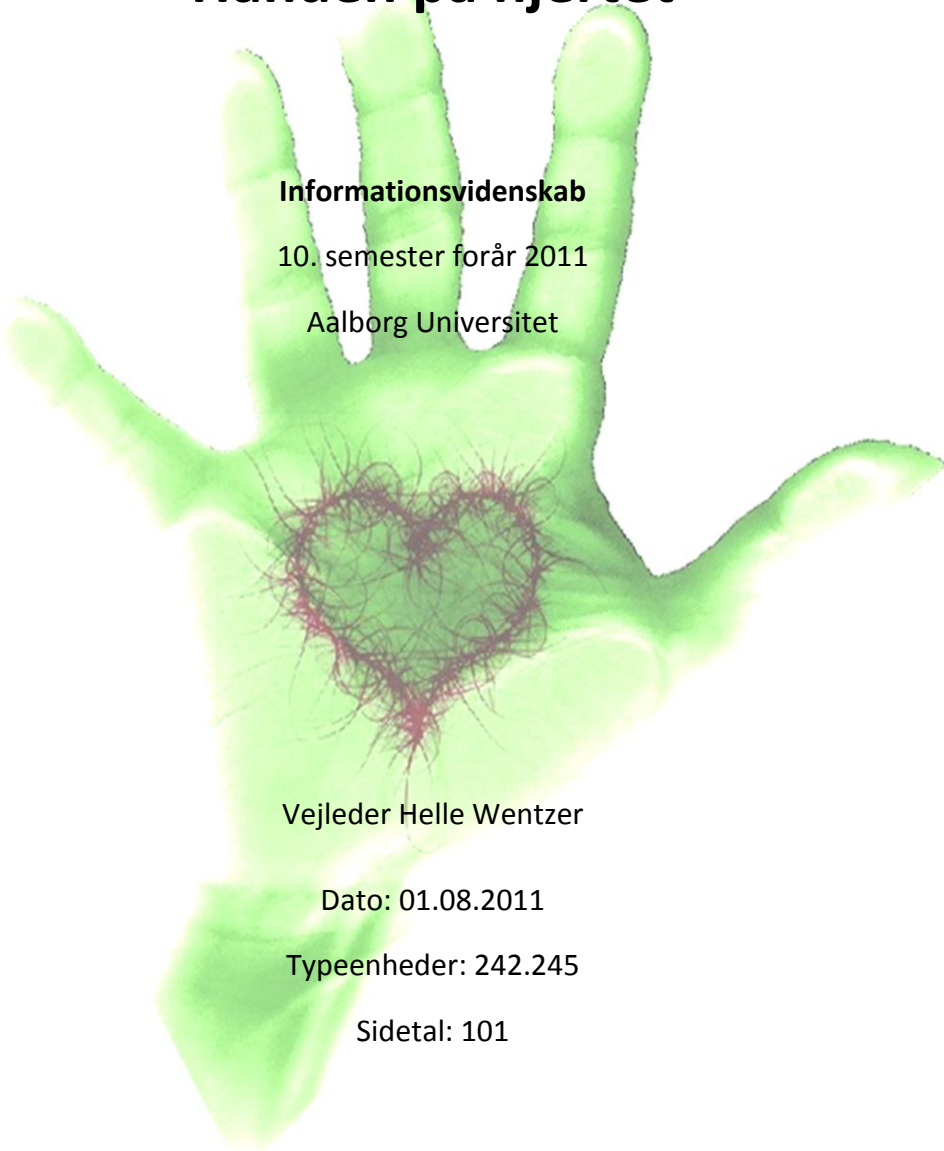


Hånden på hjertet

A large, semi-transparent green hand is centered on the page, palm facing forward. On the palm, there is a red heart shape composed of many thin, dark red lines. The text is overlaid on the hand.

Informationsvidenskab

10. semester forår 2011

Aalborg Universitet

Vejleder Helle Wentzer

Dato: 01.08.2011

Typeenheder: 242.245

Sidetæl: 101

Ann Lilith Kongsbak Rasmussen

og

Rikke Olesen

Abstract

This research paper deals with the issue of how Information and Communication Technologies (ICT) can support, change and improve hand hygiene in hospitals.

Several investigations show that the large number of Hospital Acquired Infections (HAI) is the cause of both big financial costs and patients dying, and focus on hand hygiene is predicted to lower these numbers. When investigating these issues, there are several questions that emerge and need to be answered which resulted in following researchproblem:

How can user involvement improve the practice of hand hygiene, so that the number of hospital-acquired infections can be reduced?

Yet the questions seem difficult to answer, and only by including a user centered perspective on the matter, appropriate understanding of and solutions to it can be made. Therefore, in cooperation with Regional hospital Randers, the aim of this research is to investigate the practice of, knowledge of and attitudes to hand hygiene of chosen users; in this case nurses.

The methodological focus of this research paper is to include nurses in an attempt to understand the phenomenon “hand hygiene”. In order to complete this task, the research includes the following methods; focus group interviews, observations and workshop. Involving student nurses from Silkeborg Nursing School as participants, the aim of the focus group interview is to disclose perceptions of knowledge, practice and attitudes about “hand hygiene” from a user’s point of view. The purpose of the observations is to support the results from the focus group interviews. The purpose of the workshop is to find solutions and get a view on whether ICT can be applied in a hospital and which solutions are the best. In this workshop, the method “Future workshop” is combined with other creative methods, and in this way the nurses are asked to discuss chosen problems and to design their own problem solving inventions.

Conclusively, this research paper has brought to light that implementing ICT at the Region hospital Randers (in the aim to support, improve and change the standard of hand hygiene) may have a positive effect on how nurses will perceive hand hygiene. Especially the opportunity of creating more interaction between the nurses and the patients and by giving the patients more responsibility and opportunities to be aware of and practice hand hygiene. The prospect of allowing user generated content to be an elementary aspect in the use of the Region hospital appears as a crucial goal to be achieved. Also the focus of more, better and directly given information and education about hand hygiene seems to be very important. The main concern, however, will be to sustain a balance between the nurses, the experts and the patients and also the hospital as an organization whose main goal should be to offer supplementary and modern technologies to help and support all of the relevant users.

Forord

”Hånden på hjertet”

Da vi påbegyndte vores speciale dukkede der en masse spørgsmål op, som i høj grad handlede om den viden vi skulle ud og erhverve os; Hvordan og hvor får vi ærlig, god og reel viden om håndhygiejne og hvad er det i øvrigt? Hvordan får vi sygeplejersker til at tale om deres egen og deres kollegaers håndhygiejne på ærlig vis? Er håndhygiejne kun noget fagligt eller er det også noget personligt og kan der skelnes herimellem? Handler håndhygiejne om mere og andet end praksis og spiller den enkelte sygeplejerskes personlige holdning til håndhygiejne ind?

Alle disse spørgsmål fyldte meget og spørgsmålene og tvivlene resulterede i titlen til specialet; ”Hånden på hjertet”.

Ordsproget ”Hånden på hjertet” er gammelt og bruges som et udtryk for oprigtighed. I middelalderen brugte især gejstlige og kvinder at lægge hånden på hjertets plads under edsaflæggelse. Men udtrykket kan også spores helt tilbage til nordisk oldtids folk, som lagde højre hånd på hjertets plads som en fredelig hilsen, der understregede, at de ikke ville bruge hånden til at føre våben med.¹ Vi bruger det ikke på helt samme måde, men forstår det på den måde, at ordsproget for det første ligger op til det at være ærlig og oprigtig, men også at det ligger op til en dobbelttydighed og dermed konflikt. Hånden skal nemlig være på det rette sted i flere betydninger. Hånden på det rette sted for at være hygiejnisk korrekt i sin praksis som sygeplejerske, men også hånden på hjertet og dermed yde den omsorg, med hjertet, som er en ligeså nødvendig del af en sygeplejerskes arbejde.

”En epoke er slut”

Vi har lært meget under vores tid på Aalborg Universitet og det har været en fantastisk rejse med specialet som kronen på værket. Vi føler os såvel fagligt som personligt godt rustet og glæder os til at omsætte vores tilegnede viden i praksis. En epoke er slut og et nyt og spænnende liv starter.

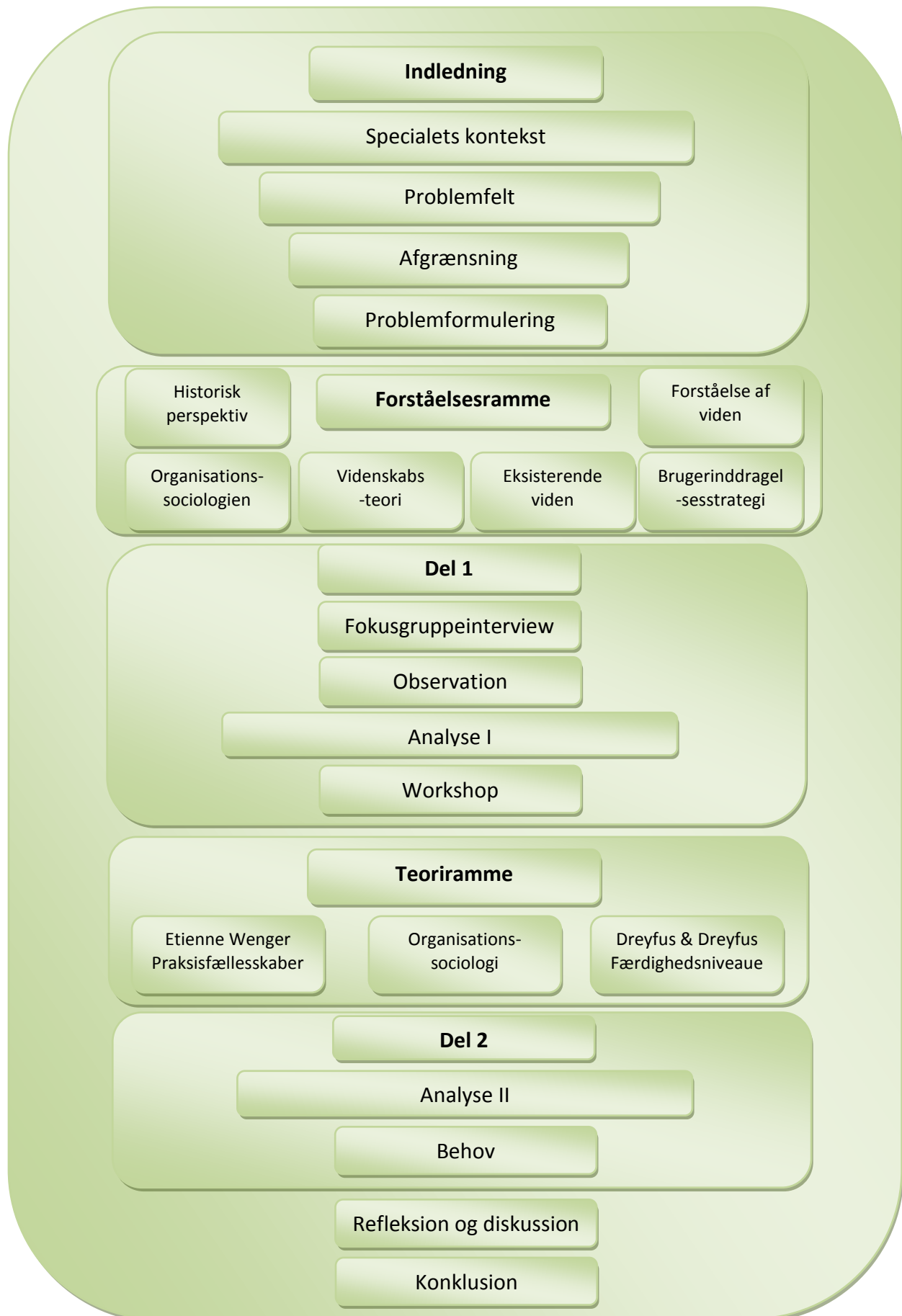
¹<http://gode-boeger.private.dk/Ordsprog.htm>

Abstract	3
Forord	4
Indledning	10
Specialets kontekst	10
Casebeskrivelse	11
Problemfelt	11
Motivation	12
Afgrænsning	13
Problemformulering	14
Fokuspunkter	14
Forståelsesramme	15
Historisk perspektiv	15
Organisationssociologi	19
Uklare og komplekse opgaver	19
Legitimitet	20
Ledelse og organisation	21
Videnskabsteoretisk tilgang	23
Hermeneutik og fænomenologi	23
Hermeneutik	24
Fænomenologi	25
Forståelse af viden	27
Erkendelsesinteresser	27
Tilegnelse af viden	28
Tavs viden	29
Eksisterende viden	32
Evidensbaseret praksis	32
Brugerinddragelsesstrategi	35
Den skandinaviske designtradition	35
Skandinavisk designtradition i forandring	35
Fordele og ulemper med brugerinvolvering	36

Tilgang til brugerne	38
Inddragelse af brugere	39
Vores rolle	39
Skellet mellem forsker og praktiker	39
Opsamling på forståelsesrammen	42
Del 1	44
Fokusgruppeinterview	45
Metoden fokusgruppeinterview	45
Anvendelse af fokusgruppeinterview	45
Observation	51
Metoden observation	51
Anvendelsen af observation	52
Refleksion over dataindsamling	55
Behandling af data	56
Analyse I	57
Analyse af data fra fokusgruppeinterviews	57
Analyse af observationsdata	58
Problemstillinger til workshoppen	59
Opsamling analyse I	61
Workshop	62
Workshop som metode	62
Idéudvikling	63
Workshoppens forløb	65
Teoriramme	71
Organisationssociologi	71
Gruppens normer og fælles antagelser	71
Teknologi og de uventede effekter	72
Praksisfællesskaber	74
Meningsforhandling	75
Færdighedsniveauer	78
Nybegynder	78

Avanceret begynder _____	78
Kompetent _____	78
Kyndig _____	79
Ekspert _____	79
Opsamling af Teoriramme _____	80
Del 2 _____	81
Analyse II _____	81
I. Klinikere går ikke op i at bryde smitteveje _____	82
Præsentation af problemstilling _____	82
Vejen til løsninger _____	83
Præsentation af løsninger _____	83
Diskussion af løsninger _____	85
II. Klinikere spritter ikke inden de tager handsker på _____	95
Præsentation af problemstilling _____	95
Vejen til løsninger _____	96
Præsentation af løsninger _____	97
Diskussion af løsninger _____	98
III Patienter ved ikke noget/nok om håndhygiejne _____	106
Præsentation af problemstilling _____	106
Vejen til løsninger _____	107
Præsentation af løsninger _____	108
Diskussion af løsninger _____	110
IV Klinikere vil ikke bruge handsker når de stikker _____	118
Præsentation af problemstilling _____	118
Vejen til løsninger _____	119
Præsentation af løsninger _____	120
Diskussion af løsninger _____	122
Opsamling på analyserne I, II, III og IV _____	127
Information til sygeplejerskerne: _____	127
Information til patienterne: _____	128
Diskussion og refleksion _____	131
Speciearbejdets kontekst _____	131

Metode valg _____	132
Teori _____	132
Konklusion _____	134
Fokuspunkter: _____	134
Ansvarsliste _____	136
Litteraturliste _____	138
Bøger: _____	138
Artikler: _____	139
Internetadresser: _____	140
Bilagsoversigt _____	141



Indledning

Specialets kontekst

I dette speciale arbejder vi sammen med Regionshospitalet Randers og projektleder Jacob Pedersen, hvor vi bidrager med vores viden til OPI-projektet "Hygiejneadfærdsstøttende teknologier".

Samarbejdet med Regionshospitalet startede allerede tilbage på 8. semester, hvor vi i samarbejde med designfirmaet "Design Partners", Århus, bidrog med vores viden til OPI-projektet² "Fremtidens Intelligente Hospitalsseng"³ som Regionshospitalet ligeledes var involveret i. På 9. semester fortsatte samarbejdet, hvor vi henholdsvis var i praktik på Regionshospitalet Randers og hos Design Partners. Her arbejdede vi fortsat videre med OPI-projektet "Fremtidens Intelligente Hospitalsseng", men fik også kendskab til andre projekter, blandt andet det dengang nystartede OPI-projekt "Hygiejneadfærdsstøttende teknologier". Projektet vækkede vores interesse, da det på mange måder lagde sig tæt op af vores faglige interesser og vores studieretning Informationsvidenskab;

Informationsvidenskab er en uddannelse der handler om kommunikation, mennesker og teknologi. Det handler om at kunne se innovationspotentialet i nye teknologier(...) og kunne bruge disse til at skabe positive, meningsfulde og nyttige forandringer, der tager højde for både etiske, sociale, politiske og menneskelige hensyn - for det er mennesket og ikke teknologien, der skal være i centrum.⁴

For os er det interessant at undersøge og forstå, hvorledes teknologier kan være med til at udvikle, innovere og effektivisere i en særlig kontekst og med brugeren i centrum og ved inddragelse af denne. Dernæst er der fundet stor interesse i, at søge mod og udvikle løsninger som hjælper den konkrete bruger i deres hverdag og kan være med til at gøre en forskel, særligt indenfor sundhedssektoren. Projektet "Hygiejneadfærdsstøttende teknologier" indfrier ovenstående interesser og muligheder på flere måder, hvorfor også vi har valgt at arbejde videre med denne case og de udfordringer der ligger sig herom, i indeværende speciale.

²OPI- projekter er et tiltag fra staten, hvor hver region har modtaget nogle penge, som de kan råde over til forskellige innovative projekter mellem offentlige og private virksomheder. (Bilag 17)

³Igangværende OPI-projekt der omhandler design og udvikling af ny hospitalsseng, <http://www.regionshospitalet-randers.dk/afdelinger/om+hospitalet/projekter+og+innovation/fremtidens+seng>

⁴<http://www.informationsvidenskab.hum.aau.dk/>

Casebeskrivelse

OPI-projektet "Hygiejneadfærdsstøttende teknologier" er et igangværende forsknings- og udviklingsprojekt på Regionshospitalet Randers. Regionshospitalet samarbejder her med flere forskellige private og offentlige samarbejdspartnere. Baggrunden for projektet er ifølge Regionshospitalet den store samfundsmæssige udfordring der ligger i, at sygehus erhvervede infektioner har store omkostninger såvel menneskelige som økonomiske. Et af målene med projektet er, at Regionshospitalet i samarbejde med udvalgte samarbejdspartnere og hospitalsbrugere skal afprøve og udvikle forskellige hygiejneforbedrende systemer, der kan bidrage til at reducere antallet af infektioner pådraget under indlæggelse. Der er i den forbindelse allerede udført en lang række interviews med forskellige medarbejdere og patienter der alle har bidraget med vigtig viden. Foruden forbedringer på hygiejneområdet har projektet også som mål, at bidrage til udviklingen af udbytterige samarbejdsformer offentlige og private parter imellem. Projektet vil løbe frem til december 2011. (Tekst fra Regionshospitalets intranet: Bilag 25).

For at få indblik i ovenstående, vil der i det følgende afsnit være en beskrivelse af problemfeltet, i hvilket omfang sygehus erhvervede infektioner er udbredt samt hvilke omkostninger det har af både menneskelig og samfundsmæssig art.

Problemfelt

Ifølge Kjeld M. Pedersen, Professor i sundhedsøkonomi SDU, bliver der i Danmark spildt over 1 milliard kroner hvert eneste år på sygehus erhvervede infektioner og ifølge Statens Serum Institut (SSI) er det cirka 8 % af alle patienter, som bliver syge under indlæggelse (Bilag 13). Samlet i Europa koster det årligt mellem 13-24 milliarder Euro (97,5 -180 milliarder kroner) og det er cirka 5-15 % af alle patienter som pådrager sig en sygehus erhvervet infektion (Pedersen:2009:14). Det er ikke den økonomiske byrde der er mest bekymrende, men mere det at sygehus erhvervede infektioner i værste fald kan føre til dødsfald. Ifølge WHO skønnes det, at det alene i Europa er skyld i mindst 135.000 dødsfald årligt. Hvad enten det er økonomien eller dødstallet der ses som alarmerende, så synes det vigtigt at antallet af sygehus erhvervede infektioner nedbringes.

Ifølge Kjeld M. Pedersen skønnes det desuden, at mindst 30 -40 % af alle sygehus erhvervede infektioner kan forebygges (Pedersen:2009) Hertil er der fremsat forskellige løsningsforslag fra Kjeld M. Pedersen, SSI samt WHO (WHO:2009:13). Der forslås blandt andet; tjeklister, handsker,

overvågning, løbende uddannelse, hygiejnesygeplejersker og forbedret rengøring,⁵ alle gode og konkrete tiltag, men som Kjeld M. Pedersen pointerer;

Alle ved, at bedre håndhygiejne vil være et vigtigt bidrag til at mindske infektionsforekomsten, men det er svært at fastholde den nødvendige disciplin. Der bør derfor sættes ind over en bred front.(Pedersen:2009:35)

I 2007 blev der foretaget en undersøgelse af sundhedsvæsenet i Danmark, hvor målet var at finde konkrete eksempler på, hvorledes kvaliteten kunne forbedres.

Juhl konstaterede i sin rapport om rundreisen, at der syntes at være en "knowing-doing gap" i sygehusvæsenet: "Sygehusene har i vidt omfang kendskab til de gode ideer og løsninger, men implementerer dem ikke nødvendigvis i eget regi" (Andersen:2010:163).

Undersøgelsen blev foretaget af statsministerens personlige repræsentant Erik Juhl. Han fandt i sin undersøgelse mange spændende initiativer rundt omkring på sygehusene, men fælles for disse initiativer var, at de ikke blev delt med andre afdelinger eller andre sygehuse (Andersen:2010:163). Erik Juhl konstaterede efter disse undersøgelser, at der var et tydeligt skel mellem viden og praksis.

Motivation

Ovenstående samfundsproblematikker har til sammen med OPI-projektet vakt vores interesse og der er derfor valgt at se nærmere på "Håndhygiejne". Forinden er det dog nødvendigt at præsentere de gældende retningslinjer for god håndhygiejne, for fagpersonaler, ifølge Statens Serums Institut. Det vil også være disse der løbende vil blive refereret til, når der i specialet refereres til retningslinjer eller principper for god håndhygiejne.

Håndhygiejne er den bedst dokumenterede metode til at forebygge smittespredning mellem personale og patient, patient og personale.

Håndhygiejne udføres af alt personale, som har patientkontakt eller som udfører rene eller urene opgaver i såvel primær- som i sekundærsektoren.

Håndhygiejne skal udføres:

- *før alle rene procedurer og*
- *efter alle urene procedurer samt*
- *efter brug af handsker*

⁵Overordnet er der brug for en tilstrækkelig overvågning, implementering af evidensbaserede retningslinjer, løbende undervisning og uddannelse samt tilstrækkelige infektionshygiejniske ressourcer at trække på.(Bilag 13)

Hånddesinfektion med 70-85 % ethanol tilsat hudplejemiddel skal udføres i 30 sekunder, når hænderne er synligt rene og tørre.

Håndvask med hudvenlig sæbe og koldslået vand skal udføres i 15 sekunder, når hænderne er synligt forurenede eller våde og ved kontakt med patienter med infektiøs diarre.

Håndvask kan med fordel følges op af hånddesinfektion.(www.ssi.dk)⁶

De ovenstående retningslinjer fylder ikke så meget nedskrevet, som det formentlig gør i praksis og i hverdagen for klinikerne på et sygehus.

Ovenstående beskrivelse af problemfeltet viser et meget omfattende felt, hvilket fører os videre til en nødvendig afgrænsning forinden præsentationen af indeværende speciales problemformulering.

Afgrænsning

I problemfeltet ovenfor er det forklaret, hvorledes der er fundet interesse i at arbejde med håndhygiejne. I dette afsnit vil vi beskrive denne afgrænsning yderligere samt forklare afgrænsningen og dermed valget af, hvilket felt og hvilke brugere vi samarbejder med.

På et sygehus er der mange forskellige faggrupper eksempelvis læger, service assistenter, social og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Det vil være for omfattende at arbejde med dem alle, så derfor har vi valgt at afgrænse og udelukke arbejde med sygeplejerskerne som brugere. Sygeplejerskerne er valgt, da det er den faggruppe som har den primære kontakt til patienterne og er den største faggruppe på et sygehus. Dette valg af brugere har ledt videre til valget af Regionshospitalet Randers og Sygeplejerskeskolen i Silkeborg som undersøgelsesfelt.

Vi er opmærksomme på, at der er mange andre faktorer der spiller ind på sygehus erhvervede infektioner; eksempelvis rengøring, luftbårne infektioner, andre faggrupper og sygehuse samt diversiteten af de enkelte afsnit⁷. Ved ikke at arbejde med ovennævnte faktorer, vil vi fx gå glip af de andre faggruppers vurderinger og andre mulige indvirkninger på sygehus erhvervede infektioner. Med ovenstående afgrænsning har vi dog ifølge Keld M. Pedersen taget fat i et vigtigt område inden for nedbringelsen af sygehus erhvervede infektioner, nemlig bedre håndhygiejne.

⁶Bilag 16

⁷Et afsnit på et sygehus er det samme som en afdeling på et sygehus.

Problemformulering

Ud fra ovenstående interesser samt afgrænsning har vi et ønske om at afdække mulighederne for, hvordan håndhygiejnepraksis kan forbedres i hverdagen for sygeplejersker. Dette har resulteret i følgende problemformulering:

Hvordan kan der via brugerinvolvering udvikles løsninger til forbedring af håndhygiejnepraksis således, at antallet af sygehuserhvervede infektioner nedsættes?

For at svare på ovenstående problemformulering vil der blive arbejdet med tre udvalgte fokuspunkter. Fokuspunkterne udspringer af Erik Juhls påpegning af gabet mellem "knowing-doing" samt af vores fænomenologiske tilgang, som vil blive uddybet senere i afsnittet Videnskabsteoretisk afsnit.

Fokuspunkter

- **Viden:** er valgt for at finde frem til, hvilken viden sygeplejerskerne har og hertil er valgt at inddrage udvalgte sygeplejerskestuderende.
- **Holdning:** er valgt ud fra at finde frem til hvilken holdning, der er til håndhygiejne blandt sygeplejersker. Til dette er ligeledes valgt at inddrage udvalgte sygeplejerskestuderende.
- **Praksis:** er valgt ud fra at finde frem til, hvordan sygeplejerskerne i hverdagen håndterer deres arbejde i forhold til håndhygiejne samt deres muligheder for at overholde håndhygiejneprincipperne. Til dette er valgt at inddrage de sygeplejerskestuderende samt sygeplejersker på udvalgte afsnit.

De ovennævnte fokuspunkter vil der blive arbejdet med via metoderne fokusgruppeinterview og observation. Hertil vil sygeplejerskerne som valgt brugergruppe blive inddraget løbende. I samarbejde med sygeplejerskerne vil vi undersøge og finde frem til svar på ovenstående problemformulering. Forinden dette vil vi præsentere vores forståelsesramme.

Forståelsesramme

Forståelsesrammen indeholder en præsentation af sygehuset som organisation gennem tiden og frem til nu samt en beskrivelse af, hvorledes vi har arbejdet med eksisterende viden i forhold til specialets problemstilling. Forståelsesrammen vil også indeholde en videnskabsteoretisk beskrivelse af, hvorledes vi løbende gennem specialet forstår og indhenter viden samt en beskrivelse af den valgte brugerinddragelsesstrategi.

Historisk perspektiv

Da vi undersøger og ser på den praksis der er på sygehusene og har særligt fokus på sygeplejersker, er det også vigtigt og interessant at tilegne os viden om, hvordan man tilbage i tiden opfattede sygehusene, sygeplejerskerne samt selve faget sygepleje. Vi har derfor valgt at have et afsnit, hvor vi beskriver og sætter fokus på den udvikling, der har været gennem tiderne inden for sygehusverdenen, herunder også sygehuserhvervede infektioner og opdagelsen af vigtigheden omkring håndhygiejne.

Opmærksomheden omkring sygehuserhvervede infektioner ligger mange år tilbage. Det er kendt, at man dengang isolerede infektionssyge patienter fordi der allerede dengang var viden om, at der var en forbindelse mellem disse patienter og spredningen af smitte på sygehuse. Sent i 1800-tallet findes de første registrerede tilfælde af sygehuserhvervede infektioner, som vi kender dem i dag. Den første person der havde fokus på det dengang var Louis Pasteur⁸. Han havde særligt fokus på mikrobiologi og hævdede at disse mikroorganismer var skyld i forskellige sygdomme. Pasteur afkræftede dermed teorien, om det der dengang kaldtes for "spontant levende former", og arbejdede i stedet med sin opdagelse af mikroorganismer som forårsagelse til infektioner og sygdomme. Senere, i starten af 1900-tallet, delte man sygehusene op i almindelige sygehuse og feber-sygehuse, dette var et afkast af en lang historie med stor sygdom og dødelighed. På samme tid kom Ignaz Phillippe Semmelweis⁹ til, som begyndte at drage sammenligninger mellem de mange dødsfald og det plejepersonale der både udførte obduktioner og tilså patienter, uden at vaske deres hænder. Semmelweis indførte den meget simple rutine at vaske hænder med

⁸Fransk biolog der havde stor succes i sit arbejde med udvikling af vacciner

⁹Ungarsk læge der er kendt for sin opdagelse af nedsat barselsfeber ved indførelse af håndvask.

chlorerede kalk¹⁰ og dette betød et dramatisk fald i dødeligheden (Muralidhar:2007:3). Omkring samme tid udtalte sygeplejersken Florence Nightingale følgende i hendes bog "Notes on hospitals";

It may seem a strange principle to enunciate as the very first requirement in a hospital that it should do the sick no harm...the actual mortality in hospitals, especially in those of large crowded cities, is very much higher than any calculation founded on the mortality of the same class of diseases among patients treated out of hospital...(Muralidha:2007:3).

Med ovennævnte bog blev der sat yderligere fokus på, at det var på hospitalerne at der skete noget ved de allerede syge som ikke burde ske. Dermed blev det også starten på opmærksomheden omkring det som vi i dag kalder for sygehus erhvervede infektioner.



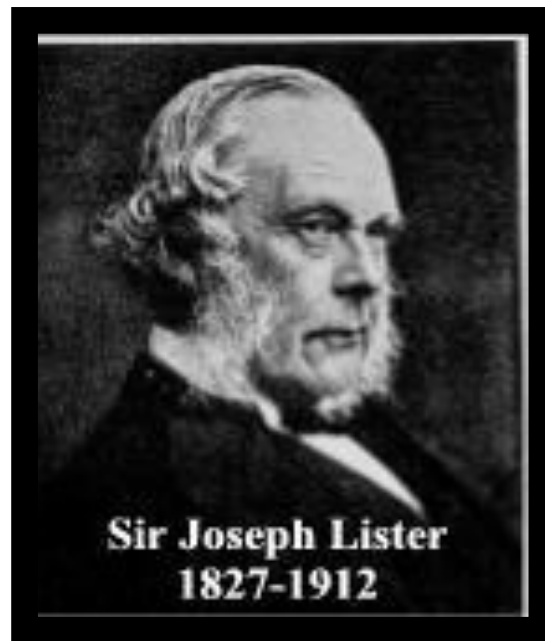
Nightingale er kendt i litteraturen og historien, som sygeplejersken der indførte planer og orden på hospitalerne og begrundede, hvor vigtigt det var med hygiejniske tiltag såsom ordentlige latriner og sanitære anlæg, rene køkkener, rene sengeklæder og vinduer der kunne åbnes og lade frisk luft komme ind.¹¹ Hun indførte i sin tid vigtige principper omkring pleje, hospitals-design og hygiejne (Muralidhar:2007:3) og åbnede i 1859-60, hvad der regnes for den første sygeplejerskeskole i verden, sygeplejerskeskolen ved St. Thomas Hospital i London. Hun gjorde samtidigt sygepleje til et erhverv, der ikke var tilset fattige sygeplejere og religiøse søstre, men

¹⁰Chlorerede kalk er et hvidt pulver, der består af calciumhydroxid og chlorid, det bruges til at blege og / eller desinficere med.

¹¹<http://www.leksikon.org/art.php?n=1867>

derimod middel- og overklassekvinder som faglærte, bestemte, selvstændige og vellønnede kvinder.¹²

Senere i historien opdagede kirurgen Lord Joseph Lister en mærkbar forbedring ved behandlingen af sammensatte frakturer og kirurgiske operationer, med den udbredte brug af carbolic syre¹³.



It would be impossible to estimate the impact of Listers work. The number of human lives saved as a result of the eventual widespread use of antiseptic surgery and the logical succession to aseptic surgical techniques literally changed history.¹⁴

Han anvendte syren til at pakke sår, sterilisere instrumenter og suturer¹⁵ samt til desinfektion af hænder og som luft spray (Muralidhar:2007:3).

I slutningen af 1900-tallet blev der i USA indført brug af handsker under operationer og dette betød starten på de moderne operationsteknikker. I 1970 kom de første infektions-kontrol-sygeplejersker til. Da antibiotikaen var udrullet og havde vundet indpas, var der en misforstået tillid til, at smitsomme sygdomme snart ville blive erobret, men denne myte blev hurtigt knust. Resistente stammer overtog og opdagelsen af nyere lægemidler kunne ikke holde trit med den hurtighed, hvormed resistente stammer udviklede sig (Muralidhar:2007:4). Dette billede stemmer

¹²<http://www.leksikon.org/art.php?n=1867>

¹³Carbolic syre er en giftig hvid opløseligt krystallinsk syre og anvendes som et desinfektionsmiddel.

¹⁴<http://www.surgeons.org.uk/history-of-surgeons/lord-joseph-lister.html>

¹⁵Suturer er en kirurgisk betegnelse for dels sammensyning (suturering) af operationssår eller andre sår, og dels den anvendte tråd.

overens med de problemer vi har i dag, hvor der fortsat kæmpes mod Sygehuserhvervede infektioner.

Historien har altså bevæget sig fra, at man slet ikke havde nogen viden om bakterier, smitteveje og sammenhængen mellem infektioner, sygdom, dødelighed og hygiejne til i dag, hvor man har stor viden om ovenstående samt viden om, hvordan man undgår eller mindsker sygehuserhvervede infektioner. Alligevel er det, som også ovenfor beskrevet, stadig et problem og fylder meget i såvel statistikker og økonomi som i dagspressen. Som vi indledningsvist eksemplificerede, er det også disse statistikker og problemstillinger der har fanget os, undret os og dermed driver lysten til at skrive speciale herom.

For at forstå, hvorfor problemet med sygehuserhvervede infektioner stadig er så stort et problem, trods den tidligere åbenlyse viden herom er det vigtigt også, at få et mere nutidigt billede af og forståelse for sygehuset som organisation, til dette vil vi anvende organisationssociologien.

Organisationssociologi

Indeværende afsnit tager udgangspunkt i bogen sundhedssociologi og primært kapitlet der omhandler organisationssociologi. Kapitlet behandler adskillige teorier med afsæt i flere forskellige teoretikere. Vi går ikke i dybden med de forskellige teorier og deres ophavsmænd, men anvender dele af kapitlet som samlet forståelsesramme for sygehuset som organisation indeholdende individ, gruppe, ledelse og samspillet derimellem samt betydningen af teknologier.

Vi lever i et samfund fuld af organisationer, hvor sygehusene er et godt eksempel. Vi lever i disse organisationer, er i dem, problemløser gennem dem, stoler på dem og styres af dem og vi må udforske disse organisationer, blandt andet til at forstå gabet mellem viden og handling (Andersen:2010:163f). Teorierne i kapitlet egner sig godt til indeværende speciale, fordi de blandt andet har fokus på de problemstillinger og udfordringer der er i organiseringen af arbejdet med sundhed. Tidligere handlede disse problemstillinger primært om struktur og organisering, hvor det i dag handler mere om kultur, mening og institutioner samt teknologi og netværk (Andersen:2010:21). Ved denne skildring af den organisatoriske historiske udvikling er det også tydeligt, hvordan organisationer, deriblandt også sygehuse, generelt har udviklet sig til at handle om meget mere end at producere produkter.

