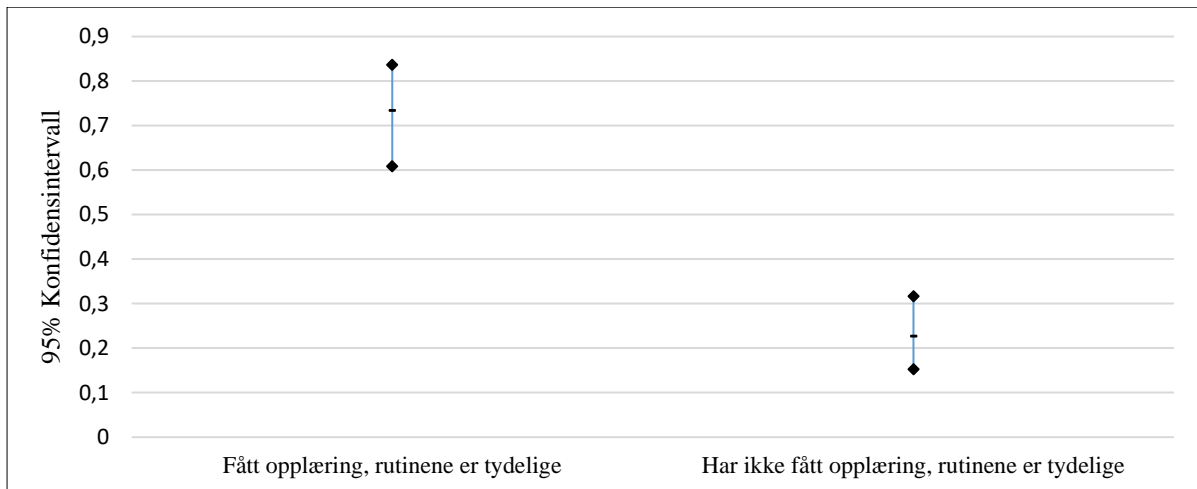
5.4.3 Er det noen sammenheng mellom mottatt opplæring og om det er tydelig for respondentene hvem som har ansvaret for å avdekke behov for screening?

Som i det forrige kapittelet, vises først en oversikt over hvilke spørsmål som dannet grunnlaget for testene, deretter følger en oversikt over konfidensintervallene som ble avdekket.

Tabell 5.7 – Oversikt over hvilke kombinasjoner av svar på spørsmålene «Har du mottatt noen opplæring om screeningrutiner?» og «Er det tydelig på din arbeidsplass hvem som har ansvaret for at det avdekkes behov for screening» som inngår i konfidensintervallene i figur 5.19.

Etikett i figuren	Kombinasjonene av svar som etikkene i figur 5.20 viser til	
	Svar på spørsmålet "Har du mottatt opplæring om screeningrutiner?"	Svar på spørsmålet "Er det tydelig på din arbeidsplass hvem som har ansvaret for at det avdekkes behov for screening?"
Fått opplæring, rutinene er tydelige	"Ja, jeg har fått opplæring i rutinene"	"Ja, det er helt klare rutiner for det"
Har ikke fått opplæring, rutinene er tydelige	"Nei, jeg har ikke mottatt noen opplæring om det"+"Husker ikke om jeg har fått opplæring"	"Ja, det er helt klare rutiner for det"

Figur 5.19 – 95% konfidensintervaller for å teste for sammenhenger mellom mottatt opplæring og om rutinene for hvem som skal avdekke behov for screening oppleves som tydelige*.



*Forklaring av hvilke spørsmål som inngår i de ulike konfidensintervallene finnes i tabell 5.7.

Som i det forrige kapittelet, og av samme årsak (liten populasjon, kun 23,1% har mottatt opplæring), er konfidensintervallet som inkluderer de som har svart at de har mottatt opplæring bredere enn det andre. Det er imidlertid stor avstand mellom konfidensintervallene i figur 5.19 og bredden får dermed mindre betydning for tolkningen av figuren.

Som vi kan lese av figuren, ser det ut til at de som har mottatt opplæring i større grad opplever rutinen for hvem som har ansvaret for å avdekke behov for screening som tydelig enn de som ikke har mottatt opplæring. Vi kan si at resultatene tyder på at det er en positiv sammenheng mellom mottatt opplæring og i hvilken grad man opplever rutinen som tydelig.

5.4.4 Oppsummering av kapittel «5.4 Har de ansatte mottatt opplæring om screeningrutiner og påvirker eventuell opplæring hvordan de svarer på noen av de andre spørsmålene?»

Færre enn 25% av de som svarte på undersøkelsen har mottatt opplæring. 37,2% har fått beskjed om at det finnes prosedyrer og 39,7% har ikke mottatt noen opplæring. Det er store forskjeller mellom yrkesgruppene. Sykepleierne er de som oftest svarer at de har fått opplæring. Det kan se ut til at det er de som har vært ansatt i mindre enn to år som i minst grad har mottatt opplæring om screeningrutiner.

Opplæring ser ut til å ha en positiv effekt på hvorvidt respondentene opplever det som tydelig hvem som har ansvaret for å avdekke behov for screening. Mottatt opplæring ser ikke ut til å påvirke hvordan respondentene svarer på spørsmålet om hvilke pasienter som skal screenes for VRE.

6.0 Drøfting av resultater

Som beskrevet i kapittel 3.1 er målinger sentrale når man skal drive forbedringsarbeid. For å kunne si noe om resultatene er som ønsket eller ikke, så må man ha etablert en standard eller et mål for hva som er ønskede resultater. Da dette er den første undersøkelsen i sitt slag på mange år, så finnes ikke noe slikt.

I kapittel 5.2 så vi at 26% av respondentene har svart enten at ingen skal screenes for VRE og/eller at ingen skal screenes for ESBL. Vi så også at det store flertallet av respondentene er godt kjent med at enkelte pasienter skal screenes for MRSA, men at kun 58% av respondentene hadde korrekt svar på både spørsmålet om VRE og spørsmålet om ESBL. Analysene i kapittel 5.2.1 avdekket at det er sannsynlig at minimum rundt 20% av legene, stråleterapeutene og sykepleierne i AKB er ukjente med at enkelte pasienter skal screenes for VRE og/eller ESBL. Fixsen et al. (2011) skrev riktignok om å innføre et system for å forhindre fall blant eldre da de hevdet at for at systemet skal fungere, må alle ansatte følge det, men påstanden er trolig relevant også for smittevernsarbeid. Dersom én ansatt ikke følger prosedyrene for å forhindre smitte, vil det gjøre at det er en brist i sykehusets forsvarsverk mot spredning av smitte. Det kan føre til at pasienter med f.eks. antibiotikaresistente bakterier ikke blir oppdaget og dermed sprer smitten til ansatte og andre pasienter. Dersom én ansatt som ikke følger prosedyrer representerer en brist i forsvarsverket, vil det trolig være en stor brist når en fjerdedel til en femtedel av de ansatte ikke har oversikt over alle bakteriene pasienter skal screenes for, og dermed ikke har den kunnskapen som trengs for å følge prosedyrene.

Det at en høy andel av respondentene ikke er kjent med hvilke bakteriegrupper pasienter skal screenes for, kan forklare hvorfor så mange som 60% av respondentene svarte at de har opplevd å ha hatt en pasient som skulle ha vært screenet for enten MRSA, VRE eller ESBL, men hvor det ikke var blitt gjort (se kapittel 5.2.3). Det kommer imidlertid ikke frem i undersøkelsen når hendelsene respondentene refererte til har funnet sted. De kan ha funnet sted for flere år siden og sånn sett er det ikke sikkert at svarene på dette spørsmålet sier noe om dagens situasjon, men det sier noe om at det har vært noen brister i sykehusets forsvarsverk mot antibiotikaresistente bakterier.

I artikkelen til Di Ruscio et al. (2019) er det antatt at sykehusene i Norge etterlever retningslinjene i MRSA-veilederen. De fleste ansatte i AKB er, som nevnt, kjent med at enkelte pasienter skal screenes for MRSA (kap. 5.2), men rundt halvparten oppgir at det er

utydlig hvem som skal avdekke dette behovet (kap. 5.3). Dersom behovet for screening ikke avdekkes, vil ikke screening bli gjennomført som anbefalt i veilederen. Resultatene fra denne undersøkelsen gjelder kun for AKB ved OUS, og er ikke nødvendigvis representative for situasjonen på andre avdelinger i OUS eller ved andre sykehus. Dersom resultatene skulle vise seg å være representative, vil det trolig bety at forutsetningen om at alle sykehus slavisk følger de nasjonale anbefalingene ikke kan legges til grunn i forskning som studerer spredning av antibiotikaresistente bakterier, slik det ble gjort i artikkelen til Di Ruscio et al. (2019).

Som nevnt i kapittel 2, er lederinvolvering viktig når praksis skal endres, som f.eks. når en ny prosedyre skal innføres (Baasmo, 2010). Resultatene fra spørreundersøkelsen gir ingen oversikt over hvilke implementeringstiltak som har vært iverksatt for å gjøre prosedyrene for å forhindre spredning av antibiotikaresistente bakterier kjent blant de ansatte. Resultatet fra spørsmålet «Hvem skal screenes for VRE?» kan imidlertid gi en indikasjon på at lederinvolveringen trolig ikke har vært optimal da 4 av 13 ledere valgte et av svaralternativene som viser at de ikke er klar over at enkelte pasienter skal screenes for VRE. Når lederne selv ikke er kjent med rutinen, finnes det ingen mulighet for at de skal kunne bidra til at de ansatte blir kjent med den.

Resultatene i denne undersøkelsen gir motstridende svar på hvorvidt opplæring har vært effektivt eller ikke for å spre kunnskap om antibiotikaresistens i AKB. Teori om forbedringsarbeid og implementering er imidlertid klar på at for at et tiltak skal bli effektivt, må man kombinere ulike tiltak for å få de ansatte til å endre atferd, f.eks. må man vurdere å bruke fasilitatorer. Disse fasilitatorenes oppgave er å kartlegge ulike årsaker til hvorfor prosedyrer og retningslinjer ikke blir fulgt. Dersom manglende kunnskap eller forståelse for betydningen av å følge den nye prosedyren er en av årsakene, vil et tiltak være å gi den/de aktuelle ansatte tilpasset undervisning og oppfølging (Harvey & Lynch, 2017). Ut fra resultatene presentert i kapittel 5.4 ser det ut til å være en positiv sammenheng mellom mottatt opplæring og i hvilken grad prosedyrene for å avdekke behov for screening oppleves som tydelige. Det er litt overraskende at det ikke ser ut til å være en sammenheng mellom mottatt opplæring og kjennskap til at VRE er en bakteriegruppe det skal screenes for. Det er vanskelig å vite hvorfor det er slik. Én årsak kan være at de som har gitt opplæring ikke selv er kjent med VRE-prosedyren, som jo er tilfellet for rundt en fjerdedel av de ansatte, og de vil da følgelig heller ikke lære bort kunnskap om den. Et annet argument er at det kan være at det er såpass mange år siden enkelte av respondentene mottok opplæring at prosedyrene om

ESBL og VRE, som ble publisert i henholdsvis 2015 og 2016, ikke var aktuelle da. Det siste argumentet styrkes av at det i kapittel 5.4.1 ble presentert resultater som viste at de som har blitt ansatt mest nylig i minst grad oppgav å ha mottatt opplæring.

I kapittel 5.3 kom det frem at under halvparten av de ansatte opplever screeningrutinene som tydelige. Det gir trolig lederne i AKB en god grunn til å undersøke hva som finnes av rutiner, eventuelt lage nye, og deretter implementere de. På den måten oppfylles kravet fra §9c i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2016) om å «forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet». Som argumentert for i siste avsnitt i kapittel 3.1 vil det være viktig at alle aktuelle yrkesgrupper inkluderes i arbeidet med å utvikle prosedyrene/rutinene slik at man kommer frem til en enighet om hvilke yrkesgrupper som har hvilke ansvarsoppgaver og at alle blir kjent med dem.