Uklare og komplekse opgaver

Sygehusene har altså forandret sig meget gennem tiderne, og er meget forskellige fra datidens sygehuse. Sygehusene som vi kender dem i dag kendetegnes i teorien også som de mest komplekse organisationer. Komplekse, fordi der er mange forskellige teknologier, men også som et komplekst socialt system, indeholdende mange forskellige relationer mellem enkelte individer, grupper og fagligheder, såvel internt som eksternt og derfor kan sygehuset heller ikke ses som kun en organisation, men nærmere som flere under samme tag (Andersen:2010:165). For at forstå hvordan sygehuset adskiller sig fra andre organisationer, sammenlignes der med industrivirksomheden, som var en af de første organisationsformer, der fik systematisk opmærksomhed i forskningen. Der hvor industrien som maskinbureaukrati var præget af en meget høj grad af standardiseringer, styring og ensartethed og havde gennemskuelige arbejdsopgaver og producerede ting, var sygehusene som fagbureaukrati præget af stor kompleksitet. Sygehusene er i dag præget af mange uklare og komplekse opgaver og det er ofte op til den enkelte person eller

gruppe at tage beslutninger. Psykisk og fysisk sygdom er ikke entydige størrelser, men ofte varierende og der kan derfor ikke standardiseres i situationen, det kræver høj faglig ekspertise og der må foretages en skønsmæssig vurdering fra gang til gang. Det er op til det faglige personale selv at tilrettelægge arbejdet og på et sygehus er der frirum til dette (Andersen:2010:166). I kapitlet pointeres det yderligere, at der på et sygehus hersker en selvstændig position som ikke er mulig i særlig mange andre organisationer. Der ledes ikke på klassisk hierarkisk vis og arbejdsprocesserne er derfor i høj grad overladt til de professionelles skøn og ekspertise. (Andersen:2010:167)

Legitimitet

Normer og meninger er noget, der dannes internt i organisationen mellem de enkelte individer og grupper. Hertil nævnes der i kapitlet den institutionelle teori der har særligt fokus på begrebet mening i forhold til organisationens omgivelser. Den institutionelle teori er et udspring af socialkonstruktivismen, der ser på individet og dets handlinger som sociale konstruktioner og som et udtryk for samfundets skabte normer og forestillinger. Disse omgivelser, som organisationen er en del af, kan betegnes som et felt, feltet er en gruppe af organisationer der er underlagt fælles meningssystemer (Andersen:2010:170). Et eksempel på et sådan felt er sygehusene, som fx interagerer med "Danske regioner", "Sundhedsstyrelsen" og flere andre faglige organisationer. I disse felter udbredes der fælles normer, regler og forestillinger om, hvad der er legitim adfærd. Det kunne fx handle om faglig kvalitet eller de retningslinjer der findes for håndhygiejne som SSI har udviklet. Fordi disse fælles normer, regler og forestillinger udvikles eksternt og fordi de institutionelle felter er afhængige af hinanden, bliver feltets normer oftest kun implementeret på organisationsniveau (Andersen:2010:171). Der sker det der kaldes for et legitimitetspres, hvor organisationen føler sig presset til at følge de fælles normer og udfaldet af dette betyder, at det kun i få tilfælde resulterer i konkrete lokale løsninger. I stedet betyder det, at der bliver udviklet legitime løsninger på feltniveau, men ikke løsninger der er specielt effektive (Andersen:2010:171).

Konsekvensen af et legitimitetspres på feltniveau kan være, at sygehusene ender med at indføre standardløsninger, der muligvis skaber ro i forhold til omgivelserne, men som kun er løst koblet til den konkrete opgavevaretagelse. Nogle institutionalister taler om, at felter med stærke institutionelle strukturer udvikler dekoblede organisationer, hvor de formelle strukturer afspejler omgivelsernes legitimitetspres, mens den konkrete opgavevaretagelse styres af andre og mere lokalt udviklede hensyn (Andersen:2010:171-172).

Ovenstående betyder, at sygehuset som organisation kan opleve store forandringer i organisationen, men at disse ikke berører den daglige kliniske arbejdsgang – så længe individerne spiller med på de officielle fortællinger og deltager i de rituelle markeringer af forandringer. Set i forhold til den danske kvalitetsmodel vil ovenstående betyde, at sygehuset som ledelse tager imod Den danske kvalitetsmodel, fordi de skal og for at være en del af feltet og opleve legitimitet, men de får det ikke implementeret lokalt fordi alle i fællesskabet lader som om og spiller med (Andersen:2010:172).

Ledelse og organisation

Som tidligere nævnt kendetegnes fagbureaukratiet af stærke og selvstændige faggrupper, men der er selvfølgelig også ledelse og ledere tilstede. Ledelsen er dog splittet mellem to niveauer, hvor det første handler om den daglige personaleledelse. Dette er i høj grad uddelegeret til faggrupperne selv, som også tidligere nævnt, selv administrerer og styrer deres daglige praksis og uddelegerer arbejdsopgaver. De vigtige beslutninger varetages af forskellige interne organer i organisationen, men også eksternt ved andre faglige selskaber, de som tidligere benævntes som felter. Det andet niveau handler om den organisatoriske ledelse, det vil sige den opgave der går på, at skabe rammerne for hele organisationen som helhed. Det er oftest administrationen der varetager denne ledelse, hvor opgaverne handler om at sikre ressourcer til produktionen, afklare konflikter, overgange mellem faglige enheder og generelt sikre organisationens eksistens i forhold til omgivelserne.(Andersen:2010:177) Kapitlet i bogen pointerer, hvorledes kombinationen af de faglige professionelles interne hierarki og organisationen som bureaukrati kan give en række indre ledelsesmæssige spændinger, hvor sygeplejerskernes nævnes som de der oftest kommer i klemme.(Andersen:2010:177).

De sidste to årtier er der kommet nye ideer til indenfor ledelsen i sundhedsvæsenet, hvor der tages afsæt i begrebet "New public management". Her er der tale om professionel markedsorienteret ledelse i den offentlige sektor og hvor der i stedet for at have fokus på de interne fagspecialer er større fokus på sygehuset som helhed og dets placering udadtil på markedet, de eksterne betingelser.(Andersen:2010:178) Denne ledelsesform har skabt følgende interessante spørgsmål; Hvem leder i sundhedsvæsenet og hvor og hvordan ledes der i sundhedsvæsenet? Ovenstående tvivl er gjort til genstand for de konflikter der har været mellem

faggrupper og professioner i forhold til ledelse, for hvem leder i en tid, hvor arbejdsopgaver op og nedgraderes og hvor nye professioner kommer til? hvordan udbredes nye ledelsesidealer og hvad med de nye forventninger til det at lede? Hvor-spørgsmålet er måske det sværeste, fordi sygehusene som organisationer oftest er politisk styret? men det kunne også være nærliggende at undersøge, hvorledes der internt ledes, hvordan og om ledelsen formår at skabe nye normer, forestillinger og handlemønstre og i hvorvidt et omfang, hverdagens usynlige koordineringsarbejde spiller ind. (Andersen:2010:179)

Denne måde at agere, tage beslutninger og forholde sig til organisationer, standarder og dermed også hygiejneprincipper er et problem, som også er udtalt på højere niveau;

Det er ikke tilstrækkeligt at overlade indførelsen af de nye hygiejnestandarder til sygehusenes eget initiativ. Dels er det hensigtsmæssigt, at samtlige danske sygehuse benytter samme standarder – hvilket vil være et usandsynligt udkomme, hvis valget af hygiejnestandarder beror på valgfrihed. (Folketinget 2007:Bilag 18)

På et sygehus er der altså frihed til og lagt op til en kultur, hvor den enkelte tager sine egne beslutninger. Ovenstående viden om organisationer vil blive benyttet løbende gennem projektet og har givet en god grundviden om sygehuset som organisation.

Videnskabsteoretisk tilgang

Dette afsnit har til hensigt at give en overordnet forståelse af den videnskabsteoretiske tilgang til specialearbejdet samt vores forståelse af viden.

Vores tilgang til videnskabsteorien bunder i den humanvidenskabelige tradition, som er den ene af de to hovedtraditioner indenfor videnskabsfilosofien, hvor den anden er den naturvidenskabelige tradition. De danner grundlag for de to hovedparadigmer for forskningsmetoder, hvor de væsentligste forskelle er, at den naturvidenskabelige tradition primært arbejder med kvantitative metoder, såsom målelige resultater, objektivitet og forklaring. Den humanvidenskabelige tradition arbejder med kvalitative metoder, hvor fokus er på det meningsfulde, tolkningen samt forståelsen. (Thisted:2010:29f) En tredje retning, den samfundsvidenskabelige tradition, er kommet til senere og er en kombination af både den naturvidenskabelige og den humanvidenskabelige tradition, her anvendes der både kvantitative og kvalitative metoder og der er fokus på mennesker i forskellige sammenhænge fx etniske grupper, familier eller hele samfund (Larsen:2010:side:id 959). Vi kan ikke se os helt fri fra den samfundsvidenskabelige tradition, da vi netop ser på individets adfærd (håndhygiejnepraksis) i en bestemt gruppe (sygeplejerskerne). Med baggrund i den humanvidenskabelige tradition er vores tilgang til og anvendelse af vores kvalitative metoder hermeneutisk fænomenologisk og i det efterfølgende afsnit vil der blive gjort rede for anvendelse af hermeneutikken og fænomenologien i specialearbejdet.

Hermeneutik og fænomenologi

Kernen i Hermeneutik er, ifølge Jens Thisted, fortolkningen af verden og den sag der skal undersøges. Den hermeneutiske fortolkning går tilbage til antikken, hvor den i første omgang blev anvendt til at fortolke bibelen og efterfølgende andre nedskrevne tekster (Thisted:2010:48). Fænomenologien har også som hermeneutikken fundament i den humanvidenskabelige tradition, hvor Edmund Husserl (1859-1938) betragtes som grundlæggeren. Kernen i Husserls foretagne er ifølge Jens Thisted.

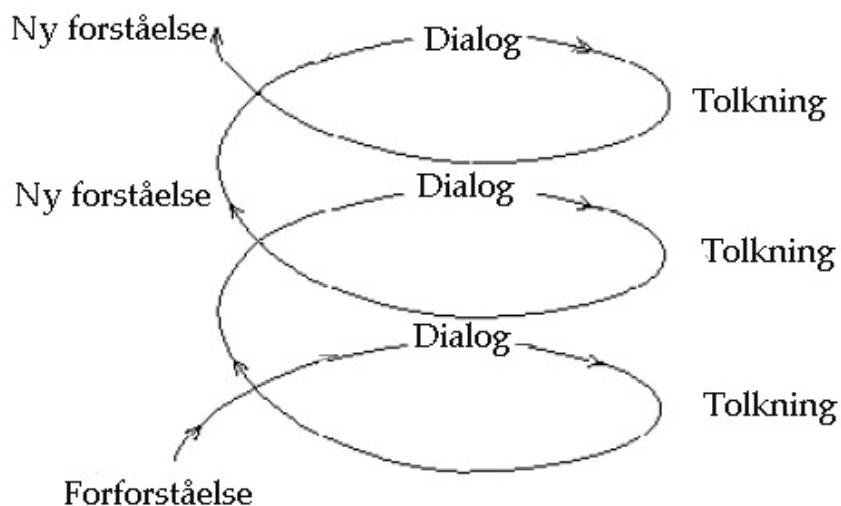
”Husserl vender sig imod abstrakte teoretiseringen inden for både videnskaben og filosofien, idet det for han drejer sig om at gå ’til sagen selv’. Kernen i dette forehavende er, hvad Husserl forstår ved fænomenologi, hvor udgangspunktet netop er at analysere erfaringen, som det melder sig for den menneskelige bevidsthed” (Thisted:2010:55)

Husserls elev Martin Heidegger (1889-1976) udvidede forståelsen af fænomenologien til at handle om "væren-i-verden", som hans elev Hans-Georg Gadamer (1900-2002) byggede videre på som et "eksistentielt grundvilkår". Gadamer havde ifølge Thisted afgørende betydning for forståelsen af verden og os selv som forstående væsener. Gadamer byggede videre på den hermeneutiske tradition med den filosofiske hermeneutik. (Thisted:2010:56f)

På den måde er hermeneutikken og fænomenologien flettet ind i hinanden. Vores anvendelse af fænomenologien og hermeneutikken i specialet er, at vi tilegner os viden og data ud fra en fænomenologisk tankegang, hvor der ses på, hvad der viser sig, hvorefter den hermeneutiske metode anvendes til at tolke og forstå den indsamlede viden og komme videre til næste forståelse.

Hermeneutik

Vores hermeneutisk metodiske tilgang betyder, at vi med vores forståelseshorisont¹⁶ i bagagen forsøger at forstå nye sammenhænge og erkendelser og derved opnår horisontsammensmeltning, hvor det tilstræbes at opnå enighed om et givent emne (Gadamar i Føllesdal:2005:99). Nedenfor ses en illustration af, hvordan den hermeneutiske cirkel fortolkes, her udformet som en spiral.



(Figuren er venligst lånt af Ulla Konnerup Ph.d –stipendiat (Bilag 19:s. 10))

¹⁶Forståelseshorisont = Mængden af de meninger og holdninger, bevidste og ubevidste, som vi har på et givent tidspunkt, og som vi ikke opmærksomme på. (Føllesdal 2005)

Det metodiske arbejde i indeværende speciale bygger på at tage ud med vores forståelseshorisont, i ovenstående figur kaldet forforståelse, og søge ny viden hos brugerne. Dette gøres i første omgang ved metoden fokusgruppelinterview (dialog). Efterfølgende tager vi hjem og analyserer på de indhentede data (tolkning), derved opnås Ny forståelse og endeligt opnås horisontsammensmeltning. Med den nye forståelseshorisont tages der igen fat i brugerne med metoden deltagende observation, hvor vi via dialog og tolkning opnår en ny forståelse. Dette kan i forhold til hermeneutikken også betegnes som "Den hermeneutiske cirkel", som karakteriserer forholdet mellem del og helhed.

Vores forforståelse

Vi er bevidste om, at vores forforståelse har indflydelse på vores arbejde og at vi dermed ikke kan være 100 % objektive. Vi har på vores kandidatuddannelse arbejdet inden for sundhedssektoren og har haft et tæt samarbejde med blandt andet Regionshospitalet Randers. Vi har tidligere observeret på både sygehuse og i primærsektoren og har udarbejdet forskellige workshops for og med sygeplejersker. Vores færden i sygehusfeltet har derfor gennem de sidste semestre gjort os bevidste om sygehuset som kompleks organisation samt hvorledes vi tilgår sygehuset som felt. Det har bidraget til en forforståelse som vi ikke kan se bort fra, men ved at være opmærksomme på den, kan vi forsøge at tage højde for den.

Fænomenologi

Den fænomenologiske tilgang betyder, at vi ser på individet som et kropsligt, socialt og kulturelt indlejret væren i verden. Da alle individer altid vil indgå i verden vil et individ også altid indgå socialt i et eller flere fællesskaber. Ifølge fænomenologien bør det aldrig tages for givet, hvad en anden person tænker eller føler, der skal spørges ind og lyttes. (Brinkmann:2010:186) Der vil i indsamlingen af data, hvor der arbejdes med individers anskuelse af fænomenet, i dette speciale sygeplejerskerne og håndhygiejne, blive set bort fra forforståelse, teorier og refleksioner for derved at opleve situationen som den er ifølge den/de udsurgte.

Denne forståelse af individets eget syn på sin egen verden, kan kun opleves ved at observere individet i dets felt, hvorfor vi også har inddraget metoden observation, hvor vi tager ud i feltet og oplever med vores egne øjne.

Vi betragter "Håndhygiejne" som det fænomen vi vil undersøge. I vores forståelse af fænomenet "Håndhygiejne" tager vi udgangspunkt i brugerne for at undersøge og forstå, hvordan de som enkelt individ agerer forskelligt alt efter, hvilket menneske de er og hvilken situation de er i.

Vi anvender flere forskellige kvalitative metoder for at afdække fænomenet håndhygiejne, da der findes flere forskellige fortolkninger af fænomenet og for at højne validiteten (Kvale:1996 ifølge Halkier:2009:15). Vi arbejder med metoderne fokusgruppeinterview, observation og workshop som der vil blive uddybet yderligere i de metodiske afsnit.

Efter ovenstående beskrivelse af den videnskabsteoretiske tilgang i indeværende specialearbejde vil der nedenfor blive redegjort for vores forståelse af viden.

Forståelse af viden

I dette afsnit vil der først blive beskrevet erkendelsesinteresser om viden og forståelse. Derefter vil der følge en beskrivelse af, hvordan viden opbygges hos individer i praksis og hvordan tavs viden opstår. Dette vil vi gøre for at skabe klarhed omkring vores forståelse for viden.

Erkendelsesinteresser

Viden og forståelse er ifølge Jürgen Habermas forbundet med forskellige erkendelsesinteresser. Derfor vil der i dette afsnit blive præsenteret hans tre erkendelsesinteresser samt blive redegjort for vores erkendelsesinteresser. Dette vil senere i rapporten blive anvendt i forståelsen af de forskellige erkendelsesinteresser der generelt er på spil i OPI-samarbejder og brugerinddragelses processer.

De tre erkendelsesinteresser

- Den naturvidenskabelige erkendelsesinteresse er ifølge Habermas den som indgår i en teknisk erkendelsesinteresse, hvor man via empiriske data søger kontrollerbare resultatorienteret handlinger (Andersen:2010:106).
- Den humanistiske erkendelsesinteresse er ifølge Jürgen Habermas en praktisk erkendelsesinteresse, hvor betydning opstår via de betydninger, der findes i ens egen livsverden (Andersen:2010:107).
- Den sociale videnskabelige erkendelsesinteresse er ifølge Habermas også den samfundsvidenskabelige og systematiske handlingsvidenskaber, hvor det handler om selvrefleksion og derved at hæve sig over sin faktiske historie og sociale situation (Andersen:2010:107).

Vores erkendelsesinteresse er ud fra Habermas' teori overvejende humanistisk og socialvidenskabelig, da vi forsøger at forstå feltet ud fra vores nuværende viden og reflektere over den ud fra vores livsverden som studerende og forskere. Hvor vi samtidig i vores feltarbejde fænomenologisk forsøger at frigøre os fra vores eksisterende viden for at kunne være så objektive som muligt. Vi er klar over, at det ikke kan lade sig gøre at være 100 % objektive, men i vores erkendelse af vores forforståelse kan vi hæve os fra vores faktiske historie og sociale relation. Vi trækker dog også lidt på den naturvidenskabelige erkendelsesinteresse i vores metodearbejde, da

vi dokumenterer vores metoder og gentager processer som fx i vores fokusgruppeinterviews, hvor vi gennemfører to helt udførelsmæssige identiske interviews. Vores erkendelsesinteresser er på denne måde i overensstemmelse med vores baggrund i den humanvidenskabelige tradition som tidligere beskrevet.

Tilegnelse af viden

I arbejdet med at tilegne os indblik i den viden sygeplejerskerne har arbejdet er med de tre tidligere nævnte fokuspunkter; Viden, Holdning og Praksis. Når der i dette afsnit nævnes viden er det ud fra et læringsperspektiv.

Det interessante ved den viden som tilknytter sig til sygeplejersker er, at meget af den er opbygget i brug og praksis, hvilket er vidt forskellig fra sygeplejerske til sygeplejersker og fra afsnit til afsnit. Der er altså blandt sygeplejerskerne ikke én rigtig måde at gøre tingene på, men mange forskellige. Ifølge Dreyfus og Dreyfus er der to former for problemløsningsområder, "Det strukturerede" og "Det ustrukturerede". "Det strukturerede" kendetegnes ved, at der på baggrund af matematiske beregninger af logiske opgaver kan træffe beslutninger. "Det ustrukturerede" kendetegnes ved at målet ikke er klarlagt, men ud fra de informationer som er tilgængelige, er det fortolkningen som bestemmer, hvad der er vigtigt i en situation. (Dreyfus:1991:64) Det er en bred definition, men det ustrukturerede er også kendetegnet ved, at det kommunikative samspil er meget kompleks. Kommunikationen mellem sygeplejerskerne, patienterne, lægerne samt social og sundhedsassistenterne er et komplekst samspil, hvor det fx kan være vigtigt at vide, hvad patienten spiste i går eller hvad lægen sagde. På denne måde kan man sige at sygeplejerskerne tilhører det ustrukturerede problemløsningsområde. Sygeplejerskerne kan dog også tilhøre "Det strukturerede" problemløsningsområde, da de kan måle ting fx iltningen af blodet og handle ud fra det. Vi mener, dog at sygeplejerskerne primært tilhører det ustrukturerede problemløsningsområde, og dette støttes også op af Organisationssociologien, som tidligere beskrevet udtrykker Organisationssociologen at sygeplejerskernes arbejdsopgaver ofte ligger op til at vurdere og tage skønsmæssige beslutninger.

Vi vil nu kort præsentere Hubert L. Dreyfus og Stuart E. Dreyfus' færdighedsniveauer, som senere vil blive uddybet i teoriafsnittet Dreyfus og Dreyfus' færdighedsniveauer og derefter igen anvendt som analyseredskab i forhold til sygeplejerskernes færdighedsniveau.

Viden er ifølge Dreyfus og Dreyfus tillært gennem træning og erfaringer og derfor ikke medfødt. Under denne træning og erfaring også betegnet som læring, findes der fem stadier som man skal igennem under læringen. De fem stadier af færdighedsniveauer:

1. Nybegynder
2. Avanceret begynder
3. Kompetent
4. Kyndig
5. Ekspert

De fem stadier er Dreyfus og Dreyfus kommet frem til ved at iagttage mennesker der lærer, disse stadier vil blive uddybet yderligere nedenfor. På det fjerde og femte stadie, tales der om intuition og knowhow og det er her, hvor den tavse viden kommer til udtryk.

Tavs viden

Tavs viden er viden der er svær at overføre ved ord eller på skrift og er erhvervet gennem personlig erfaring. Tavs viden er forklaret af Michael Polanyi på følgende vis.

we can know more than we can tell (Polanyi:1966:4)

Tavs viden er vigtig for os som forskere at få fat i, da det er rutiner i hverdagen som er blevet indforstået og usynlige blandt fx sygeplejerskerne, men som er vigtige i udviklingen af fx nye teknologier. Det kan være svært at få brugerne til at tale om den tavse viden, da den er ubevidst og ofte er knyttet til bestemte situationer og i nogle tilfælde også knyttet til kroppen.

De kan sandsynligvis køre på cykel. Betyder det, at De kan formulere særlige regler, som kunne lære en anden at gøre det? Hvordan ville De forklare forskellen mellem fornemmelse af at vælte og den helt naturlige fornemmelse af at være lidt ude af balance under drejning? Og ved De virkelig, før det sker, hvordan De vil reagere på en bestemt følelse af ubalance? Nej, Det gør ej. De kan køre på cykel, fordi De har noget, man kalder "knowhow" eller praktisk viden, som De har lært ved øvelse og undertiden gennem smertelig erfaring. Det, at De ikke kan udtrykke det, De har lært, i ord, betyder, at knowhow ikke er tilgængelig for Dem i form af fakta og regler. Hvis det var, ville man sige, at De havde en teoretisk viden om at visse regler resulterer i, at man køre på cykel. Spørgsmålet er naturligvis ikke begrænset til cykling.(Dreyfus:1991:37)

Det kan som sagt være svært at få den tavse viden italesat, derfor vil vi nu uddybe, hvordan Kujiro Nonaka og Hirotaka Takeuchi beskriver sammenhængen mellem viden og tavs viden. Dette gøres i deres videnspiral-model, hvor der sker udveksling af tavs viden i en social proces mellem

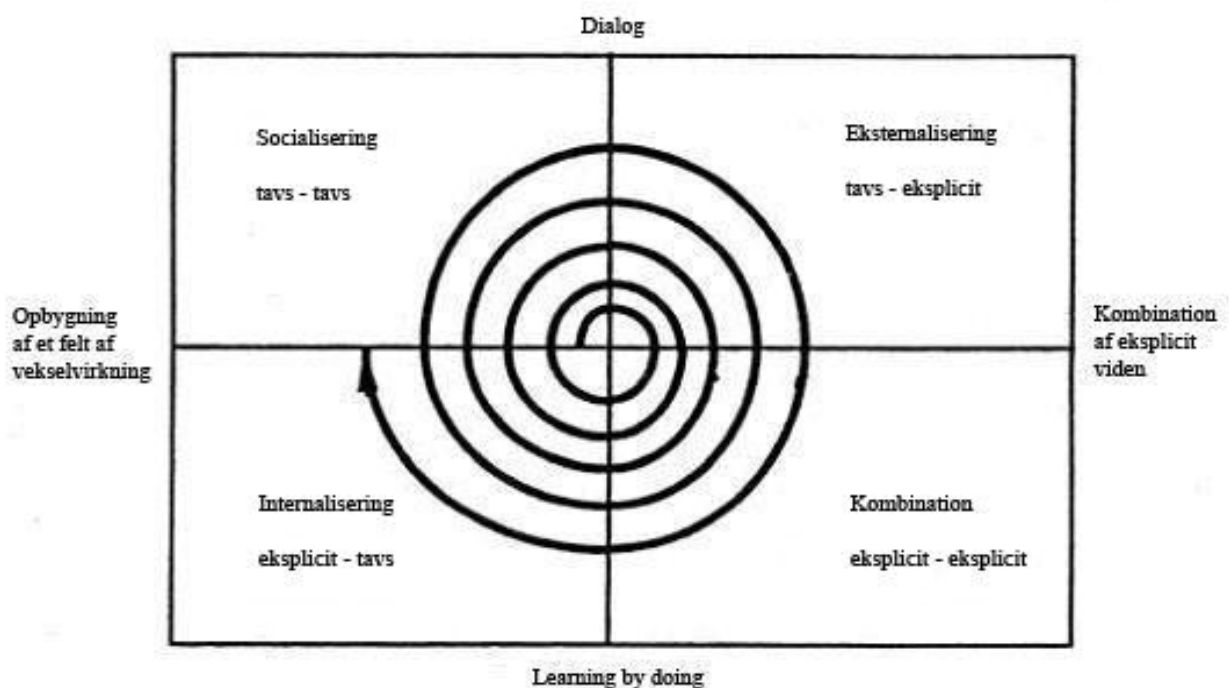
enkeltpersoner. Nonaka og Takeuchis teori stammer fra arbejdet med forskellige produktionsvirksomheder i Japan.

...human knowledge is created and expanded through social interaction between tacit knowledge and explicit knowledge.(Nonaka:1995:61).

Vidensspiralen er en vekselvirkning mellem tavs og eksplicit viden i en social proces, der kaldes vidensomdannelse. Vidensomdannelse kan deles op i fire forskellige typer;

- Socialisering (fra tavs til tavs viden)
- Eksternalisering (fra tavs til eksplicit viden)
- Kombination (fra eksplicit til eksplicit viden)
- Internalisering (fra eksplicit til tavs viden) (Nonaka:1995:62)

Opdelingen kan se i figuren nedenfor.



(Nonaka:1995:71. figuren er oversat)

Et scenarisk eksempel på, hvordan ovenstående vidensomdannelse kunne udfolde sig på et sygehus kunne være som følgende. Socialiseringen, fra tavs viden til tavs viden; En sygeplejerskestuderende går med en erfaren kollega, som hun iagttager tavst. Efterfølgende

kommer Eksternalisering, hvor tavs viden bliver til eksplicit viden; den erfarne sygeplejerske fortæller sine handlinger højt til den studerende. Kombinationen af ovenstående er der, hvor eksplicit viden bliver til eksplicit viden; den erfarne sygeplejerske og den studerende taler om handlingen sammen. Den fjerde er Internalisering, hvor det går fra eksplicit viden til tavs viden; den studerende og den erfarne sygeplejerske behøver ikke længere tale så meget om handlingen, men kan blot referere til den. Efterfølgende starter spiralen igen ved Socialiseringen, da handlingen nu er blevet til tavs viden både for den studerende og for den erfarne sygeplejerske. Nye handlinger og rutiner kan tage samme tur i spiralen og derved tilegner den studerende sig mere og mere tavs viden eller "Know how" som vi også kalder det på dansk.

Erkendelsesinteresserne, Færdighedsniveauerne samt begrebet tavs viden har givet os en forståelse for, hvordan viden produceres, opfattes og behandles i praksis. Dette vil blive anvendt i det videre specialearbejde, hvor vi løbende vil inddrage ovenstående teorier og viden.

I det følgende afsnit vil det blive beskrevet, hvordan der i indeværende speciale løbende indhentes viden.

Eksisterende viden

Under udarbejdelsen af dette speciale ligger der et større arbejde i at søge efter allerede eksisterende viden indenfor det problemfelt, som der arbejdes med. Med dette menes, at der vil blive søgt ud over den litteratur og de projekter som der i forvejen kendes til og på denne måde udvide vores viden. Den eksisterende viden indenfor området er stor og vi kan umuligt hverken vælge at arbejde med dem alle eller få overblik over det samlede materiale. Der kan dog systematisk søges efter viden, der er relevant i forhold til at kunne belyse og understøtte de valgte problemstillinger i indeværende speciale. I vores søgning er målet at finde ud af, hvilke tiltag der har været i Danmark omkring Håndhygiejne, om disse har givet nogle mærkbare resultater/løsninger og om der er belyst nogle særlige problemer/problematikker herom, som der kan anvendes?

Denne måde at forholde sig til eksisterende viden på, ligger sig også op af vores forståelse af, hvorledes vi opnår viden løbende gennem dette speciale, en proces som den hermeneutiske cirkel, hvor der gentagne gange opsøges ny viden på baggrund af den allerede eksisterende viden. Vi vil løbende i specialet undersøge, hvad der findes af forskningsundersøgelser- og resultater i videnskabelige bøger og artikler om håndhygiejnepraksis på sygehuse og anvende denne viden til at udvide vores forståelseshorisont.

I sygehusverdenen arbejdes der på samme vis med eksisterende viden, hvor man arbejder med metoden "Evidensbaseret praksis" (EBP) for at sikre sig, at den viden der anvendes er valid.

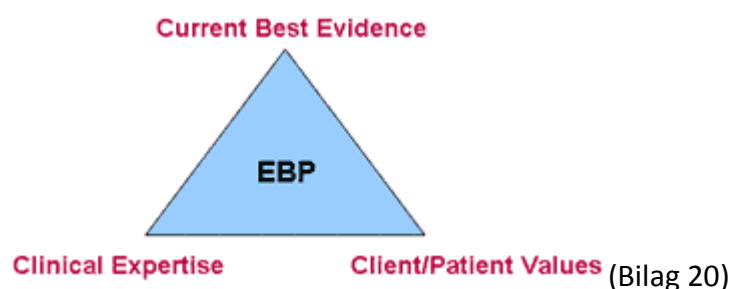
Evidensbaseret praksis

"Evidensbaseret praksis" er en metodetilgang der skal sikre, at der i sundhedsvæsenet arbejdes med veldokumenteret viden, det vil sige valid forskning og valide videnskabelige undersøgelser. Denne metodetilgang, som også indeholder en metode til at teste validitet, er et udslag af, at der i starten af 90'erne var flere forskere der gav udtryk for, at det kun var 10-15 % af al medicinsk praksis som var baseret på solid videnskabelig dokumentation. Dette betød, at der i slutningen af 90'erne blev iværksat en række undersøgelser, der havde til formål at forsøge at belyse i hvilket omfang interventioner inden for forskellige specialer, rent faktisk byggede på solid og valid videnskabelig forskning. Resultatet af disse undersøgelser var, at det ikke stod helt så slemt til som først antaget, men på trods af dette vurderedes det, at der var behov for løbende undersøgelser i

sygehusvæsenet, for at sikre sig at de behandlinger der tilbydes, er i overensstemmelse med bedste evidens.¹⁷ Det interessante ved ovenstående, udover indsigten i sygehusverdenens tilgang til at søge solid og valid eksisterende viden er også, at der på både internationalt og nationalt niveau er enighed om, at EBP stykker dybere end fokuset på videnskabelig evidens. Metoden ligger nemlig op til, at det er vigtigt at brugerinddrage, på denne måde ligger metoden EBP sig ligeledes tæt op af vores (brugerinddragelses-strategi), hvor vi har særligt fokus på at samarbejde med udgangspunkt i og sammen med brugerne. Odense Universitetshospital har følgende definition af deres mål med og holdning til EBP.

Det er væsentligt også at inddrage patienternes perspektiv og den erfaring klinikerne besidder. På Odense Universitetshospital defineres EBP som den bedst mulige tilgængelige viden integreret med klinikernes ekspertise og patienternes præferencer.¹⁸

Hos American Speech-language-hearing association præsenteres metoden ligeledes og de arbejder med nedenstående visuelle model der tydeligt viser målet for EBP.



Målet, som det også vises i modellen fra American Speech-language-Hearing, er at opnå EBP med udgangspunkt i nuværende evidensbaseret viden og ved et samarbejde mellem klinikeres ekspertise samt patienters værdier. Nedenstående citat uddyber dette;

The goal of EBP is the integration of: (a) clinical expertise/expert opinion, (b) external scientific evidence, and (c) client/patient/caregiver perspectives to provide high-quality services reflecting the interests, values, needs, and choices of the individuals we serve.(Bilag 20)

I indeværende speciale arbejder vi i overensstemmelse med ovenstående model og metode. Hvis vi oversætter ovenstående models begreber direkte; "Current Best Evidence", "Clinical Expertise" samt "Client/Patient Values" så kunne det dog kritiseres, at vi ikke har inddraget patienterne, men

¹⁷ <http://www.ouh.dk/wm134739>

¹⁸ <http://www.ouh.dk/wm134739>

vi har, som også tidligere nævnt, set os nødsaget til at afgrænse og har derfor valgt denne gruppe fra og arbejder med sygeplejerskerne som udvalgte brugere.

Vi har undervejs i specialet haft kontakt til forskellige eksperter, udvalgte brugere og systematisk søgt efter nyeste viden. Vi har blandt andet haft kontakt til eksperter som Christian Nøhr¹⁹, og Dr. Judith Gregory²⁰. Kontakten til disse har givet os indsigt i, hvad der rør sig i feltet inden for sygehus erhvervede infektioner lige i øjeblikket.

¹⁹ Civilingeniør Ph.D. tilknyttet virtuelt center for sundhedsinformatik, Aalborg Universitet

²⁰ Assistant Professor, IIT Institute of Design, Chicago

Brugerinddragelsesstrategi

Dette afsnit har til hensigt at beskrive, hvilken brugerinddragelses-tradition vi tilhører, da den har stor betydning for vores tilgang til brugerne. Tilgangen til brugerne stammer fra den skandinaviske designtradition som vil blive præsenteret først, hvorefter metoden vil blive diskuteret med fordele og ulemper for til sidst at ende ud i en beskrivelse af vores tilgang til brugerne i specialet.

Den skandinaviske designtradition

Den skandinaviske tradition stammer fra Norges fagbevægelser, som i 1970'erne allierede sig med forskere for at være med i udviklingen af datateknologien frem for bare at lade udviklingen ske. Projektet gik ud på at opbygge forbundets og tillidsmændenes kundskaber så de kunne deltage i udviklingen af datateknologi, da der var en bekymring for at miste viden når fagkundskaben flyttes fra industriarbejderen til programmøren. Grundet ovenstående bekymring blev der nedsat tværfaglige arbejdsgrupper på udvalgte arbejdspladser med forskere (dataeksperter), tillidsmænd, arbejdsmænd og fagforbundsmænd. Forskernes rolle var her at facilitere disse arbejdsgrupper og bearbejde arbejdernes fagkundskaber så disse ikke gik tabt. (Lytje:2000:213f) Et af de første projekter og større projekter inden for den skandinaviske designtradition handlede om en demokratisering i udviklingen af teknologier i avisbranchen, hvor typografernes fagforening og akademikere i samarbejde skulle give typograferne en indflydelse i udviklingen af teknologierne. I demokratiseringen af udviklingsprocessen blev der anvendt "mock-ups" for at skabe et fælles sprog mellem akademikerne og typograferne og for at få italesat den tavse viden.

Skandinavisk designtradition i forandring

Akademikerne havde konflikten mellem arbejdere og arbejdsgiver for øje og havde fagforeningens opbakning til at gennemføre denne demokratiske proces, hvilket var anderledes i USA, da fagforeningen der ikke havde så meget magt. (Spinuzzi: artikel)

Det kan ikke undgås, at der er blandede interesser i udviklingen af nye teknologier, arbejdsgiveren har interesse i at tjene penge og arbejderne har interesse i at beholde og berige deres job, hvor forskerne er interesseret i at udforske nye metoder og skabe nye forskningsresultater. Disse forskellige erkendelsesinteresser var med til at ændre den skandinaviske designtradition. Clay Spinuzzi beskriver i artiklen "A Scandinavian Challenge, a US Response: Methodological Assumptions in Scandinavian and US Prototyping Approaches", hvordan den skandinaviske

designtradition skiftede fra at være orienteret omkring demokratisering til at være kunde- og funktionsorienteret. Den skandinaviske designtradition kunne derfor ikke overføres direkte til USA, da fagforeningerne ikke havde den samme indflydelse som i Skandinavien, derfor blev det en mere liberal udgave af skandinavisk designtradition som blev udviklet. Brugere blev inddraget, men ikke involveret i selve udviklingsprocessen og det skete sent i processen, hvor brugere blev anvendt som co-designere i testningen af prototyper. Ifølge Spinuzzi er den liberale udvikling i USA smittet af på vesten, så den skandinaviske designtradition er kommet tilbage i en anden udgave.

... later Scandinavian work tends to focus on functional rather than democratic empowerment. That is, the most important response to the Scandinavian challenge has been the Scandinavians': methodologically, they have crept ever closer to their compatriots in the US.(Spinuzzi: artikel:213)

Der er ifølge Spinuzzi kommet mere fokus på funktionaliteten end på demokratiseringen af udviklingsprocessen, hvilket vi også har oplevet i de OPI-projekter vi har været tilknyttet.

I indeværende speciales samarbejde med Regionshospitalet Randers bidrager vi til, at brugerinddrage og på den måde sætte brugeren i centrum frem for teknologien. Den Skandinaviske designtradition er på den måde gennem vores studie blevet en del af vores faglige identitet.

Den skandinaviske systemudviklingstradition udgjorde det væsentligste vidensfundament for oprettelse af kandidatuddannelsen i Humanistisk Datalogi ved Aalborg Universitet i 1983...(Schärfe, Lytje:2003:223)

Med vores humanistiske tilgang med brugere i centrum og den skandinaviske designtradition som baggrund udvikler vi for brugernes skyld og ikke for teknologiens skyld.

Fordele og ulemper med brugerinvolvering

Når nye IKT-løsninger bestilles, er det ofte ikke dem, som bestiller og opstiller kravene, der skal anvende dem. Det vil sige, at der opstår et gab mellem dem, som skal anvende systemet og dem som skal designe det. Designerne klager over, at de ikke ved hvad brugere ønsker og brugere klager over at systemet ikke passer til deres arbejdspraksis. (Berg artikel:458)

Fordelen ved at inddrage brugere er, at der kan opnås viden om, hvilke behov brugere har og derved få ideer til at spire og derved skabe et bedre fit mellem designerne og brugere.

Der er også ulemper forbundet ved brugerinvolvering. Det er tidskrævende da der er meget forberedelse forbundet med det og det kan desuden være svært, at få fat de rigtige brugere. Derudover kan det være svært at motivere brugerne til deltagelse. Der kan også være en modstand mod at involvere brugerne, hvilket Spinuzzi tydeliggør i nedenstående citat;

Beyer and Holtzblatt have argued that "customers aren't technologists – they don't know the range of possibilities that technology could support. They may be either unrealistic or excessively cautious as a result. And they don't know what it takes to make a design hang together. And why should they, after all? It's their job to do their job, not to design systems" (p.371). Workers were shut out of the design process itself, although they were encouraged to give suggestions.(Spinuzzi artikel:212)

Som tidligere nævnt så vil der i demokratiseringen af udviklingen være forskellige interesser fra arbejdere, arbejdsgiver og forskere. I OPI-projekterne er der vidt forskellige erkendelsesinteresser og dette er med til at skabe konflikter. Denne konflikt mærker vi også til i vores erfaringer med OPI-projekterne, hvor det offentlige og de private skal finde en fælles måde at innovere og inddrage brugerne på. Konflikten i OPI-projekterne handler primært om økonomi. Konflikterne opstår eksempelvis når nogle investerer penge i projektet, og laver købsaftaler på et endnu ikke udviklede produkt, mens andre arbejder mange timer i research og innovationsfasen og får betaling for dette løbende. Når produktet er færdigudviklet, vil der være en producent som formentlig kan tjene penge på produktet fremover, hvor andre i projektet blot går videre til næste projekt eller er forbruger af det færdige produkt. Ovenstående forskellige interesser betyder dog ofte, at brugerne bliver anvendt som et redskab og ikke som deltagende part.

Der er flere holdninger til, hvornår der er brugerinddraget tilstrækkeligt. Ifølge Spinuzzi kan brugere fx involveres kun som co-designer og først spørges til råds når prototypen er designet. Brugere kan også involveres som i den skandinaviske designtradition, hvor hele udviklingen er brugerdrevet og der arbejdes med "mock-ups" i samarbejde med brugeren inden en prototype udarbejdes, dette vil også give brugerne en følelse af ejerskab. Brugerinddragelsen skal justeres i forhold til projektet og teknologiens omfang for at finde det bedste fit.(Spinuzzi artikel)

Vi er som studerende og forskere overbeviste om, at et givent slutprodukt bliver bedre og mere effektivt når brugerne er involveret og at dette vil komme både arbejdere og arbejdsgivere til gode. Derfor har vi valgt at inddrage brugerne løbende i vores specialearbejde.

Tilgang til brugerne

Det er vigtigt for os, at have klare principper omkring brugerinddragelse. Ét af vores principper er, at have respekt for brugerne og den viden de ligger inde med.

Det er også vigtigt, at brugerne føler, at de får noget ud af at være med i processen, hvilket kan være ny viden, hvor de eksempelvis får indsigt i deres egen tavse viden eller en god oplevelse. En god oplevelse kan være, at give brugerne en oplevelse af ejerskab. At se brugeren som en menneskelig aktør og ikke blot en slutbruger kan give brugeren en oplevelse af ejerskab. Pelle Ehns' designfilosofi om Participatory design, beskriver det som følgende:

Brugeren skal ikke ses som en slutkomponent i et system (slutbruger), men som en menneskelig aktør, der har kontrol over sine redskaber, og på demokratisk vis deltager i udformningen af disse redskaber. Selv designprocessen skal foregå som et samarbejde mellem den professionelle designer og de arbejdere som skal bruge systemet. (Lytje:2000:220)

Vi ser ikke brugeren som et slutkomponent, men som et medaktør i udviklingen og ekspert på deres felt, da det er der dem, som hver eneste dag arbejder i deres felt, det felt vi gerne vil tilegne os yderligere viden om. Vi betragter derfor brugerne som eksperter og involverer dem løbende gennem specialearbejdet.

Vores principper for brugerinddragelse er:

- Have respekt for brugerne og deres viden
- Have brugerne i centrum frem for teknologien
- Være bevidste om vores og brugernes rolle som eksperter

De ovenstående principper danner udgangspunkt for vores måde at hente og senere skabe viden på. Det er vigtigt for os, at brugerne er med til at skabe den viden og de resultater vi arbejder os frem til i specialet. Sammenspillet mellem os, brugerne og feltet er en pragmatisk og iterativ tilgang, hvilket vil sige at specialet og dermed også vores viden former og udvikler sig undervejs. Denne tilgang betyder også, at vi efterhånden som vi tilegner os mere viden om feltet reviderer vores syn på feltet og dermed også vores valg af teori.

I ovenstående afsnit er der gjort rede for, hvorfor der inddrages brugere og i det kommende afsnit vil det blive beskrevet, hvordan brugerne inddrages.

Inddragelse af brugere

I specialet arbejdes der med brugeren i centrum, hvilket vil sige, at vi helt fra start tager fat i brugerne for at tilegne os en viden om dem og det felt de arbejder i. Målet med at inddrage brugerne er i første omgang at tilegne os viden om feltet ved hjælp af fokusgruppeinterviews, dernæst selv at opleve feltet via observation, hvor vi forstærker dataene fra fokusgruppeinterviewene. Efterfølgende inddrages brugerne i en workshop, hvor de ud fra udvalgte problemstillinger, skal arbejde på, at finde løsninger.

Vi har respekt for vores brugere samt de indsamlede data som behandles med varsomhed overfor over-fortolkninger. I specialearbejdet vil der blive anvendt citater fra vores data for løbende at understøtte og validere vores arbejde.

Vores rolle

Vi har forskellige roller under specialearbejdet og der vil i dette afsnit gøres rede for disse roller. Vi har en rolle som specialestuderende og en rolle som konsulenter/forskere i forskningsprojektet "Hygiejneadfærdsstøttende teknologier", hvor de resultater der udarbejdes tilhører Regionshospitalet Randers. Den primære opgave er at udarbejde et speciale, hvor den sekundære opgave er at berige forskningsprojektet med de af os bearbejdede data, teorier og analytiske resultater. Når vi er i felten sammen med brugerne, er vi specialestuderende fra Aalborg Universitet og samarbejder i et forskningsprojekt med Regionshospitalet Randers.

Skellet mellem forsker og praktiker

I forbindelse med refleksionen over de forskellige roller vi har besiddet under specialet, er der valgt at reflektere og belyse skellet mellem os som "forskere" og vores brugere, af Mats Holmquist nævnt som "praktikere". Under udarbejdelsen af dette speciale har vi rollen som forskere. Forskere fordi der undersøges, undres og udforskes omkring de af os valgte problemer, fænomener og felter og fordi vi nøje har overvejet vores valg af metoder og har arbejdet såvel metodisk, praktisk som teoretisk og alt dette med baggrund i den videnskabsteoretiske forståelse. Det at vi anerkender og er opmærksomme på skellet mellem forsker og praktiker, kan hjælpe i arbejdet med praktikerne og skabe opmærksom omkring flere ting. Alene det, at være bevidst om disse roller, deres funktion for sig og sammen betyder, at skellet mellem forsker og praktiker bliver

mindre. Det stiller dog samtidigt høje krav til os i rollen som forskere overfor vores praktikere, Holmquist beskriver det på følgende måde;

To enter the research process as an interactive researcher demands an ability to balance. On the one hand, you need to have a genuine interest for collaboration and to be accepted and respected by others, on the other hand, you will still be considered by the practitioners as a researcher and expected to have all the answers. If you act too strongly you will risk being ascribed an expert role and generate less collective learning. If you draw back too much there is a risk that you lose respect and that the practitioners do not see the point of having a researcher involved in the process. (Holmquist:2008:249)

Hvis vi udelukkende var forskere og forskerorienterede, ville vi måske kun fokusere på vores forskning, på teorierne og på det at få en masse data med hjem uden at have særligt øje for brugerne. Som ovenstående citat eksemplificerer, kan der ske det, at praktikerne ikke ser nogen mening med at deltage. Ved at være opmærksomme på skellet mellem forsker og praktiker og forsøge at udligne dette, er der forhåbning om at opnå bedre resultater. Med bedre resultater menes, at brugerne føler de kan dele deres viden og praksis med os. Det betyder også, at vi bliver en del af praksissen, en del af vores data og at vi i højere grad påvirker dataene, end hvis vi ikke var deltagende, men blot observerede, lyttede og faciliterede. Netop derfor sætter vi os ind i brugernes praksis og observerer i deres felt. Når forskere og praktikere mødes sker der det som kaldes for "Joint Learning", hvor alle parter lærer i praksis og når til ny og brugbar viden. Holmquist beskriver det på følgende måde;

In this interactive knowledge-building situation, researchers and practitioners are coming from two different contexts and meet in a third system. Johnsson calls this an interactive dialogue system. It constitutes a social room for dialogue where the relation between theory and practice is commonly handled and where joint knowledge is generated. (Holmquist:2008:242).

I artiklen af Holmquist beskrives det, hvordan online netværk kan bidrage til ovenstående, men overføres i denne sammenhæng, til fysiske møder. Vi er bevidste om, at vi fordi vi kommer fra Universitetet altid af brugerne vil blive opfattet som forskere og ikke som praktikere, ligesom også Holmquist beskriver det. På den anden side er det også en god ting, da vi jo altid vil have rollen som facilitator i mere eller mindre grad, når vi er ude og hente data blandt brugerne. Som det beskrives i artiklen er det vigtigt, at der i dette arbejde, bevæges mellem at være mere eller mindre deltagende og veksles mellem at være facilitator og deltagende aktør. Facilitator på den måde, at vi styrer processen når der er brug for det og deltager i processen ved at lade os gribe, arbejder praktisk, kommer med ideer og byder ind med vores oplevelser af og i deres praksis. Det

er i denne proces, at der opstår det som Holmquist beskriver som det tredje stadie. Dette stadie er samtidigt målet for os i samarbejdet med brugerne, for det er i dette stadie at der opstår og fremkommer viden og samtidigt også her, hvor den tavse viden ofte udspringer, kommer frem og giver mening.

Opsamling på forståelsesrammen

Ovenstående forståelsesramme har tilsammen givet en bred og god dækkende viden indenfor flere dimensioner.

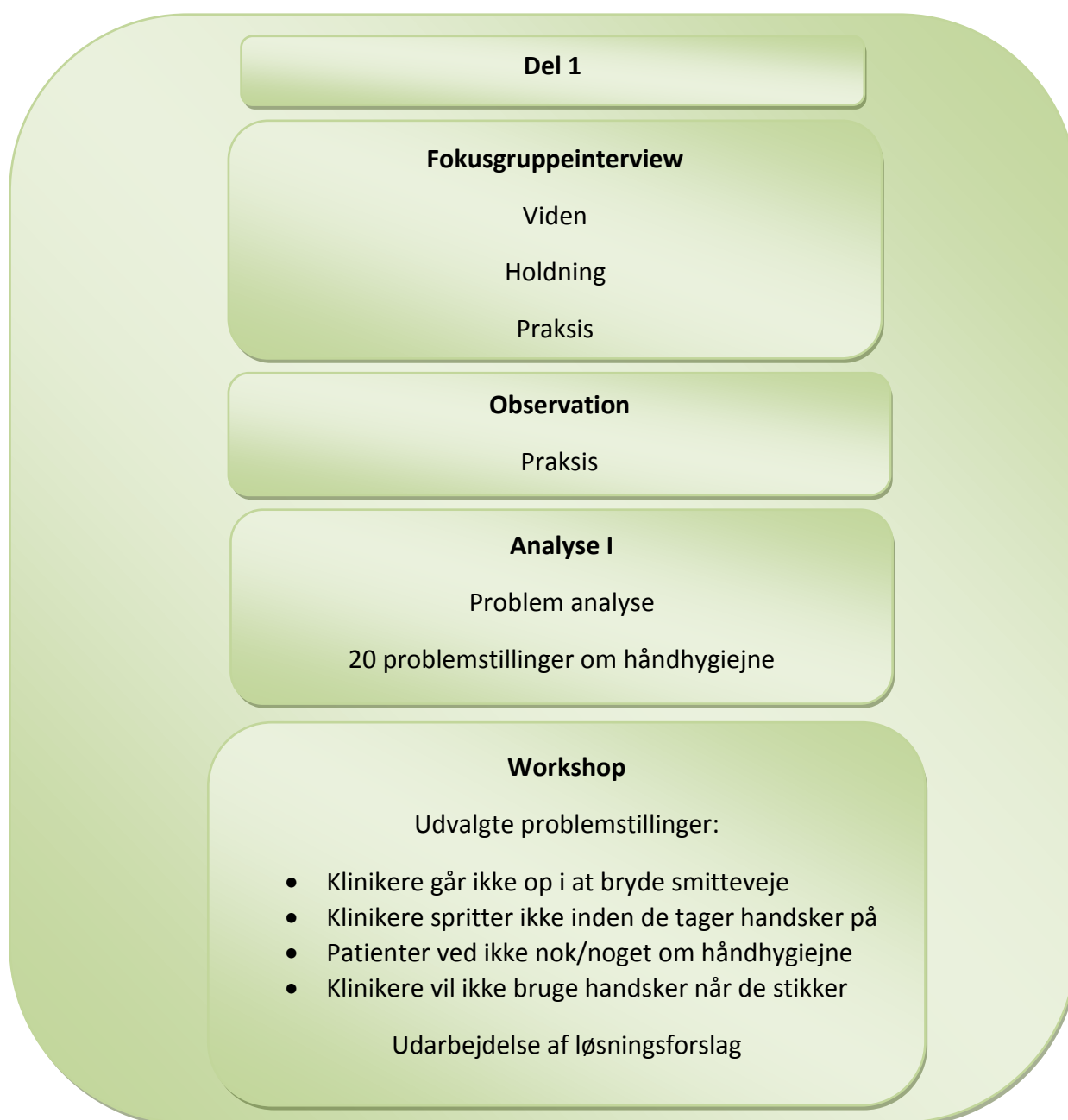
Forståelsesrammen har givet forståelse for og indsigt i, hvordan sygehuserhvervede infektioner har været et mangeårigt bekendtskab og hvordan det er forsøgt udryddet og løst gennem tiderne, ved dels videndeling og forskellige udviklede teknologier og redskaber. På trods af dette har det dog også vist sig, at sygehuserhvervede infektioner stadig er et problem og dette muligvis i takt med, at sygehusene som organisation også er vokset. Vi har med forståelsesrammen opnået en nutidig forståelse af sygehuset som multikompleks organisation med mange forskellige både relationer, professioner, men også teknologier. Vi er blevet bekendte med, hvordan sygehuset som organisation og felt er med til at forme faggrupperne og professionernes fælles, såvel interne som eksterne, normer, regler og rutiner. Men også, hvordan disse både udadtil og lokalt ofte ikke udføres eller har en anden form, som der kun lokalt giver mening og regnes for legitim. Der er på sygehuse lagt op til, at den enkelte tager sine egne beslutninger og dette har givet os indsigt i og svar på, hvorfor afsnittene lokalt kan udføre praksis på så forskellig vis.

Det er med forståelsesrammen synliggjort, at et godt grundlæggende fundament i arbejdet med at hente og søge viden er vigtigt i forhold til, at inddrage såvel praktikere som eksperter, støttet op med det eksisterende viden der findes. Dette har skabt et godt ståsted for vores tilgang til brugerne og bidraget med muligheden for god refleksion over, hvilke metoder og hvilken teori der ville være relevante at inddrage. Sidst men ikke mindst har forståelsesrammen givet en god indsigt i, hvordan såvel eksplicit som tavs viden hos brugerne er vigtig at få frem samt hvordan viden generelt er en tilegnelsesproces der kan betegnes som læring der opstår i praksis. Slutteligt har forståelsesrammen med udgangspunkt i den skandinaviske designtradition og historien herom skabt refleksion over vores ståsted i forhold til inddragelsen af brugerne og skabt de udvalgte brugerinddragelsesprincipper. Her har vi også via diskussion opnået indsigt i de forskellige erkendelsesinteresser der kan være og dette sat op imod og diskuteret i forhold til OPI-samarbejdet, som vi er involveret i. Det har betydet, at vi har fået yderligere indsigt i og forståelse for, hvorfor brugerinddragelse er vigtig og hvordan det i den proces er vigtigt at overveje forholdet

til eventuelle samarbejdspartnere samt forholdet til brugerne og samspillet mellem dem som praktikere og os som forskere.

Del 1

Som vist på figuren nedenfor vil der ved hjælp af metoderne fokusgruppeinterview og observation og resultaterne herfra blive arbejdet frem mod 20 endelige problemstillinger, til videre bearbejdelse i workshopen. I Del 1 vil der blive gjort rede for dels de metodiske valg og arbejde, det analytiske arbejde af dataene samt en præsentation af de fire udvalgte problemstillinger.



Fokusgruppeinterview

Dette afsnit vil indeholde en præsentation af metoden Fokusgruppeinterview, som anvendes til at tilegne os viden om sygeplejerskestuderendes Viden, Holdning og Praksis omkring håndhygiejne.

Metoden fokusgruppeinterview

Fokusgruppeinterviews opstod i 1940'erne i USA, hvor det dengang blev præsenteret som fokuserede gruppeinterviews og blev anvendt til at analysere på regeringens krigs-propaganda i radio og film, senere blev metoden primært anvendt til marketing. Der findes både gruppeinterview og fokusgruppeinterview. Forskellen på de to er, at der i et gruppeinterview hovedsageligt foregår interaktion mellem interviewer og deltager ligesom i et individuelt interview, hvor der i et fokusgruppeinterview hovedsageligt foregår interaktion mellem deltagerne og med fokus på et emne valgt af intervieweren.(Morgan:1988:11ff)

Fokusgruppeinterview er en kvalitativ metode, hvor gruppen består af cirka seks til ti udvalgte personer som diskuterer et specifikt emne. Diskussionen styres af en facilitator, som skal sikre, at de vigtige aspekter i emnet bliver diskuteret. Det er også facilitatorens opgave at styre interviewet således, at der ikke er én der kommer til at dominere diskussionen, eller én som bliver overset. Ved fokusgruppeinterview inspirerer deltagerne hinanden til at se nye vinkler og være kritiske samt konstruktive overfor emnet som diskuteres. Et Fokusgruppeinterview er en iterativ proces, hvor resultatet ikke er givet på forhånd, men bliver udforsket undervejs i en proces mellem deltagerne og facilitatoren.(Fynbo:2002:26)

Anvendelse af fokusgruppeinterview

Formålet med fokusgruppeinterviewene er at tilegne os viden om fænomenet håndhygiejne. Det er samtidigt det første indtryk fra brugerne under vores specialearbejde og denne viden skal sammen med observationen danne fundament for vores forståelse for sygeplejerskernes Viden, Holdning og Praksis om håndhygiejne.

- Hvilken viden har sygeplejerskerne om håndhygiejne? (Viden)
- Hvad er sygeplejerskernes personlige/faglige holdning til håndhygiejne (Holdning)
- Hvordan er sygeplejerskernes praksis omkring håndhygiejne? (Praksis)

Til dette har vi valgt at arbejde med sygeplejestuderende.

Valg af deltagere

Vi har valgt at indsamle data fra de sygeplejerskestuderende, som er på deres sidste semester under deres uddannelse som sygeplejerske. Årsagen til at vi har valgt dem er, at de på deres forrige semester har været ude i en længere praktik på forskellige afsnit på sygehuse, i psykiatrien samt i primærsektoren og derfor har deres praksisoplevelser tæt på sig. Det vil også sige, at det er de studerende fra sygeplejerskeskolen med mest erfaring og som endnu ikke er ansat og derfor antager vi, at de kan tale mere frit uden at føle, at de har noget i "klemme" overfor eksempelvis kollegaer eller arbejdsgiver.

Ifølge Michael Bloor er det vigtigt, at deltagerne i en fokusgruppe ikke er for homogene da de fx vil mene det samme om et givent emne og dette vil have indflydelse på produktionen af viden. Det fungerer dog heller ikke, hvis fokusgruppen er for heterogen, da man dermed risikerer at der opstår for mange misforståelser og eventuelt også konflikter, da de eksempelvis kan have vidt forskellige baggrunde og holdninger (Bloor:2001:20 ifølge Halkier:2009:28). De studerende er en forholdsvis homogen gruppe ud fra, at de alle er lige langt på deres uddannelse og kender hinanden fra skolen. Vi mener dog ikke, at de studerende er en alt for homogen gruppe, da de har været i praktik forskellige steder igennem deres uddannelsesforløb.

Erhvervelse af deltagere

Fra tidligere erfaringer, hvor vi har skullet hverve brugere, har vi oplevet at det kan være svært både at skabe kontakt og overbevise om deltagelse. For at få de sygeplejerskestuderende til at deltage i fokusgruppeinterviewet planlagde vi, at skabe interesse om vores speciale. Dette gjorde vi ved at møde op personligt og gøre opmærksom på antallet af sygehus erhvervede infektioner og informere dem om, at de kunne være med til at gøre en forskel. Vi aftalte derfor med Sygeplejerskeskolen i Silkeborg at møde op i slutningen af en time og fortælle om vores speciale og fokusgruppeinterviewet. Det personlige fremmøde resulterede i, at næsten hele klassen meldte sig til at deltage, hvilket vi blev positivt overraskede over.

Valg af fokusgruppeinterview

Vi har valgt at anvende metoden fokusgruppeinterview af flere grunde. For det første er sygeplejerskerne en social faggruppe og vi antager dermed, at vi ved valget af denne metode kan

skabe en følelse af fællesskab, sammenhold og tillid og samtidig vil deltagerne føle sig trygge og ikke føle at deres udsagn bliver hængt direkte op på dem selv.

Først og fremmest er fokusgrupper gode til at producere data om sociale gruppers fortolkninger, interaktioner og normer, hvorimod de er mindre velegnede til at producere data om individers livsverden (Bloor et al, 2001:89-09, ifølge Halkier:2009:13)

Ved metoden fokusgruppeinterview får deltagerne mulighed for at overveje deres ord i forhold til de andres og spørge ind til hinandens udtalelser, derved kommer de forskellige holdninger og meninger frem.

Deltagerne spørger ind til hinandens udtalelser og kommenteret hinandens erfaringer og forståelser ud fra en kontekstuel forforståelse, som man ikke har som forsker (Halkier:2009:14)

Som Halkier beskriver; så kan sygeplejerskerne, grundet deres fælles baggrund, spørge ind til hinandens erfaringer og forståelser på en anden måde, end vi som forskere kan. Det kan dog også være en ulempe, da fx sygeplejersker har deres helt eget fagsprog. Vi vil gerne have de studerende til at italesætte deres oplevelser under deres praktikforløb, på uddannelsen og deres personlige/faglige holdning til håndhygiejnepraksis. Ved at interviewe flere studerende sammen giver dette en synergieffekt, hvor de studerende kan nikke genkendende til hinandens historier og tilføje flere. De kan måske også fremkalde nogle oplevelser og historier, som de ellers havde glemt.(Morgan:1988:21)

Praktiske overvejelser

Vi valgte at afholde fokusgruppeinterviewene på sygeplejerskeskolen, hvor de studerende kommer dagligt. Sygeplejerskeskolen i Silkeborg stillede lokaler til rådighed. Dette støtter op om ønsket om at skabe tryghed (Halkier:2009:37). For at få fokusgruppeinterviewet til at passe ind i de studerendes skema, arrangerede vi fokusgruppeinterviewene således, at de blev afholdt før og efter undervisningen. Cirka en uge inden fokusgruppeinterviewet sendte vi de studerende en mail med dagsordnen og to dage inden sendte vi dem en sms som reminder. Kun to studerende meldte afbud ellers dukkede alle de tilmeldte op.

Opbygning af spørgeguide

I vores opbygning af spørgeguiden (Bilag 9) har vi haft flere overvejelser om, hvordan vi kunne få deltagerne til at tale om håndhygiejne uden at det blev dem for personligt, men samtidigt få deres

personlige holdninger frem. Vi valgte derfor, at deltagerne primært skulle fortælle historier ud fra billeder og på denne måde få mulighed for at fjerne fokus fra sig selv.

Det geniale er, at når folk fortæller om deres erfaringer og oplevelser, får man som interviewer eller moderator også altid deres fortolkninger og holdninger med i købet. (Halkier:2009:55)

Strukturen i et fokusgruppeinterview er en balancegang, der skal overvejes både inden og løbende. Herunder skal det også overvejes, hvor løst eller styret det skal være. Vi valgte at bygge vores fokusgruppeinterview op, hvor vi skiftede mellem at være styrende og samtidigt give deltagerne ro til at udfolde deres diskussioner.

Vores spørgeguide var opbygget således:

- Introøvelse
- Startspørgsmål
- Vurderende spørgsmål
- Øvelse
- Kontrast-spørgsmål

Introøvelse: Introøvelsen foregik på den måde, at alle deltagerne skulle skrive de fem ord ned, som de kom i tanke om, når vi sagde ordet "hygiejne". Øvelsen havde dels den funktion at bryde isen og dels funktionen at få taget hul på emnet. Øvelsen gik bordet rundt så alle deltagerne fik sagt noget fra starten og blev sporet ind på emnet omkring håndhygiejne (Halkier:2009:42).



Derudover var spørgeguiden delt op i vores tre fokuspunkter; Viden, Holdning og Praksis, som også tidligere nævnt. Vi vil herunder komme med eksempler på vores spørgsmål og øvelser for at give indblik i den valgte metode.

Startspørgsmål: Vi anvendte til hvert fokuspunkt startspørgsmål som alle deltagerne skulle svare på, et eksempel på et startspørgsmål kunne være:

Hvor højt vil I mene, at det på jeres uddannelse prioriteres, at I får viden om hygiejne? På en skala fra 1 til 10, uddyb jeres kategorisering.

Startspørgsmålene havde den funktion, at få deltagerne yderligere sporet ind på det valgte fokuspunkt og igen at få alle i tale (Halkier:2009:57).

Vurderende spørgsmål: Efter startspørgsmålene stillede vi vurderende spørgsmål. Vi anvendte de vurderende spørgsmål til at få de studerendes personlige vurdering og derved holdning frem; (Halkier:2009:42)

Synes I hygiejnen var god nok på Jeres praktiksted?

Ved disse spørgsmål diskuterede de studerende meget med hinanden.

Øvelse: Efter de vurderende spørgsmål valgte vi at ligge en øvelse ind, hvor de skulle arbejde med billedkort. Øvelsen gik ud på, at de hver især skulle vælge et eller to billeder som de syntes repræsenterede eller passede på noget de gerne ville fortælle. Et eksempel kunne være;

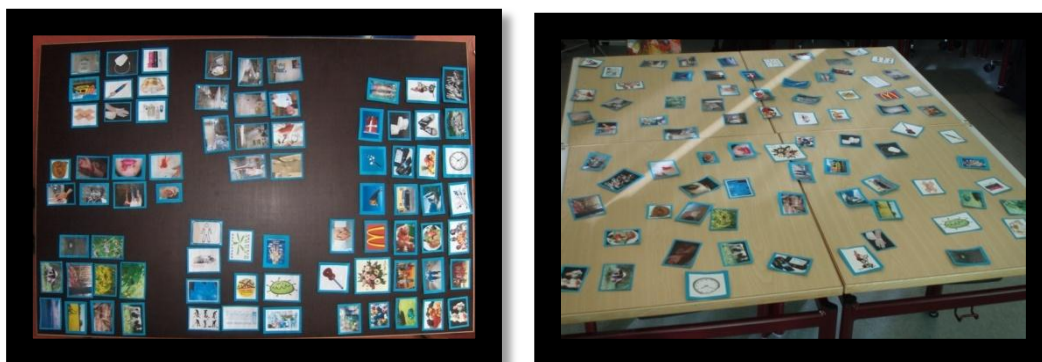
Nu skal I gå hen til bordet, hvor I hver især skal vælge et billede som viser/repræsenterer/symboliserer den hygiejnepraksis I oplevede under Jeres praktik.

Vi valgte at ligge billedkortene på et andet bord end det bord de sad ved, både for at de ikke skulle blive distraherede af dem, men også for, at de skulle op og stå og gå hen til bordet for at være aktive og skifte stilling. Billedkortene bestod af forskellige billeder, som skulle hjælpe de studerende til at huske og genkalde historier.

Billedkortene bestod af 70 udvalgte billeder, som skulle bidrage til at få deltagerne til at tænke anderledes (Maher:2007:86). Vi havde valgt 40 kort fra de studerendes fagverden, som er domænebilleder fra brugssituationer, personer, placering og temaer fra sygehuset²¹, og så valgte vi 30 tilfældige billedkort som kunne give inspiration og appellere til kreativ tankegang (Maher:2007:86). I valget af billedkortene er der valgt at kombinere to metoder; "Tilfældige Ord, Billeder eller Ting" fra Guiden "Tænk anderledes" og metoden Inspiration Card Workshop af Hans Klysner, hvor domænebillederne er fra. Disse to metoder kombineres, da målet er at få deltagerne

²¹ <http://sites.google.com/site/orugadesigns/blog/exploration/teori-inspirationcardworkshop>

til at tænke anderledes via de tilfældige billeder, men samtidig også at få dem til at tænke inden for rammerne, hvor domænekortene kommer i spil. Billedkortene kunne bruges som metafor og derved et sprogligt billede på deres historier og holdninger.



Kortene fungerede godt og de studerende var gode til at fortælle historier ud fra billederne og gav udtryk for at det var sjovt og udfordrende. De brugte billederne som metaforer for deres historier og holdninger.

Kontrast-spørgsmål: Som afslutning efter hvert delemne stillede vi kontrast-spørgsmål, fx:

Hvad er god hygiejne praksis? Hvad er dårlig hygiejne praksis?

Kontrast-spørgsmålene brugte vi som opfølgende og afsluttende spørgsmål for at få dem til og sætte helt konkret ord på et meget simpelt og kort spørgsmål.

Forløbet af fokusgrupperne foregik nøje efter spørgeguiden så de to fokusgrupper gennemgik de samme spørgsmål.

Bearbejdning af fokusgruppedata

Vi fastholdt fokusgruppeinterviewene ved at filme, anvende diktafon og tage fotos. Vi har desuden valgt at transskribere fokusgruppeinterviewene, da vi gerne vil arbejde med analysemetoden affinitetsdiagram, som giver en grundig gennemgang af datamaterialet og et godt overblik. Det er derudover også en metode til at få empirien helt ind under huden, først at opleve det, så lytte det igennem, så transskribere det for derefter at se det på tekst.

Observation

Der vil i dette afsnit blive redegjort for selve metoden observation, målet med metoden, de praktiske overvejelser og forberedelser samt de afgrænsninger der er foretaget.

Metoden observation

Observation er en kvalitativ dataindsamlingsmetode og et mangeårigt velkendt redskab indenfor blandt andet sociologi og antropologi. Metoden er et studie, hvor der oftest over længere tid indhentes data, til senere analyse som giver indsigt i eksempelvis fremmede kulturer, fremmede arbejdspraksisser, kontekster og situationer (Kristiansen:2002:12).

Metoden er valgt, dels fordi vi har gode erfaringer med metoden i forhold til at opdage ny viden i udvalgte feltområder, men også fordi den lægger sig op af vores fænomenologiske/hermeneutiske tilgang og forståelse af viden, hvor vi tror på, at vi ved at drage ud i feltet for at undersøge, de af os valgte fænomener, kan opnå god og brugbar viden. Vi anvender altså metoden til at observere ude i feltet i en kontekst og praksis valgt af os.

Der tales ifølge Kristiansen om fire forskellige typer af observationsstudier;

- Totalt struktureret laboratorieforsøg
- Ustruktureret laboratorieforsøg
- Struktureret feltarbejde
- Ustruktureret feltarbejde.

Derudover skelnes der også mellem deltagende eller ikke deltagende observation, hvor man skelner mellem i hvor stor grad forskeren viser sin tilstedeværelse og interagerer i og med den kontekst og det felt han observerer i (Kristiansen:2002:46).

Da vi ikke observerer i et kunstigt skabt laboratorium, men observerer i felten i dets naturlige omgivelser og hverdagspraksis, ser vi ingen grund til at forklare og komme yderligere ind på laboratorieforsøgene.

Feltarbejde

Som allerede beskrevet er feltarbejde observationer ude i feltet, det vil sige i aktørernes egne omgivelser, det kan være på deres arbejdsplads, det supermarked hvor de handler eller på det bibliotek hvor de låner deres bøger. Feltet og konteksten eksisterede altså også inden forskeren

trådte ind i feltet. Relationen mellem felt og forsker betegnes som ustruktureret, da vi ikke kender hinanden dybt og derfor ikke ved hvad vi kan forvente af hinandens personligheder. (Kristiansen:2002:47)

Struktureret/ustruktureret feltarbejde

Strukturen i feltarbejdet bestemmes af det omfang forskeren har forberedt sig - går forskeren eksempelvis til sin observation med en nøje forarbejdet observationsguide eller har han blot få eller slet ingen stikord? Det ustrukturerede observationsstudie bærer præg af at være diffust og have en bred synsvinkel og der er lagt op til, at forskeren ikke har begrænset sit studie af at ville se på noget bestemt. Det strukturerede observationsstudie bærer præg af at være nøje forberedt, forskeren ser efter noget bestemt og standardiseret og har en snæver, men veldefineret synsvinkel. (Kristiansen:2002:48)

Deltagende/ikke deltagende

Ved deltagende og ikke deltagende observation skelnes der dels mellem forskerens deltagelse i feltet og hans syn på aktørerne i feltet. Ved deltagende observation anskues aktørerne som subjekter, hvor de som sociale fænomener forstås indefra og forskeren indgår i det felt som der observeres på, forskeren er altså ved sin tilstedeværelse en del af det felt og miljø som han observerer på, han er deltagende. Forskeren kan ved deltagende observation selv afgøre, om han vil informere om sin tilstedeværelse eller ej og dermed være skjult.

Derudover skelnes der yderligere mellem total deltagelse og partiel deltagelse, forskellen ligger her i tid. En total deltagelse forudsætter, at der er observeret over længere tid og ved den partielle deltagelse er det kun et udpluk af en kontekst, der er observeret.

Ved ikke deltagende observation anskues aktørerne i feltet som objekter der skal observeres udefra, forskeren agerer publikum og foregiver ikke at være medlem af den kontekst han observerer på, han er ikke deltagende. (Kristiansen:2002:54)

Anvendelsen af observation

Dataene fra observationerne skal primært understøtte og forstærke vores forståelse for sygeplejerskernes praksis, og ved denne skildring forholder vi os ikke direkte til de andre fokuspunkter Viden og Holdning, som der blev arbejdet med under fokusgruppeinterviewene. Vi

arbejder primært med fokuspunktet Praksis under observationen, da vi ønsker at se praksis i sin rene form og vi vil arbejde med individernes (sygeplejerskernes) anskuelse af fænomenet "Håndhygiejne". Vi vil under vores observationer have fokus på resultaterne fra vores fokusgrupper, men vi vil samtidig være opmærksomme på også at fange situationer, som vi ikke har og ikke kender til fra fokusgrupperne. Det er dog også en fordel, at vi har opbygget en for forståelse inden vores observation, da vi på den måde er klar over, hvad det er vi kan møde og dermed har en bedre baggrundsviden for, hvad der er af potentielle problemstillinger. I det tilfælde, at vi oplever lignende situationer som vores fokusgruppedeltagere, vil dette understøtte og gøres vores data stærkere. Vi observerer to dage på to afsnit og er opmærksomme på, at disse observationer kun er et udpluk af konteksten, hvorfor det også kan betragtes som en fordel, at vores første og anden del af dataindsamlingsmetoderne har mulighed for at understøtte hinanden.

Valg af deltagere

I afgrænsningen er vores brugergruppe afgrænset til at omhandle sygeplejersker, men da vi observerer på et afsnit, hvor alt personalet, patienterne samt de pårørende interagerer med hinanden har vi valgt, at vi under vores observationer ser på praksissen som helhed og udført af alle personer²². Det betyder, at vi under vores observationer ikke skelner mellem brugerne, men har primært fokus på fænomenet "Håndhygiejne". Først når vi kommer hjem, vil vi skelne mellem de forskellige brugere.