Jobben med å implementere de nye rutinene, eventuelt i større grad gjøre kjent eksisterende rutiner, vil være krevende og verktøyene som ble presentert i kapittel 3.1 og 3.2 vil være nyttige. F.eks. vil det kunne være nyttig med en risikotavle, som kan hjelpe til med å holde oversikt over hvilke pasienter som er avklart i forhold til behov for screening, og en forbedringstavle som hjelper til med å holde oversikt over tiltak som er under utprøving. Det vil trolig også være nyttig med fascilitatorer, spesielt inn mot de yrkesgruppene som får ansvaret for å avdekke behovet for screening og de som får oppgaven med å gjennomføre dem. De som får oppgavene tildelt vil kanskje oppleve det som at de blir pålagt mer arbeid. Slik Harvey og Lynch (2017) beskriver arbeidsoppgavene til fascilitatorer, vil en fascilitators oppgave i denne sammenheng være å sørge for å oppdage hvilken motstand som eventuelt finnes og vurdere hva som kan gjøres for å møte de ansatte på det. Trolig blir det viktig at de som skal utføre oppgavene får opplæring slik at de vet hva de skal gjøre og at de har tid og nødvendig utstyr tilgjengelig. Det er trolig også viktig at de får vite hvorfor de fikk tildelt oppgaven og hvilke alternativer som ble vurdert.

På spørsmålet om hvorvidt rutinene oppleves som tydelige, så svarer i overkant av halvparten av sykepleierne at det er tydelig hvem som har ansvaret for å avdekke behov for screening. Det er den yrkesgruppen, i tillegg til lederne, som i størst grad angir at rutinene oppleves som tydelige. I undersøkelsen var det ingen mulighet for respondentene til å oppgi *hvem* de mente

har ansvaret. Det kan derfor tenkes at de som mener det er tydelig hvem som skal avdekke behov for screening mener at det f.eks. er legens eller kontorpersonellens oppgave. Det hjelper imidlertid lite at noen mener at det er tydelig hvem som skal utføre oppgaven dersom de som skal utføre oppgaven ikke selv er klar over at oppgaven er deres ansvar. Slike eventuelle uklarheter vil bli unngått dersom gruppen som utarbeider den nye prosedyren er tverrprofesjonell og prosedyren i ettertid implementeres i alle yrkesgrupper.

Det er et tankekors at lederne, selv om tallmaterialet for den yrkesgruppen er svært lite, er den gruppen som opplever rutinene som mest tydelige. I kapittel 5.3.1 kom det frem at rundt 80% av lederne oppgav at rutinene for å avdekke behov for screening er tydelige. I kapittel 5.3.2 mente over 90% av lederne at rutinene for hvem som har ansvar for å gjennomføre screening når behovet er avdekket, er tydelige. Om det foreligger tydelige rutiner slik lederne angir at det gjør, så er de tydeligvis for dårlig kommunisert i og med at under halvparten av respondentene rapporterer det samme. Ut fra resultatene i kapittel 5.2.3 så er lederne ikke helt ukjente med problematikken i forhold til pasienter som ikke er screenet i henhold til prosedyrene da i overkant av 60% av lederne oppgav å ha opplevd å ha en pasient som skulle ha vært screenet, men hvor det ikke var utført.

Som nevnt i kapittel 2.2, så finnes det noen forskningsresultater fra andre land enn Norge som taler for at man ikke bør bruke tid på å screene og isolere pasienter, men heller sette inn ressursene på andre tiltak (Lemmen & Lewalter, 2018). Det finnes forskning fra Norge som taler for screening og isolering for MRSA (Di Ruscio et al., 2019). All den tid vi i Norge har anbefalinger som sier at pasienter i risikogrupper for å være bærere av både MRSA, ESBL og VRE skal screenes, og OUS har nivå-1 prosedyrer som sier det samme, er de ansatte forpliktet til å følge den anbefalingen. Lederne i AKB kan derfor ikke velge å ikke implementere de bestemmelsene, og de ansatte kan ikke velge å ikke følge prosedyrene.

6.1 Begrensninger ved undersøkelsen og kritikk til egen metode

Svarprosenten i undersøkelsen er, som nevnt i kapittel 4.2, på kun 30,5%. Det kan være at de som svarte har en spesiell interesse for temaet, eller at de har andre grunner for å ta seg tid til å svare på en slik undersøkelse. Slike forhold kan gi skjevheter i resultatene. Av bakgrunnstallene vist i kapittel 5.1 ser vi at de ansatte er prosentmessig nokså likt representert i materialet i forhold til alder og kjønn i forhold til hvor store gruppene er i utgangspunktet.

For yrkesgruppene er tallene mer usikre, men det ser ut til at stråleterapeutene har høyest svarprosent (41,4%), og at kontor-personell/administrasjon har lavest (26,3%).

Spørsmålene i undersøkelsen dreide seg i stor grad om screening og isolering av pasienter som metode for å hindre spredning av antibiotikaresistens. Den fokuserte i mindre grad på redusert og korrekt bruk av antibiotika, som er et tiltak det er stor internasjonal enighet om at er viktig for å redusere utviklingen og spredningen av antibiotikaresistens. Ordinerings av antibiotika angår hovedsakelig kun legene og det er grunnen til at det temaet ble viet liten oppmerksomhet i undersøkelsen.

Håndhygiene er et tema som angår alle ansatte og er et område hvor alle kan bidra. Kunnskap om god håndhygiene kunne med fordel vært kartlagt i undersøkelsen da god håndhygiene er svært viktig både for å hindre spredning av de bakteriene vi kjenner til, men også for å hindre spredning av de bakteriene vi ikke vet at er til stede. I «Handlingsplan for et bedre smittevern med det mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner 2019-2023» legges det opp til å måle etterlevelse av god håndhygiene. Handlingsplanen ble publisert 10 dager etter at undersøkelsen som danner grunnlaget for denne oppgaven ble stengt. Det var derfor ikke mulig å inkludere elementer fra den handlingsplanen i denne undersøkelsen. Det har imidlertid vært kjent lenge at håndhygiene er viktig. Folkehelseinstituttet publiserte en nasjonal veileder for håndhygiene i 2016 og temaet kunne derfor ha vært inkludert allikevel.

I undersøkelsen blir respondentene ikke bedt om å oppgi hvilke enheter og seksjoner de jobber i. Det er av personvern hensyn utelatt. Det kan gjøre at enkelte opplever resultatene av denne undersøkelsen som såpass generelle at det er vanskelig å få eierskap til dem. Dersom respondentene hadde kunnet angi om de jobber på Ullevål, Radiumhospitalet eller Aker, så kunne det kanskje ha bidratt til å skape mer eierskap til resultatene uten å gå utover personvernet. Samtidig er det mange ansatte i AKB som jobber på begge lokalisasjoner, så det er ikke sikkert en slik valgmulighet hadde hatt så mye å si.

På spørsmålet om hvem som skal screenes for ESBL var det atskillig færre som svarte at ingen skal screenes enn på spørsmålet om VRE. Det kan skyldes at det er bedre kjent at noen pasienter skal screenes for ESBL enn hva som er tilfellet for VRE, eller det kan skyldes at spørsmålet i undersøkelsen kom etter at respondentene hadde fått vite riktig svar på spørsmålet om VRE (se vedlegg 1). Rekkefølgen på spørsmålene kan ha påvirket hvordan respondentene svarte på spørsmålet om ESBL. For å unngå at rekkefølgen skulle ha påvirket

svarene, kunne spørsmålene ha vært på samme side og blitt etterfulgt av de korrekte svarene for begge spørsmålene.

7.0 Konklusjon og forslag til videre arbeid

Ut fra resultatene i denne undersøkelsen vil anbefalingen til ledergruppen i AKB være å kartlegge om alle enheter og seksjoner har rutiner som fordeler ansvaret for å avdekke behov for screening og gjennomføring av screening, eventuelt lage rutiner for det. Deretter må det iverksettes tiltak for å gjøre rutinene (bedre) kjent i tillegg til å informere om hvilke bakteriegrupper det skal screenes for. Metoder og verktøy fra teori om forbedringsarbeid vil være nyttige i den prosessen.

Nærmere en fjerdedel av respondentene vet ikke at enkelte pasienter skal screenes for VRE og/eller ESBL. Opplæring ser ikke ut til å påvirke hvor vidt respondentene er kjent med VRE/ESBL-screening eller ikke. Omtrent halvparten av respondentene oppgir at det er utydelig hvem som skal avdekke behov for screening og hvem som skal gjennomføre den, men de som angir å ha mottatt opplæring opplever i større grad rutinene som tydelige enn de som ikke har mottatt opplæring.

Hvordan respondentene svarer varierer ut fra hvilken yrkesgruppe de tilhører, men variasjonene er ikke større enn at vi kan si at behovet for å tydeliggjøre rutiner og øke kunnskap om screening for antibiotikaresistens er til stede i alle ansattgrupper uavhengig av yrkestilhørighet og ansiennitet i OUS.

Det ville vært interessant å finne ut om tilsvarende undersøkelse ved andre avdelinger i OUS og på andre sykehus i Norge ville resulterte i lignende resultater. Dersom videre forskning skulle vise at resultatene i denne undersøkelsen er overførbare til andre avdelinger og sykehus, vil det kunne ha implikasjoner for hvilke forutsetninger som bør legges til grunn når man studerer spredningsmønsteret til antibiotikaresistente bakterier i Norge.

Resultatene fra undersøkelsen gir en felles plattform, et felles referansepunkt, på tvers av yrkesgruppene i AKB. Denne kan brukes i AKB sitt videre forbedringsarbeid i forhold til smittevern. «Handlingsplan for et bedre smittevern med det mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner 2019-2023» legger opp til økt fokus på smittevern i årene som kommer. Å jobbe med dette temaet vil derfor være noe som er helt i tråd med nasjonale føringer.

Avslutningsvis vil jeg presentere et par tanker om hva jeg mener kan endres i nivå-1 prosedyrene for å gjøre det lettere for de ansatte å etterleve dem. De tankene er mine egne og følger i de neste to avsnittene.

Som nevnt i kapittel 2.4 står det ingen ting i nivå-1 prosedyrene som omhandler håndtering og screening av pasienter for MRSA, ESBL og VRE om hvem som har ansvaret for å avdekke behov for screening og hvem som har ansvaret for å gjennomføre den. Det står heller ingen ting om at dette bør forankres i nivå-2 prosedyrer. For å tydeliggjøre dette behovet tror jeg det kan være lurt å skrive i nivå-1 prosedyrene at avdelingsledere/seksjonsledere/enhetsledere har ansvaret for at det lages lokale (nivå-2) prosedyrer som fordeler ansvaret for å avdekke behov for screening, og som fordeler ansvaret for å gjennomføre screeningen for områdene hvor de har lederansvar.

Slik nivå-1 prosedyrene er organisert per i dag må de ansatte lese flere prosedyrer for å få oversikt over alle indikasjonene for screening. Som vi så i kapittel 5.2 så er de fleste kjent med at pasienter som har vært innlagt på sykehus i utlandet skal screenes for MRSA. Det finnes imidlertid flere grunner til å screene for MRSA, og kunnskapen om de årsakene er ikke kartlagt i denne undersøkelsen. Dersom en ansatt ikke er kjent med at enkelte pasienter skal screenes for VRE og ESBL, slik tilfellet altså er for nesten en fjerdedel av respondentene i denne undersøkelsen, så vil de aldri søke opp de aktuelle prosedyrene for å finne indikasjonene for screening. Mitt forslag er at det lages én felles prosedyre for alle indikasjoner for screening, slik at når man leser den får man beskjed med en gang om å screene for både MRSA, VRE og ESBL dersom pasienten har vært innlagt på sykehus utenfor Norden, og man får beskjed om å screene for VRE dersom pasienten har vært innlagt på sykehus utenfor Norge. Denne prosedyren bør utformes som en tabell eller ha en annen visuell utforming hvor det er lett å få oversikt.