Erhvervelse af deltagere

Forinden vores observationer var der gennem vores kontaktperson på Regionshospitalet Randers, Jacob Pedersen, givet grønt lys til selv at tage kontakt til de afsnit som der var ønske om at observere på. Jacob Pedersen foreslog os at kontakte både et kirurgisk afsnit og et medicinsk afsnit, da der ifølge ham er stor hygiejnisk forskel. Forinden henvendelsen til disse afsnit havde vi udarbejdet et brev, (Bilag 10) med information om, hvem vi er, hvor vi kommer fra samt vores tilhørsforhold til sygehuset.

²² Sosuassistenter, sossuelever, sygeplejersker, sygeplejestuderende, læger, ergoterapeuter, patienter og pårørende.

Strukturering af forløbet/fastholdelse af data

Rollefordelingen som observatører var planlagt således, at vi gerne ville følges med én sygeplejerske hver. På selve dagen blev det således, at vi på det ene afsnit begge kom til at følges med én sygeplejerske og på det andet afsnit kom til at følges med hver vores sygeplejerske. Vores roller var ikke opdelte, da vi begge havde funktionen som observatører.

Observationsguide

Forinden vores observation udarbejdede vi en observationsguide, denne indeholdte et sæt nøje udarbejdede retningslinjer for, hvad det er vi ser efter. Det er vigtigt med disse retningslinjer, så vi ikke fanges af andre interessante ting og dermed mister fokus. Vores observationsguide og retningslinjer er koncentreret omkring fokuspunktet "Praksis" og er som følgende:

- Hvor, hvornår og hvordan personerne spritter og vasker hænder.
- Hvilke redskaber og artefakter²³ personalet rør ved og har kontakt med.
- Hvilke andre personer personalet rør ved og har kontakt med.

Når vi tidligere har observeret på sygehuse, har vi ligeledes haft udarbejdet observationsguider ud fra et ønske og et mål om at se efter noget specifikt, i dette speciale ser vi på håndhygiejnepraksis, det vil sige den praksis der er omkring brugernes håndhygiejne. Uddyber vi det yderligere kan det siges, at vi søger og får viden om i hvor stort et omfang hænderne som redskab benyttes samt hvem og hvad hænderne er i berøring med. Vi lader feltet og brugerne forme vores observationer og er på denne måde åbne overfor uventede situationer. Denne tilgang understøttes af vores fænomenologiske tilgang, hvor vi lader subjektet agere i deres verden, observerer hvorledes de agerer og følger praksis som deltagende observatør.

Bearbejdning

Umiddelbart lige efter observationerne blev noterne skrevet ind, mens det stadig var i frisk erindring. Der var ikke mulighed for at optage lyd under vores observationer, så vores data fra observationerne er udelukkende fastholdt via noter og billeder.

²³ Alt hvad man kan røre ved, borde, stole, mad, handsker, nåle, køleskabe, vægge og så videre.

Refleksion over dataindsamling

Målet med dataindsamlingerne fra fokusgruppeinterviewene og observationerne var at indsamle viden om sygeplejerskernes Viden, Holdning og Praksis i forhold til håndhygiejne. Vi er tilfredse med udbyttet af de anvendte metoder og vil i dette afsnit reflektere over, hvordan vi har påvirket dataene og hvilke overvejelser vi har haft i forbindelse med udførelsen af dem og efterfølgende.

Under fokusgruppeinterviewene havde vi som mål, at få alle deltagerne til at være aktive og vi var dermed også meget styrende. Dette blev der også lagt mærke til fra deltagernes side:

...jeg synes også det har fungeret rigtig godt, jeg synes ikke sådan at der har været nogen som ikke er kommet til orde. Fordi det er jo en af minusserne ved sådan en undersøgelse. (Bilag 2:2:30)

Det var vigtigt for os, at alle fik givet udtryk for deres Viden, Holdning og Praksis omkring deres oplevelse af håndhygiejnepraksis. Det kan i den forbindelse diskuteres om vi dermed styrede samtalen for meget og påvirkede samtalen.

Observationerne var meget anderledes da vi ikke styrede dem, men blot fulgte sygeplejerskerne. Vi valgte ikke at fortælle afsnittene og sygeplejerskerne, at vores primære fokus var at se på håndhygiejnepraksis. Vi har diskuteret fordele og ulemper ved dette og er nået frem til, at vi ville få bedre resultater ved ikke at fortælle dem om ovenstående. Beslutningen er dels taget ud fra den formodning og diskussion om, at når der tales om hygiejne så vil det være svært at være fuldstændig ærlig, da hygiejne også er noget personligt. En anden årsag er en konkret oplevelse vi har haft tidligere, hvor vi oplevede, at personalet gik hen og sprittede hænder når vi spurgte ind til hygiejne, det ændrede altså deres adfærd markant, når det blev italesat. Den skjulte dagsorden resulterede i, at observationerne ikke var målrettede mod håndhygiejnepraksis og at vi derfor blandt andet også blev introduceret til forskellige procedurer og computersystemer.

Vi har diskuteret om det var etisk forsvarligt ikke at fortælle sygeplejerskerne om vores primære fokus, håndhygiejne, da det kan betragtes som en slags overvågning. Beslutningen blev taget i samråd med vores kontaktperson på Regionshospitalet Randers, Jacob Pedersen.

Metoderne fokusgruppeinterview og observation har genereret mange gode data, men har også krævet et stort behandlingsarbejde, som vil blive beskrevet i det efterfølgende afsnit om "Behandling af data".

Behandling af data

Vores store mængder af kvalitative data fra vores fokusgruppeinterviews og observationer har vi valgt at behandle grundigt med metoden affinitetsdiagrammer for at lade dem tale. Denne måde at arbejde med dataene på betyder, at der gentagende gange dekontekstualiseres og rekontekstualiseres. Bolette Christiansen beskriver det på følgende måde;

Analyseprocessen forløber igennem sådanne gentagne dekontekstualiserings- og rekontekstualiserings- aktiviteter. Man tager hele tiden tekstdele ud af deres sammenhæng for at bringe dem sammen i nye sammenhænge. Den bestandige gentagelse af processen muliggør en gradvis øget forståelse af materialet. (Christiansen:1999:3)

For at kunne tage tekstdele ud af sammenhængen, som beskrevet ovenfor, er det en betingelse at man sætter sig grundigt ind i hele datamængden. Det er i indeværende speciale gjort ved, at transskribere og lytte fokusgruppeinterviewene igennem samt ved at nedskrive vores observationsnoter. Fordi datamængden er godt kendt, kan vi nemmere identificere de episoder, som har interesse for vores videre analyse og problemformulering (Kruuse:2008) og på den måde få åbnet op for vores data. For at holde styr på dekontekstualiseringen og rekontekstualiseringen anvender vi som tidligere nævnt metoden Affinitetsdiagram(Bødker:2008:289), som hjælper til, at skabe struktur og overblik.

Efter ovenstående metodepræsentation vil der i det følgende afsnit være en beskrivelse af hvorledes netop præsenterede metoder, er anvendt i analyse 1.

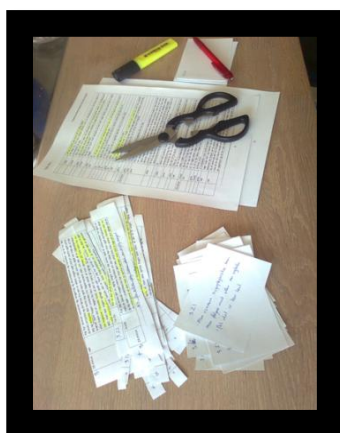
Analyse I

Dette afsnit har til formål at beskrive den del af vores analysearbejde, som er udarbejdet efter vi har hentet første del af vores data. Det vil sige, at det er en analyse af dataene fra fokusgruppelinterviewene samt observationerne.

Formålet med analysen er, at kategorisere os frem til en række problemstillinger som vi i samarbejde med sygeplejerskerne kan arbejde videre med i workshoppen. Vi trækker i analysen de problemer ud, som har indflydelse på håndhygiejnen og dens kontekst og er inden for vores afgrænsning og problemformulering.

Analyse af data fra fokusgruppelinterviews

Til at åbne op for dataene anvendte vi udvalgte udklip fra vores transskriberede fokusgruppelinterviews som der blev delt op i de tre fokuspunkter Viden, Holdning og Praksis. Nedenfor på billederne ses arbejdet efter tredelingen af udklippene fra det første fokusgruppelinterview.



Efter denne bearbejdning af dataene fra fokusgruppelinterviewene arbejdede vi videre med de tre fokuspunkter; Viden, Holdning og Praksis hver for sig. Vi arbejdede tavst i første omgang for at dataene intuitivt kunne skabe kategorier og overskrifter. De sedler som ikke kunne placeres blev lagt fra i en bunke og senere fordelt, ind i passende overskrifter. Det resulterede i mange kategorier som kan ses på billederne nedenfor.



Efter ovenstående proces arbejdede vi videre på samme vis, hvor de kategorier der var indenfor samme tema blev lagt sammen. Det resulterede i følgende 25 overskrifter:

Viden	Holdning	Praksis
Uvidenhed	Faglig holdning	Dårlig praksis
Ansvar	Negativ holdning/modstand	Handsker
Rutiner, procedurer, retningslinjer og teknikker	Ansvar	Differentiering af forskellige afsnit
Smitte	Handsker	Gode intentioner men..
Personlig hyg. Konsekvens	Privat/personligt	Læger
Info fokus		Fysiske rammer og ressourcer
Usynlig/synlig		God praksis
Undervisning		Hænder
		Sprit
		Undervisning
		Personlig konsekvens
		Patient - patient kontakt

Analyse af observationsdata

Under bearbejdningen af dataene fra observationerne valgte vi en lidt anderledes fremgangsmåde end bearbejdningen af dataene fra fokusgruppeinterviewene. Vi tog her udgangspunkt i de

allerede eksisterende overskrifter fra fokuspunktet Praksis, som vi havde analyseret os frem til via dataene fra fokusgruppeinterviewene. Observationsnoterne (Bilag 3,4,5) blev skrevet i kronologisk og narrativt. Overskrifterne, som vi arbejdede med var:

Dårlig praksis	God praksis
Handsker	Hænder
Differentiering af forskellige afsnit	Sprit
Gode intentioner men..	Undervisning
Læger	Personlig konsekvens
Fysiske rammer og ressourcer	Patient patient kontakt
Ekstra	

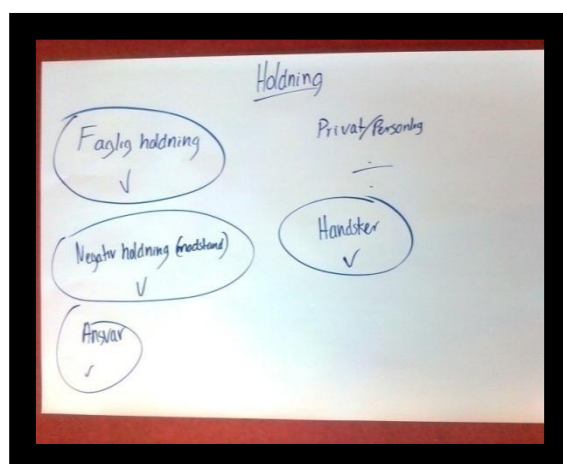
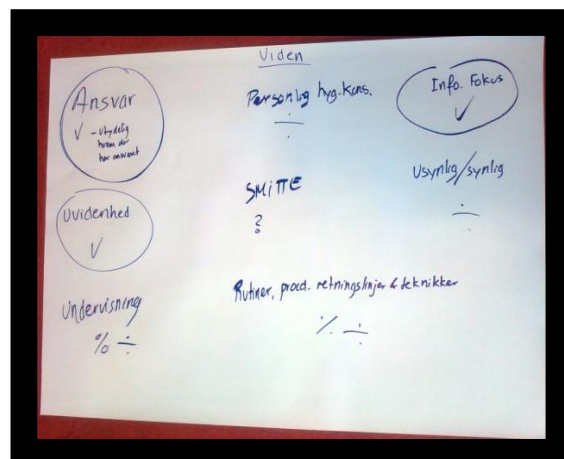
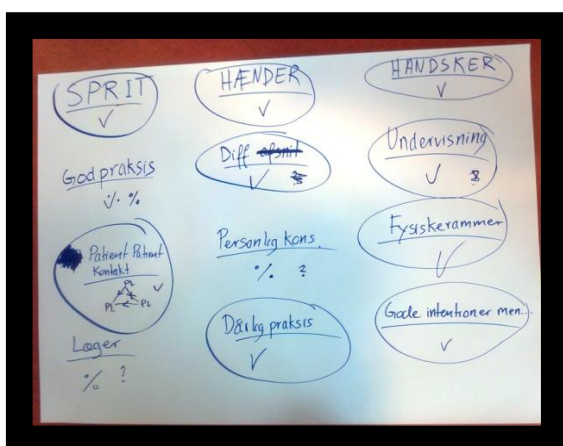
I bearbejdningen af dataene fra fokusgruppeinterviewene valgte vi at arbejde med yderligere en overskrift. Denne overskrift fik titlen "Ekstra" og var beregnet til de udvalgte observationsnoter, som ikke helt passede under de eksisterende overskrifter.

En kritik af ovenstående metode og vores anvendelse af den er, at det ikke lod dataene tale selv, men blot satte dem ind i det allerede eksisterende analysearbejde. Det ville uden tvivl have givet et andet resultat, hvis vi havde startet med en blank tavle inden analysen af observationerne. Årsagen til denne anvendelse er dog, at observationerne skal anvendes til at forstærke dataene fra fokusgruppeinterviewet. Det gør de netop ved at blive kategoriseret under samme overskrift.

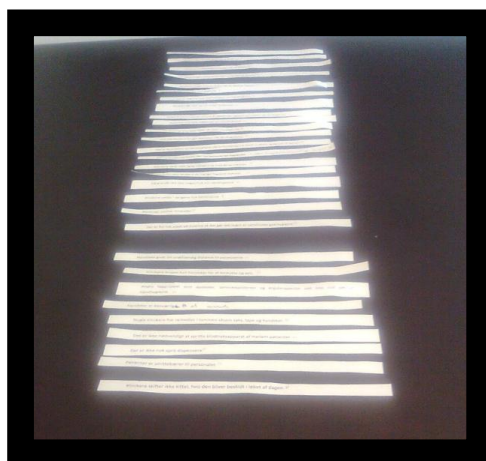
Problemstillinger til workshopen

For at reducere den store mængde data, så det kan anvendes i workshopen, bliver dataene fra fokusgruppeinterviewene og observationerne yderligere bearbejdet i nedenstående afsnit. Målet er at der ved hjælp af yderligere reduktion af datamaterialet kan fremstilles 20 problemstillinger, der skal arbejdes med i workshopen, hvoraf sygeplejerskerne udvælger fire.

Denne reduktion foregik ved, at de tidligere nævnte overskrifter nøje blev diskuteret og overvejet i forhold til om de var et problem og i forhold til om de hørte under vores afgrænsning. Dette resulterede i at der nu eksisterede i alt 17 overskrifter. Disse til og fravalg ses på billedet nedenfor.



Efter denne ovenstående bearbejdning fortsatte arbejdet med at nå frem til de endelige 20 problemstillinger, hvor vi ved at nærstudere indholdet af de forskellige overskrifter fandt problemstillinger som rummede indholdet af de forskellige overskrifter. Det resulterede i cirka 40 problemstillinger, som ses på billedet nedenfor.



Der blev arbejdet videre med at reducere de 40 problemstillinger ved at rangere problemstillingerne ud fra, hvilke problemer der var vigtigst at finde en løsning på og hvilke problemer, der kunne være interessante at arbejde med. Resultatet blev de nedenstående 20 problemstillinger.

Klinikere bruger computeren uden at spritte før og efter	Patienter smitter hinanden
Patienter ved ikke noget/nok om håndhygiejne	Klinikere spritter ikke inden de tager handsker på
Klinikere spritter ikke nok i løbet af dagen	Klinikere går ikke op i at bryde smitteveje
Klinikere sidder i sengene hos patienterne	Det er et problem at håndhygiejne udføres forskelligt fra afsnit til afsnit og fra person til person
Klinikere spritter ikke godt nok	Der er for lidt plads på stuerne, så det gør det svært at opretholde god hygiejne
Klinikere ser ikke længere de mange hygiejne plakater	Ikke alle klinikere bruger handsker, når de sengebader patienter
Klinikere ved ikke, hvem den hygiejneansvarlige er	Klinikere rører ved rigtig mange ting med deres hænder
Klinikere vil ikke bruge handsker, når de stikker	Nogle klinikere kender ikke til de gældende hygiejneprincipper og retningslinjer
Klinikere bruger ikke handsker, når de doserer medicin	Det er svært at tale med kollegaer om håndhygiejne
Klinikere spritter ikke altid ind og ud af rum	Pårørende ved ikke noget/nok om håndhygiejne.

Opsamling analyse I

I ovenstående proces er der sket en kraftig reduktion i den store mængde af data fra fokusgruppeinterviewene og observationerne, hvor der er 64 sider transskription og 22 sider observationsnoter, som efterfølgende blev reduceret til blot 20 problemstillinger. De 20 problemstillinger kan se ud af lidt i forhold til den store mængde af data som ligger bag, men den metodiske tilgang har været velovervejet og haft et klart mål. Dette mål er nu nået, og de kommende afsnit vil omhandle en beskrivelse af metoden workshop, anvendelsen heraf samt resultaterne herfra.

Workshop

Dette afsnit vil indeholde en overordnet beskrivelse af metoden Workshop samt en beskrivelse af de metodiske tilvalg, der er truffet som hertil.

Workshop som metode

En Workshop er en teknik der er særligt velegnet når en gruppe af mennesker skal opnå forståelse af og tilegne sig viden om en nuværende arbejdspraksis eller, når der skal udvikles skitser af fremtidige it-anvendelser (Bødker:2008:278). En Workshop er produktorienteret og samler og bearbejder informationer om et valgt tema og da den oftest kun forløber over nogle timer eller en halv dags tid, kan dette tema med fordel primært være af enten analytisk eller designorienteret karakter. Workshopen kan have forskellige overordnede formål; den kan have til formål at skabe overblik over de udvalgte informationer og problemstillinger der skal arbejdes med eller det mere direkte formål; at anvende workshopen til at fokusere og gå i dybden med noget konkret (Bødker:2008:279f). Under en workshop er det vigtigt at fastholde de resultater, der måtte komme, derudover er det også vigtigt, at der under workshopen er opmærksomhed omkring, at workshopen forløber som den skal. Ovennævnte opgaver skal udføres af udvalgte facilitatorer (Bødker:2008:279). En workshop kan udformes på mange forskellige måder og der findes utallige metoder der kan arbejdes med undervejs i en workshop. I bogen "Professionel it-forundersøgelse" er der beskrevet flere af disse metoder, blandt andet metoden "Fremtidsværksted", som der er valgt at arbejde med i indeværende speciale.

Fremtidsværksted

Metoden fremtidsværksted har det formål, at der udarbejdes et fælles bud på en forandring eller en løsning af en given problemstilling, som en gruppe af mennesker er utilfredse med. Dette gøres ved, at der i gruppen først dannes et overblik over, hvad problemet indeholder og efterfølgende kommer med idéer til, hvordan det kan løses. Derudover skal der udarbejdes en plan for, hvilke af idéerne der er realistiske og hvorledes disse kan implementeres. Der veksles her mellem en fælles brainstorm og gruppearbejde. Fordelen ved dette er, at alle får mulighed for at give udtryk for dels deres utilfredshed og dels får mulighed for at generere idéer. Arbejdet formuleres undervejs på store papirark/plancher som en fastholdelse og dokumentation af resultaterne (Bødker:2008:298). Deltagerne skulle gerne under arbejdet opnå en fælles forståelse af problemstillingerne og opleve

at idéerne og løsningerne konkretiseres og struktureres (Bødker:2008:299). De fire faser benævnes som følgende;

- Forberedelsesfasen
- Kritikfasen
- Fantasifasen
- Virkeliggørelsesfasen

I forberedelsesfasen forberedes alt arbejdet. Der sendes indbydelser ud, findes egnede lokaler, bestilles forplejning og de materialer der skal anvendes stilles til rådighed. Under selve workshopen præsenteres workshoppens samlede forløb (Bødker:2008:300f). I kritikfasen skal deltagerne kritisere en nuværende situation og problematik, dette kan gøres i runder så alle kommer til orde. På denne måde inspireres deltagerne af hinanden og de opnår en fælles oplevelse af problemet og oplever samtidig, at de ikke står alene med det. Fasen skal sikre, at der oparbejdes et fælles grundlag for de resterende faser. I fantasifasen skal der arbejdes med de kritikpunkter, som der i kritikfasen blev diskuteret. Målet er, at finde og udvikle kreative løsninger herpå. Det kan være svært at få deltagere, der ikke er vant til at arbejde på denne måde til at tænke kreativt. Dette kan eksempelvis løses ved at indføre "lege", der stimulerer fantasien (Bødker:2008:303). Derudover kan der ske det, at deltagerne begrænser sig og kommer med formuleringer såsom "*det er urealistisk*", også her skal facilitatorerne gribe ind, da det bremser kreativiteten (Bødker:2008:302). I virkelighedsfasen skal løsningerne vurderes i forhold til om de kan virkeliggøres i den nuværende arbejdspraksis og resultaterne herfra fremlægges.

Idéudvikling

For at indløse ovenstående mål om kreativitet, har vi valgt to særligt udvalgte redskaber og kombineret det med metoden "Fremtidsværksted".

Indarbejdet i ovennævnte metode "Fremtidsværksted" er der derfor som kreativt tillæg arbejdet med guiden; "Tænk Anderledes" og derudfra er der valgt idéudviklings-redskaberne; "Tilfældigt ord, billede eller ting" samt "Friske øjne". I dette speciale er der på den måde foretaget en kombination af flere metoder og målet med dette er, dels at opnå en workshop der er kreativ og motiverende for deltagerne og dels at nå frem til så mange løsninger som muligt, hvorefter de sorteres.

Erfaring har dog vist, at for at ende med nogle få rigtig gode idéer det ofte en hjælp at udvikle mange idéer og derefter vælge de dårlige fra. (Maher:2009:65)

Redskaberne "Friske øjne" samt "Tilfældigt ord, billede eller ting" kan hjælpe til at udvikle mange idéer omkring en bestemt problemstilling. I guiden er der beskrevet et sæt vigtige regler for, hvorledes der på konstruktiv vis kan arbejdes med idéudvikling. Reglerne er, at der ikke må eksistere negativ kritik, der skal stiles efter kvantitet, der skal støttes op om de vilde idéer og der skal bygges videre på andres idéer. Derudover er det vigtigt at tage én ting ad gangen (Maher:2009:65).

Nedenfor beskrives redskaberne; "Tilfældigt ord, billeder eller ting" samt "Friske øjne".

Tilfældigt ord, billede eller ting

Redskabet går ud på, at der ved at arbejde med eksempelvis visuelle billeder, kan arbejdes kreativt.

De ord og billeder, vi bruger, når vi taler om et emne, bringer os tilbage til vores sædvanlige måde at tænke på (vores "mentale dale"). Dette resulterer i idéer, der ikke er meget anderledes end dem, vi havde i forvejen. Ved at introducere et tilfældigt ord, billede eller ting aktiveres tanker, som vi ellers ikke normalt forbinder med emnet, og det giver os mulighed for at se nye sammenhænge og få nye idéer. (Maher:2009:86)

Som ovenstående citat eksemplificerer, er arbejdet med ord, billeder og ting af stor betydning i en kreativ proces. Der kan også arbejdes med billeder fundet i ugeblade, tilfældige nedskrevne lister med navneord eller artefakter eksempelvis en paraply. Målet med anvendelsen af redskabet i indeværende speciale er, at det skal hjælpe deltagerne i workshoppen til at finde på og komme i tanke om, hvilke "Friske øjne" de gerne vil arbejde med.

Friske øjne

"Friske øjne" går ud på at tænke, som enten en anden person eller relatere til en anden branche (Maher:2009:70). Metoden har til formål at skabe nye sammenhænge og går i al sin enkelhed ud på, at beskrive og arbejde med en udvalgt problemstilling fra et helt andet synspunkt og dermed med et par "Friske øjne" (Maher:2009:73).

Dette får os til at se kreative sammenhænge, som vi ellers ikke ville have set. Øvelsen hjælper os også til at se anvendeligheden af de nye idéer i vores egen kontekst. (Maher:2009:73)

Et eksempel på et sæt "Friske øjne" kunne være at arbejde med problemstillingen; "for lang ventetid i venteværelset på ortopædkirurgisk ambulatorium". For derefter at forsøge at se på denne problemstilling med en butiksladers øjne. Hvordan ville han håndtere lange køer ved kasserne i supermarkedet og er der løsninger derfra, der kan overføres til skadestuen, eksempelvis ved at udvide åbningstiderne? Redskabet kræver, at der først defineres en problemstilling, dernæst vælges de "Friske øjne" som der skal findes løsninger ud fra og endeligt at der reflekteres over, hvorledes disse løsninger kan overføres på egen praksis og situation. (Maher:2009:71) Efter ovenstående metodebeskrivelse vil der nu være en præsentation af vores anvendelse af ovenstående metoder.

Workshoppens forløb

Målet med workshopen

Under workshopen arbejdes der med de 20 problemstillinger som blev udarbejdet i Analyse I. Det endelige mål med workshopen er, at der udarbejdes løsninger på de fire problemstillinger som workshopdeltagerne vælger. Efterfølgende vil vi bearbejde disse løsninger og udvælge de løsninger, der viser sig at være de som bedst imødekommer og understøtter de behov som har vist sig i dataene.

Valg af deltagere

Da vi i dette speciale har afgrænset os til at have sygeplejerskerne som brugergruppe, er det også sygeplejersker som vi har valgt at arbejde med i workshopen. Sygeplejerskerne er erhvervet dels gennem Regionshospitalet Randers, som købte to sygeplejersker fri og dels gennem egne netværk. På selve dagen fik vi desværre nogle afbud og vi havde derfor kun fire deltagere til workshopen. Deltagerne var:

- Birthe, 24 års erfaring som sygeplejerske, Randers
- Pia, 10 års erfaring som sygeplejerske, Randers
- Tine, 5 års erfaring som sygeplejerske, København
- Rie, 1 års erfaring som sygeplejerske, Aalborg

Forløbet

Som ovenfor beskrevet anvendte vi workshopmetoden "Fremtidsværksted" (Bødker:2008:298) kombineret med redskaberne "Friske øjne" samt "Tilfældigt ord, billede eller ting".

”Fremtidsværkstedet” består af fire faser, som også eksemplificeret ovenfor og det er derfor i disse faser at nedenstående afsnit vil tage sit afsæt.

Forberedelsesfasen

Selve workshoppen foregik fra kl. 09:30 til 14:30, og var delt op i to halvlege. I hver halvleg arbejdede vi med to problemkort. Inden selve dagen havde deltagerne i to omgange modtaget informationsmateriale. Nedenfor ses selve invitationen til workshoppen (Bilag 12);



I anden omgang modtog de nogle dage inden workshoppen en mail med blandt andet information, dagsorden samt mødested. Workshoppen foregik på Regionshospitalet Randers, som stillede både lokale og forplejning til rådighed. Dagsordenen var som følgende:

- 9:30 Præsentation, kaffe og the.
- 9:45 1. halvleg
- 11:30 Frokost/sandwich
- 12:00 2. halvleg
- 14:20 Afslutning

Introduktionen på selve dagen var også en del af forberedelsesfasen og gik ud på, at vi som facilitatorer først præsenterede os selv og fortalte om workshopens formål, dernæst præsenterede deltagerne sig og workshopens agenda blev kort skitseret og forklaret. Dernæst blev der fortalt lidt om det at arbejde kreativt. Hertil præsenterede og forklarede vi de udformede

plakater med de forskellige motiverende slogans og citater, som vi havde hængt på væggene. Plakaterne skulle hjælpe til, at deltagerne ikke lod sig begrænse. Nedenfor ses både eksempler på citater samt et billede af plakaterne;

"If you want a definition of water don't ask a fish"²⁴

"Nye idéer kommer af forskelligheder"²⁵

"Vi kan ikke løse problemer ved at tænke på samme måde, som da vi skabte dem"²⁶



De forskellige citater er hentet i guiden "Tænk Anderledes" og er anvendt som kreativ opmuntring og for at huske deltagerne på, at de gode løsninger kommer af at tænke anderledes.

Kritikfasen

I denne fase valgte hver af deltagerne én af de 20 præsenterede problemstillinger. De præsenterede derefter deres valgte problemstilling og diskuterede det efterfølgende i fællesskab. På denne måde blev problemerne verificeret og workshopdeltagerne fik oparbejdet tillid hos hinanden og talt sig varme. På billedet nedenfor ses deltagerne i udvælgelsen af deres problemstilling.

²⁴Kinesisk ordsprog. (Maher:2009:55)

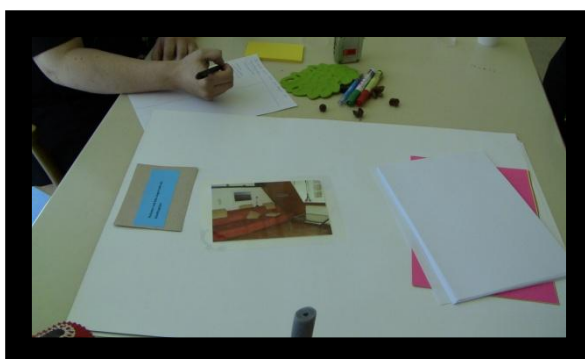
²⁵Nicholas Negroponte. (Maher:2009:70)

²⁶Albert Einstein. (Maher:2009:67)



Fantasifasen

I denne fase skulle deltagerne arbejde med redskabet "Friske øjne". Dette foregik ved at sygeplejerskerne, hver trak et billedkort. Billedkortene blev anvendt for at deltagerne nemmere kunne komme i tanke om et sæt friske øjne. Efter valget af billedkortene skulle deltagerne i fællesskab finde frem til, hvilke associationer billedet frembragte fx en landmand eller et hotel. Derefter blev der arbejdet videre med disse associationer og sygeplejerskerne kom fx med ideer til, hvad en landmand ville gøre, hvis han havde lignende problemstilling fx at hans ansatte ikke sprittede hænder inden de gik i gang med at malke. På den måde kom der mange forskellige konkrete og kreative løsningsforslag. Nogle løsninger bar præg af at være meget teknologiske såsom robotter, mens andre var mere lavteknologiske og handlede om mere og bedre undervisning. I denne fase gjorde vi meget ud af at henvise til de ophængte plakater, som vi præsenterede i forberedelsesfasen. Billedet nedenfor viser et af de valgte billedkort som sygeplejerskerne valgte "Friske øjne" ud fra.



Virkeliggørelsesfasen

I denne fase blev de løsningsforslag som blev udviklet ud fra metoden "Friske øjne" overført til sygehusverdenen og vurderet ud fra, om de kunne implementeres i sygeplejerskernes hverdagspraksis. Disse løsningsforslag blev overført til en planche. Den primære fordel ved planchen er, at vi får de mange gode ideer visualiseret og kan tage dem med hjem som håndgribelige nedskrevne og tegnede ideer og løsningsforslag. Nedenfor ses et eksempel på udarbejdelsen af en planche:

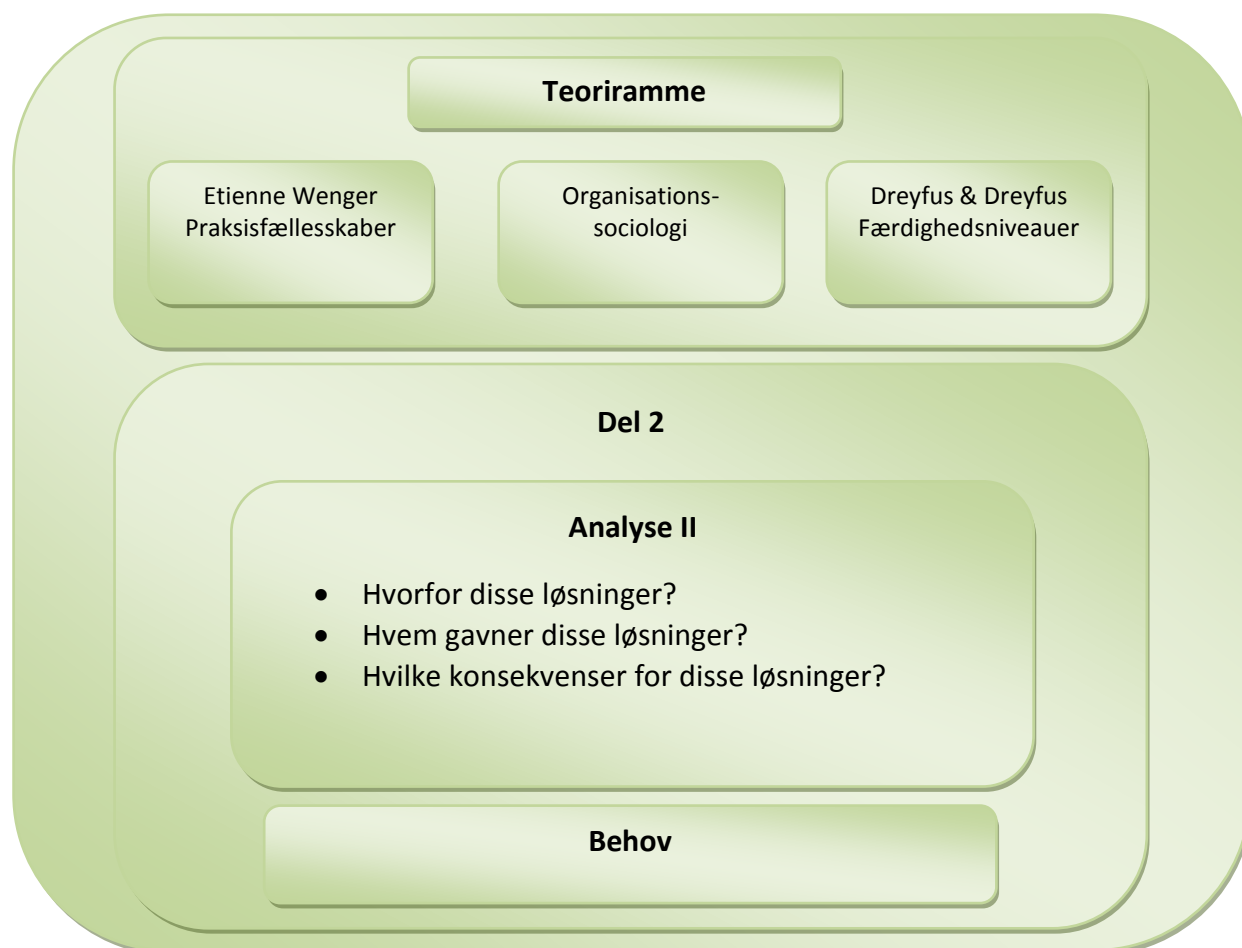


Opfølgning

Målet med workshoppen var, at ende ud med nogle endelige løsninger på de fire udvalgte problemstillinger. Dette lykkedes, og vi fastholdte dataene under workshoppen ved at anvende diktafon. Derudover videofilmede vi udvalgte sekvenser og tog billeder af workshoppen. Den efterfølgende bearbejdning af disse data resulterede i, at vi efter gennemlytningen af lyd materialet (Bilag 6, 7 og 8) kunne skrive et dækkende resumé (Bilag 11) omkring de fire udvalgte problemstillinger samt løsningerne herpå.

Forinden præsentationen af de fire udvalgte problemstillinger og analysen heraf, vil vi præsentere den valgte teoriramme, som skal anvendes i analysearbejdet af problemstillingerne.

Nedenstående figur er et overblik over Teorirammen og Del 2



Teoriramme

Nedenstående teorivalg er valgt som et samlet teoretisk udgangspunkt i analysen af de fire løsninger, som workshopdeltagerne kom frem til. Vi vil derfor præsentere og anvende følgende teorier; Organisationssociologien, Etienne Wengers Praksisfællesskaber og Dreyfus og Dreyfus' færdighedsniveauer, startende med Organisationssociologien.

Organisationssociologi

I Indeværende afsnit er der ligesom i indledningen taget udgangspunkt i bogen Sundhedssociologi af Pernille Tanggaard Andersen og Helle Timm og med primært udgangspunkt i kapitlet der omhandler "Organisationssociologi".

Gruppens normer og fælles antagelser

I forståelsen af hvordan og hvorfor individet, i dette speciale sygeplejersker, opfører sig som de gør, må vi forstå samspillet mellem individ, gruppe og organisation. I organisationer hersker der mange uformelle roller, relationer, normer og rutiner som ikke er skrevet ned. Men som på trods af dette stadig styrer den daglige praksis frem for ydre belønningsstrukturer. Gruppepraksis og dermed adfærden og normen i bestemte arbejdsfællesskaber kan altså være så stærk, at den betyder mere end løn, retningslinjer fra ledelsen eller faglige regler. Et eksempel på disse normer kan være, hvad der fx opfattes som en rimelig arbejdsindsats eller et godt stykke arbejde, men hvordan formes disse normer? Andersen trækker her på Edgar Schein og hans teori om organisationskultur og læring (Andersen:2010:168).