8.0 Referanser

- Berild, D. (2017, 18. april). Leger uten våpen. Hentet fra <https://ekspertsykehusetblog.wordpress.com/2017/04/18/leger-uten-vapen/>
- Biboh, H. (2012). *An analysis of a questionnaire survey of healthcare workers' (HCWs) knowledge on Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) prevention guidelines at Oslo University Hospital (OUH)* (Mastergrad). Universitetet i Oslo.
- Baasmo, Hege, R. (2010, 8. februar). Forankring i ledelsen. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/anbefalte-metoder-og-verktoy/forankring-i-ledelsen>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Di Ruscio, F., Guzzetta, G., Bjørnholt, J.V., Leegaard, T.M., Moen, A.E.F., Merler, S. & Freiesleben de Blasio, B. (2019). Quantifying the transmission dynamics of MRSA in the community and healthcare settings in a low-prevalence country. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (PNAS)*, 116. 14599-14605. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.1900959116>
- Fixsen, D., Scott, V., Blase, K., Naoom, S., Wagar, L. (2011). When evidence is not enough: The challenge of implementing fall prevention strategies. *Journal of Safety Research*, 42(6), 419-422. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2011.10.002>
- Folkehelseinstituttet. (2009). MRSA-veilederen (Smittevern 16). Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/eldre/mrsa-veilederen/>
- Folkehelseinstituttet. (2015a, 10. mars). Håndtering av Vankomycinresistente enterokokker (VRE) ved norske sykehus og sykehjem. Hentet fra <https://www.fhi.no/sv/forebygging-i-helsetjenesten/smittevern-i-institusjoner/tiltak/handtering-av-vankomycinresistente-/>
- Folkehelseinstituttet. (2015b, 25. august). ESBL-holdige gramnegative stavbakterier-smitteverntiltak i helseinstitusjoner. Hentet fra <https://www.fhi.no/sv/forebygging-i-helsetjenesten/smittevern-i-institusjoner/tiltak/esbl-holdige-gramnegative-stavbakte/>

- Folkehelseinstituttet. (2017, 14. november). Antibiotikaresistens. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/smitte/resistens/>
- Folkehelseinstituttet. (2018a, 17. oktober). Metode og minstekrav for utarbeidelse av kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/metode>
- Folkehelseinstituttet. (2018b, 6. november). Antibiotikaresistens er årsaka til 33 000 dødsfall kvart år i Europa. Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/antibiotikaresistens-er-arsaka-til-33-000-dodsfall-kvart-ar-i-europa/>
- Folkehelseinstituttet. (2019a, 5. juni). Raskt økende forekomst av resistente bakterier i Europa gir økt behov for å teste og isolere pasienter i norske sykehus. Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2019/raskt-okende-forekomst-av-resistente-bakterier-i-europa-gir-okt-behov-for-a/>
- Folkehelseinstituttet. (2019b, 22. august). Enterokokkinfeksjon (inkl. vankomycinresistente enterokokker, VRE) – veileder for helsepersonell. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a-enterokokkinfeksjon-inkl.-vankomyi/>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR- 2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Forskrift om smittevern i helsetjenesten. (2005). Forskrift om smittevern i helse-og omsorgstjenesten (FOR-2005-06-17-610). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2005-06-17-610>
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Harvey, G. & Lynch, E. (2017). Enabling Continuous Quality Improvement in Practice: The Role and Contribution of Facilitation. *Front Public Health* (5), 1-5. DOI: [10.3389/fpubh.2017.00027](https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00027)

Helsedirektoratet. (2017, 17. februar). Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet. (2018a, 15. mai). Målinger i forbedringsarbeid. Hentet fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/m%C3%A5linger/m%C3%A5linger-i-forbedringsarbeid>

Helsedirektoratet. (2018b, 22. oktober). Introduksjon til forbedringsmodellen. Hentet fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/Forbedringskunnskap/Forbedringsarbeid/forbedringsmodellen>

Helsedirektoratet. (2019a, februar). Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023. Hentet fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/attachment/5133?download=false&ts=16a01bc7688>

Helsedirektoratet. (2019b, 29. august). Forskjellen på risikotavle og forbedringstavle. Hentet fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/forskjellen-p%C3%A5-risikotavle-og-forbedringstavle>

Helsedirektoratet. (2019c, 7. november). Snakk om forbedring! Hentet fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/ledelse/kvalitetsbevisst-ledelse-diagnoseverkt%C3%B8y/snakk-om-forbedring--5236>

Helsedirektoratet. (2019d, 7. november). Ledelse av pasientsikkerhet – hva innebærer det? Hentet fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/ledelse/ledelse-av-pasientsikkerhet/ledelse-av-pasientsikkerhet-hva-inneb%C3%A6rer-det>

Helse-og omsorgsdepartementet, Landbruks-og matdepartementet, Klima-og miljødepartementet & Nærings-og fiskeridepartementet. (2015, 23. juni). Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015-2020. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategi-mot-antibiotikaresistens-2015-2020/id2424598/>

- Helse-og omsorgsdepartementet. (2019, 25. oktober). Handlingsplan for et bedre smittevern med det mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner 2019-2023. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-et-bedre-smittevern/id2675233/>
- Hjort, P.F. (2000) Uheldige hendelser i helsetjenesten – forebygging og håndtering. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 120, 3184-9. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2000/10/kronikk/uheldige-hendelser-i-helsetjenesten-forebygging-og-handtering>
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lemmen, S.W. & Lewalter, K. (2018). Antibiotic stewardship and horizontal infection control are more effective than screening, isolation and eradication. *Infection*, 2018, 5, 581-590. DOI: <https://doi.org/10.1007/s15010-018-1137-1>
- Lingaas, E. (2018). Bygningmessige og økonomiske konsekvenser av antibiotikaresistens. *Overlegen*, 2, 14-15. Hentet fra https://beta.legeforeningen.no/contentassets/7bdea0f01a714e26aa7b57ebbe3c4c2d/overlegen-med-annonser-85926_overlegen_2_2018.pdf
- Marshall, M., de Silva, D., Cruickshank, L., Shand, J., Wei, Li, og Anderson, J. (2017). What we know about designing an effective improvement intervention (but too often fail to put into practice). *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 578-582. DOI: [10.1136/bmjqs-2016-006143](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006143)
- Oldeide, A. (2017, 14. september). Djabrail (6) døde etter legetabbe. Hentet fra <https://www.aftenbladet.no/lokalt/i/bEvXv/djabrail-6-doede-etter-legetabbe>
- Scoville R, Little K, Rakover J, Luther K, Mate K. (2016). Sustaining improvement. Hentet fra <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Sustaining-Improvement.aspx>
- Smittevernloven. (1995). Lov om vern mot smittsomme sykdommer (LOV-1994-08-05-55). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1994-08-05-55>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61) Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

Tinnå, M. (2009, 14. august). Hva er pasientsikkerhet? Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/pasientsikkerhet/hva-er-pasientsikkerhet>

Yazdankhah, S., Lassen, J., Midtvedt, T. & Solberg, C.O. (2013). Historien om antibiotika.

Tidsskriftet den norske legeforening, 133, 2502-7. DOI: [10.4045/tidsskr.13.0145](https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0145)

9.0 Vedlegg

Vedlegg 1

Spørreundersøkelsen som ble sendt ut til de ansatte. Undersøkelsen ble sendt ut ved bruk av QuestBack. Blå pil indikerer ny side i undersøkelsen.

Til alle ansatte i avdeling for kreftbehandling.

I 2012 slo verdens helseorganisasjon (WHO) fast at antibiotikaresistens er en av de største helsetruslene vi står overfor pr. i dag (Helse- og omsorgsdepartementet & Landbruks- og matdepartementet, 2015).

I juni 2015 fikk Norge en nasjonal strategi mot antibiotikaresistens og i desember 2016 fikk Norge en nasjonal retningslinje for antibiotika i sykehus. Begge disse dokumentene er tatt inn som nivå 1-prosedyrer i OUS.

Norge er et av få land i verden hvor forekomsten av antibiotikaresistens fremdeles er lav, og det er et uttalt mål å holde situasjonen slik. I den nasjonale faglige retningslinjen for bruk av antibiotika i sykehus står det følgende i innledningen til kapittelet som omhandler antibiotikaresistens:

Antibiotikaresistens er lett å erverve, men vanskelig å bli av med. Det beste vi kan gjøre er derfor å forsinke resistensutviklingen gjennom rasjonell bruk av antibiotika, rask diagnostikk og kunnskapsbaserte smitteverntiltak (Helsedirektoratet, 2018).

Du er herved invitert til å svare på en spørreundersøkelse om antibiotikaresistens. Den inneholder spørsmål om din kunnskap om temaet generelt, og om kjennskapen til prosedyrene i OUS. **Undersøkelsen er anonym og formålet er ikke å teste kunnskapen til den enkelte**, men å frembringe kunnskap som kan brukes i sykehusets kontinuerlige kvalitetsarbeid.

Noen spørsmål har fasitsvar, *riktig svar på de spørsmålene dukker opp i kursiv i innledningen til senere spørsmål.*

Undersøkelsen er laget av Doreen Thompson i avdeling for kreftbehandling. Underveis har hun rådført seg med flere ansatte i OUS, blant annet Torunn Nygård, overlege i smittevernavdelingen i OUS. Dataene vil bli analysert av Thompson og inngå i hennes masteroppgave (master i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo).

Undersøkelsen tar 5-7 minutter å gjennomføre. Avdelingsleder Stein Kaasa har godkjent at ansatte i Avdeling for kreftbehandling bruker av sin arbeidstid til å svare på undersøkelsen.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, men når svarene er sendt inn, vil det ikke være mulig å få slettet sine svar før alle data blir slettet senest 15. desember 2020.

[Klikk her for å delta](#)



Bakgrunnsopplysninger

Kjønn: Mann Kvinne Ønsker ikke å oppgi

Stilling:

- Kontorpersonell/administrasjon Lege Leder Stråleterapeut
 Sykepleier/hjelpepleier Annen yrkesgruppe som ikke er nevnt ovenfor

Har du kontakt med pasienter i din nåværende jobb? Med kontakt menes enten pr. telefon og/eller ansikt-til-ansikt mer enn 2 ganger pr. år.

Ja Nei

Alder: 20-35 36-55 >55 Ønsker ikke å oppgi

Hvor lenge har du vært ansatt i OUS?

Under 2 år 2-7 år 8-15 år Mer enn 15 år



Vi begynner med to korte spørsmål:

1) Hva er VRE og MRSA?

Forkortelse for ulike typer antibiotika

To grupper multiresistente bakterier

Vet ikke

2) Hva er ESBL?

En egenskap en bakterie kan få som gjør at den blir motstandsdyktige/resistent mot flere typer antibiotika. Infeksjoner med denne typen bakterier kan det derfor være vanskelig å behandle.

En multiresistent bakterie.

Forkortelse for retningslinjene som omhandler antibiotikabruk.

Vet ikke



3) *VRE og MRSA er to grupper multiresistente bakterier. ESBL er en egenskap en bakterie kan erverve som gjør at den blir motstandsdyktig/resistent mot flere typer antibiotika.*

Det er svært ønskelig å unngå spredning av disse bakteriene.

Vet du hvorfor?