Den amerikanske organisationforsker Edgar Schein siger således, at grupper udvikler bestemte grundlæggende kulturelle antagelser, når de lærer at håndtere fælles problemer. Enhver gruppe må, påstår Schein, lære at håndtere to grundproblemer: intern sammenhæng og ekstern tilpasning.(Andersen:2010:168)

I bogen pointerer Andersen desuden det at der i forsøget på at løse intern sammenhæng og ekstern tilpasning, udvikles der det som Schein benævner som bestemte grundlæggende kulturelle antagelser. Det vil sige, det der sker når individerne lærer at håndtere fælles problemer og i forsøget på dette efterhånden udvikler "fælles grundlæggende antagelser" om omverdenen. Disse fælles antagelser er ikke nødvendigvis sande, men virker motiverende for den enkelte, udgør et fælles orienteringspunkt og bliver meningsfulde i lokale sammenhænge. Derfor kan to afsnit på et

sygehus gøre tingene forskelligt og løse problemer på forskellig vis (Andersen:2010:169). Ovenstående begreb om grundlæggende antagelser tager ifølge Andersen også sit afsæt i kulturbegrebet. Der er på sygehuse en eksisterende kultur og kulturanalyser har vist, at især faggrupperne læger og sygeplejersker har et adfærdsmønster, der netop tager afsæt i de grundlæggende antagelser og ikke i deres professionsnormer. Grunden til dette er som ovenstående også postulerer, at de fælles antagelser giver det kliniske arbejde mening og retning på særlige måder. (Andersen:2010:169) Denne diskurs har betydet, at der indenfor sundhedsvæsenet er kommet mere fokus på, at være opmærksom på flertydighed og at se på kulturen som en praksis. Hvis ovenstående knyttes op imod begrebet kultur, som kan forstås som dybe meningsbærende lag, der skaber orienteringspunkter i hverdagen, så synes det ikke at være lige så let at forandre på kulturen som at forandre på formelle organisatoriske elementer. Kultur kan på denne ses som en barriere for indføring af forandringer på sygehuse (Andersen:2010:169).

Teknologi og de uventede effekter

Sundhedsvæsenet og sygehusene har udviklet sig til højteknologiske organisationer, med mange forskellige teknologier (Andersen:2010:172). På trods af at den faglige ekspertise og autonomi stadig er central, er den i høj grad understøttet og reguleret af adskillige avancerede teknologier. Dette har skabt flere uforudsete konsekvenser. Teknologierne har betydet nye behandlingsformer og nye kirurgiske specialer, dette har igen betydet nye styringsambitioner og håb om bedre kvalitet, heriblandt bedre patientforløb og videndeling. Samtidigt har det også måttet erkendes, at eftervirkningerne på ovenstående har betydet en del udfordringer rent organisatorisk. (Andersen:2010:173) Nye teknologier kan betyde skabelsen af nye fag-identiteter og dermed udfordres de professionelles roller og relationer. Nogle arbejdsopgaver fyldes med nyt og opgraderes som ekspertopgaver, mens andre opgaver nedgraderes og overtages af andre fagpersonaler. Ifølge Andersen har Aktørnetværksteorien her belyst, hvordan der kan analyseres på teknologiers, redskabers og standards betydning for organiseringsprocesser. Udgangspunktet for teorien er, at menneske, samfund og teknologi former hinanden og derfor ikke bør analyseres hver for sig som uafhængige størrelser. Teorien postulerer, at enhver organiseringsproces involverer både mennesker og ikke-mennesker og at det er i dette sammenspil, at organisationen oplever sine udfordringer. I dette sammenspil kan man søge at forstå mennesket i forhold til dets relationer mellem netop det selv, andre mennesker og materialer. Gennem disse relationer enten

svækkes eller forstærkes mennesket og der tales om, at relationen mellem menneske og teknologi er dynamisk og at begge opnår nye kvaliteter, når de forbindes (Andersen:2010:174). Nye teknologier kan betyde nye muligheder for behandling, effektivisering og optimering, men betyder samtidigt også, at der er andre behov, der skal dækkes. Ved implementering af nye teknologier kræves eksempelvis en lang række af organisatoriske ændringer. Ofte må teknologien tilpasses og derfor kræver teknologien ofte, at der må udføres langt flere arbejdsopgaver end først antaget, de benævnes som "Skjulte" arbejdsopgaver". Strauss har ifølge Andersen her påpeget, at der må indføres det de benævner som nye former for "Machinework". Det vil sige opgaver såsom at klargøre, forberede og betjene.(Andersen:2010:175) Teknologier er oftest udarbejdet efter en idealforestilling om praksis, men denne lever oftest ikke op til de faktiske forhold. De skjulte arbejdsopgaver bliver derfor små løsninger, som personalet selv finder på. I bogen benævnes disse som "Skjulte hjælpeforanstaltninger" for at udviske forholdet mellem designteori og praksis.(Andersen:2010:175) Teknologierne rykker også ved fagpersonernes identitet og der sættes nye rammer for deres samarbejde. Implementeringen af informationsteknologier i sundhedsvæsenet har betydet et stigende behov og antal af standarder og klassifikationskoder for kliniske aktiviteter, hvilket ofte leder til indbyrdes uenighed mellem professionerne. Standarderne har desuden den ulempe, at de indeholder skjulte arbejdsgange og dilemmaer (Andersen:2010:176) og mindsker derfor det frirum og den fleksibilitet der kan være nødvendig i den daglige praksis.

Praksisfællesskaber

I dette afsnit vil vi præsentere udvalgte dele af Etienne Wengers teori om Praksisfællesskaber, der efterfølgende vil blive anvendt i analysen. Vi har til denne analyse udvalgt at arbejde med Wengers forståelse af opnåelse og opretholdelse af Praksisfællesskaber, da vi fokuserer på hvordan og hvorfor sygeplejerskerne agerer som de gør samt hvordan det er muligt at påvirke eller tilpasse praksisfællesskabet i forhold til eventuelle tilpasninger af nye løsninger.

Et Praksisfællesskab er ifølge Wenger ikke blot synonymt med en gruppe mennesker i et team eller netværk, men dækker over samspillet mellem de tre dimensioner, Gensidigt engagement, Fælles virksomhed og Fælles repertoire. De tre dimensioner/aspekter er uddybet herunder. (Wenger:2004:90)

Gensidigt engagement	Fælles virksomhed	Fælles repertoire
At gøre ting sammen	Forhandlet	Historier
Relationer	Virksomhed	Artefakter
Engageret forskellighed	Gensidig ansvarlighed	Stile
Social kompleksitet	Rytmer	Værktøjer
Opretholdelse af fællesskab	Fortolkninger	Handlinger
	Lokal reaktion	Begivenheder
		Historiske
		Diskurser
		Begreber

Et praksisfællesskab er ikke nødvendigvis hverken gavnligt eller skadeligt. Det er dog en kraft, man skal regne med på godt og ondt, da Gensidigt engagement (relationer), Fælles virksomhed (forhandling) og Fælles repertoire (fælles viden) har indvirkning på de implicerede mennesker (Wenger:2004:104).

Ifølge Wenger er vi i vores hverdag udøvere af mange forskellige former for virksomheder²⁷ lige fra overlevelse til fornøjelse. Når vi udvikler og definerer disse virksomheder, interageres der med andre mennesker og konteksten omkring, yderligere afstemmes relationer til hinanden og relationen til konteksten. Wenger definerer ovenstående som læring. I denne læring opstår der over tid praksisser, som både afspejler virksomhederne og de forbundne sociale relationer. De definerede praksisser, som opstår over tid, indgår i fællesskabet med den fælles virksomhed og betegnes som Praksisfællesskaber (Wenger:2004:59).

Det sociale i en Praksis er noget deltagerne udvikler og noget Wenger lægger vægt på;

Begrebet praksis betyder (også) handling, men ikke blot handling i og af sig selv. Det er handling i en historisk og social kontekst, der giver det, vi gør, struktur og mening. I den forstand er praksis altid social praksis.(Wenger:2004:61)

Praksisbegrebet indeholder både eksplicit og tavs viden. Netop tavs viden er vigtigt i forhold til praksisfællesskabet, da det tavse bliver taget for givet og er det, som får praksisfællesskabet til at glide. Tavs viden er yderligere uddybet i afsnittet "Forståelse af viden".

Sygeplejerskerne har et praksisfællesskab på deres afsnit, da de har en Fælles virksomhed gennem deres arbejde, et Gensidigt engagement og et Fælles repertoire. Ligeledes har de sygeplejerskestuderende som deltog i fokusgruppeinterviewene et Praksisfællesskab på deres studie, samt når de, afhængig af varigheden, er i uddannelsespraktik på forskellige afsnit. Wenger definerer dette som "Legitim perifer deltagelse"(Wenger:2004:121f). Ved at benytte Wengers beskrivelse af Praksis og Fællesskab, kan vi se nærmere på det Praksisfællesskab, som foregår blandt sygeplejerskerne.

Meningsforhandling

Meningsbegrebet som udfoldes under Praksisbegrebet, handler om menneskers hverdagserfaringer og Mening skal derfor ikke forstås som en objektiv sandhed (Wenger:2004:66).

Ifølge Wenger skabes der Mening i en proces, som han betegner som Meningsforhandling. Denne proces kræver både deltagelse og tingsliggørelse og disse elementer/faktorer er derfor væsentlige for den enkeltes oplevelse af mening i praksis. Disse to begreber udgør en dualitet, som spiller en

²⁷ Begrebet Virksomhed anvendes i denne sammenhæng til at forklare menneskers samspil med omgivelserne og er subjektets søgen efter et mål eller objekt.

fundamental rolle for menneskers oplevelse af Mening og dermed for karakteren af praksis. (Wenger:2004:66)

Mening i Meningsforhandlinger bliver skabt af mennesker i en gentagende proces.

Når vi sætter os ned til frokost for tusinde gang sammen med de samme kollegaer i samme cafeteria, har vi set det hele før. Vi kender trinene. ... Det kan godt være, at vi kender vores kolleger vældig godt, men alligevel taler vi gang på gang med dem. Alt, hvad vi gør og siger, henviser måske til noget, der er blevet gjort og sagt tidligere, men ikke desto mindre skaber vi igen en ny situation, et nyt indtryk, en ny oplevelse: Vi skaber meninger, der udvider, omdirigerer, afviser, omfortolker, modificerer eller bekræfter – kort sagt genforhandler – de meningshistorier, de er en del af. (Wenger:2004:67)

Wenger eksemplificerer med ovenstående citat, hvorledes der sker meningsforhandlinger overalt og hvordan det er en proces, selv når det kan betegnes som en rutinesituation i cafeteriaet som nævnt i citatet ovenfor. Meningsforhandlinger er en gentagende proces, hvor vi oplever verden og vores engagement som meningsfuld. (Wenger:2004:67)

Det er gennem meningsforhandling, fortolkning og nytænkning at færdigheder og viden omsættes til ny praksis. Ovenstående betyder, at Mening betragtes som et produkt af en meningsforhandling:

Mening eksisterer hverken i os eller i verden, men i den dynamiske relation, som livet i verden udgør. (Wenger:2004:68)

Mening er relationel, hvilket vil sige, at det ikke bare er noget der foregår inde i os selv, men netop skal ses i samspil med andre og derfor er det også muligt at se på, hvordan der i fællesskab udvikles og forhandles mening. Mening er et resultat af denne proces, som kombinerer Deltagelse og Tingsliggørelse.

Deltagelse er ikke noget, der kan tændes eller slukkes for, man er fx også sygeplejerske, når man ikke er på arbejde. Deltagelse omfatter hele vores person altså vores krop, bevidsthed, følelser og sociale relationer. (Wenger:2004:70)

Wenger anvender i sin teori begrebet Deltagelse, som er beskrevet nedenfor;

Den sociale oplevelse af at leve i verden som medlemskab i sociale fællesskaber og aktivt engagement i sociale foretagender. Deltagelse er i den forstand både social og personlig. (Wenger:2004:70)

Ved Deltagelse i sociale fællesskaber, opstår der en mulighed for gensidig genkendelse. Genkendelse handler om, at vi eksempelvis genkender noget af os selv i andre og derved opstår der en evne til at forhandle Mening. Det vi genkender hos hinanden har at gøre med vores gensidige evne til at forhandle Mening, denne gensidighed sætter dog ikke lighedstegn med respekt og lighed. (Wenger:2004:70)

Ifølge Wenger spiller tingsliggørelsesprocessen en central rolle i ethvert Praksisfællesskab. Der bliver skabt mangeartede abstraktioner som værktøjer, symboler, historier, udtryk og begreber. Disse tingsliggørelser er en del af praksis "i stivnet form" (Wenger:2004:73). Tingsliggørelse dækker over:

... en lang række processer, der omfatter det at skabe, designe, fremstille, benævne, kode og beskrive såvel som opfatte, fortolke, bruge, genbruge, afkode og omformulere. (Wenger:2004:74).

Tingsliggørelse giver mulighed for meningsforhandlinger, da man ifølge Wenger, ved at tingsliggøre noget kan overskride begrænsninger i tid og rum og derved frigøre sig fra de fysiske begrænsninger. Det kan være i form af informationer, der bliver skrevet ned, så det kan blive læst i mange år frem i tiden og derved er informationen eller tanken blevet tingsliggjort. (Wenger:2004:133f) I og med det er tingsliggjort kan flere personer tage stilling til det og der kan ske en meningsforhandling.

Som Wenger beskriver så er Deltagelse og Tingsliggørelse dualistiske og ikke hinandens modsætninger.

Deltagelse og Tingsliggørelse på én gang forudsætter og muliggør hinanden. På den ene side er vores deltagelse en forudsætning for at skabe, fortolke og bruge tingsliggørelse; der er derfor ingen tingsliggørelse uden deltagelse. På den anden side er vores deltagelse samspil og skaber således genveje til koordinerede meninger, der afspejler vores virksomheder og vores opfattelse af verden; der er derfor ingen deltagelse uden tingsliggørelse. (Wenger:2004:82)

Wengers teori og forståelse af Praksisfællesskabet og meningsforhandling vil vi som tidligere nævnt arbejde videre med i analysen.

Færdighedsniveauer

Som vi tidligere kort nævnte så er viden ifølge Dreyfus og Dreyfus tillært gennem træning og erfaringer og derfor ikke medfødt. De fem stadier af færdighedsniveauer vil blive præsenteret og uddybet i dette afsnit.

De fem stadier af færdighedsniveauer:

1. Nybegynder
2. Avanceret begynder
3. Kompetent
4. Kyndig
5. Ekspert

Nybegynder

Første stadie er Nybegynder, som handler om at lære regler og færdigheder for at kunne begå sig i det nye felt. Et eksempel på dette kunne ifølge Frederik Hertel, studieadjunkt AAU, være:

... nybegynderen, der skal lære at køre bil, får at vide, at han skal skifte gear ved en bestemt hastighed (kontekstfri handling) Det betegnes som en "kontekstfri" handling, fordi nybegynderen ikke skal tage hensyn til andre forhold end farten.(Hertel:1996:113)

For at komme videre til næste stadie, efter at nybegynderen har tilegnet sig nogle vigtige erfaringer ved at følge reglerne, skal reglerne "glemmes" igen.(Hertel:1996:113)

Avanceret begynder

Anden stadie er Avanceret begynder, hvor erfaring er grundlaget for, at der kan inddrages flere komplekse regler. Med erfaringen fra træning bliver den avancerede begynder i stand til at handle ud fra kontekstfrie situationsbestemte regler. Et eksempel på det er ifølge Hertel:

... en viderekomne bilist, der dels anvender den situationsbestemte motorlyd og den kontekstfrie hastighed som regel for, hvornår han skal skifte gear. (Hertel:1996:114)

Kompetent

Tredje stadie er Kompetent udøver som er et stadie, hvor det kan være svært at skelne mellem det væsentlige, det mindre væsentlige og det uvæsentlige i situationen. På det her stadie gør udøveren det der bliver sagt og holder sig til planen. Endnu et eksempel fra Hertel:

En bilist, der er på den kompetente udøvers niveau kører ikke længere efter bestemte regler, men kører med et bestemt formål som fx at komme hurtigst frem fra sit hjem til sin

arbejdsplads. Derfor vælger han måske den korteste vej og tager samtidig højde for den mængde trafik, der plejer at være på strækningen. Men han tager imidlertid ikke højde for, hvordan landskabet er, til passagerens komfort eller til de andre trafikanter på vejen. Man kan forestille sig, at han kører hurtigere og derfor ind imellem overtræder fart grænsen. (Hertel:1996:115)

Den kompetente udøver har svært ved at vælge en plan, fordi der er flere muligheder. Hvilket der ikke var som nybegynder, hvor man bare fulgte reglerne. Hvor Nybegynderen forklarer eventuelle fejl og dårlige resultater ved manglen på regler, forklarer den kompetente udøver dem ved en forkert plan eller metode. På dette stadie huskes gode og dårlige resultater frem for forståelse eller beslutninger. (Hertel:1996:115)

Kyndig

Næste stadie, som er det fjerde, er den Kyndige udøver, hvor udøveren har lært at skelne mellem det væsentlige, mindre væsentlige og det uvæsentlige. Beslutningerne på dette stadie sker mere på erfaring fra lignende situationer. Et eksempel herfra:

... at en kyndig bilist på baggrund af tidligere erfaringer vurderer, om han kører for hurtigt, når han nærmer sig et sving i regnvejr. Derefter kan han bevidst beslutte, om han skal sætte farten ned, løfte foden fra speederen eller om han skal bremse. (Hertel:1996:116)

Erfaringer gør, at den kyndige udøver tager beslutninger ud fra intuition og knowhow.

Ekspert

Det sidste stadie er Ekspert, hvor eksperten er optaget af at løse problemet og ikke af fremtiden eller af at lægge planer. En ekspert tænker, hvis der er tid, over sine handlinger med en kritisk refleksion over sin intuition:

En bilist, der er ekspert, tænker ikke på, at han kører bil. Han er blevet et med bilen og oplever ikke, at han kører bil, han gør det bare.

Den bilist, der er ekspert, ved ikke bare ud fra fornemmelse og erfaring, hvornår det er nødvendigt at foretage en handling såsom at sætte farten ned, men kan i almindelighed også udføre denne handling uden at overveje den og sammenligne den med andre alternativer. (Hertel:1996:117f)

Det kan være svært for en ekspert at give gode grunde for sin intuition og forklare den.

Dreyfus og Dreyfus forklarer Intuition og knowhow på følgende vis:

Intuition eller knowhow, som vi forstår det, er hverken vildt gætteri eller overnaturlig inspiration, men en evne, som vi alle bruger hele tiden, når vi passer vores daglige gøremål. (Dreyfus:1991:55)

Disse færdighedsniveauer vil blive anvendt i analysearbejdet i forhold til sygeplejerskernes holdning og praksis til håndhygiejne.

Opsamling af Teoriramme

Ovenstående teoriramme vil som tidligere nævnt blive anvendt som analytisk udgangspunkt i analyserne af de fire problemstillinger. Teorirammen har bidraget til en forståelse af samspillet mellem individ, gruppe og organisation og herunder de mange forskellige eksisterende roller, relationer, normer og rutiner som er af stor betydning for praksis. Desuden er der skabt forståelse for at indførelsen af teknologier ikke er uden betydning og at teknologierne i samspil med mennesker som konsekvens, både kan betyde en forstærkning af mennesket med også en svækkelse. Menneske, teknologi og samfund former på denne måde hinanden og bør derfor ikke anskues som uafhængige størrelser. Teorirammen har endvidere skabt forståelse for, hvordan individers daglige praksis, som praksisfællesskab, indeholdende relationer, forhandlinger og fælles viden, bidrager til læring og opnåelse af viden. Hertil er der ligeledes opnået forståelse for, hvordan dette viden i høj grad afspejler sig i de ovennævnte relationer og fællesskaber. På samme vis har det bidraget til en forståelse for, hvordan individer har et særligt behov for, at alt det de interagerer med i deres hverdag, såvel mennesker som teknologi, skal give mening for at blive en naturlig og meningsfuld del af individernes interne samspil og praksis. Sidst men ikke mindst har teorirammen givet en forståelse for, hvordan viden opbygges og forstås og hvordan det er tillært gennem træning og erfaring. Denne træning og erfaring opbygges gennem forskellige nødvendige færdighedsniveauer. På denne måde ændrer individets viden sig i takt med at erfaringen udvikles og udvides.

Forinden selve analyserne vil selve fremgangsmetoden til analyserne blive beskrevet.

Del 2

Del 2 indeholder analyserne af de fire problemstillinger som i workshopen blev valgt af sygeplejerskerne. Analysernes resultat bliver et sæt endelige anbefalinger, der bunder i nogle fremanalyserede behov. Disse resultater vil vi overdrage til Regionshospitalet Randers og projektet ”Hygiejneadfærdsstøttende teknologier” således, at vores fremanalyserede resultater kan anvendes i OPI-projektet.

Analyse II

Ud fra de 20 problemstillinger som blev præsenteret under workshopen, valgte deltagerne under workshopen en hver, som de ønskede at arbejde videre med og finde løsningsforslag til. De fire udvalgte problemstillinger er som følgende:

- I. Klinikere går ikke op i at bryde smitteveje
- II. Klinikere spritter ikke hænder inden de tager handsker på
- III. Patienter ved ikke noget/nok om håndhygiejne
- IV. Klinikere vil ikke bruge handsker når de stikker

De ovenstående problemstillinger vil i nedenstående afsnit blive analyseret og diskuteret hver for sig sammen med de løsningsforslag som deltagerne i workshopen kom frem til. Problemstillingerne og løsningsforslagene vil blive analyseret og diskuteret ud fra vores valgte teoriramme og vil løbende blive eksemplificeret og understøttet af de indsamlede data.

De fire analyser er opbygget ens, hvor der først vil der være en præsentation af den enkelte problemstilling. Efterfølgende vil løsningsforslagene fra workshopen blive præsenteret og blive vurderet i forhold til om de løser problemstillingen eller ej. Efter denne vurdering vil der bliver arbejdet videre med de udvalgte løsninger, hvor de diskuteres i forhold til strategiske spørgsmål, udviklet af Bonnie Nardi og Vicki O’Day (Nardi:1999:70ff). De tre valgte strategiske spørgsmål omhandler: Hvorfor denne løsning? Hvem gavner løsningen? Og hvilket konsekvenser får løsningen? I svarene på de strategiske spørgsmål vil dataene fra workshopen, fokusgrupperne og observationerne blive inddraget samt den førnævnte teoriramme, for til slut at ende ud med nogle behov som der skal tages højde for og indfries for at sygehus erhvervede infektioner kan nedsættes.

I. Klinikere går ikke op i at bryde smitteveje

Ovenstående problemstilling er gået igen både i fokusgruppeinterviewene og under observationerne. I nedenstående afsnit vil problemstillingen blive præsenteret for at give et indblik i, hvorfor netop denne problemstilling blev valgt.

Præsentation af problemstilling

I fokusgruppeinterviewene og under observationerne er vi blevet opmærksomme på, at klinikere ikke går op i at bryde smitteveje. Marie, som er nyuddannet sygeplejerske valgte problemstillingen under workshopen og derfor vil præsentationen af denne problemstilling tage udgangspunkt i hendes fortælling.

Marie kom under workshopen i tanke om en episode, hun havde oplevet, hvor en sygeplejerske for sjov havde tegnet en streg på en læges kittel. Denne streg blev på kitlen i en helt uge, hvilket måtte betyde, at lægen ikke havde skiftet kittel i løbet af ugen. Hun nævnte også, at lægerne ofte ikke spritter og vasker hænder mellem de forskellige patienter. Resten af deltagerne bakkede op om dette udsagn og mente, at det i høj grad var lægerne, der havde de største problemer i forhold til denne problemstilling. De fortalte, at de var meget "efter" lægerne, fordi de bærer fingerringe, og ikke spritter hænder mellem patienterne på trods af, at de havde givet hånd. Desuden fortalte de, at lægerne ikke tager handsker på, når de tilser sår. De nævnte endvidere, at de havde set medicinske læger gå i deres eget tøj og med lange ærmer og åbentstående kittel udover. Marie nævnte også, at det måske handlede mere om kulturen blandt de ældre læger, og at de yngre læger var bedre til at håndtere håndhygiejne, hvilket de andre nikkede samtykkende til. (Bilag 6:min 15:25)

De nedenstående punkter er en opsamling af de problemer, som er blevet nævnt ovenfor:

- Der bliver ikke sprittet hænder mellem patienter
- Lægerne får skylden
- Kitlen er en smittebærer
- De yngre læger er bedre end de ældre til håndhygiejne

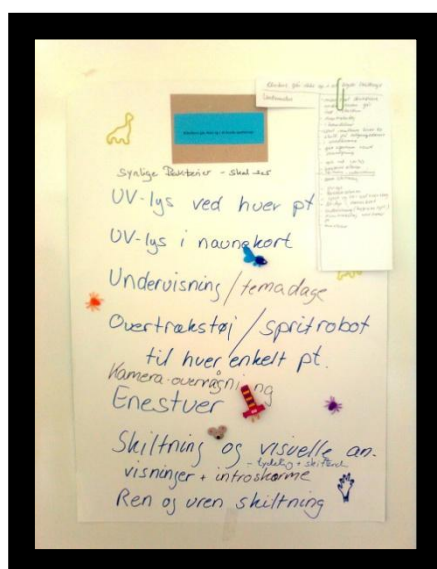
I ovenstående præsentation af problemstillingen bliver lægerne udelukkende nævnt som klinikere. Men grundet afgrænsningen i specialet, blev denne problemstilling i det videre arbejde under workshopen drejet over på sygeplejerskerne.

Vejen til løsninger

I arbejdet på at nå frem til løsningsforslag til "Klinikere går ikke op i at bryde smitteveje", arbejdede sygeplejerskerne i workshopen med metoden "Friske øjne". Under denne problemstilling arbejdede de ud fra en landmands perspektiv. I deres brainstorm talte de om, at landmanden altid desinficerer hænder inden han går ind til sine køer og at han iklæder sig overtrækstøj. Landmanden træder ned i et bad med sine støvler for at blive helt ren, inden han går ind i stalden. På døren ind til stalden er der et skilt, hvor der står, at uvedkommende ikke har adgang. De talte om, at landmanden altid bruger de samme støvler og at dyrlægen får en overtrækskittel på, når han er på besøg. De mente ikke, at landmanden desinficerer hænderne imellem hver ko eller bruger handsker, men de forestillede sig alligevel, at landmandens problemstilling er, at hans ansatte ikke spritter hænder mellem hver ko og at de ikke vil bruge handsker. Herefter blev det diskuteret, hvordan en landmand ville løse problemet? (Bilag 6:min 32:08)

Præsentation af løsninger

Da denne brainstorm var ovre, var det tid til at overføre dette til konkrete løsninger, der kunne anvendes på et sygehus. Disse løsningsforslag blev fastholdt på en planche, som kan ses på billedet nedenfor.



Løsningsforslagene fra planchen er skrevet i nedenfor i punktform.

- UV-lys ved hver patient
- UV-lys i navnekort
- Undervisning og temadage
- Overtrækstøj til hver patient/Sprit-robot
- Kameraovervågning
- Enestuer
- Skiltning og visuelle anvisninger tydelige og skiftende + infoskærme
- Ren og uren skiltning (Bilag 7:min 3:16)

Samtlige løsningsforslag har vi holdt op imod problemstillingen "Klinikere går ikke op i at bryde smitteveje" og i den proces er der blevet frasorteret løsningsforslag, som ikke gav en løsning på problemstillingen. Fravalgene er argumenteret i nedenstående tabel. (Bilag 6:min 39:10)

Til og fravalg

Tilvalgte løsninger	Fravalgte løsninger
Undervisning og temadage Jævnlig og fast rutine af tests med UV-lys. Planlagte temadage af hygiejnesygeplejersken.	Overtrækstøj til hver patient/Sprit-robot Desinfektion af patienterne så de ikke smitter nogen.
UV-lys ved hver patient og i navnekort Apparater der kan "se bakterierne" på ens hænder og alarmere. Let tilgængeligt UV-lys fx indbygget i personalets navnekort eller indbygget i hver seng.	Ren og uren skiltning Klistermærker uren/ren skiltning på sygeplejersker og computere, som forpligter.
Skiltning og visuelle anvisninger tydelige og skiftende + infoskærme Bevarer interessen ved skiftende plancher.	Kameraovervågning Overvågning ved håndvaske.
	Enestuer Minimere smitteveje fra patient til patient

Flere af løsningerne er sorteret fra, da de ikke får sygeplejerskerne til at gå mere op i at bryde smitteveje. Det vil sige, at løsningerne "Overtrækstøj til hver patient/spritrobot" og "Enestuer" som vedrører udelukkende patienter og pårørende, er sorteret fra. Løsningen "Kameraovervågning" er fravalgt, da det bliver en for voldsom indgriben i praksis og det vil kræve for mange ekstra ressourcer. Løsningen "Ren/uren skiltning" er fravalgt, da vi forestiller os, at der

vil komme klistermærker overalt og at klistermærkerne med tiden vil blive overset, som det er tilfældet med plancher og skilte i dag.

I det kommende afsnit vil løsningerne "Undervisning og temadage", "UV-lys ved hver patient og i navnekort" samt løsningen "Skiltning og visuelle anvisninger og skiftende + infoskærme" blive diskuteret.

Diskussion af løsningerne

Som beskrevet i indledningen til dette afsnit, vil løsningerne blive diskuteret og gennemgået ud fra de tre strategiske spørgsmål: Hvorfor denne løsning? Hvem gavner løsningen? Hvilke konsekvenser får løsningen?

Undervisning og temadage

Hvorfor denne løsning?

Workshopdeltagerne arbejdede med, at problemstillingen "Klinikere går ikke op i at bryde smitteveje" kunne løses med mere undervisning og foreslog, at hygiejnesygeplejersken skulle stå for dette. Undervisningen skulle ifølge workshopdeltagerne foregå jævnligt og det kunne eventuelt indgå som planlagte temadage, en gang i kvartalet, for at det ikke blev for tit, men heller ikke blev for sjældent i forhold til udskiftning af personale. Undervisningen skulle være obligatorisk og minde personalet om vigtigheden af at bryde smitteveje og holde deres viden opdateret. (Bilag 6: min 43:25, Bilag 7: min 4:17)

I fokusgruppeinterviewene blev der også talt om nødvendigheden af at holde personalet opdateret og minde dem om vigtigheden af god håndhygiejne. De studerende fortalte her om situationer, hvor personalet godt kendte til reglerne og informerede om dem, men hvor personalet ikke altid selv overholdte de gældende retningslinjer (Bilag 1: del 1: min 31). De talte desuden også om, hvordan de i deres praktikker havde oplevet, at sygeplejerskerne ikke kendte til de grundlæggende hygiejneprincipper (Bilag 1: del 1: min 33). De studerende fortalte, at de havde kommenteret på denne uvidenhed, hvor praksis så efterfølgende var blevet ændret.

Nej, altså der var nogen, hvor jeg kommenterede det, hvor det så blev lavet om. Men om de så stadigvæk gør det, det ved jeg ikke. Men jeg var på en meget meget lille afdeling, så det var tæt, og jeg var en stor del af det. Så der var mange ting, som jeg kommenterede, hvorfor gør I ikke det? "Jamen gud ja, det har vi ikke tænkt over" Så gjorde de det så. Men de var ikke sådan helt, de kendte ikke de der regler for det faktisk. (Bilag 1: del 1: min 23).

I ovenstående citat fra fokusgruppeinterviewene lægges der vægt på, at personalet ikke ved nok om hygiejne og som beskrevet, blev det også diskuteret om det skyldtes et bevidst fravalg eller simpelthen forglemmelser. Under observationerne mødte vi en sygeplejerske, som godt kunne lide at gå med de studerende og blive mindet om, hvad der er det rigtige at gøre og reflektere over hvorfor hun gør, som hun gør.

Det er godt, når de stiller spørgsmål. Det minder en om at gøre de rigtige ting og tage stilling til, hvorfor man gør, som man gør. Man skal ikke spritte uhæmmet, det skal begrundes. Man skal spritte inden en ren handling. (Bilag 4:S5:L22)

Sygeplejersken fremhæver i ovenstående citat de studerende som en hjælp til at minde om at gøre det rigtige. Vi oplevede fra fokusgruppeinterviewene, at de studerende var opsatte på at følge hygiejneretningslinjerne.

Interviewer: Hvordan var din holdning til det? Altså var der nogen ting, hvor du måske ikke tog handsker på, fordi de andre ikke gjorde det?

A: Nej, jeg vil sige, at jeg blev mere bevist om det og sådan, at det skal de i hvert tilfælde ikke have lov til og aflærer mig, eller hvad skal man kalde det? (Bilag 1: del 1:min 22)

De ovenstående indtryk fra det samlede datamateriale om, hvordan smitteveje brydes eller ikke brydes er ikke enestående, men giver et indtryk af et felt, hvor der både er mangel på viden om håndhygiejne og hvor der er et behov for at få viden genopfrisket.

De studerende fra fokusgruppeinterviewet var enige i, at hygiejnesygeplejersken skulle være mere tydelig.

Jeg får altid at vide hvor brandslukkeren står, men hygiejnesygeplejersken, det er lige meget (Bilag 1: del 2:min 11)

På et sygehus er der mange forskellige faggrupper som arbejder sammen, hvilket betyder, at ikke alle har samme uddannelse og derved heller ikke har samme viden om håndhygiejne. Det er her ikke alene uddannelsen, men også hvor lang tid siden uddannelsen blev taget, der spiller ind. Erfaringen hænger sammen med, hvilket færdighedsniveau de er på i forhold til Dreyfus og Dreyfus teori om færdighedsniveauer. Vores undren bunder i skellet mellem de studerendes holdning og vores observationer, hvor de studerendes klare holdning fra ovenstående citat "det skal de i hvert tilfælde ikke have lov til at lære aflærer mig" og de observationer vi gjorde os, ikke stemmer overens. Vi antager, at de studerende fra fokusgrupperne formentlig ikke er de første,

som har haft intentioner om at overholde de gældende hygiejneretningslinjer, da de er på det færdighedsniveau som Dreyfus og Dreyfus kalder Nybegynder. Dette niveau betyder, at de er meget fokuseret på regler og handler ud fra dem. For at komme videre i færdighedsniveauerne skal man ifølge Dreyfus og Dreyfus samle erfaringer ved at holde fast i reglerne og derefter "glemme" reglerne. Dette giver også mening i forhold til, at den tidligere nævnte sygeplejerske godt kan lide at gå med studerende, fordi hun bliver mindet om reglerne.

Færdighedsniveauerne er ikke den eneste forklaring på, hvorfor sygeplejerskerne ikke går op i at bryde smitteveje, ifølge organisationssociologien kan der også være så stærke normer og meninger i et arbejdsfællesskab, at de betyder mere end fx de gældende hygiejneretningslinjer. Det vil sige, at de nyuddannede kan blive nødt til at tilpasse sig eksisterende arbejdsfællesskaber og indordne sig under disse normer, til trods for, at det strider imod både egne holdninger og de gældende hygiejneprincipper.

Hvem gavner løsningen?

Hvem vil det gavne, at en tydelig hygiejnesygeplejerske sørger for undervisning, temadage og tests? Løsningen vil gavne patienterne, da vi antager, at den øgede indsats med at bryde smitteveje vil mindske Sygehus erhvervede infektioner, og derved vil færre patienter blive syge på sygehuset. Personalet vil også få gavn af denne løsning, da de gennem undervisningen blandt andet vil tilegne sig en opdateret viden om, hvorfor de skal bryde smittevejene og hvordan. Workshopdeltagerne foreslog, at det er hygiejnesygeplejersken, der skal stå for undervisningen og ifølge Wengers teori, vil de erfaringer som hygiejnesygeplejersken har blive bragt ind i klinikernes praksisfællesskab gennem en meningsforhandling. Det vil foregå ved, at deltagerne til temadagene bliver inviteret til at deltage i hygiejnesygeplejerskens erfaringer, der dermed bliver tingsliggjort. Herved vil der være en genforhandling af Fællesskabet (Fælles Repertoire, Fælles Virksomhed og Gensidigt Engagement). Da hygiejnesygeplejersken formodentlig har legitimitet i praksisfællesskabet, kan hun dermed forandre kompetencesystemet og dermed skabe ny viden i praksisfællesskabet omkring hygiejne. (Wenger:2004:162f)

Hvilke konsekvenser får løsningen?

Konsekvensen ved løsningen er, at hygiejnesygeplejersken skal tage et større ansvar og arrangere undervisning hvert kvartal. Yderligere skal der afsættes tid til, at alt personale kan modtage

undervisningen. Vi oplevede under observationerne et afsnit, hvor de arrangerede undervisning hver uge, men det skal prioriteres og der skal sættes ressourcer af til det. Undervisningen vil betyde, at personalet bliver mindet om vigtigheden af håndhygiejne og derved skabes et fællesskab.

En anden konsekvens ved løsningen er, at undervisningen skal være god for at lykkes. De studerende har en klar holdning til, hvad god undervisning er:

A: Jeg tænker i hvert tilfælde, at den undervisning vi fik, hvor vi først fik alt det der teoretiske omkring bakterier, og hvordan man afbryder smitteveje og alt det der vi havde i mikrobiologi. Og efterfølgende lavede de har forsøg, var det jo nærmest. Så det blev sådan lidt praksis og lidt teoretisk, og der vi jo også vant til i forhold til vores undervisning her, hvor vi skal ud i klinikken, så vi er jo meget vekslende med praksis og teoretisk undervisning. Det, synes jeg, fungerede helt vildt godt.

B: Det skal være konkret og forståeligt.(Bilag 1: del 1:min 12)

Ovenstående citat viser at god undervisning i hygiejne for de studerende, er en kombination af teori og praksis.

En anden konsekvens vil formentlig være, at personalet ikke skal undskylde for at tage handsker på overfor hinanden.

De spritter begge to inden de går i gang og Navn tager handsker på og forklarer til Navn, at det er fordi hun har en revne på fingeren. De går i gang med vasken.(Bilag 4:S3:L7)

UV-lys ved hver patient og i navnekort

Hvorfor denne løsning?

Workshopdeltagerne beskrev også, at problemstillingen kunne løses i form af et smart apparat, som man stikker hænderne ind under og derved kan se bakterierne, for på den måde at få tjekket om ens hænder er rene. Løsningen skulle være let tilgængelig og enten være integreret og indbygget i personalets navnekort eller ved hver patientseng.

Denne løsning blev diskuteret af workshopdeltagerne i forhold til problemstillingen. De fandt frem til, at UV-lyset netop ville virke motiverende og bevirke, at de fik gjort deres hænder ordentligt rene. (Bilag 6:min 40:25, Bilag 7:min 3:16)

De studerende fra fokusgrupperne talte meget om de praktiske forsøg med UV-lys på sygeplejerskeskolen og om hvordan det havde påvirket dem, at kunne se de usynlige bakterier.

Nogle var blevet hysteriske og havde ændret hygiejneadfærd derhjemme og andre var stoppet helt med at spise i skolens kantine(Bilag 1: del 1:min 13).

A: Men I kunne godt overveje de der UV-lys ude på nogle afdelinger i en prøve periode, det kunne faktisk være rigtig godt. For måske nogen ansatte på afdelinger, de kunne lige gå hen og sige "hov".

(...)

A: Det er jo, det der bider sig fast i os, og det er der vi tænkte gud. ...

B: Det er jo det vi kan huske

A: Ja, og vi tænker er vi virkelig så beskidte og nogen har ændret helt livsstil derhjemme også. Det kunne måske være sådan noget, der var spændende og bare i en forsøgsperiode og prøve det der med at prøve noget før og efter også det der UV-lys.(Bilag 1: del 2:min 31)

Denne oplevelse med UV-lyset har gjort stort indtryk på mange af de studerende og de fortæller, at de ofte tænker på det.

Løsningen, hvor UV-lyset er integreret i navnekortet, skulle vælges for at gøre det usynlige synligt. Med hensyn til Dreyfus og Dreyfus' færdighedsniveau så tyder det på, at reglerne eksempelvis om hvornår og hvor det skal anvendes, efterhånden vil gå i glemmebogen, da UV-lyset ikke er end el af sygeplejerskernes primære opgave. I forhold til Praksisfællesskabet er det vigtigt, at der skabes en meningsforhandling omkring UV-lyset, hvor der skabes mulighed for deltagelse og at betydningen af UV-lyset kan blive tingsliggjort. Der vil ikke foregå en meningsforhandling ved blot, at personalet har et UV-lys på sig, der kan vise de usynlige bakterier, da der ikke nødvendigvis skabes en social oplevelse i form af deltagelse. Der kan godt argumenteres for, at det er en social deltagelse, at alle har UV-lys i sit navnekort, men i forhold til Organisationssociologien, så har normen en stor indvirkning. Det er i forhold til organisationssociologien et emne, at sygeplejersker tager mange skønsmæssige individuelle beslutninger og dette er ikke altid en god løsning. Hvis UV-lyset sidder fast på den enkelte sygeplejerske, vil det også være op til den enkelte at overholde og vurdere, hvornår det er nødvendigt at tjekke sine hænder. For at dette bliver en del af hverdagen, skal alle synes det er en god idé, og det skal ikke være noget som kommer udefra "felten".

Vi foreslår at kombinere denne løsning med ovenstående løsning om undervisning og derved inddrage UV-lyset ved navnekortet som en del af undervisningen, hvor det i en periode afprøves for derefter at inddrage erfaringerne i undervisningen. Undervisningen vil i forhold til

Praksisfællesskabet give samme fordele som forklaret under løsningsforslaget "Undervisning og temadage". Det UV-lyset vil gøre yderligere er, at sygeplejerskerne kan komme ud og prøve UV-lysene i praksis og arbejde teoretisk med dem i undervisningen, som de studerende udtrykker virker rigtig godt. Ved at det er en del af undervisningen bliver det ikke en del af hverdagen på samme måde, som det vil være at have UV-lyset fast. Denne undervisning skal gentages i intervaller, da der er udskiftning i personalet.

Hvem gavner det?

Det vil ligesom den forrige løsning gavne patienterne at indføre denne løsning, da det øgede fokus på at bryde smittevejene formentlig vil nedsætte risikoen for Sygehuserhvervede infektioner. Det vil også gavne personalet, da de kan se de usynlige bakterier. Som der også blev givet udtryk for i fokusgruppeinterviewene, har sygeplejerskerne ikke lyst til at smitte andre.

Ja, beskidt. Gud, jeg troede da, at jeg vaskede dem, det kan jeg da se, at det gør jeg slet ikke (Bilag 1: del 2:min 32)

Så det gavner både patienter og personale at indføre UV-lys.

Hvilke konsekvenser får det?

Deltagerne fra workshopen var enige om, at hvis de havde muligheden for at tjekke deres hænder, så ville de gøre det ekstra godt. Det ville betyde, at de ville spritte hænder en ekstra gang, inden de gik hen til en patient, hvis de kunne se, at de ikke havde gjort det godt nok. Derudover nævnte de også, at det ville betyde, at de ville blive bedre til at spritte hænderne ordentligt, da de på den måde ville blive opmærksomme på de steder de typisk ikke fik rengjort ordentlig eksempelvis omkring neglene. Deltagerne gav udtryk for, at de gerne ville have UV-lyset lige ved hånden (Bilag 7:min 3:16), hvilket løsningen ville give mulighed for. Dette vil dog betyde en stor ændring i deres praksis og pålægge dem en skjult arbejdsopgave, da de formentlig vil anvende tid på at tjekke deres hænder.

Hvis vi antager, at denne løsning bliver en del af undervisningen, så vil den have den konsekvens, at de kommer til at kunne se de usynlige bakterier. Nedenstående citat er fra fokusgruppen, hvor de studerende har dyrket bakterier, som de har indsamlet rundt omkring på skolen.

Jeg er blevet meget meget hysterisk med offentlige toiletter. Jeg kunne aldrig finde på at tage i håndtaget på nogle af toiletterne, det er albuen. Det er siden dengang i undervisningen, det

er 100 %, det har jeg aldrig nogensinde gjort før min tid her. Men offentlige toiletter, jeg kunne aldrig drømme om at røre ved et håndtag.(Bilag 1: del 1:min 16)

Så det at blive bevidst om, at der er bakterier overalt kan også have en negativ konsekvens, men det er vigtigt at være opmærksom på, at det ikke er alle bakterier, som er sundhedsskadelige.

Man skal også huske på, bakterier er jo også godt. Vi har også godt at nogle gode bakterier. Men ens egen flora er jo det der er der hjemme og det man på en eller anden måde er immun overfor. Så man er ikke nær så kritisk der hjemme.(Bilag 1: del 2:min 21)

Løsningsforslaget med UV-lyset i klinikernes navnekort, vil være god i kombination med undervisningen. Klinikerne får muligheden for at blive opmærksomme på, hvor mangelfulde deres afspritning kan være, ved at have UV-lyset i navnekortet. Undervisningen med UV-lyset giver feedback og viden om vigtigheden af at bryde smitteveje. og ved at det bliver et tema i undervisningen er det kun i en begrænset periode den enkelte sygeplejerske skal gå med UV-lyset og derved bliver det formentlig ikke glemt.

Skiltning og visuelle anvisninger tydelige og skiftende + infoskærme

Hvorfor denne løsning?

Under workshopen var der bred enighed om, at der er for lidt skiltning. De beskrev, at skiltningen bør være mere visuel og tydelig og skulle indeholde nogle fakta-oplysninger om, hvordan status er på håndhygiejnen på afsnittet og samlet set på sygehuset. Skiltningen skal være en reminder til klinikerne, som minder dem om håndhygiejne. De nævnte også, at de skilte der er i forvejen, ikke bliver set. De gav udtryk for, at der ikke blev talt om, hvad der står på skiltene og at de ikke havde noget indflydelse på dem og ofte ikke kendte afsenderen. Løsningsforslagene fra workshopen var, at skiltene blev skiftet ud engang i mellem, både med hensyn til nyt indhold og layout, da de mente at et skilt, når det har hængt der i en måned, ikke længere bliver set. (Bilag 6:min 40, Bilag 7:min 7:38)

I fokusgruppeinterviewene nævnte de studerende, at de skulle være opmærksomme på at bryde smitteveje og at de i deres rutiner skal være opmærksomme på, hvad de gør og hvorfor. Et eksempel er opmærksomhed omkring sterile og rene metoder, som skal vælges med omhu eller håndvask og afspritning af hænder, som skal udføres korrekt og på de rigtige tidspunkter for at have den ønskede effekt (Bilag 2: del 1:min 14). En måde at få viden om disse rutiner, er ved at se på de plancher og skilte der hænger mange steder(Bilag 1: del 1:min 4). Omkring opmærksomhed

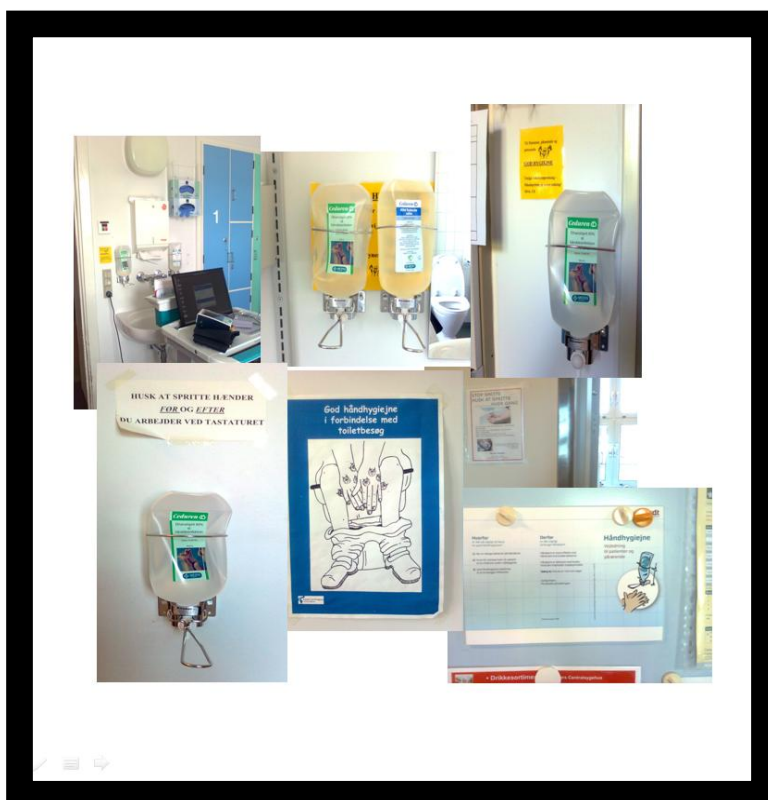
blev det også nævnt, at de som sygeplejersker skal være opmærksomme på at bruge deres viden og de regler de har lært i forhold til at bryde smitteveje.

Men vi får også en god huskeregel. "Sprit ind af rum, sprit ud af rum". Så det bruger vi altså. Uanset hvilket rum du går ind i.(Bilag 1: del 2:min 10)

Ja, men det er jo, at du spritter af når du skal spritte af. At man vasker hænder når man skal vaske hænder.(Bilag 2: del 2:min 10)

Der blev ligeledes givet udtryk for, at opmærksomheden er vigtig og er grunden til, at de lærer undervejs, lærer i praksis og ikke laver fejl eller gentager fejl.

Under observationerne bemærkede vi ligeledes, at der hænger mange skilte forskellige steder, og vi har udarbejdet en lille collage for at give et indtryk af mangfoldigheden.



Skiltene bærer præg af at have hængt der længe og være hjemmelavede af afsnittene. På andre skilte er afsenderen ikke tydelig og bliver hængt op uden at gøre personalet opmærksomme på det. Det virker også mere eller mindre tilfældigt, hvor skiltene hænger, da det ikke er konsekvent ved alle håndvaske eller i nærheden af spritdispensere.

Som det ses på billederne er ikke alle skiltene så visuelle, som deltagerne fra workshopen ytrede ønske om. Vi så heller ingen skilte med fakta oplysninger i form af, "Sprit forbruget de sidste tre år" eller en kurve for sygehus erhvervede infektioner. Alle skiltene var langtidsholdbare, hvilket betyder, at de kan hænge der indtil de falder ned, som der også ses på et af billederne, hvor skiltet er gledet ned bagved sprit og sæbedispenser.

For at tilstræbe en form for interaktion med skiltene og derved skabe en praksis omkring skiltene i forhold til organisations sociologien, så er det vigtigt at personalet kan forholde sig til skiltene. I praksis fællesskabet, skal der ligeledes være en form for meningsforhandling omkring skiltene, hvis de skal give mening for personalet. Det betyder, at skiltene skal fungere som en tingsliggørelse af 'noget', fx håndhygiejne, som personalet kan forholde sig til og at der skal være en form for social deltagelse omkring dette 'noget' for at skiltene kan give mening. Den sociale deltagelse kan eksempelvis foregå ved at skiltene inddrages i morgenmøderne eller undervisningen. Skiltene budskab kan eventuelt indeholde spørgsmål, som diskuteres/tingsliggøres i plenum en gang om måneden. Der kunne også være konkurrencer, som kræver at sygeplejerskerne følger med i, hvad indholdet er på skiltene.

Hvem gavner løsningerne?

Ved at skiltene bliver udskiftet ofte, vil personalet måske ligge mærke til dem og formentlig blive mindet om det vigtige budskab om håndhygiejne, som de så diskuterer på de planlagte temadage afholdt af hygiejnesygeplejersken. Skiltene vil i første omgang gavne personalet, da de bliver mindet om at spritte deres hænder. Patienterne får også gavn af det, da det øgede fokus på håndhygiejne blandt personalet formentlig vil mindske Sygehus erhvervede infektioner. Patienterne vil også komme til at se nogle af skiltene og det kan eventuelt også påvirke dem til en bedre håndhygiejne.

Hvilke konsekvenser får løsningerne?

For at dette skal lykkedes skal der være nogen, som står for udskiftningen af skiltene og der skal udarbejdes nye skilte. Der er mulighed for, at skiltene med jævne mellemrum flyttes fra afsnit til afsnit for at bevare nyhedsværdien, men de fakta, som der er på skiltene, må ikke blive forældede. Der blev også talt om, at budskaberne i de mange skilte godt kunne drukne. For at sikre, at skiltene er opdaterede, er det oplagt at gøre skiltene digitale, som det også bliver forslået i workshopen

med hensyn til "Infoskærme". Dette kræver dog en investering i skærme og samtidig én person, som skal sørge for, at de bliver opdateret og at teknologien fungerer. Der vil ved dette løsningsforslag være flere skjulte arbejdsopgaver.

II. Klinikere spritter ikke inden de tager handsker på

Vi har gennem den foregående analyse "Klinikere går ikke op i at bryde smitteveje" udvidet vores forståelseshorisont. Vi erkender, at denne viden nu er en del af vores forståelseshorisont som vi i den videre analyse ikke kan se bort fra. Dette vil også gøre sig gældende i de kommende analyser.

Præsentation af problemstilling

Under observationerne blev denne problemstilling bekræftet og i workshopen var det sygeplejersken, Pernille, der valgte problemstillingen "Klinikere spritter ikke inden de tager handsker på". Hun forklarede desuden, at årsagen til, at klinikere skal spritte inden de tager handsker på er, at de kan komme til at røre ved andre handsker samt handskeæsken og ved denne berøring forurene andre handsker. (Bilag 6: min 23:42) Observationerne bekræfter, at handskeæsken ikke er optimal i forhold til kun at røre ved de handsker, man selv skal anvende, hvilket kan ses på billedet nedenfor.



Handskerne er rene men ikke sterile²⁸, hvilket betyder at handskerne primært er til for at bryde smitteveje mellem patienter og klinikere. Pernille udtaler, at det er et problem at spritte hænder inden der tages handsker på, fordi det tager 30 sekunder før spritten tørrer og fordi handskerne ikke kan tages på med våde hænder. Hun fortalte, at hun blandt andet havde valgt problemstillingen, fordi hun ikke selv er for god til at spritte inden hun tager handsker på.

²⁸ Sterile handsker og procedurer er, hvor handskerne er vakuumpakket i sæt og anvendes ved blandt andet operationer.

I fokusgruppeinterviewene fortalte én af de studerende, at det var et problem, at det tog tid inden spritten tørrede i forbindelse med sårpleje, hvor der ofte skal skiftes handsker.

Fordi hvis du først tager handsken af, så er din hånd fugtig, så kan du ikke få dem på igen. Ja, så skal du spritte og sidde og vente og (Bilag 1: del 1:min 18)

Pernille fra workshoppen udtalte, at det kan være svært at vente på at spritten tørrer, hvis der er en kollega som venter. Flere af de andre fra workshoppen indrømmede, at de ikke altid sprittede deres hænder inden de tog handsker på. Hvilket vi også så under observationerne:

Kirsten går derefter i endnu et skab og henter redskaber, Kirsten har ikke sprittet hænder. Vi går ind på stue 3. Kirsten tager handsker på uden at spritte og da hun tager den første handske på rører hun med fingrene den anden handske udvendigt. (Bilag 3: s.5:L.13)

De nedenstående punkter er opsamling på ovenstående præsentation.

- Spritten tørrer for langsomt
- Handskerne kan ikke tages på, når hænderne er våde
- Der røres ved flere handsker og handskeæske når der tages handsker

Ovenstående problemstilling er en kombination af at spritte hænder og at bruge handsker. Dette arbejdede deltagerne fra workshoppen videre med at løse med metoden ”Friske øjne”.

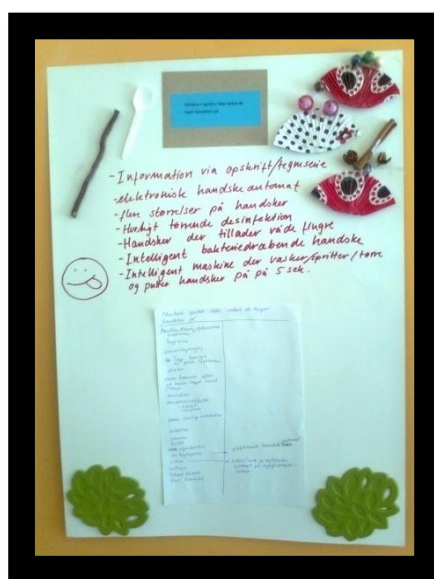
Vejen til løsningerne

Under det videre arbejde med problemstillingen arbejdede workshopdeltagerne ud fra en kantinedames perspektiv. Først sammenlignede workshopdeltagerne arbejdet i kantinekøkkenet med arbejdet på sygehuset, hvor de fandt mange sammentræk. De talte om, at der er meget opmærksomhed på håndhygiejne både i et kantinekøkken og på et sygehus. De mente også, at der blev anvendt handsker i et kantinekøkken. Der er meget viden om hygiejne og strenge regler som skal formidles og overholdes i et kantinekøkken, hvilket er sammenligneligt med hverdagen på et sygehus. I et kantinekøkken bærer de også uniform som sygeplejerskerne og begge erhverv har daglig kontakt med mange mennesker. De talte om, at der i et kantinekøkken er et arbejdspress der op til, hvor maden skal serveres. I en kantine skal de være opmærksomme på mad sammensætningen og på fornyelsen for at holde på deres kunder. Patienterne kan ligeledes i selv vælge, hvilket sygehus de vil på, hvilket giver en øget konkurrence inden for sygehusene. Der er mange bakterier i mad, som gør at maden skal behandles korrekt for ikke at være livsfarlig, sådan

er det ligeledes på et sygehus. Deltagerne talte også om, at det var vigtigt at køkkenpersonalet skulle vide og forstå baggrunden, for det de skal gøre. (Bilag 8: min38:18)

Præsentation af løsninger

Ud fra disse sammenligninger blev der brainstormet over, hvordan en kantinedame ville løse problemet, hvis hendes medarbejdere ikke spritter hænder, inden de tager handsker på. Efter denne brainstorm udformede de nedenstående planche med løsningsforslag.



Nedenfor ses løsningsforslagene i punktform.

- Information via opskrift/tegneserie
- Elektronisk handskeautomat
- Flere størrelser på handsker
- Hurtigtørrende desinfektion
- Handsker der tillader våde fingre
- Intelligente bakteriedræbende handsker
- Intelligent maskine (der vasker, spritter, tørrer og giver handsker på, på fem sekunder.) (Bilag 8:min 1:00:40)

Løsningsforslagene bliver uddybet nedenfor i tabellen, efterfølgende vil de blive holdt op imod problemstillingen, hvor der vil ske en frasortering. Kriteriet for at løsningerne vil blive valgt til er, at de skal løse problemstillingen "Klinikerne ikke spritter inden de tager handsker på". Fravalgene bliver argumenteret under tabellen.

Til og fravalg

Tilvalgte løsninger	Fravalgte løsninger
Information via opskrift/tegneserie Opskriften skal ses som en fremgangsmetode i forhold til at opnå viden, om vigtigheden af at spritte inden der tages handsker på.	Elektronisk handskeautomat Håndfri automat der giver ét sæt handsker ad gangen.
Hurtigtørrende desinfektion Sprit som tørrer på fem sekunder eller tørsprit som ikke ødelægger huden?	Flere størrelser på handsker så de passer 100 % Så handskerne passe perfekt
Handsker der tillader våde fingre Ikke et krav at hænderne skal være våde.	Intelligent bakteriedræbende handske Handsken plejer huden, er allergivenlig og dræber bakterier. Der er ikke behov for at spritte fordi handsken dræber bakterier.
Intelligent maskine Der vasker, spritter, tørrer og giver handsker på, på fem sekunder.	

I frasorteringsprocessen er der sorteret tre løsningsforslag fra, som vi kort vil argumentere for. Løsningen "Flere størrelser på handsker" vil ikke få klinikere til at spritte hænderne, inden de tager handsker på, selvom det også er et problem, at handskerne ikke passer. "Elektronisk handskeautomat" og "Intelligente bakteriedræbende handsker" er begge løsninger som betyder, at der slet ikke skal sprittes inden handskerne kommer på, derfor frasorteres også disse løsningsforslag.

I det kommende afsnit vil løsningerne "Information via opskrift" og "Intelligent maskine" blive analyseret og diskuteret hver for sig, hvor "Hurtigtørrende desinfektion" og "Handsker der tillader våde fingre" vil blive diskuteret og analyseret sammen, da de begge er løsninger på kombinationen af at spritte hænder og tage handsker på.

Diskussion af løsningerne

De valgte løsninger vil blive diskuteret og analyseret i de følgende afsnit i forhold til problemstillingen og teorirammen.

Information via opskrift/tegneserie

Hvorfor denne løsning?

Deltagerne i workshoppen forklarede denne løsning ved, at det skulle være en form for opskrift, som var forståelig for alle, også de udenlandske læger. Opskriften er visuelt udformet og informerer om, hvorfor det er vigtigt at spritte hænder, inden der tages handsker på. Det blev i workshoppen ikke uddybet, hvordan informationen skulle viderebringes udover end via en opskrift/tegneserie. (Bilag 8:min 47:58, Bilag 8:min 1:00:40) Vi antager, at det er noget lignende de skilte, som der i forvejen hænger rundt omkring og som vi har præsenteret i analysen om at bryde smitteveje. Iblandt de skilte, vi observerede på sygehuset, var der ingen som illustrerede, at der skal sprittes hænder inden handskerne tages på. Vi har et billedeksempel fra observationen nedenfor.



Det der skal bemærkes er, at der er et skilt under handskerne med en beskrivelse af, hvordan man anvender hånddesinfektion korrekt, men der er ikke en reminder om, at dette skal gøres, inden der tages handsker på.

Alle deltagerne i workshoppen var klar over, at de skal spritte hænder inden de tog handsker på, men de indrømmede alle sammen, at de ikke altid gjorde det, hvilket vi også oplevede under observationerne. Det kan, ifølge Wengers terminologi, betyde at der ikke er en sammenhæng

mellem praksis og fællesskab (fælles repertoire, fælles virksomhed og gensidig engagement), hvor det at spritte hænder inden der tages handsker på ikke er en del af praksisfællesskabet. Selvom sygeplejerskerne fra workshoppen gav udtryk for, at der er en fælles virksomhed om, at de spritter deres hænder og derefter tager handsker på og de har et fælles repertoire, hvor de italesætter reglerne, så tyder det på, at der ikke er et gensidigt engagement, da de erkender, at de hver især ikke altid lever op til denne praksis. For at skabe et gensidigt engagement, kan det netop være en mulighed at bevidstgøre meningen med den fælles virksomhed for medlemmerne af praksisfællesskabet ved en form for opskrift. Det hænger sammen med, at det skal give mening for deltagerne at spritte, inden de tager handsker på og informationen kan eventuelt være med til at starte en meningsforhandling. Dette kræver dog "Deltagelse"²⁹ og at der sker en "Tingsliggørelse"³⁰ af løsningen, altså af informationen, hvilket kan gøres ved at italesætte den visuelle information, som viser vigtigheden af at spritte hænder inden man tager handsker på, hvilket formentlig kan opstå ved at skiltene bliver hængt op. Men som sygeplejerskerne nævner i workshoppen, så ser de efter en måned ikke længere skiltene og så skal de fornyes, hvilket blev diskuteret i analysen om smitteveje. Der skal også være Deltagelse for at opnå meningsforhandling og det kan formentlig godt lade sig gøre, men det kræver en form for interaktion med skiltene. I forhold til organisationssociologien så er dette beskrevet ved, at teknologien ikke har nogen værdi uden menneskelige interaktion. Feedback kan også gives ved, at det bliver taget op på fællesmøder, hvor de diskuterer den nye skiltning, og derved får Tingsliggjort løsningen.

I forhold til organisationssociologien tyder det på, at det er blevet en del af deres "Fælles antagelser", at de ikke behøver at spritte hænder, inden de tager handsker på. Dette kan ses i forhold til Organisationssociologien i forståelsesrammen, som beskriver gabet mellem Knowing og doing. Det kan yderligere bakkes op af Organisationssociologien som beskriver, hvordan fællesskaberne kan være så stærke, at de betyder mere end hygiejneprincipperne og i dette tilfælde mere end at spritte hænder inden der tages handsker på.

²⁹ Den sociale oplevelse af at leve i verden som medlemskab i sociale fællesskaber og aktivt engagement i sociale foretagender. Deltagelse er i den forstand både social og personlig. (Wenger:2004:70)

³⁰ ... en lang række processer, der omfatter det at skabe, designe, fremstille, benævne, kode og beskrive såvel som opfatte, fortolke, bruge, genbruge, afkode og omformulere. (Wenger:2004:74).

Hvem gavner løsningen?

Løsningen "Information via opskrift" gavner mest patienterne, da de ikke bliver udsat for så mange bakterier, som de ellers ville. Personalet vil det gavne, da de bliver mindet om de gældende hygiejneprincipper og retningslinjer og opskriften på skiltene kan hjælpe dem til at huske vigtigheden af at spritte, inden de tager handsker på.

Hvilke konsekvenser for løsningen?

Løsningen at informere via en form for opskrift kan ikke stå alene. I analysen om at klinikerne ikke går op i at bryde smitteveje, analyserede vi også på skilte, her udtrykte deltagerne i workshoppen, at det var vigtigt med fornyelse, da de efter en måned ikke så skiltene mere. Derfor er det en konsekvens, at denne løsning skal skabe Tingsliggørelse og Deltagelse for at give mening for klinikerne. Tingsliggørelsen kræver, som vi har nævnt tidligere, at det bliver italesat, men ikke kun én gang, der skal gentagelse til, før det lykkedes. Deltagelse er også nødvendigt og svært at opnå i dette tilfælde. For at skabe Deltagelse kræver det mere arbejde af sygeplejerskerne og det skal give god mening, da denne løsning ikke gavner sygeplejerskerne direkte. Der er en skjult arbejdsopgave i at spritte hænder, inden der tages handsker på og denne skal synliggøres for at de kan blive mere bevidste om deres handling.

Hurtigtørrende desinfektion og handsker der tillader våde fingre

Hvorfor disse løsninger?

Som Organisationssociologien også pointerer er det meget op til den enkeltes professionalisme og faglige skøn at vurdere, hvornår og hvad der er nødvendigt. Pernille fra workshoppen gav desuden også udtryk for, at det kan være svært at vente 30 sekunder på at spritten tørrer, inden der kan tages handsker på, hvis man har en kollega som står og venter. (Bilag 8:min 53:48, Bilag 8:min 46:25)

Fra fokusgruppeinterviewene var der én af de studerende, som beskrev, at hun tager fire par handsker på samtidigt, i stedet for at skifte handsker undervejs ved fx sårpleje.

A: Ja Altså jeg har tit en tre fire par handsker på, hvis jeg skal skifte et sår eller sådan noget, så har jeg en tre fire par handsker på.

....

A:En når du vasker, så skal du have den af. Så creme, så den af. Så skal du lukke såret, så skal du have den sidste af

B:Fordi hvis du først tager handsken af, så er din hånd fugtig, så kan du ikke få dem på igen. Ja, så skal du spritte og side og vente og (Bilag 1:del 1:min18)

Den Sygeplejerskestuderendes egen løsning med at tage flere handsker på, på én gang, er et godt eksempel på "Hjælpeforanstaltninger" som organisationssociologien beskriver det. Det er formentlig her de studerendes færdighedsniveau spiller ind, hvor de på Nybegynder stadiet følger reglerne nøje. Under observationerne oplevede vi en erfaren sygeplejerske praktisere sårpleje, hvor der ikke blev skiftet handsker undervejs. Der kan være forskellige årsager til dette, blandt andet hendes færdighedsniveau, hvor hun fokuserer på opgaven frem for reglerne. Det kan også være, at det skyldes, at det er for besværligt at skifte handsker.

Løsningen at spritten tørrer hurtigere eller at handskerne kan fungere sammen med våde hænder, vil efter deltagernes udsagn fra workshoppen ændre situationen med at spritte hænder, inden de tager handsker på. Tiden betyder meget for dem, især den tid hvor de ikke lige kan lave noget, de talte meget om det under workshoppen og vi oplevede det også under observationerne, hvor et par sygeplejersker ikke kunne finde ro, da de kunne se, at et møde ikke var klar til at gå i gang.

En sygeplejerske og en studerende sætter sig ind og venter, men rejser sig hurtigt igen, da sygeplejersken for dårlig samvittighed over at sidde og at de lige kan nå at rede en seng inden mødet går i gang.(Bilag 4:s.1:L.12)

Sygeplejerskerne kan ikke lave så meget andet, mens de venter på at spritten tørrer. De studerende fra fokusgruppeinterviewene mente, at de sprittede mange gange i løbet af en dag.

Ja, det gør det. Vi spritter jo hænder 50-100 gange om dagen. Det er jo helt vildt.(Bilag 1:del 1:min 10)

Hvis vi antager, at de spritter hænder omkring 70 gange om dagen og det tager 30 sekunder pr. gang, så er det 35 minutter i løbet af en arbejdsdag, hvor de ikke må røre ved noget med deres hænder.

Ja, men jeg har valgt en helt masse hænder, ... i undervisningen har det helt sikkert været mest hænderne vi skulle gøre rene og sørge for der ikke var beskidte i forhold til alt muligt andet, for det er dem vi arbejder med, så det er sådan mest lige derfor jeg tog den. (Bilag 2:del 1:min 34)

Sygeplejerskernes hænder er deres arbejdsredskab, derfor går der for meget tid med at vente inden de er klar til den egentlige opgave, som de skal anvende handsker til.

Hvem gavner løsningen?

Løsningen der bidrager til, at handskerne skal kunne fungere med våde hænder og at spritten tørrer på fem sekunder, vil gavne sygeplejerskerne, da de undgår spildtid og der vil ikke være nogen skjulte arbejdsopgaver i det. Det vil også gavne patienterne, da det formentlig vil reducere antallet af sygehuserhvervede infektioner.

Hvilke konsekvenser får løsningen?

Sygeplejerskerne vil komme til at spritte mere end de gør i dag og det kan ødelægge deres hænder, da spritten er hård og udtørrende ved hænderne. Det er et krav fra deltagerne i fokusgruppen, at spritten skal være hudvenlig, plejende og allergivenlig.

I forhold til Praksisfællesskabet ser vi ikke denne løsning som noget nyt der skal indføres, men nærmere som noget der skal erstatte den eksisterende håndsprit. Det er ikke en løsning som kan stå alene, a der også skal information til for at minde om, at de skal gøre det. Det kan eventuelt ske via skilte med opskrifter som løsningen ovenfor og i kombination med undervisningen som også anvendes i løsningsforslaget til at bryde smitteveje.

Intelligent maskine

Hvorfor denne løsning?

I workshoppen arbejdede de med et løsningsforslag som var en Intelligent maskine, der vasker, spritter, tørrer og giver handsker på, på fem sekunder. (Bilag 8:min 52:35, Bilag 8:min 1:02:35) Dette løsningsforslag vil også blive analyseret i problemstillingen "Klinikere tager ikke handsker på inden de stikker", hvor den er yderligere uddybet. I denne analyse vil vi fokusere på løsningen, at der skal sprittes inden sygeplejerskerne tager handsker på.

Hvem gavner denne løsning?

Den intelligente maskine gavner sygeplejerskerne, da de kun skal udføre én handling frem for flere; vaske, spritte, tørre og tage handsker på, dette vil lette arbejdet i hverdagen for

sygeplejerskerne.³¹ Hvis processen med den intelligente maskine bliver hudvenlig, vil den blive endnu bedre. Den vil også gavne patienterne på grund af, at sygeplejerskerne ikke skal røre ved så mange ting for at få handsker på og det minimerer risikoen for sygehuserhvervede infektioner.

Hvilke konsekvenser får denne løsning?

Det er vigtigt at have for øje, at en teknologi som den Intelligente maskine ikke er neutral, da relationen mellem menneske og teknologi er dynamisk og kan enten svække eller forstærke mennesket, som også beskrevet i afsnittet Organisationssociologi. En teknologi som den Intelligente maskine, er ikke noget værd uden mennesker, for den kan ikke noget selv og der skal mennesker til at interagere med den, før den får værdi. Hvis ikke den bliver modtaget og integreret i Praksisfællesskabet, vil den intelligente maskine være værdiløs. Som vi har beskrevet tidligere, så skal der ske en meningsforhandling i praksisfællesskabet, før den nye teknologi kan blive optaget. Denne meningsforhandling drejer sig om at få skabt en social deltagelse omkring den nye teknologi og en Tingsliggørelse af meningen med den. Dette kan ske i en gentagende proces, hvor der skabes deltagelse og italesættelse omkring den nye teknologi, hvor teknologien bliver omtalt i det daglige og taget op i fx undervisning og forskellige møder.

Der kan dog opstå en modstand mod at anvende maskinen, hvis der ikke er mulighed for en "Fællesskabsopretholdelse" blandt sygeplejerskerne, som kan skabe et gensidigt engagement, som vi tidligere har været inde på. Wenger beskriver i den forbindelse:

Den form for sammenhæng, der forvandler gensidigt engagement til et praksisfællesskab, kræver arbejde. Arbejdet med "fællesskabsopretholdelsen" er således en væsentlig del af enhver praksis. (Wenger:2004:91)

Derfor er det også en konsekvens, ved indførelsen af den Intelligente maskine, at der skal arbejdes med en fællesskabsopretholdelse for at sikre, at maskinen bliver en del af praksisfællesskabet. For at den Intelligente maskine kan blive en del af praksisfællesskabet, er det endvidere et krav, at den giver mening for klinikerne. I meningsforhandling skal der som tidligere nævnt være "Deltagelse" og ske "Tingsliggørelse".

Ved den Intelligente maskine er der yderligere den konsekvens, at der skal være nogen, som servicerer den, da den skal fyldes op og vedligeholdes. Samtidig skal der være almindelige

³¹Der anvendes handsker til alle former for udskillelser, opkast, blod, urin, slim med mere, så det afhænger også af afsnittets type, hvor meget man anvender handsker.

handsker til back up, hvis den intelligente maskine ikke virker. Hvilket betyder, at det er endnu en teknologi på sygehuset som der ifølge Organisationssociologien er skjulte arbejdsopgaver forbundet med.

III Patienter ved ikke noget/nok om håndhygiejne

I ovenstående analyser har vi behandlet problemstillingerne ”Klinikere går ikke op i at bryde smitteveje” samt ”Klinikere spritter ikke inden de bruger handsker” og der vil nu blive arbejdet med problemstillingen ”Patienter ved ikke noget/nok om håndhygiejne”. Arbejdet fra de foregående to analyser er blevet en del af vores forståelseshorisont og vil derfor også danne grundlag for denne analyse.

Præsentation af problemstilling

Under vores observationer oplevede vi, at patienterne tilsyneladende ikke har viden om håndhygiejne på sygehuse og under fokusgruppeinterviewene oplevede vi ligeledes de studerende give udtryk for, at patienter ikke ved nok om håndhygiejne og at dette var et problem. Problemstillingen blev i workshopen valgt af sygeplejersken Bente og under præsentationen af problemstillingen nævnte hun blandt andet en lille folder om hygiejne, som hun var bekendt med, at patienter i dag får udleveret. Hun pointerede, at hun var usikker på om det var nok information, og at hun troede, at de fleste patienter ikke var klar over, at de selv er potentielle smittebærere. (Bilag 6:min 20:50)

Nedenstående citat fra fokusgruppeinterviewet viser, hvorledes de studerende også var inde på, at patienterne ikke har den samme viden som sygeplejerskerne og at der bør videregives mere information til patienterne om håndhygiejne.

Jeg vil også sige, at det er vores ansvar og gøre det som vi nu kan og følge de her retningslinjer og principper, men så er det også vores ansvar og informere patienterne om, hvad de kan gøre for at overholde de samme retningslinjer og principper, fordi vi har en viden som de ikke har (Bilag 2:del 2:min 27)

Under workshopen gav Bente yderlige udtryk for, at der burde være mere fokus på at tænke ”jeg skal passe på mig selv”. Hun nævnte, at der burde være noget information i informationsmaterialet omkring, hvordan det at passe på sig selv også kræver omtanke omkring håndhygiejne og hun fortalte, hvordan hun var sikker på at dette ville lykkedes, hvis fokus var at passe på sig selv. Et andet problem omkring patienter som hun gav udtryk for var, at patienterne ikke vasker deres hænder, når de har venflon-handsker³² på. De skyller kun lige fingrene, og dette for ikke at gøre handsken våd. Under denne problemstilling diskuterede fokusgruppedeltagerne

³²En Venflon-handske er et lille net, der sidder om hånden som en handske for at holde nålen (venflon) på plads.

patientens mulighed for at vaske hænder med venflon-handske på og de blev enige om, at det ikke var særligt nemt at vaske hænder med en venflon siddende, da plasteret vil blive ødelagt. Deltagerne var, som endelig konklusion på problemstillingen enige om, at patienter ikke har viden om god håndhygiejnepraksis på et sygehus, ikke får denne viden og samtidigt heller ikke er bekendte med deres muligheder for at udføre god håndhygiejne. Nedenstående punkter er en oversigt over essensen af de problemer, der kom frem i ovenstående præsentation. Problemerne listes op i punktform.

- Informationsmaterialet om hygiejne indeholder ikke tilstrækkelig viden om håndhygiejne
- Patienter er ikke klar over, at de er potentielle smittebærere
- Manglende fokus på det at passe på sig selv
- Patienter vasker ikke deres hænder på grund af venflonhandsken

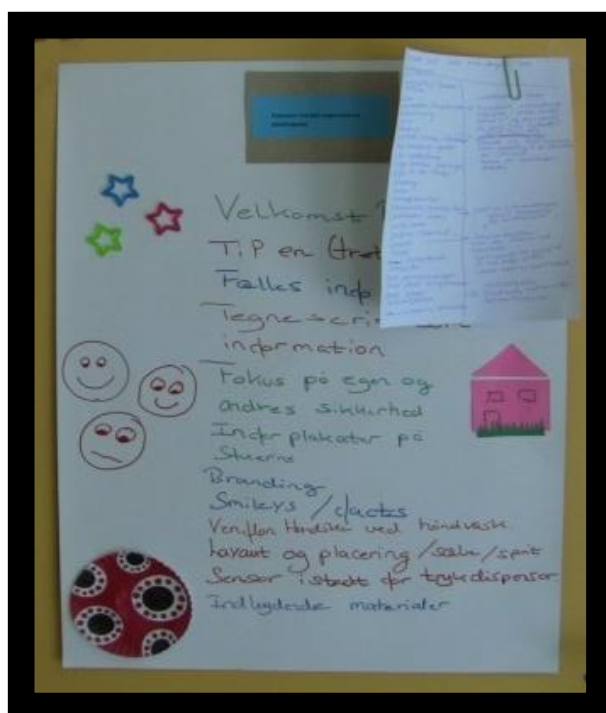
Efter ovenstående præsentation af problemstillingen, vil der nu være en præsentation af de løsninger som workshopdeltagerne i fællesskab kom frem til. Efter denne vil disse løsninger blive diskuteret med afsæt i de valgte teorier.

Vejen til løsningerne

Under problemstillingen "Patienter ved ikke noget/nok om håndhygiejne" blev der i arbejdet med metoden "Friske øjne" valgt at arbejde med hotelbranchen. (Bilag 8: min 3:25) De valgte, at deres person skulle være en hoteldirektør. De talte om, at der i hotelbranchen er mange personer involveret og at en hoteldirektør i sin information både skal formå at favne bredt samt være et godt forbillede. Under deltagernes brainstorm blev der desuden talt om ansvar, informationsmateriale samt service, branding, image og standard. Deltagerne nævnte, at målet for hoteldirektøren er et højt serviceniveau og at få fem stjerner. På denne måde kommer gæsterne igen og der kommer penge i kassen. En sygeplejersker udtrykte i denne forbindelse "er der for mange bakterier kommer der ingen patienter". Andre emner der kom frem, var undervisning af personalet på hotellet, men også undervisning til gæsterne, det skulle gå begge veje. Der blev også talt om, at der er stor udskiftning på et hotel og det både ansatte og gæster. Deltagerne talte også om, at der på et hotel skal være en indbydende, behagelig og hjemlig atmosfære. En anden ting der kan være på hoteller er wellness samt gratis små shampooer og velkomstpakker med chokolade.

Præsentation af løsninger

Da workshopdeltagerne var færdige med deres brainstorm skulle de arbejde med, hvad der kunne overføres til sygehusverdenen. (Bilag 8: min 12:20) Billedet nedenfor viser den planche som fokusgruppedeltagerne udformede under workshoppen. Planchen blev udformet for at fastholde arbejdet undervejs, men også for at resultaterne blev fastholdt til senere bearbejdning og analyse. De løsninger som sygeplejerskerne udviklede under workshoppen er skrevet nedenfor billedet i punktform.



- Velkomstpakke
- Tip en 13'er
- Fælles informationsmøder
- Information udformet som tegneserie
- Fokus på egen og andres sikkerhed
- Informationsplakater på sengestuerne
- Branding / smileys/ facts
- Tilgængelige venflonhandsker ved vasken
- Layout og placering af sæbe og sprit
- Sensor-sprit og sæbe
- Indbydende informationsmaterialer

Til og fravalg

I nedenstående tabel præsenteres løsningerne samt en kort forklarende tekst, der giver indblik i hvad løsningerne indeholder. Nogle af ovenstående løsninger lagde deltagerne sammen som én løsning, hvorfor de også i nedenstående tabel vil være skrevet sammen. Derudover er løsningerne delt op til-og fravalg. Fravalgene er foretaget ud fra om det er løsninger, der specifikt kan gå ind og afhjælpe problemstillingen; "Patienter ved ikke noget/nok om Håndhygiejne". Der vil i afsnittet nedenfor tabellen være en forklaring over disse fravalg.

Tilvalgte løsninger	Fravalgte løsninger
Velkomstpakke Velkomstpakken skal udleveres til alle nye patienter og indeholde forskellige remedier og (indbydende materialer) , der skal motivere til god håndhygiejnepraksis; håndsprit, vådservietter, håndcreme, tyggegummi, hygiejnequizzes (Tip en 13ér) samt kreative infomaterialer om hygiejnepraksis (tegnserie) .	Branding/smileys/facts Branding af sygehuset som "særligt god til hygiejne". Tallene skal frem og bruges som reklame til at hverve patienter. Der skal gives smiley's for god hygiejne.
Fælles informationsmøder Der skal afholdes informationsmøder for nye patienter om håndhygiejne, hvor fokuset er "egen og andres sikkerhed" samt "hvad vi forventer af dig".	Tilgængelige venflon-handsker Pakken med venflonhandsker skal gøres tilgængelige for patienterne og de skal vide, at de gerne selv må skifte handsken.
Informationsplakater på sengestuerne Tydelige informationsplakater på stuerne til patienterne.	Layout og placering af sprit og sæbe Hensigtsmæssig placering af dispenserne samt nyt layout på sprit og sæbedispenserne der informerer om korrekt brug.
Fokus på egen og andres sikkerhed Holdning der skal medvirke til mere og bedre viden (overordnet løsning der hører til alle løsningerne)	Sensor-sprit og sæbe Sprit og sæbe dispensere med censor, så man ikke skal røre ved dem.

Løsningen "Branding, Smileys, facts" der vil sætte fokus på statistikker og give smiley's er valgt fra, da det ikke er en løsninger der ville give patienter mere information om håndhygiejne, men i

stedet ville give information om, hvor gode eller dårlige sygehusene er til hygiejne. Løsningen med "Tilgængelige venflonhandsker" er ligeledes valgt fra, da det ikke ville give patienter viden om håndhygiejne, men i stedet give dem mulighed for selv at skifte venflonhandske samt give mulighed for håndvask. Løsningen "Layout og placering af sprit og sæbe" ville ligeledes heller ikke give patienterne mere information og viden om håndhygiejne, men ville i stedet gøre sprit og sæbedispenserne mere synlige og tilgængelige. På samme vis er løsningen "Sensor- sprit og sæbe" valgt fra, da det ikke bidrager med mere information, men i stedet letter det at anvende sæben og spritten og gør dispenserne mere hygiejniske. Ovenstående løsninger er ikke dårlige løsninger og flere af disse ville være gode løsninger at indføre, men da de ikke er løsninger der afhjælper problemstillingen er de valgt fra.

Diskussion af løsningerne

De valgte løsninger handler tilsammen, primært om information om håndhygiejne til patienter og med fokus på egen og andres sikkerhed.

Velkomstpakke

Hvorfor denne løsning?

Løsningen "Velkomstpakke" blev udviklet af flere grunde, men primært på det grundlag, at det materiale der i dag udleveres til patienterne om håndhygiejne, ifølge workshopdeltagerne, ikke er dækkende. Der var blandt workshopdeltagerne også diskussion og usikkerhed omkring, hvorvidt patienterne har viden om, at de selv er potentielle smittebærere samt om patienterne føler og bør have et ansvar overfor håndhygiejne.(Bilag 8:min 12:20) Ansvar er et emne, som der også blev behandlet under fokusgrupperne, hvor de studerende talte om patienternes ansvar for hygiejne.

A: Jeg synes også, at patienten har et ansvar i forhold til det

B: De tager bare ikke altid ansvaret

A: Nej nej nej, det siger jeg heller ikke, men jeg synes at de har et ansvar

B: Vi har også et ansvar for at åbne munden, hvis vi ser noget der ikke er korrekt(Bilag 1:del 2:min 27)

Vi har forpligtelsen eller, vi skal ligesom informere, hvad hedder det, ja patienterne omkring, hvad for nogle forholdsregler de skal tage, altså husk lige og tage et par hjemmesko på ud på badeværelset og sådan noget, jeg tænker ikke, at vi skal informere dem omkring, hvor mange

bakterier der kan springe op i deres seng, men altså at, ja man lige har den vinkel med på også(Bilag 2: del 2:min 27)

Ovenstående citater viser, hvorledes de studerende fra begge fokusgrupper var enige om, at ansvar går begge veje. Patienterne har et ansvar for hygiejne, såvel som klinikerne har det det, men det er klinikernes ansvar, at gøre patienterne opmærksomme på deres ansvar samt at give dem viden. Udover, at det materiale der i dag bliver udleveret ikke er dækkende, gav workshopdeltagerne også udtryk for, at materialet ikke bliver læst af patienterne. Sættes dette op imod Etienne Wengers teori, kan det siges, at der ved selve udformningen af det i dag eksisterende informationsmateriale er sket en "Tingsliggørelse", men at der formentlig aldrig har været en "Deltagelse". Derfor giver det heller ikke mening, hverken at læse materialet eller dele det ud. Pjecerne er i dag hovedsagligt udformet som tekst og ifølge workshopdeltagerne, er det ikke særligt motiverende og de oplevede desuden at miste dårlige læsere, dårligt seende eller patienter med anden etnisk baggrund, som har sproglige barrierer.

Deltagerne mente, at der var behov for motivation og at løsningen "Velkomstpakke" ville bidrage til dette. De talte også om, at der skulle være et mere specifikt fokus der gik på, at patienterne får viden om håndhygiejne for at kunne passe godt på sig selv. For at imødekomme disse behov og problemer skal velkomstpakken, ifølge deltagerne, blandt andet indeholde en lille håndsprit til desinfektion, nogle vådservietter samt informationsmateriale i form af en lille pjece. Deltagerne var enige om, at der i den lille pjece skulle være en beskrivelse af, hvad de forskellige ting skulle bruges til, fx håndspritten til hænderne og vådservietten til at spritte fjernbetjening samt patientbord. Pjecen skulle udformes visuelt med billeder, eventuelt som en lille tegneserie og indeholde information om, hvordan man passer på sig selv og andre og hvorfor. Der blev også talt om, at udvikle en slags quiz som kunne ligge i velkomstpakken, måske som en slags tip en 13'er, hvor der muligvis var en lille gave som præmie. Velkomstkurven skulle også indeholde lidt bolcher og noget tyggegummi samt en håndcreme, så der også er lidt lækkert deri.

Hvis vi sammenholder ovenstående med vores viden om og Dreyfus og Dreyfus' færdighedsniveauer, kan det siges, at patienterne som det er i dag ikke er placeret på noget niveau, de har nemlig som udgangspunkt ikke nogen viden om, hvorledes håndhygiejne på et sygehus skal være og hvilke konsekvenser det kan have ikke at udføre den korrekt. Der kunne godt argumenteres for, at der med løsningen "Velkomstkurv" stiles mod, at patienterne kommer op på

niveauet "Nybegynder" ved at give dem information om håndhygiejne og information om, hvorledes de selv kan og bør tage et ansvar, med fokus på sig selv og andres sikkerhed. På denne måde ville patienterne formentlig udføre god håndhygiejne, da de som nybegynder forholder sig til reglerne, som de er.

Hvem gavner løsningen?

Kurven ville primært gavne og som organisationssociologien benævner det, forstærke den enkelte patient, der ville få viden om håndhygiejne, få mulighed for at udføre den og på den måde blive i stand til at optimere hygiejnen omkring sig selv. På denne måde ville det også gavne de omkringliggende patienter, da patienterne interagerer med hinanden. Nedenstående citat eksemplificerer, hvordan patienter i dag har en naturlig interaktion med hinanden, men som de i fokusgrupperne pointerede var hygiejnisk problematisk;

... Det er et billede af sådan en patientstue, med to senge lige ved siden af hinanden. Jeg tænker at så låner de lige avisen af hinanden eller lige et blad, fjernbetjeningen går på omgang. Jeg tænker, det kan godt være, at vi kan gøre nok så meget i forhold til håndhygiejne, men hvor meget deler de lige med hinanden, hvor de kan overfører ting. (Bilag 1: del 2: min 7)

Interaktionen mellem patienterne er naturlig og som ovenstående citat viser, kan sygeplejerskerne ikke gøre så meget ved denne, de kan dog ved hjælp af kurven og dens indhold formentlig mindske de smitteveje og smitekilder, der opstår i patient-patient-kontakten og dermed nedsætte tallene for sygehuserhvervede infektioner. Kurven vil også komme klinikerne til gavn, da det at patienterne får mulighed for at udføre god håndhygiejne samt rengøre fjernbetjening og patientbord, på denne måde ville minimere risikoen for den smitte klinikerne kan bære med sig videre, når de har tilset en patient. Ideen med at informationsmaterialet i kurven hovedsagligt skulle udformes visuelt vil desuden gavne, appellere og forstås af flere målgrupper og aldersgrupper og på den måde vil velkomstkurven favne bredt.

Hvilke konsekvenser får løsningen?

Velkomstkurven ville ifølge workshopdeltagerne indbyde og motivere patienterne til at vaske og spritte deres hænder oftere end de gør nu og dermed betyde en bedre håndhygiejne for patienterne og deres omgivelser. Hvis vi trækker på Organisationssociologien, kan der argumenteres for at kurven som teknologi på denne måde forstærker patienten. Kurven samt det øgede fokus omkring, at passe på sig selv ville betyde, at patienterne får ansvar og mulighed for

egen sikkerhed og i forhold til organisationssociologien ville det betyde, at nogle af opgaverne omkring patienten nedgraderes og overtages af patienterne selv og dette i takt med, at patienterne også får del af noget af sygeplejerskernes viden om håndhygiejne. Det at patienterne får viden om håndhygiejne ville muligvis også betyde, at de ville blive ekstra opmærksomme på klinikernes håndhygiejne, og dermed ville det forpligte overfor sygeplejerskerne. Dette kan enten betyde, at sygeplejerskerne optimerer deres håndhygiejne eller det kan udløse en konflikt. Velkomstkurven ville også få den konsekvens, at den ville skulle lagres på afdelingerne, skulle huskes at blive delt ud og den ville måske i nogle tilfælde være nødvendig at forklare. Derudover ville der også skulle ryddes op efter den, når patienten er færdig med indholdet eller er udskrevet, i organisationssociologien er dette benævnt som "Nye former for machinework", hvor der skal klargøres, forberedes og betjenes. Sættes det op imod Etienne Wenger ville det være godt, forstået på den måde at kurven, iblandt klinikerne ville blive "Tingsliggjort" og måske dermed også give mening for til sidst, at blive en velintegreret del af praksisfællesskabet.

Velkomstkurven ville som samlet løsning bidrage med viden om og mulighed for at udføre god håndhygiejnepraksis og med eksempelvis quizzerne ligge op til, at patienterne skal undersøge og reflektere over de korrekte svar og dermed korrekte praksis. På denne måde kunne der opnås viden gennem det, som Dreyfus og Dreyfus betegner som "Træning". Hvis alle patienter kom op på færdighedsniveauet "Nybegynder" ville der dannes fælles viden i forhold til god håndhygiejnepraksis og det ville formentlig lette nogle af de konflikter, der kan opstå, individer ligger for langt fra hinanden i færdighedsnivea. Nedenstående citat viser en af disse konflikter;

Så siger jeg til ham på en pæn måde "hov, du skal lige huske at spritte fingrene inden du går i køleskabet" Det blev han bare fornærmet over, og jeg synes ellers at jeg fik det sagt på en pæn måde. Men ham her, det var lige som om at hende sygeplejersken i hvert tilfælde ikke lige fået fortalt ham, da hun viste ham rundt på afdelingen. Han blev bare sur eller i hvert tilfælde fornærmet. "Ja, så må jeg huske det til en anden gang". Så det er også, hvad er det for nogle vaner vi lærer vores patienter eller borgere, hvordan vores holdning og hvor vigtigt vi lige prioritere det der med og "sprit lige fingrene inden du går i køleskabet." (Bilag 1:del 2:min 14)

Ovenstående konflikt kunne formentlig have været undgået, hvis patienten havde fået viden om vigtigheden af god håndhygiejnepraksis. Det skal dog pointeres, at for at kurven skal blive en succes, så skal den, som også tidligere nævnt, give mening for patienterne og kun ved at give mening kan den blive en del af deres praksis omkring håndhygiejne. For at kurven skal blive en del

af Praksis for patienterne, så er det vigtigt, at der sker en meningsforhandling omkring den, dette skal som vi også tidligere har beskrevet ske ved "Deltagelse" og "Tingsliggørelse". Deltagelsen omkring kurven kan ske ved, at patienterne eksempelvis interagerer med klinikerne og de andre patienter omkring kurvens indhold og på denne måde får mulighed for at opnå det som Wenger benævner som "Gensidig genkendelse". "Tingsliggørelsen" er ifølge Wenger selve beslutningen og ville komme til udtryk ved patienternes anvendelse af kurvens indhold. Det skal dog samtidig nævnes, at for at kurven kan blive en succes er det ikke kun en betingelse, at den giver mening for patienterne, det skal også give mening for klinikerne at udlevere velkomstkurven til patienterne.

Hvis sygeplejerskerne skal inddrage velkomstkurven kræver det at den integreres i deres praksis. Kurven er afhængig af at blive afleveret eller udleveret af klinikerne, men hvis de ikke kan se meningen med kurven, vil den blive glemt og denne holdning til kurven vil smitte af på patienterne. For at velkomstkurven kan blive en del af sygeplejerskernes praksis, skal der ske en "Meningsforhandling". Dette skal ligeledes ske ved "Deltagelse" og "Tingsliggørelse", hvor kurven for sygeplejerskerne giver mening i en proces, hvor de taler om kurven og opnår gensidig genkendelse hos hinanden. Tingsliggørelsen er selve kurven som fungerer som en beslutning om at give patienterne viden om håndhygiejne. Dette kan være med til at velkomstkurven bliver en del af praksis blandt klinikerne.

Fælles Informationsmøde

Hvorfor denne løsning?

Løsningen "Fælles informationsmøder" er ligesom løsningen "Velkomstkurv" en løsning, der tager afsæt i den problematik der går på, at patienter ikke har noget eller nok viden om håndhygiejne. Workshopdeltagerne pointerede ved denne løsning, at informationsmøderne skulle være obligatoriske og at hovedformålet var at bidrage til, at alle nye patienter ville få ens viden om håndhygiejne. (Bilag 8: 22:20) Yderligere, er det ifølge de studerende fra fokusgruppeinterviewene et problem, at patienterne ikke ved nok om smitteveje;

A: Men så har de måske lige nyst ned i hånden også giver han avisen videre

B: Så slikker han lige på fingrene for at bladre

A: Ja ja eller klør sig i øjet (Bilag 1: del 2: min 8)

Fokusset til Informationsmøderne skulle være "at passe på sig selv" samt "hvad vi forventer af dig". Målet med løsningen er, at give patienterne viden om god håndhygiejne og der kan argumenteres for, at møderne ville betyde, at patienterne måske ville kunne komme op på niveauet "Nybegynder", da de til møderne ville få grundlæggende viden omkring håndhygiejne. Ved at få den samme viden, kan der også opstå det som Etienne Wenger benævner som "Fælles repertoire", som er et udtryk for at have fælles viden, hvilket yderligere ville kunne bidrage til Gensidigt engagement. På denne måde ville informationsmøderne give mening for både patienterne og sygeplejerskerne, som er nødvendig for at møderne som løsning, skal virke på sigt.

Hvem gavner løsningen?

Informationsmøderne vil primært gavne patienterne, da de ville få viden om og dermed også mulighed for at udføre god håndhygiejne, desuden vil de blive informeret om, at de også har et ansvar i forhold til at passe på sig selv og andre. Det ville ifølge workshopdeltagerne også gavne patienterne tilsammen, da det formentlig ville skabe en fællesskabsfølelse, at deltage i informationsmøderne og få ens viden præsenteret. Denne fællesskabsfølelse ligger sig op af Etienne Wengers begreb "Gensidigt engagement", hvor patienterne kan relatere til hinanden som gruppe, gøre ting sammen og på grund af møderne opretholde følelsen af fællesskab. Det vil også gavne sygeplejerskerne, at patienterne får mere og ens viden om, hvordan de kan udføre god håndhygiejnepraksis, da de dermed ikke behøver at informere hver enkelt patient om de gældende hygiejneprincipper. På denne måde ville man desuden også undgå yderligere arbejde, som organisationssociologien benævner som "Skjulte arbejdsgange".

Hvilke konsekvenser får løsningen?

Informationsmøderne er en løsning der ifølge workshopdeltagerne ikke ville kræve så mange ressourcer for sygeplejerskerne. Det er en løsning der kun ville kræve, at én medarbejder gik fra og det kunne være hygiejnesygeplejersken der havde denne funktion, på denne måde ville hygiejnesygeplejersken også blive mere tydelig, som var et problem der blev pointeret under fokusgruppeinterviewene;

Jeg får altid at vide hvor brandslukkeren står, men hygiejnesygeplejersken, det er lige meget(Bilag 1:del 2:min 11)

Forudsat, at det er hygiejnesygeplejersken der skal varetage opgaven at afholde informationsmøderne, ville det kræve, at der blev udarbejdet et program og det ville betyde ekstra tid og dermed formentlig udløse "Nye former for machinework" som også beskrevet i organisationssociologien. Disse skjulte arbejdsgange, som blandt andet betyder klargøring, forberedelse og betjening, kunne være, at sørge for at patienterne kom af sted til informationsmøde, at finde afløsere, hvis den der skal foretage informationsmødet er forhindret, samt at materialet skal opdateres.

Ulempen ved at det er hygiejnesygeplejersken, der skal udføre møderne er, at det kun er hende der har viden om, hvilken viden patienterne modtager og derfor vil de også kun være hende som kan mide patienterne om deres ny erhvervede viden. For at løse dette ville det måske være en fordel, hvis det er sygeplejerskerne selv der varetager opgaven og at det går på skift. Hvis det gik på skift ville det også betyde, at sygeplejerskerne fik opfrisket deres viden løbende og at de som klinikere ville være på samme færdighedsniveau og dermed ikke udløse interne konflikter. På samme måde, kunne informationen af patienterne i fællesskab og på skift, betyde at denne løsning kunne udvikle sig og blive til det som organisationssociologien benævner som "Fælles antagelser" og på denne måde ville det blive til en fælles og accepteret norm og blive en del af de samlede praksisfællesskab, at give patienter viden om håndhygiejne.

Hvis informationsmøderne skal varetages af sygeplejerskerne og blive til en succes skal det integreres og blive en del af deres praksisfællesskab og dette sker, som vi tidligere har beskrevet, ved "Meningsforhandling". Ved at flere sygeplejersker står for informationsmøderne vil der opstå en "Deltagelse" omkring møderne og ved at møderne bliver synlige og italesat vil der ske en "Tingsliggørelse", dette tilsammen betyder at informationsmøderne for både patienter og sygeplejersker giver mening og dermed kan blive en naturlig del af deres praksisfællesskab.

Informationsplakater på stuerne

Hvorfor denne løsning?

Som det er i dag, så hænger der mange og meget forskellige informationsplakater om håndhygiejne rundt omkring på gange, kontorer, badeværelser og toiletter og det er ikke på alle disse informationsplakater helt tydeligt, hvem afsender og intenderet modtager er. (Bilag 8: min 28:00) Vi så også under vores observationer adskillige plakater og plancher, primært på gangene

og i de rum hvor sygeplejerskerne opholder sig. På trods af, at disse informationsplakater hænger mange steder, er der dog ingen plakater på patientstuerne eller i nærheden af patientsengene. Det kunne godt tyde på, at plakaterne som det er nu, ikke giver mening for hverken patienter eller sygeplejersker. Plakaterne er som Wenger beskriver det, ikke blevet en del af praksis, da der ikke eksisterer hverken "Tingsliggørelse" eller "Deltagelse" omkring dem. Sat op imod organisationssociologien kan det siges, at plakaterne som teknologi er neutral og værdiløs, fordi der ikke er en interaktion mellem dem og sygeplejerskerne og patienterne som. Ligesom de to ovenstående løsninger er målet med informationsplakaterne, at give patienter mere viden om håndhygiejne og deres muligheder for at udføre god håndhygiejnepraksis. Målet er også at informere patienterne om, hvordan de passer på sig selv og dermed får fokus på såvel egen som andres sikkerhed.

Hvem gavner løsningen?

Løsningen gavner primært patienterne, da de bliver oplyst om håndhygiejne og får viden om, hvorledes de udfører god håndhygiejnepraksis. Det vil dog også gavne klinikerne, da de også ved patienternes ændrede håndhygiejnepraksis vil blive udsat for færre bakterier. Samlet set, som organisationssociologien beskriver det, vil løsningen med informationsplakater som teknologi, forstærke mennesket, i dette tilfælde patienter og sygeplejersker.

Hvilke konsekvenser får løsningen?

Konsekvensen af løsningen er, at patienterne visuelt får information om håndhygiejne tæt på sig. Ved at plakaterne bliver hængt op på patientstuerne, vil patienterne få mulighed for at forholde sig til plakaterne og det ville betyde, at patienterne vil blive klar over at informationen er rettet mod dem. Løsningen ville også formentlig også betyde "Nye former for machinework" som betyder, at der omkring teknologien, i dette tilfælde informationsplakaterne, skal klargøres, forberedes og betjenes. Det betyder, at der er nogen som skal varetage det at hænge plakaterne op og sørger for at holde indholdet opdateret.

IV Klinikere vil ikke bruge handsker når de stikker

I ovenstående analyser er problemstillingerne ”Klinikere går ikke op i at bryde smitteveje”, ”Klinikere spritter ikke inden de bruger handsker” samt ”Patienter ved ikke noget/nok om håndhygiejne” behandlet og nedenstående analyse vil behandle problemstillingen ”Klinikere vil ikke bruge handsker når de stikker”. Arbejdet fra de foregående tre analyser er nu en del af vores forståelseshorisont, og vil derfor naturligvis danne grundlag for også denne analyse.

Præsentation af problemstilling

Under fokusgruppeinterviewene gav de studerende udtryk for ofte at have oplevet, at klinikere ikke anvender handsker, når de stikker med kanyler og der var enighed om, at det var et problem som de alle kendte til.

Ja ja, vi ligger rigtig mange venflon, det er sådan, ved I hvad en venflon er? Ja, det er sådan et drop ind i hånden. Dem lagde vi rigtig mange af, og der skal man bruge handske fordi der er du i berøring og kan komme i kontakt med blod og sådan noget. Og der var rigtig mange der sagde. ”åhh jeg kan ikke med de her handsker, du kigger lige væk” siger de og så bliver der lige lagt en venflon uden handsker på. Så tit og nærmest altid... Men anæstesi de bruger aldrig handsker og de laver jo ikke andet end at ligge venflon.(bilag1:del 1:min 31)

Som ovenstående citat indikerer, kom det under fokusgruppeinterviewene frem, at manglen på handsker inden håndtering af kanyler er et ofte forekommende problem og i nogle tilfælde også et bevidst valg. Problemstillingen blev under workshoppen valgt af sygeplejersken Tina. Hun gav udtryk for, at det var et stort problem, at handskerne kun findes i tre størrelser og at for store handsker mindsker følingen i fingrene. En anden sygeplejerske i workshoppen pointerede desuden, at handskerne er meget besværlige at tage på, hvis ens hænder er våde og at der dannes ”lommer” inde i handsken, dette minimerer også følingen i fingrene. Derudover var det et problem, at det var meget svært at give plaster på, med handsker på, da plasteret klister fast på handskerne. I forhold til dette problem mente en anden af workshopdeltagerne, at det blot var et spørgsmål om teknik med hensyn til om plasteret hang fast i handskerne. Hun fortalte, at hun altid anvender handsker og ikke havde noget problem med plasteret. Hun gav dog Tina ret i, at handskerne ikke passede alle sygeplejersker lige godt i størrelsen og at det kunne være fint med nogle flere og bedre passende størrelser. (Bilag 6:min 18:12)

Under fokusgruppeinterviewene kom deltagerne ligeledes ind på problematikken omkring klinikere, der ikke anvender handsker inden de stikker. Nedenstående citat viser dette samt en diskussion mellem deltagerne, hvor der var tvivl om, hvad reglerne omkring handsker er;

A: Jeg vil sige, jeg har faktisk, der er flere jeg har spurgt til, hvorfor de ikke bruger handsker i forskellige situationer, hvor begrundelsen er, ja men det er gammel vane og sådan noget, ja, ja men altså specielt i forhold til venflon...

B: Der er det altså nogen gange op til en selv om du vil eller ej, for jeg mener faktisk ikke det står, at man skal...

C: Jo, når du ligger venflon...

B: Nej ikke når du ligger den, nej det synes jeg altså bare, at de har sagt...

D: Jo, når du er i berøring med blod, altid...

B: Jeg synes bare der er på et eller andet tidspunkt, hvor der er en der har sagt til mig, det var ikke nødvendigt...

C: Men altså der er forskellige procedurer, hvor man ved man skal bruge handsker... (Bilag 2:del 1:min 22).

Deltagerne fra Workshopen var alle enige om, at den "rigtige" praksis omkring det at anvende handsker inden der stikkes med kanyler, er at anvende dem. De pointerede desuden, at de godt var klar over, at de burde behandle alle patienter som syge og derfor altid anvende handsker, men samtidigt var de også enige om, at det var forbundet med stor besværlighed. Nedenstående punkter er en oversigt over essensen af de problemer der kom frem i ovenstående præsentation, problemerne listes op i punktform.

- Handskerne passer ikke i størrelsen
- Handskerne klistrer sammen med plasteret
- Handskerne minimerer følingen med arbejdet

Efter ovenstående præsentation vil de løsninger som workshopdeltagerne i fællesskab kom frem til, blive præsenteret. Herefter vil disse blive diskuteret og søgt forstået med afsæt i de valgte teorier.

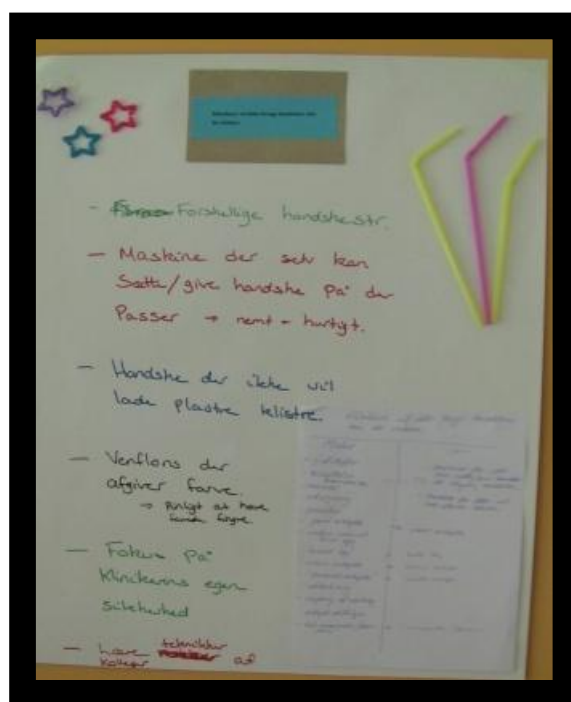
Vejen til løsningerne

Under problemstillingen "Klinikere vil ikke bruge handsker, når de stikker" blev der i arbejdet med metoden "Friske øjne", valgt at arbejde med "maleren".(Bilag 7:min 18:27) Workshopdeltagerne talte om, at malerens arbejde er ensformigt og er et rutinearbejde, samt at maleren bliver bedre

og bedre til at male, men at der på trods af dette stadig kommer maling i håret og på tøjet. En malers job skal udføres flot og derfor dækkes der af med plast og malertape, men arbejdet skal også gøres hurtigt og det kan ses, hvis en maler har lavet fejl eller får maling på tøjet, fordi det er hvidt. Maleren skal beskytte sig selv for forskellige giftstoffer og skal derfor bruge beskyttelse i form af maske, overtrækstøj og udsugning for at undgå at blive syg af det. Én af workshopdeltagerne pointerede, at det er hurtigere for maleren at male uden beskyttelse og udluftning, når han eksempelvis sprøjtemaler, da det er tidskrævende at beskytte sig selv. De gode, øvede og rutinerede malere bruger ikke malertape og afdækning, men maler uden, både fordi at udstyret hæmmer og besværliggør malerens arbejde, men også fordi han har godt styr på det, og kan nå mere ved ikke at bruge tid på beskyttelse.

Præsentation af løsninger

Da workshopdeltagerne var færdige med deres brainstorm skulle de arbejde med, hvad der kunne overføres til sygehusverdenen. Under arbejdet udformede de den planche som ses nedenfor. Løsningerne på problemstillingen står nedenfor i punktform.



- Flere forskellige handske størrelser
- Maskine der giver usynlig handske på
- Handsker der ikke klister sammen med plasteret

- Venflons der afgiver farve, der ikke kan vaskes af
- Fokus på klinikernes egen sikkerhed
- Undervisning i gode teknikker og rutiner fra erfarne kollegaer (Bilag 7: min 47:18)

Ovenstående løsninger blev overført til planchen, mens nedenstående punkt ikke nåede at blive overført, den præsenteres dog, da det også var en løsning som deltagerne nåede frem til. (Bilag 7: min 24:50)

- Stikrobot

Til og fravalg

I nedenstående tabel præsenteres løsningerne med en kort forklarende tekst, der giver indblik i hvad løsningerne indeholder. Nogle af ovenstående løsninger lagde deltagerne sammen til én løsning, derfor vil de også i nedenstående tabel være skrevet sammen. Løsningerne er delt op i til- og fravalg. Fravalgene er foretaget ud fra, at de er løsninger, der ikke specifikt kan gå ind og afhjælpe problemstillingen "Klinikere vil ikke bruge handsker når de stikker". Der vil i afsnittet nedenfor tabellen, være en forklaring af disse fravalg.

Tilvalgte løsninger	Fravalgte løsninger
Maskine der sprayer handsker på En handske som sprayer på, nemt og hurtigt og som er bakterieafvisende. Handsken skal kunne sprittes af igen. Handsken Passer til alle (Flere størrelser handsker) og (klistrer ikke sammen med plastre og tape).	Stikrobot Robot der kan finde blodårer, stikke og ligge venflon.
Undervisning i gode teknikker og rutiner Lære teknikker og rutiner fra erfarne kollegaer med (Fokus på klinikernes egen sikkerhed)	Venflons og kanyler der afgiver farve Venflon der afgiver farve ved berøring som ikke kan vaskes af.

Løsningen "Stikrobot" er valgt fra, da det ikke er en løsning der ville afhjælpe problemstillingen, men i stedet ville overtage funktionen at stikke. Løsningen med venflons, der afgiver farve ved berøring er valgt fra, da den med har en meget negativ konsekvens ved ukorrekt brug.

Diskussion af løsningerne

Maskine der sprayer handske på

Hvorfor denne løsning?

Løsningen "Maskine der sprayer handske på" blev udviklet på grundlag af workshopdeltagernes enighed omkring, at rigtig mange ikke anvender handsker når de stikker samt de mange forskellige problemer der er med handskerne. Der er derfor brug for en handske der passer og som er nem og hurtig og tage på.

Under fokusgruppeinterviewene gav de studerende ligeledes udtryk for, at de hos sygeplejersker også havde oplevet mange forskellige holdninger til det at anvende handsker. (Bilag 7:min 25:50, Bilag 7:min 47:33)

De studerende fortalte blandt andet, at sygeplejersker godt er klar over, hvornår de skal anvende handsker, men på trods af dette alligevel ikke anvender dem.

Handsker, fordi der er du i berøring og kan komme i kontakt med blod og sådan noget. Og der var rigtig mange der sagde: 'Åhh jeg kan ikke med de her handsker, du kigger lige væk' siger de, og så bliver der lige lagt en venflon uden handsker på. Så tit og nærmest altid"
(Bilag 1:del 1:min 31)

Ovenstående citat, som også er anvendt længere oppe, viser på den måde, hvordan handskerne er besværlige, men også at sygeplejerskerne godt ved, at de gør noget forkert. Sættes dette op imod Organisationssociologien er dette også et godt eksempel på, hvordan interne normer er stærkere end gældende regler og et godt eksempel på, hvordan en praksis kan accepteres lokalt og dermed give mening og være legitim. Deltagerne i workshoppen talte om, at løsningen allerede delvist findes, da man i dag godt kan få en creme, der smøres på og virker som en slags usynlig handske. I denne løsning skulle det dog være en maskine der sprøjter det på og denne maskine kunne enten hænge på væggen eller sættes på siden af medicinvogn, hvor de har deres stik-remedier. Det var vigtigt for workshopdeltagerne, at handsken er nem at tage af igen, og den skulle derfor kunne sprittes af. Løsningen ville betyde, at det var hurtigt at påføre, passer til alle hænder, giver god fingerfornemmelse samt at plastre og tape ikke hænger ved. Deltagerne kom også på den idé, at den usynlige handske skulle være bakteriedræbende. De talte desuden også om, at denne usynlige

handske skulle være en man havde på hele dagen og tog på som noget af det første, når man mødte ind på arbejde.

Hvem gavner løsningen

Løsningen ville gavne primært klinikerne, da de ville mindske risikoen for at få blod og andre smittefarlige ting på sig. Derudover ville det også lette arbejdsgangen med at tage handsker på og på den måde måske mindske de "Nye former for machinework" som organisationssociologien benævner som en de konsekvenser der ofte følger med nye teknologier; klargøring, forberedelse og betjening. Det ville også gavne patienterne, da klinikerne formentlig vil anvende handsker oftere når de stikker og derved formentlig nedbringe antallet af sygehuserhvervede infektioner.

Hvilken konsekvens får løsningen

Sprayhandsken ville få flere konsekvenser. Det ville betyde en handske som passer alle, og som ikke driller. Det ville også betyde, at der ikke længere er problemer med plastre og tape der hænger fast, og hvis den blev bakteriedræbende ville det også betyde, at antallet af sygehuserhvervede infektioner ville nedbringes. En konsekvens ved, at handsken er usynlig ville betyde, at der ikke længere er nogen der kan se, om man har handsker på og dette både kliniker selv, andre klinikere samt patienten. Klinikerne ville heller ikke kunne se om handsken var kommet ordentlig på, da den er usynlig. Derudover ville det også betyde endnu en dispenser eller endnu et apparat på væggene og i forhold til Organisationssociologien blot endnu en teknologi at forholde sig til og som ville kunne betyde "Nye former for machinework", som betyder at der skal klargøres, forberedes og betjenes. Under fokusgruppeinterviewene kom de studerende ind på en anden interessant funktion, som handskerne har, funktionen at skabe distance under eksempelvis intimvask:

Jeg tænker også med nedre hygiejne. Nu er det så ikke lige sygeplejersker, men i hjemmeplejen. Der er også mange af de gamle hjemmehjælpere, der ikke bruger handsker selvom de vasker dem for neden. Jeg er lige ved at kaste op, det kan jeg slet ikke have. Både i forhold til mig selv, men også i forhold til patienterne. Det kan man ikke tillade sig, det synes jeg virkeligt ikke, man kan...(Bilag 1:del 1:min 18)

I ovenstående citat fra fokusgruppeinterviewet nævner de studerende, at det også er for patientens skyld, at de har handsker på, hvor der skabes en både hygiejnisk, men også etisk distance og det ville den usynlige handske ikke kunne bidrage med. Som Wenger beskriver, skal løsningen for at blive anvendt, give mening for sygeplejerskerne og dette vil kun ske, hvis der

omkring denne løsning sker en "Meningsforhandling" og heri det som Wenger benævner som "Deltagelse" og "Tingsliggørelse", hvor der sker en form for interaktion. På samme vis skal løsningen helst bidrage til en "Fælles grundlæggende antagelse" som beskrevet i organisationssociologien, hvor sygeplejerskerne i håndteringen af deres fælles problemer, fx får et fælles fokus omkring det at passe på sig selv. Hvis ikke dette opnås, vil løsningen formentlig ikke blive anvendt. Sættes dette igen op imod Organisationssociologien, kan det siges, at løsningen uden sygeplejerskerne interaktion er værdiløs, da alle løsninger og teknologier kræver interaktion med mennesket for at skabe værdi. Fokusset omkring det at passe på sig selv blev også nævnt under workshopen, hvor én af deltagerne udtalte, at de skulle betragte alle patienter som syge for at holde fokus på at passe på sig selv. Derudover blev det også nævnt i fokusgrupperne, at det handlede meget om vaner.

Og det er tit dem der, det har jeg aldrig gjort eller handsker det har jeg aldrig vænnet mig til og det kommer jeg heller aldrig til og sådan noget. Vanens magt er stor. (Bilag 1:del 1:min 20)

Ovenstående citat viser tydeligt, hvorledes normer har stor indvirkning på praksis og ofte, som også organisationssociologien benævner det, betyder mere end gældende regler. Ligeledes viser det også, hvordan der når sygeplejerskerne håndterer problemer, udvikles "fælles grundlæggende antagelser" og at disse ikke nødvendigvis er sande, men på trods af dette alligevel bliver meningsfuld og legitim i lokal sammenhæng.

Undervisning i gode teknikker og rutiner

Hvorfor denne løsning?

Denne løsning kom frem under workshopen og handlede om, at de erfarne sygeplejersker skulle overdrage noget af deres praktiske viden til de mere uerfarne sygeplejersker. Det handlede ikke så meget om den viden, at de skal bruge handsker når de stikker, men mere om at få videregivet nogle gode teknikker og rutiner, når de eksempelvis skal håndtere plastre og tape. Sygeplejersken Bente var inde på, at problemet med handsker delvist kunne løses ved nogle små enkle teknikker, et eksempel var blandt andet at gøre tingene enten i nogle andre rækkefølger fx ved at have plasteret klar, inden de tog handsker på. (Bilag 7:min 43:40, Bilag 7:min 50:57)

Angående teknikker og rutiner var det også et emne som fokusgruppedeltagerne var inde på. De nævnte i denne forbindelse, at det var vigtigt, at de som sygeplejersker er opmærksomme på at bruge deres viden og de regler de har lært.

Men anæstesi de bruger aldrig handsker og de laver jo ikke andet end at ligge venflon. Men det lærer vi altså, som en ting, altså huskeregel. Er der blod, så handsker eller risiko for blod (Bilag 1:del 1:min 32).

De studerende er meget opmærksomme på regler og rutiner og sættes dette op i mod Dreyfus og Dreyfus' færdighedsniveauer er svaret, at de studerende er på niveauet "Nybegynder", hvor man holder sig til reglerne og er meget opmærksomme på disse. De studerende fortalte, at de havde lært deres rutiner på sygeplejerskeskolen, og at de forsøger at holde fast i disse rutiner.

Men vi får også en god huskeregel. "Sprit ind af rum, sprit ud af rum". Så det bruger vi altså. Uanset hvilket rum du går ind i.(Bilag 1:del 1:min 10)

Ja men det er jo, at du spritter af når du skal spritte af. At man vasker hænder når man skal vaske hænder.(Bilag 2:del 2:min 10)

Derudover talte de også om, at de for at holde fast i og have som mål at tilegne sig flere gode vaner og rutiner i praksis, havde brug for gode forbilleder;

Nu har jeg jo desværre oplevet, at hygiejnen på bestemt en af afdelingerne ikke var særligt godt. Så kommer jeg til at tænke på, at vi som nye må holde os til de retningslinjer vi har fået, der ligger for håndhygiejne. Men måske også finde nogle forbilleder som ligesom kan hjælpe os på vej med de gode vaner, fordi vi har jo ligesom forsøgt at indøve os nogle gode vaner. Så har vi prøvet at give det videre og det er måske ikke altid, men så et forbillede, det er altid godt at have.(Bilag 1:del 2:min 10)

Ovenstående citat eksemplificerer, hvorledes de studerende foretrækker gode forbilleder, hvorfor også løsningen med undervisning i gode teknikker og rutiner fra de mere erfarne sygeplejersker ville være en god løsning. Undervisningen kunne med fordel afholdes af de gamle og garvede sygeplejersker og med hygiejnesygeplejersken som ansvarlig. På denne måde ville hygiejnesygeplejersken også kunne holde øje med om det var "gode" teknikker og rutiner og på den måde, få lettet problemet omkring handskerne. I denne undervisning kunne der også med fordel være fokus på det, at klinikerne skulle blive bedre til at anvende handsker ud fra det aspekt, at de skal passe på sig selv.

Hvem gavner løsningen?

Løsningen ville gavne og som organisationssociologien benævner det; forstærke alle de sygeplejersker der fik undervisning. Forstærke, da de via undervisningen ville få videndelt og dermed delt deres forskellige gode teknikker, rutiner og faringer med hinanden, af organisationssociologien benævnt som "Skjulte hjælpeforanstaltninger". Denne deling af viden og erfaring ville formentlig også betyde en genforhandling af Fællesskabet, hvor sygeplejerskerne gennem undervisningen opnår Fælles Repertoire, Fælles Virksomhed og Gensidigt Engagement. Det er dog vigtigt, at det vægtes, at undervisningen foregår kontinuerligt i sygeplejerskernes praksis. På denne måde vil løsningen give mening og dermed også blive optaget i den daglige praksis. Løsningen vil i sidste ende også gavne patienterne der formentlig ikke længere ville være i så stor risiko for at erhverve sig sygehuserhvervede infektioner.

Hvilken konsekvens får løsningen?

Løsningen ville betyde, at de skulle have indført kontinuerlig og fastplanlagt undervisning. Undervisningen ville også betyde, at sygeplejerskerne ville få opfrisket deres viden og at de ville få fokus på, hvor vigtigt det er at de passe på sig selv. Løsningen ville betyde, at gabet mellem viden og handling ville blive mindre, da de ville få delt de mange gode hverdagsløsninger. Disse løsninger har form af de teknikker og rutiner som sygeplejerskerne selv finder på, i organisationssociologien benævnt som "Hjælpeforanstaltninger" samt de teknikker og rutiner som der undervises i fra sygeplejerskeskolen. Løsningen "Undervisning" ville dog også betyde, at det skulle varetages af nogen, undervisningen skal tilrettelægges og opdateres, i organisationssociologien er dette benævnt som "nye former for machinework", som betyder at der skal klargøres, forberedes og betjenes. Det er vigtigt at der omkring undervisningen sker det som bliver en del af praksisfællesskabet for at det kan fungere, da det skal give mening at deltage og udforme undervisningen.

Opsamling på analyserne I, II, III og IV

De ovenstående analyser har bidraget med løsninger, som alle er udviklet ud fra forskellige behov der har vist sig løbende gennem vores databehandling og analysearbejde. Disse behov er beskrevet nedenfor under passende overskrifter og med få udvalgte eksempler på de løsninger der indfrier disse behov.

Information til sygeplejerskerne:

Det er blevet tydeligt under analyserne, at der er et generelt behov for information om håndhygiejne til sygeplejerskerne og dette på flere måder og med forskelligt indhold.

Undervisning

En af løsningerne herpå går på behovet for obligatorisk og kontinuerlig undervisning til sygeplejerskerne. Undervisningen skal støtte op om behovet for tydelige hygiejnesygeplejersker som forbillede, hvorfor også det er disse der primært skal varetage undervisningen. Undervisningen skal derudover være en kombination af teori og praksis og eksempelvis delt op i temaer, hvor der i undervisningen inddrages såvel nye som gamle teknologier og redskaber. Målet med undervisningen er at opfriske og skabe opmærksomhed omkring eksisterende viden, eksempelvis hvorledes smitteveje brydes. Dermed skabes der refleksion og diskussion via fælles holdning, mening og forståelse og opnås det, at alle sygeplejersker får samme viden. Målet er også, at sygeplejerskerne får viden om formålet med undervisningen, blandt andet det fokus, at de skal passe på sig selv. Undervisningen skal også bidrage til, at sygeplejerskerne imellem, som hinandens forbilleder, får videndelt om blandt andet teknikker og rutiner. Samlet set skal undervisning af sygeplejerskerne bidrage til, at mindske gabet mellem viden og praksis.

Plancher og skilte

Plancherne skal bidrage til behovet for øget interaktion, diskussion, refleksion og dialog klinikerne imellem og indfri behovet for viden om og refleksion over rutiner, metoder og regler omkring håndhygiejne. Målet hermed er at skabe større fokus omkring plancherne og på den måde få planchernes indhold, eksempelvis vigtigheden af at anvende sprit inden man anvender handsker, anvendt i hverdagen som et redskab og eventuelt som en del af undervisningen. For at dette behov kan indløses, skal der ske en opdatering af de mange plancher og skilte der hænger rundt omkring med information om håndhygiejne. Der er her særligt behov for nytænkning omkring dels

placering, udformning, indhold og formål. Skiltene skal være tydelige og tilgængelige og primært være visuelt udformet med tydelig modtager og afsender.

Teknologien UV-Lys

UV-lyset skal primært fungere som en del af undervisningen og som en tilbagevendende, men dog ikke konstant del af sygeplejerskernes daglige praksis. Behovet for at det usynlige gøres synligt støtter op om behovet for motivation for at have rene hænder og anvende sprit samt behovet for, at gøre de usynlige bakterier synlige. Hertil udvikledes løsningen om tydelig og tilgængeligt UV-lys i eksempelvis sygeplejerskernes navnekort. UV-lyset skal bevirke, at sygeplejerskerne kan få feedback på, om de har sprittet deres hænder korrekt og tilstrækkeligt.

Teknologien handsker

Der har vist sig et behov for, at der kommer en løsning på de mange problemer der er med handskerne som de er i dag. Der er et tydeligt behov for, at handsker skal være nemme og hurtige at tage på og passe alle i størrelsen. Målet med løsningerne til handske problematikkerne er, at indfri sygeplejerskernes behov for at kunne gøre et pænt stykke arbejde og det at have god føling i fingrene. Derudover skal det også reducere det tidsforbrug der er mellem afspritningen af hænderne og påtagningen af handskerne. Hertil udvikledes blandt andet teknologien "Intelligent maskine" der sprayer handsker på i løbet af fem sekunder samt hurtigtørrende desinfektion. Løsningerne kan med fordel anvendes i undervisningen som praktiske teknologier og redskaber, der har til formål at indfri behovet for at skabe refleksion, dialog, forståelse og mening. Løsningerne kan blot være forbedringer af allerede eksisterende teknologier og redskaber såsom hurtigtørrende desinfektion, handsker der tillader våde hænder og bakteriedræbende handsker. Handskens synlighed er også vigtig da dette tilgodeser behovet for den "gode" distance under eksempelvis intimvask. Derudover skulle teknologierne også gerne indløse behovet for en ens og fælles holdning til at anvende handsker inden der stikkes og sætte fokus på det, at sygeplejerskerne skal passe på sig selv.

Information til patienterne:

Under analysearbejdet, er det også blevet tydeligt, at der er behov for information om håndhygiejne til patienter.

Informationsmøder

En af løsningerne på behovet for information til patienterne går på, at afholde obligatoriske fælles informationsmøder for alle nye patienter. Målet er, at støtte op om behovet for at patienter får ens og fælles god viden om håndhygiejne og med fokus på ansvar for egen og andres sikkerhed. Møderne skal varetages af sygeplejerskerne og overordnet varetages af hygiejnesygeplejersker. Informationsmøderne har desuden til henblik at vise, hvordan sygehuset også har forventninger til patienten. Det er vigtigt at det at informere patienten fra sygeplejerskernes side er et fælles anliggende og at der herom eksisterer en fælles accepteret norm.

Informationsmaterialer

Det er blevet tydeligt, at der er behov for bedre og mere dækkende information og viden om håndhygiejne på sygehuse til patienter. En af løsningerne hertil går på, at udlevere en velkomstkurv indeholdende forskellige, primært visuelle, motiverende og indbydende materialer og udvalgte redskaber. Indholdet i velkomstkurven kunne eksempelvis være en håndsprit og information om, hvordan og hvorfor det skal bruges. Målet er, at indfri behovet for at give patienter fælles og ens viden, eksempelvis det, at de er potentielle smittebærere og bør tage et ansvar både egen og andres sikkerhed. Velkomstkurven skal give mening for både patienterne og sygeplejerskerne.

Informationsplancher

Det er behov for visuelt tydelige og tilgængelige informationsplancher på patientstuerne med opdateret og relevant information om god håndhygiejnepraksis for patienterne samt formålet hermed. Det er vigtigt, at der på plancherne er tydelig modtager og afsender forhold. Plancherne skal bidrage til refleksion og gerne til dialog patienterne imellem og på den måde indfri behovet for viden om håndhygiejne og skabe fokus omkring det, at patienterne skal passe på sig selv og andre.

Det er blevet tydeligt at løsningerne, sat op imod teorierne om Praksisfællesskab, Organisationssociologi og færdighedsniveauerne, oftest ikke kan stå alene. Der er behov for såvel en kombination af de forskellige løsningsforslag samt det, at de skal integreres i hverdagen, skabe mening og blive til en fælles accepteret norm, for såvel patienter som sygeplejersker. På den måde

vil det give mening for såvel den enkelte som for hele praksisfællesskabet. Samtlige løsninger skal samlet set bidrage til nedsættelsen af sygehuserhvervede infektioner.

Diskussion og refleksion

I dette afsnit vil der blive diskuteret og reflekteret over vores tilgang til specialearbejdet i form af specialets kontekst, det metodiske og teoretiske arbejde.

Specialearbejdets kontekst

Vores samarbejde med OPI-projektet "Hygiejneadfærdsstøttende teknologier" har været spændende og lærerigt, men ikke uden problemer. Som vi har analyseret os frem til tidligere, så er der forskellige erkendelsesinteresser i et OPI-projekt. I dette tilfælde konfliktede vores erkendelsesinteresser som studerende med et af de private konsulentfirmaers interesser og dette resulterede i, at de ikke længere så en fordel i, at vi var en del af OPI-projektet. Vores refleksioner i forhold til denne oplevelse har lært os, at være opmærksomme på de forskellige erkendelsesinteresser og mål der kan være når der samarbejdes tværfagligt. Vores mål med OPI-samarbejdet, som studerende, er at udarbejde et godt specialeprojekt og afslutte vores femårige informationsvidenskabelige uddannelse på Aalborg Universitet. Derudover var og er det også vores mål, at dele vores viden med de samarbejdspartnere der er tilknyttet OPI-projektet. Konsulent firmaets mål er formentlig at tjene penge og sikre en patentering for derved at sikre, at projektet fortsat er interessant for deres samarbejdspartnere. Konflikten som vi oplevede gjorde, at der måtte udformes en kontrakt. Det har været en lærerig proces, at være med til at forhandle en kontrakt på plads, for at kunne fortsætte samarbejdet omkring projektet. Vi var under forhandlingen opmærksomme på, at kontrakten, som vil binde os i flere år, ikke måtte begrænse vores muligheder for at arbejde indenfor sundhedssektoren. Yderligere var vi særligt opmærksomme på, at vi ikke ville risikere at stå i en situation, hvor vi kunne gøres økonomisk ansvarlige eller stå med en specialerapport vi ikke måtte aflevere. Denne forhandlingsproces har haft indflydelse på specialearbejdets retning. Det har også påvirket vores speciale på den måde, at vi ikke har kunnet indfri de ønsker vi havde om løbende sparring med OPI-projektet.

Sygehus erhvervede infektioner har vist sig at være et mere omfattende problem end først antaget og selv efter afgrænsningen, hvor der primært blev arbejdet med sygeplejersker og håndhygiejne var det stadig et stort område. Sygehuset er en kompleks organisation og håndhygiejnepraksis er

så stor en del af arbejdet på sygehuset, at det har gjort det svært at skabe en rød tråd i specialerapporten. Hertil hjalp dels vores afgrænsning og metodiske valg.

Metode valg

Den systematiske metodiske tilgang har åbnet feltet for os og resulteret i mange data. Til indsamling af data valgte vi at afholde to fokusgruppeinterviews med sygeplejerskestuderende fra det sidste semester på sygeplejerskeuddannelsen samt at observere på to forskellige afsnit på Regionshospitalet Randers. Disse dataindsamlinger gik godt og har givet gode og valide data. Den store mængde af data var dog tung at arbejde med og det tog langt tid at bearbejde alle dataene. Vi burde måske have begrænset os i mængden af data, da det ville have lettet vores efterbearbejdning. Vi er dog tilfredse med behandlingen af dataene, da de har givet os et godt indblik i sygeplejerskernes viden om, holdning til og praksis omkring håndhygiejne. Vi valgte at arbejde videre med en workshop, hvor de udvalgte sygeplejersker var med til at generere løsninger til de problemstillinger vi var nået frem til i dataindsamlingen. Vi har tidligere erfaret, at sygeplejersker er gode til at arbejde løsningsorienteret, hvilket også var tilfældet i denne workshop som forløb helt som planlagt.

I vores inddragelse af brugerne havde vi følgende principper som vi havde som mål at overholde.

- Respekt for brugerne og deres viden
- Have brugerne i centrum frem for teknologien
- Være bevidste om vores og brugernes rolle som eksperter

Vi har i vores kontakt til brugerne overholdt principperne og udvidet dem til også at omhandle feedback, hvor det er tilstræbt, at alle de brugere der har været involveret modtager en form for feedback. Principperne er ikke kun gældende for dette specialearbejde, men er også noget der vil præge vores fremtidige arbejde med brugere.

Teori

Den pragmatiske og iterative tilgang i indeværende speciale har haft betydning for valget af teorier. Teorierne og de særlig udvalgte dele heraf er truffet dels på baggrund af den viden og det kendskab vi har opbygget til teorierne gennem vores uddannelse og dels med baggrund i specialets problemformulering og afgrænsning. Vi er opmærksomme på at der kunne være valgt andre teorier til dette specialearbejde, som også ville have bidraget positivt til det samlede

resultat og på den måde anskueliggjort, at der også findes andre måder at forstå fx organisationer, fællesskaber og individer.

Valget af Organisationssociologien, Etienne Wengers Praksisfællesskaber og Dreyfus og Dreyfus' færdighedsniveauer har eksempelvis været med til at forme og udfolde analysearbejdet af vores data. Disse tre teorier har komplementeret hinanden godt og bidraget til det analytiske arbejde. Det er dog ikke indledningsvis i Forståelsesrammen og Teorirammen diskuteret, hvorfor vi har valgt netop disse teorier tilsammen og hvordan de komplementerer hinanden, men blot enkeltvis i de enkelte teoriafsnit beskrevet, hvorfor de er valgt, hvordan de er anvendt samt formålet hermed.

Det samlede specialearbejde har gjort at vi har fået øjnene op for mange nye mulige projekter, som også kunne være spændende at arbejde med. Dette kunne eksempelvis være et projekt omhandlende udviklingen af velkomstpakker til patienter, udviklingen af UV-lys til klinikere eller et projekt omhandlende, hvordan der videndeles på sygehuse. Vi vil i den efterfølgende konklusion svare på vores problemformulering.

Konklusion

Vi har i dette speciale arbejdet med følgende problemformulering:

Hvordan kan der via brugerinvolvering udvikles løsninger til forbedring af håndhygiejnepraksis således, at antallet af sygehuserhvervede infektioner nedsættes?

Til at besvare ovenstående problemformulering er der i specialet arbejdet med fokuspunkterne; Viden, Holdning og Praksis. I arbejdet med disse fokuspunkter er der via brugerinvolvering af sygeplejersker arbejdet med metoderne fokusgruppeinterviews og observation.

Fokuspunkter:

- **Viden:** Vi har fundet frem til at sygeplejerskerne har en omfattende viden om smitteveje og håndhygiejnepraksis fra deres uddannelse, men at denne viden ofte forældes og i nogle tilfælde glemmes i det daglige arbejde.
- **Holdning:** Vi har fundet frem til, at der er lige så mange holdninger til håndhygiejne, som der er sygeplejersker og at holdningen og normen til håndhygiejne kan være så stærk, at de gældende principper og retningslinjer for god håndhygiejne tilsidesættes i bestræbelsen på at tilpasse sig praksisfællesskabet.
- **Praksis:** Vi har fundet frem til, at det der har størst indflydelse på håndhygiejnen i praksis er, at de eksisterende teknologier og redskaber som sygeplejerskerne har til rådighed ikke fungerer optimalt.

Som svar på ovenstående problemformulering er vi i det samlede analytiske arbejde nået frem til, hvordan brugerinvolvering kan være med til at udvikle løsninger således at sygehuserhvervede infektioner nedsættes. I arbejdet med sygeplejerskerne er vi nået frem til nogle behov, som skal dækkes i forhold til de løsninger der kan nedsætte antallet af sygehuserhvervede infektioner.

Det er blevet klart for os, at der er et behov for at sygeplejerskerne løbende bliver informeret om håndhygiejnepraksis for at deres viden fra deres uddannelse ikke bliver glemt, og for at de kan holdes opdateret omkring nye tiltag samt videndele. Ligeledes er det blevet klart, at også

patienterne bør informeres om håndhygiejnepraksis. På den måde bidrager såvel sygeplejersker og patienter til nedsættelsen af sygehuserhvervede infektioner.

Ovenstående fokus på information kan sandsynligvis forbedre praksissen omkring håndhygiejne blandt både sygeplejersker og patienter og dermed sandsynligvis også nedsætte antallet af sygehuserhvervede infektioner. Det er blevet klart, at de løsninger og forbedringer der skal til for at nedsætte antallet af sygehuserhvervede infektioner, ikke nødvendigvis behøver at betyde nye teknologier. I stedet er der i dette speciale fundet frem til, at håndhygiejne kan forbedres ved at ændre eller optimere på de allerede eksisterende løsninger og teknologier så længe der tages højde for sygeplejerskernes praksis og behov. Derudover er det også blevet tydeligt, at det i valget af løsninger er særdeles vigtigt at sørge for, at sygehuset som kompleks organisation tænkes ind i valget. Dette indebærer også, at der tages hensyn til samtlige af de brugere der er af løsningerne. Løsningerne skal give mening og skal fungere som et fælles udgangspunkt for hverdagens praksis.

Ansvarsliste

Grundet vores pragmatiske tilgang og vores metodiske valg har vi i høj grad udarbejdet specialerapporten i fællesskab. Derfor skal nedenstående ansvarsliste også forstås således, at et "X" er et udtryk for afsnittets forfatter, men at vi begge har sat vores aftryk på det og været inde over det.

Afsnit	Lilith	Rikke
Abstract	X	X
Indledning		
Specialets kontekst	X	X
Problemfelt	X	X
Afgrænsning	X	X
Problemformulering	X	X
Forståelsesramme		
Historiskperspektiv	X	
Organisationssociologi	X	
Videnskabsteoretisk tilgang	X	X
Forståelses af viden		X
Eksisterende viden	X	
Brugerinddragelsesstrategi		X
Del 1		
Fokusgruppeinterview		X

Observation	X	
Refleksion over dataindsamling	X	X
Behandling af data		X
Analyse I		X
Workshop	X	
Opsamling af Del 1	X	X
Teoriramme		
Organisationssociologi	X	
Praksisfællesskaber		X
Færdighedsniveauer		X
Opsamling af Teoriramme	X	X
Del 2		
Analyse II	X	X
I Klinikere går ikke op i at bryde smitteveje		X
II Klinikere spritter ikke inden de tager handsker på		X
III Patienter ved ikke noget/nok om håndhygiejne	X	
IV Klinikere vil ikke bruge handsker når de stikker	X	
Opsamling på analyserne I, II, III og IV	X	X
Diskussion og refleksion	X	X
Konklusion	X	X

Litteraturliste

Bøger:

Andersen Pernille Tanggaard, Timm Helle: "Sundhedssociologi -en grundbog", Hans Reitzels Forlag, 1.udgave 1.oplag (2010).

Bloor, M., Frankland J., Thomas M. og Robson K.: "Focus Groups in Social Research", Sage, London, (2001).

Brinkmann, Svend, Jacobsen, Bo og Tanggaard, Lene. Redigeret af Svend Brinkmann og Lene Tanggaard: "Kvalitative metoder. En grundbog", Tryk af Hans Reitzels Forlag, 1 udagve, 1 oplag (2010).

Bødker, Keld, Kensing, Finn og Simonsen, Jesper: "Professionel it-forundersøgelse – grundlag for brugerdrevet innovation", Forlaget Samfundslitteratur, 2.udgave (2008).

Føllesdal, Dagfinn, Wallør, Lars og Elster, Jon: "Politikens bog om moderne videnskabsteori, Filosofi", Universitetsforlaget A/S Oslo (1990).

Gamst, Birthe, Halskov, Therese og Lentz, Brian: "På sporet af kundskabens veje i socialt arbejde", 2. oplag, Eks.skolens trykkeri, (2007).

Halkier, Bente: "Fokusgrupper", 2. udgave, 2. oplag, Narayana Press, (2009).

Hertel, Frederik, Hultengren, Eva: "Viden og netværk et kvalitetsudviklingsprojekt." Udgivet af Videncenter for Døvblindfødte Institut for kommunikation, Aalborg Universitet, (1996).

Kristiansen, Søren, Krogstrup Hanne Kathrine: "Deltagende observation -introduktion til en forskningsmetododik", Hans Reitzels Forlag A/S, 2.oplæg, (2002).

Kruuse, Emil: "Kvalitative forskningsmetoder", Dansk psykologi forlag, Danmark, 2. oplag, 6. udgave, (2008)

Larsen, Ole Schultz: "Psykologiens veje Ibog", System A/S, (2010)
<http://ibog.psykologiensveje.systime.dk/index.php?id=1395>

- Lytje, Inger: "Software som tekst -En teori om systemudvikling", Aalborg Universitetsforlag, (2000).
- Maher Lynne, Plsek Paul, Garrett Sarah, Bevan Helen, dansk oversættelse af Tersbøl Eva, Ringby Betina: "Tænk Anderledes", Center for kvalitetsudvikling Region Midtjylland, 1.udgave, (2009).
- Morgan, David: "Focus Groups as Qualitative Research", Sage Publications, Inc. (1988).
- Muralidhar V., Muralidhar Sumathi,: "Hospital Acquired infections -Power strategies for clinical Practice", Anshan Limited, (2007).
- Nardi, Bonnie og O'day, Vicki: "Informations Ecologies -Using technology with heart", The MIT Press, (1999)
- Nonaka, I. And H. Takeuchi: "The Knowledge-Creating Company", New York: Oxford University Press, (1995)
- Polanyi, M.: "The Tacit Dimension", London: Routledge & Kegan Paul, (1966).
- Schärfe, Henrik: "Impact -In Memoriam Inger Lytje", Aalborg Universitetsforlag (2003).
- Wenger, Etienne: "Praksis fællesskaber", 1. udgave, 3. oplag, Hans Reitzels Forlag, København, (2004).

Artikler:

- Berg, Marc: "The Politics of Technology: On Bringing Social Theory into Technological Design", Maastricht University (1998) (Bilag 24).
- Christiansen, Bolette M., Gunnlaugsson, Haraldur Páll "Kvalitativ analyse i Windows" (1999) (Bilag 26)
- Fynbo, Mette og Nielsen, Michael Aakjer "Fokusgruppeinterviews -en ny måde at inddrage borgeren i planarbejde" (2002) (Bilag 21)
- Holmquist, Mats "Interactive research and joint learning for practical contributions", Halmstad University, Halmstad, Sweden, (2008) (Bilag 22)

Pedersen, Kjeld Møller: "Er der brug for fem milliarder mere i sundhedsvæsenet? Hvad kan de bruges til?" Health Economics Papers, (2009:2) (Bilag 15)

Spinuzzi, Clay: "A Scandinavian Challenge, a US Response: Methodological Assumptions in Scandinavian and US Prototyping Approaches", University of Texas at Austin, Parlin 003, Austin, Texas, 78712-1122, 512.471.6109, clay.spinuzzi@mail.utexas.edu (Bilag 23)

"WHO Guidelines on Handhygiene in Healthcare", World Health Organizations (2009) (Bilag 14)

Internetadresser:

Informationsvidenskab: www.informationsvidenskab.hum.aau.dk (Sidst lokaliseret 24.07.2011)

Florence Nightingale: <http://www.leksikon.org/art.php?n=1867> (Sidst lokaliseret 24.07.2011)

Lord Joseph Lister: <http://www.surgeons.org.uk/history-of-surgeons/lord-joseph-lister.html> (Sidst lokaliseret 24.07.2011)

Evidensbaseret praksis: <http://www.ouh.dk/wm134739> (Sidst lokaliseret 24.07.2011)

Inspiration Card Workshop: <http://sites.google.com/site/orugadesigns/blog/exploration/teori-inspirationcardworkshop> (Sidst lokaliseret 24.07.2011)

Fremtidens Intelligente Hospitalsseng: <http://www.regionshospitalet-randers.dk/afdelinger/om+hospitalet/projekter+og+innovation/fremtidens+seng> (Sidst lokaliseret 25.07.2011)

Hånden på hjertet: <http://gode-boeger.private.dk/Ordsprog.htm> (Sidst lokaliseret 26.07.2011)

Bilagsoversigt

Bilags nummer	Navn
Bilag 1	Første fokusgruppeinterview
Bilag 2	Andet fokusgruppeinterview
Bilag 3	Observation C6
Bilag 4	Observation CD8 RO
Bilag 5	Observation CD8 LR
Bilag 6	Workshop del 1
Bilag 7	Workshop del 2
Bilag 8	Workshop del 3
Bilag 9	Spørgeguide til fokusgruppe
Bilag 10	Brev til observations-afsnit
Bilag 11	Resumé af Workshop
Bilag 12	Indbydelse til workshop for sygeplejersker
Bilag 13	Tal fra Statens Serums Institut
Bilag 14	WHO Hand Hygiene Guidelines
Bilag 15	Kjeld M Pedersen SDU HAI 2009
Bilag 16	Håndhygiejne - Statens Serum Institut
Bilag 17	Offentlig-Privat Innovation (OPI)

Bilag 18	Retsinfo 1 BSF 158
Bilag 19	Ulla Konnerup Vejen til Basecube
Bilag 20	Evidence-Based Practice (EBP)
Bilag 21	Artikel. Fokusgruppeinterviews
Bilag 22	Artikel. Interactive_research Mats Holmquist
Bilag 23	Artikel. Spinuzzi Scandinaviandesign
Bilag 24	Artikel. Berg- Design Socialteori
Bilag 25	OPI-projektet Hygiejneadfærdsstøttende teknologier
Bilag 26	Artikel. Christiansen Kvalitativ analyse i Windows