Resistente bakterier er vanskelige å behandle med antibiotika. Infeksjoner med disse bakteriene er derfor mer dødelige.

Antibiotikaen som trengs for å bli kvitt bakteriene er svært dyr. Vi ønsker derfor å bruke minst mulig av den.

For å spare penger på utstyr til smittevern.

For å spare ansatte for ekstraarbeidet med å kle av og på seg smittevernutstyret.

Vet ikke.



3 av svarene er riktige, men dette er det viktigste:

Vi ønsker å hindre spredning av resistente bakterier fordi de er vanskelige å behandle med antibiotika. Infeksjoner med disse bakteriene er derfor mer dødelige.

De følgende svarene er også riktige, men mindre viktige:

Antibiotikaen som trengs for å bli kvitt bakteriene er svært dyr. Vi ønsker derfor å bruke minst mulig av den.

For å spare ansatte for ekstraarbeidet med å kle av og på seg smittevernustyret.



Når pasienter som er bærere av resistente bakterier oppholder seg på sykehuset, ønsker vi å unngå at bakteriene sprer seg i sykehusets lokaler. Et viktig tiltak for å unngå det er skjerming og isolering av de aktuelle pasientene. For å undersøke om pasienter er bærere av bakteriene er det noen pasientgrupper som skal testes, såkalt screenes, for bærerskap.

De neste spørsmålene dreier seg om dette temaet.



4) Er det tydelig på din arbeidsplass hvem som har ansvaret for at det avdekkes behov for screening? Om du arbeider på flere steder, f.eks. i poliklinikk og på sengepost, så svarer du nei dersom rutine opplevs som utydelige på minst et av arbeidsstedene.

Ja, det er helt klare rutiner for det.

Nei, det er ikke tydelig.

Vet ikke.

Ønsker ikke å svare.

Ikke aktuelt i min jobb.

5) Dersom det er avdekket behov for screening av en pasient, er det tydelig på din arbeidsplass hvem som har ansvaret for at denne screeningen blir gjennomført?

Om du arbeider på flere steder, f.eks. i poliklinikk og på sengepost, så svarer du nei dersom rutinene oppleves som utydelige på minst et av arbeidsstedene.

Ja, det er helt klare rutiner for det.

Nei, det er ikke tydelig.

Vet ikke.

Ønsker ikke å svare.

Ikke aktuelt i min jobb.



6) Har du mottatt noen opplæring om screeningrutiner?

Ja, jeg har fått opplæring i rutinene.

Jeg har ikke fått opplæring, men jeg har blitt informert om at det finnes prosedyrer.

Nei, jeg har ikke mottatt noen opplæring om det.

Husker ikke om jeg har fått opplæring.

Ønsker ikke å svare.

Ikke aktuelt i min jobb..



7) Hvem skal undersøkes/screenes for bærerskap av MRSA?

Alle pasienter som har poliklinisk time og/eller som legges inn i OUS.

Alle pasienter som har vært på ferie utenfor Norge i løpet av de siste 12 månedene.

Blant annet alle pasienter som har vært innlagt på sykehus utenfor Norden de siste 12 månedene og som skal legges inn i OUS.

Ingen, vi behandler heller pasientene som blir syke.

Vet ikke



Blant annet alle pasienter som har vært innlagt på sykehus utenfor Norden de siste 12 månedene og som skal legges inn i OUS skal screenes for MRSA.



8) Hvem skal undersøkes/screenes for VRE?

Alle pasienter som har poliklinisk time og/eller som legges inn i OUS.

Alle pasienter som har vært på ferie utenfor Norge i løpet av de siste 12 månedene.

Blant annet alle pasienter som har vært innlagt på sykehus utenfor NORGE i løpet av de siste 12 månedene og som skal legges inn i OUS.

Ingen, vi behandler heller pasientene som blir syke.

Vi screener ingen for VRE, kun for MRSA.

Vet ikke



Blant annet alle pasienter som har vært innlagt på sykehus utenfor NORGE i løpet av de siste 12 månedene og som skal legges inn i OUS skal screenes for VRE.



9) Hvem skal undersøkes/screenes for ESBL?

Alle pasienter som har poliklinisk time og/eller som legges inn i OUS.

Alle pasienter som har vært på ferie utenfor Norge i løpet av de siste 12 månedene.

Blant annet alle pasienter som har vært innlagt på sykehus utenfor Norden i løpet av de siste 12 månedene og som LEGGES INN i OUS.

Ingen, vi behandler heller pasientene som blir syke.

Vi screener ingen for ESBL, kun for MRSA.

Vet ikke



Blant annet alle pasienter som har vært innlagt på sykehus utenfor Norden i løpet av de siste 12 månedene og som LEGGES INN i OUS skal screenes for ESBL.



10) Pasienter som har vært innlagt på sykehus utenfor Norden i løpet av de siste 12 månedene er en stor gruppe som skal screenes for VRE og ESBL. Disse er imidlertid ikke de eneste som skal screenes for VRE og ESBL.

Vet du hvor du kan finne informasjon om hvilke pasienter som skal screenes?

I e-håndboka.

Jeg ringer akuttmottaket, de har alltid oversikt.

I e-håndboka og på epost. Det kommer epost, samt legges ut informasjon på intranettet, når det er utbrudd på enkelte sykehus, og da må pasienter som har vært innlagt på de sykehusene også screenes.

Det synes jeg det er vanskelig å finne informasjon om, så jeg har dessverre gitt opp.

Vet ikke



Riktig svar på spørsmålet om hvem som skal screenes for VRE og ESBL finner du i e-håndboka. Prosedyrene heter «Vankomycinresistente enterokokker (VRE) – screening og smitteforebygging» (Dok.ID 85695) og «ESBL-produserende og andre multiresistente Gram-negative bakterier-screening og smitteforebygging» (Dok.ID 68910).

I tillegg kommer det epost når det er utbrudd på enkelte sykehus, samt legges ut informasjon på intranettet. Da må pasienter som har vært innlagt på de sykehusene også screenes.



11) Hva er det viktigste helsepersonell kan gjøre for å bidra til å hindre spredningen og utviklingen av multiresistente bakterier?

Ingenting, toget har gått og kan ikke stoppes.

Redusere forbruket av antibiotika.

Redusere forbruket av antibiotika, men samtidig sikre at de som trenger antibiotika får det, samt følge basale smittevernrutiner.

Gi enerom til alle pasienter.

Vet ikke.



Riktig svar på forrige spørsmål er:

Redusere forbruket av antibiotika, men samtidig sikre at de som trenger antibiotika får det, samt følge basale smittevernrutiner.



12) Her følger to påstander. Jeg ber deg om å ta stilling til de.

	Helt uenig						Helt enig
	1	2	3	4	5	6	
Jeg er helt enig i at det er riktig og viktig å bruke tid på smittevern, som f.eks. å screene og isolere pasienter i påvente av svar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13) Ulik type smitte krever ulike typer tiltak for å hindre spredning.

	Helt usant							Ikke Helt sant i min jobb
	1	2	3	4	5	6		
Jeg følger alltid den aktuelle prosedyren for smittevern inne på pasientrom/konsultasjonsrom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



14) Hva gjorde du SIST GANG du oppdaget at en av dine pasienter i henhold til prosedyrene skulle ha vært screenet for MRSA, VRE eller ESBL, men at det ikke hadde blitt gjort?

Dette har jeg aldri opplevd.

Ingenting.

Ingenting fordi jeg hadde ikke tid til å gjøre noe med det.

Jeg screenet og isolerte pasienten i henhold til den aktuelle prosedyren.

Jeg meldte avvik i Achilles og screenet og isolerte pasienten i henhold til den aktuelle prosedyren.

Jeg meldte avvik i Achilles.

Pasienten var hjemme da jeg oppdaget det, så jeg ba han/henne om å kontakte fastlegen for å få gjennomført undersøkelsen.

Pasienten var hjemme da jeg oppdaget det, så da gjorde jeg ikke noe med det.

Annet.

Husker ikke.

Ønsker ikke å svare.

Ikke aktuelt i min jobb.



15) Er du kjent med at kurset «Antibiotikabruk i sykehus OUS» er tilgjengelig i Læringsportalen?

Ja

Nei



16) Du har nå kommet til det siste spørsmålet.

Det finnes mer enn 50 nivå 1-prosedyrer i OUS som er relevante for temaet antibiotikaresistens. Nedenfor er 37 av de listet opp. Jeg ber deg om å hake av for de prosedyrene du hadde hørt om før du begynte å svare på denne undersøkelsen.

Se bort fra dokumentenes ID-nummer, de er kun listet opp for ordens skyld.

Alfabetisk liste over alle infeksjoner med smitteverntiltak, Dok-ID 52436

Antibiotikakontakter, Dok-ID 132481

Antibiotikastyring: Ansvarsdeling og ledelsesprosesser, Dok-ID 116425

Arbeidsrestriksjoner for helsepersonell med infeksjoner, Dok-ID 123531

Basale smittevernrutiner, Dok-ID 112424

Clostridium difficile – smittevern, Dok-ID 132193

Dørplakat – Isolering dråpesmitte, Dok-ID 52437

Dørplakat – Isolering kontaktsmitte, Dok-ID 52439

ESBL-produserende og andre multiresistente Gram-negative bakterier – screening og smitteforebygging, Dok-ID 68910

Gravide helsearbeidere og forholdsregler mot smitte, Dok-ID 83636

Handlingsplan for smittevern 2014-2018, Dok-ID 71455

Håndhygiene, Dok-ID 21489

Håndtering av antimikrobielle legemidler (inkl. antibiotika), Dok-ID 10316

Informasjon om smittevern til besøkende, Dok-ID 52435

Innleggelse og mottak av pasient med påvist eller mulig smittsom infeksjon, Dok-ID 19171

Intern transport av pasient med smittsom tilstand, Dok-ID 21913

Isolering – informasjon til besøkende, Dok-ID 39477

Isolering – informasjon til pasient, Dok-ID 39478

Isolering ved dråpesmitte, Dok-ID 19392

Isolering ved kontaktsmitte, Dok-ID 19390

MRSA – hos pasienter, forebygging, oppsporing og kontroll, Dok-ID 11110

MRSA egenerklæring – arbeid ved OUS, Dok-ID 106888

MRSA hos ansatte. Smitteoppstilling, forebygging og kontroll, Dok-ID 11088

Ophør av isolering ved kontaktsmitte og dråpesmitte, Dok-ID 19393

Policy for bruk og styring av antibiotikabruk, Dok-ID 116422

Rekvirering av romdesinfeksjon/smittevask, Dok-ID 52106

Rengjøring og desinfeksjon av instrumenter og utstyr i vaskedekontaminator, Dok-ID 71441

Smitteavfall: Generelt, Dok-ID 46288

Smitteavfall: Håndtering av avfall som skal autoklaveres, Dok-ID 22030

Smitteavfall: Håndtering av engangsbeholdere av plast med flytende organisk avfall,

Dok-ID 22029

Smitteavfall: Håndtering av stikkende og skjærende avfall, Dok-ID 22028

Transport av pasient med smittsom tilstand til og fra operasjonsstuen, Dok-ID 19386

Utblending av antimikrobielle legemidler (inkl antibiotika) til parenteral bruk til voksne,

Dok-ID 37370

Vankomycinresistente enterokokker (VRE) – screening og smitteforebygging, Dok-ID 85695

Vaskedekontaminator – daglig kontroll og vedlikehold, Dok-ID 51605

Veileder for antibiotikastyring, Dok-ID 132598

VRE – Informasjon til pasienter og pårørende, Dok-ID 85163



Dersom du ønsker å komme med noen tilbakemeldinger angående denne undersøkelsen, så setter jeg stor pris på å høre fra deg her: