



UIT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Institutt for helse- og omsorgsfag

Etterlevelse av retningslinjer i sykehus – en kvalitativ studie

”En litt sånn egen verden”

Berit Evenstad

Mastergradsoppgave i helsefag, Flerfaglig studieretning, november 2017

21 299 ord



Forord

Da er tre års masterstudier snart ved veis ende. Til tross for mange arbeidstimer, har prosessen vært et viktig bidrag til både faglig og personlig utvikling.

Denne studien hadde ikke blitt til uten uvurderlig hjelp fra støttepersoner og frivillige. Jeg vil først og fremst rette en varm takk til alle informantene som velvillig delte av sin tid, sine erfaringer og refleksjoner. Takk også til avdelingsledelsen for godkjenning av studien, og for uformelle samtaler som har gitt nødvendig innblikk i prosjektet og avdelingen som denne studien har tatt del i.

Å være involvert i en læreprosess som denne er et privilegium når man har kompetente og engasjerte veiledere. Gjennom kritiske spørsmål og reflekterende samtaler har dere bidratt til å organisere kaoset og løfte blikket mitt. En stor takk til mine veiledere Lill Sverresdatter Larsen, Kirsten Gravningen og Mari Wolff Skaalvik, dere har vært helt fantastiske å ha med på laget!

Takk også til mine kollegaer på Smittevernssenteret, til min leder som ga meg studiepermisjon, til kollegaer som gjorde jobben i mitt fravær, og til bidragsyterne som hjalp meg i forbindelse med intervjuene. Og til sist en stor takk til alle for motivasjon, tålmodighet og engasjement gjennom hele prosessen.

Takk til venner og medstudenter for innspill, kommentarer og befriende pauser underveis. Og mamma – takk for støtte, oppmuntring og hjelp til å fokusere på de viktige tingene i livet.

Viktigst er innsatsen fra mine nærmeste, som på godt og vondt har levd sammen med, og akseptert fraværet av, en til tider selvopptatt student. Deres støtte har vært helt avgjørende. En stor, varm takk til Roy-Helge som har holdt kontinuiteten i familielivet, og som stort sett har vært alene med barna i høytider, helger, fridager og utallige morgen- og kveldsstell. Og til mine tre små hjertebarne – takk for tålmodighet og ubetinget kjærlighet. Jeg gleder meg til å tilbringe mer tid sammen med dere!

Tromsø, 1. november 2017

Berit Evenstad

Sammendrag

Bakgrunn: Faglige retningslinjer er anbefalinger og råd som bygger på forskningsbasert kunnskap, og som skal bidra til en faglig forsvarlig helsetjeneste av god kvalitet. Avstanden fra forskningsresultater til praksis er imidlertid stor. En hensiktsmessig implementeringsprosess er nødvendig for at helsepersonell skal etterleve retningslinjer. Min studie tar utgangspunkt i et avsluttet kvalitetsprosjekt i en fødebarselavdeling, *Keisersnittprosjektet*, hvor mange nye retningslinjer ble implementert. Jeg undersøker hvilke drivere og motkrefter klinisk helsepersonell beskriver og reflekterer over vedrørende etterlevelse av retningslinjer knyttet til Keisersnittprosjektet.

Problemstilling: *Hvilke drivere og motkrefter beskriver klinisk helsepersonell vedrørende etterlevelse av retningslinjer i sykehus?*

Metode: Jeg brukte kvalitativ metode forankret i et sosialkonstruktivistisk vitenskapsteoretisk perspektiv. Et strategisk utvalg av seks informanter ble inkludert i to fokusgrupper med en barnepleier, en jordmor og en lege i hver gruppe. Transkribert tekst ble analysert ved hjelp av stegvis-deduktiv induktiv metode. Resultatene diskuteres med utgangspunkt i en modifikasjon av Fixsens m.fl. sin oversiktsmodell for implementering, og relevant forskning på implementering og etterlevelse.

Resultat: *Drivere for etterlevelse* er faglig velbegrunnede retningslinjer som er i tråd med helsepersonells erfaringsbaserte kunnskap og organisasjonsverdier. *Motkrefter mot etterlevelse* er retningslinjer med begrenset troverdighet til kunnskapsgrunnlaget, svak tilknytning til fagfeltet, som strider imot organisasjonsverdier, og hvor hensynet til egne eller pasientens følelser og holdninger har større betydning. Relasjonelle prosesser og profesjonsforskjeller innvirker også på etterlevelse. Informantene foreslo øving i å gi og motta tilbakemelding ved observasjon av manglende etterlevelse, samt styrket kommunikasjon og medbestemmelse ved implementering og endring av retningslinjer. Etterlevelse av retningslinjer bør i større grad evalueres, for å sikre samsvar mellom retningslinjer og praksis.

Konklusjon: Ved hjelp av informantenes beskrivelser gir denne studien økt forståelse for drivere og motkrefter vedrørende etterlevelse av retningslinjer som kan bidra til å redusere gapet mellom forskningsbaserte retningslinjer og praksis.

Nøkkelord: Etterlevelse, kliniske faglige retningslinjer, helsepersonell, implementering.

English summary

Background: Clinical guidelines include recommendations and advice based on evidence-based knowledge, which will contribute to high-quality professional healthcare. However, the distance from research results into clinical practice is significant. Appropriate implementation is necessary for health personnel to comply with guidelines. This study is based on “The Caesarean-Section Project”, a completed guideline program in a mother-and-child-friendly maternal hospital unit that included the implementation of multiple guidelines. I investigate which drivers and obstacles health personnel describe and reflect upon related to compliance to guidelines in “The Caesarean-Section Project”.

Objective: *Which drivers and obstacles do clinical health personnel describe for compliance to hospital guidelines?*

Method: I have used qualitative method rooted in a social-constructivist science-theoretical perspective. A strategic selection of six informants was included in two focus groups with a pediatric nurse, a midwife and a doctor in each. The transcribed text was analyzed using the stepwise-deductive inductive method. The results are discussed using a modified version of Fixsen and colleagues’ conceptual framework for implementation model and relevant research on implementation and compliance.

Results: *Drivers for compliance* are academically justified guidelines in line with health personnel’s experience-based knowledge and organizational values. *Obstacles to compliance* include guidelines for which the knowledge base has only limited credibility and weak ties to the subject field, and where the consideration of their own or the patient’s feelings and attitudes is more important. Relational processes and professional differences also affect compliance. The informants suggested training in providing and receiving feedback on observation of non-compliance, and also the strengthening of communication and participation in implementation and amendment of guidelines. Compliance with guidelines should be increasingly evaluated to ensure consistency between guidelines and practice.

Conclusion: Using the informants' descriptions, this study provides a better understanding of drivers for and obstacles to compliance with guidelines that can help reduce the gap between evidence-based guidelines and practices.

Keywords: Compliance, clinical guidelines, health personnel, implementation.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	2
1.1 Bakgrunn	2
1.1.1 Sentrale begreper.....	2
1.1.2 Gap mellom forskning og praksis.....	4
1.1.3 Retningslinjer.....	4
1.2 Faktorer som utfordrer etterlevelse	5
1.2.1 Profesjonenes kunnskapsbasert praksis og skjønn	5
1.2.2 Menneskebeholdende organisasjoner.....	6
1.3 Tidligere forskning	6
1.4 Formål	9
1.5 Problemstilling	9
1.6 Avgrensninger	9
1.7 Studiens oppbygging	10
2 Empirisk felt – Fødebarselavdelingen og Keisersnittprosjektet	11
3 Teoretisk forankring – implementeringsteori	14
3.1 Innovasjonsprosess	14
3.2 Implementeringsprosess – ulike faser	15
3.2.1 Full gjennomføring	15
3.2.2 Innovasjon.....	15
3.2.3 Opprettholdelse	16
3.3 Oversiktsmodell for implementering	16
4 Metode	18
4.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv	18
4.2 Metodevalg	18
4.3 Datagenerering	20
4.3.1 Utvalg og rekruttering.....	20
4.3.2 Intervjuguide og pilotintervju	22
4.3.3 Fokusgruppeintervju	23
4.3.4 Transkribering	24
4.4 Dataanalyse	24
4.4.1 Koding.....	25
4.4.2 Kodegruppering.....	25
4.4.3 Utvikling av konsepter	26
4.5 Formelle krav	26
5 Resultater	28
5.1 Forståelser av retningslinjer	28
5.1.1 Nødvendig, viktig og riktig.....	28
5.1.2 Restriksjoner, påbud og ekstraarbeid.....	31
5.1.3 Retningslinjer og praksis i utakt.....	32
5.1.4 Utfordrende å holde seg faglig oppdatert.....	33
5.2 Relasjonelle prosesser	34

5.2.1	Jeg spør ikke den som begynte i går.....	34
5.2.2	Jeg lever kun ut fra meg selv	35
5.2.3	Når en gjør, følger de andre på.....	36
5.2.4	Vanskelig å være skurk – ubehagelig å være pekefinger	37
5.2.5	De sitter i ryggraden, men –	38
5.3	Organisasjonsverdier	40
5.3.1	En litt sånn egen verden.....	40
5.3.2	Friske fødende og stellefrakker til besvær	41
5.3.3	Mor-barn-vennlig initiativ – pasienten i fokus?.....	42
5.4	Oppsummering av hovedresultater	43
5.5	Prosessmodell av drivere og motkrefter for etterlevelse av retningslinjer	45
5.5.1	Kilde – retningslinjer	46
5.5.2	Destinasjon – klinisk helsepersonell	47
5.5.3	Kommunikasjonsforbindelse – kommunikasjon, trening og veiledning	47
5.5.4	Tilbakemelding – effekt.....	48
5.5.5	Innflytelse – organisasjonsverdier	48
6	Diskusjon.....	50
6.1	En utvidet forståelse av drivere og motkrefter.....	50
6.1.1	Hvordan retningslinjer blir forstått	50
6.1.2	Relasjonelle prosesser og profesjonsulikheter	52
6.1.3	Kommunikasjon, trening og veiledning.....	56
6.1.4	Tilbakemelding og evaluering	58
6.1.5	Organisasjonsverdier	60
6.2	Oppsummering av diskusjon – implikasjoner	61
6.3	Metodiske refleksjoner	62
6.3.1	Reliabilitet	62
6.3.2	Validitet	64
6.3.3	Overførbarhet.....	67
6.3.4	Etikk.....	67
7	Avslutning.....	69
	Referanseliste.....	71
	Vedlegg.....	74

Tabelliste

Tabell 1 – Hovedtema og hovedresultater etter innholdsanalyse.....	44
--	----

Figurliste

Figur 1 - Kunnskapsbasert praksis	5
Figur 2 - Oversikt over Keisersnittprosjektets retningslinjer i pasientforløpet.	12
Figur 3 - Oversiktsmodell over implementering	16
Figur 4 - Stegvis deduktiv-induktiv metode.....	19
Figur 5 - Prosessmodell av drivere og motkrefter for etterlevelse av retningslinjer	45

1 Innledning

I dette kapitlet presenterer jeg bakgrunn for valg av tema basert på egne erfaringer, teoretisk perspektiv og tidligere forskning. Dette leder videre til studiens formål, problemstilling og avgrensning, før presentasjon av studiens videre oppbygging.

1.1 Bakgrunn

Temaet for denne mastergradsoppgaven er etterlevelse av kunnskapsbaserte faglige retningslinjer. Temaet er valgt fordi det har relevans for mitt arbeid som smittevernsykepleier i sykehus, hvor utforming og implementering av retningslinjer i smittevern inngår i mine arbeidsoppgaver. Som smittevernsykepleier opplever jeg at helsepersonell i varierende grad etterlever retningslinjer i infeksjonskontrollprogrammet¹.

I dagens helsetjeneste forventer man at helsepersonell er faglig oppdatert, benytter kunnskapsbaserte faglige retningslinjer og er kritisk til egen praksis (Sandvik, Stokke, & Nortvedt, 2011). Forskning viser imidlertid at 50-70 prosent av retningslinjer som er forsøkt implementert i helsetjenesten, ikke blir etterlevet (Fleischer, Semenic, Ritchie, Richer, & Denis, 2016). Det er forsket lite på hvilke faktorer som påvirker helsepersonells etterlevelse av retningslinjer. Det er derfor behov for mer forskning på området.

Gjennom arbeidet mitt som smittevernsykepleier ble jeg oppmerksom på *Keisersnittprosjektet*, et avsluttet kvalitetsprosjekt i en fødebarselavdeling. Prosjektet ble initiert grunnet høy forekomst av infeksjoner i operasjonsområdet etter keisersnitt. Ti nye retningslinjer i pasientforløpet for keisersnittpasienten ble utarbeidet, og flere eksisterende retningslinjer ble revidert, deretter ble retningslinjene forsøkt implementert. Jeg ble nysgjerrig på hvordan retningslinjene fra Keisersnittprosjektet etterleves av klinisk helsepersonell tre år etter implementeringsstart. Deres beskrivelser og refleksjoner kan bidra til økt forståelse for hvordan man på en hensiktsmessig måte kan implementere retningslinjer. Keisersnittprosjektet² er derfor valgt som utgangspunkt for denne studien.

1.1.1 Sentrale begreper

Studien benytter flere begreper som kan ha forskjellig meningsinnhold. Det er derfor nødvendig å klargjøre disse innledningsvis:

¹ Sykehus er pålagt å ha et infeksjonskontrollprogram som beskriver forebygging av infeksjoner og

² Beskrives nærmere i kapittel 2.

*Kunnskapsbaserte faglige retningslinjer*³ blir i denne studien forstått som:

Anbefalinger som har til hensikt å optimalisere pasientbehandlingen, som bygger på en systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, og en vurdering av fordeler og ulemper ved alternative former for behandling og omsorg (Institute of Medicine, 2011, s. 15, min oversettelse)⁴.

Implementering blir beskrevet forskjellig ut hvilket fagmiljø man ser til (Roland, 2015). I følge Grol og Wensing (2013) er implementering i helsetjenesten:

En planlagt prosess og en systematisk innføring av en innovasjon og/eller endring med dokumentert effekt, hvor målet er at endringene får en strukturell plass i praksis eller i organisasjonen (Grol & Wensing, 2013, s. 10, min oversettelse)⁵.

I min studie forstår jeg implementering som en metode for å innføre og opprettholde bruk av forskningsbasert kunnskap gjennom retningslinjer, som del av helsepersonells praksis i sykehus, hvor formålet er å bedre kvaliteten på tjenestetilbudet.

Det finnes flere definisjoner på *etterlevelse av retningslinjer* innenfor implementeringsforskning, blant annet opprettholdelse eller institusjonalisering (Fleischer m.fl., 2016). I denne studien forstår jeg etterlevelse som en videreføring av de endringer som implementeringen medfører (Fleischer m.fl., 2016, s. 206). Etterlevelse av retningslinjer er dermed å betrakte som *en del av* implementeringsprosessen⁶.

Jeg har valgt å benytte begrepene *drivere* og *motkrefter*⁷ som begreper for å kategorisere faktorer som påvirker helsepersonells etterlevelse av retningslinjer. Begrepene blir forstått som ytterpunkter på et kontinuum, ikke som to separate fenomen. *Drivere* bidrar til oppslutning om retningslinjer, og dermed til økt etterlevelse. *Motkrefter* svekker oppslutning om retningslinjer, og kan medvirke til nedsatt etterlevelse av retningslinjer (Jacobsen, 2012).

³ Heretter kalt *retningslinjer*, for bedre lesbarhet.

⁴ "Clinical Practice Guidelines are statements that include recommendations intended to optimize patient care that are informed by a systematic review of evidence and an assessment of the benefits and harms of alternative care options" (Institute of Medicine, 2011, s. 15).

⁵ "A planned process and systematic introduction of innovations and/or changes of proven value; the aim being that these are given a structural place in professional practice, in the functioning of organizations or in the health care structure" (Grol & Wensing, 2013, s. 10).

⁶ Utdypes i kapittel 3.2.

⁷ Implementeringsforskning benytter også begreper som *fremmere og hemmere*, og *tilretteleggere og barrierer*.

1.1.2 Gap mellom forskning og praksis

Prosessene fra viktige forskningsresultater til endring av praksis er ofte tidkrevende og tilfeldige (Flottorp & Aakhus, 2013). En vedvarende utfordring i å kvalitetssikre en faglig forsvarlig helsetjeneste, skyldes avstanden mellom tilgjengelige forskningsresultater og klinisk praksis (Grol & Wensing, 2004; Ploeg, Davies, Edwards, Gifford, & Miller, 2007). Innenfor implementeringsforskning betegner flere forskere denne avstanden som ”gapet” (Flottorp & Aakhus, 2013; Grol & Wensing, 2004; Ploeg m.fl., 2007; Renolen & Hjälmhult, 2015).

Gapet medfører at mange effektive tiltak ikke blir tatt i bruk, eller at helsepersonell fortsetter å benytte tiltak som har liten eller ingen effekt. Selv tiltak med godt dokumentert effekt kan ta mellom ett og to tiår før de er tilpasset og tatt i bruk i helsetjenesten (Innis, Dryden-Palmer, Perreira, & Berta, 2015). Praksis kan dermed stride imot kunnskapsbasert, faglig forsvarlig yrkesutøvelse (Edwards m.fl., 2012; Morris & Clarkson, 2009).

1.1.3 Retningslinjer

Retningslinjer skal bidra til å gjøre forskningen tilgjengelig og være et bindeledd mellom forskning og praksis (Flottorp & Aakhus, 2013). Retningslinjer skal bygge på kunnskap om god praksis, og bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring av virksomheter og tjenester for å sikre en faglig forsvarlig helsetjeneste (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001). Dermed kan helsetjenesten gjøre riktige prioriteringer og unngå uønsket variasjon i tjenestetilbudet (Helsedirektoratet, 2017).

I Norge er Helsedirektoratet ansvarlig for å utvikle, formidle og oppdatere nasjonale retningslinjer og veiledere (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001). Den enkelte virksomhet, i dette tilfelle sykehus eller helseforetak, er ansvarlig for at de ansatte har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet. Dette blir forsøkt kvalitetssikret ved å utvikle og iverksette lokale retningslinjer i tråd med nasjonale føringer (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016).

Retningslinjer virker å være lovende verktøy for å lukket gapet (Ploeg m.fl., 2007), men selv om forskning gjøres tilgjengelig, resulterer det ikke nødvendigvis til ny praksis (Foss, 2016). Å få helsepersonell til å endre praksis i tråd med retningslinjer går dermed ikke av seg selv (Fretheim, Flottorp, & Oxman, 2015). Jeg, og andre som arbeider med utforming og implementering av retningslinjer, kan derfor ikke forvente at retningslinjer alene påvirker praksis.

1.2 Faktorer som utfordrer etterlevelse

Faktorer som innvirker på implementering og etterlevelse av retningslinjer er komplekst sammenvevd (Ploeg m.fl., 2007). Jeg vil her beskrive noen faktorer som jeg mener er av særlig betydning ved implementering og etterlevelse av retningslinjer i sykehus.

1.2.1 Profesjonenes kunnskapsbasert praksis og skjønn

Fordi profesjonsutøvere er kunnskapsanvendere, vil profesjonell praksis blir påvirket av flere kunnskapskilder (Ramsdal, 2009). Hva ”god praksis” er, er gjenstand for diskusjoner. I dag er det i stor grad kunnskapsbasert praksis som er fokus for disse diskusjoner (Molander & Terum, 2013, s. 15). Metoden *Kunnskapsbasert praksis* er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon, se figur 1 (Sandvik m.fl., 2011, s. 15).



Figur 1 - Kunnskapsbasert praksis

(Kunnskapsbasert praksis, 2012)

De tre komponenter i modellen er ikke likeverdige (Vandvik, 2009). Kunnskapsbasert praksis innebærer å bruke *forskning*, men også å benytte kunnskap fra andre kilder (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, & Reinart, 2007). Resonnering om handlingsvalg baserer seg på en fortolkning av situasjonen sett opp mot kunnskaper og handlingsnormer, altså en *skjønnsmessig vurdering* (Molander & Terum, 2013, s. 20). Et av skjønnets ”byrder”, slik Grimen og Molander (2008) beskriver det, er kilden til variasjon og vilkårlighet som kan gjøre seg gjeldende selv om skjønn blir utøvd så grundig og samvittighetsfullt som mulig (Grimen & Molander, 2008).

Retningslinjer er et sett med "foretrukne praksismønstre" (Morris & Clarkson, 2009), som skal hjelpe helsepersonell til å ta velinformerte beslutninger (Flottorp & Aakhus, 2013). I realiteten står helsepersonell imidlertid ofte ovenfor handlingsvalg som ikke lar seg standardisere, hvor beslutninger vil påvirke grad av etterlevelse av retningslinjer.

1.2.2 Menneskebehandler organisasjoner

Grunnelementet i alle organisasjoner er mennesker. For å forstå etterlevelse av retningslinjer, må man forstå hvordan endringene påvirker den enkelte, de sosiale relasjoner og forholdet mellom den enkelte og organisasjonen (Jacobsen, 2012). Torunn Hamran (1991) skildrer i boken *Pleiekulturen* det som ofte er stilltiende og tatt for gitt, om verdier og ressurser som ligger i organisasjonen.

Vabø (2014) beskriver tre fellestrekk ved det hun kaller "menneskebehandler organisasjoner", her forstått som sykehus: Først og fremst er mennesker den viktigste "råvaren", noe som medfører mer tvetydige og uklare mål og usikre metoder for problemløsning. Et annet fellestrekk de sammensatte problemene, som vanskelig lar seg avgrense og forklare på en entydig måte. Løsninger krever derfor fleksibilitet, individuelle vurderinger og tilpasninger. Et tredje fellestrekk er de sammensatte kravene, som ikke blir drevet av egne interesser og mål, men av offentlig forvaltning og verdier som sparsommelighet/kostnadseffektivitet, forutsigbarhet/åpenhet og fleksibilitet/responsivitet (Vabø, 2014, s. 14-24).

Tvetydig og uklare mål, og løsninger som krever fleksibilitet, individuelle vurderinger og tilpasninger, kan stå i et motsetningsforhold til anbefalinger gitt i retningslinjer. Utfordringen ligger altså ikke alltid i endringens kompleksitet, men også i kompleksiteten i *systemet* den skal gjennomføres i (Konsmo m.fl., 2015). Sykehus ansees som en organisasjon med høy grad av kompleksitet, hvor det er nærliggende å anta at strukturer, prosesser og kultur innvirker på etterlevelse av retningslinjer (Konsmo m.fl., 2015). Dette vil kunne utfordre etterlevelse av retningslinjer.

1.3 Tidligere forskning

Formålet med implementeringsforskning er å redusere gapet mellom forskning og praksis, ved å identifisere og vurdere tiltak som bidrar til å etterleve retningslinjer og forbedre kvaliteten på tjenesten (Flottorp & Aakhus, 2013, s. 189). En god forståelse av mulige drivere

og motkrefter for retningslinjer, er nødvendig for å for å utvikle effektive og målrettede implementeringsstrategier (Ploeg m.fl., 2007).

Jeg søkte etter studier som undersøkte helsepersonells etterlevelse av retningslinjer i sykehus eller tilsvarende, hvor resultatene kunne være overførbare til norske forhold. Relevante studier publisert innenfor siste ti år ble inkludert. Jeg gjorde systematiske litteratursøk i fagdatabaser som PubMed, Cinahl og SweMed+. MeSH-termer som “diffusion of innovation”, “practice guidelines as topic”, “guideline adherence”, “health plan implementation” og “guidelines” ble benyttet i ulike kombinasjoner med enkeltermer som sustainability, adherence, compliance, hospitals, maternity hospital, doctors/physicians/hospitalists, nurse midwives, maternal-child nursing og health personnel. Jeg utførte også søk basert på referanselister fra aktuelle artikler. Titler og artikkelsammendrag ble gjennomgått, og relevante artikler ble lest i fulltekst.

Litteratursøket resulterte i syv artikler. Fire av artiklene er kvantitative studier som omhandler helsepersonell, tre artikler er kvalitative og undersøker etterlevelse av retningslinjer hos sykepleiere. Litteratursøket resulterte ikke i studier som spesifikt undersøker legers eller barnepleieres etterlevelse av retningslinjer i sykehus. Barnepleiere kan i denne sammenheng være sammenlignbare med sykepleiere på grunn sammenfallende ansvarsområder.

De fleste implementeringsstudier benytter kvantitative forskningsmetoder, færre studier har en kvalitativ tilnærming (Bahtsevani, Willman, Stoltz, & Østman, 2010). Oversiktsstudier gir oversikt over tema, men går ikke i dybden. Derfor viser resultatene til mange innvirkende faktorer, uten at de er utdypende beskrevet. Implementeringsforskning benytter i liten grad begreper og definisjoner som gir entydige forståelsesrammer, dermed er det også vanskelig å sammenlikne resultater (Stirman m.fl., 2012).

Renolen og Hjälmhult (2015) undersøker hva sykepleiere forstår som den viktigste utfordringen ved implementering av kunnskapsbasert praksis, hovedsakelig ved bruk av retningslinjer, og hvordan de handler for å møte denne utfordringen. I valget mellom forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og kunnskap relatert til pasienten og de kontekstuelle forhold, var det utfordrende å avgjøre hvilken kunnskap sykepleiere skulle stole på, og hvordan kunnskapen skulle kombineres. Dette ble beskrevet som *en kontekstuell balansering av kunnskap*. Studien konkluderer med at sykepleiere stoler mer på eget skjønn enn på kunnskapsbasert praksis (Renolen & Hjälmhult, 2015).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Fretheim m.fl., 2015) har utarbeidet en rapport om effekt av tiltak ved implementering av kliniske retningslinjer. Rapporten viser god dokumentasjon på tiltak som monitorering med tilbakemelding⁸, lokale opinionsledere⁹, skreddersydde tiltak, og kurs og møter. Rapporten kan ikke trekke noen klar konklusjon om tiltak som samarbeid på tvers av profesjonsgrupper, strategier for å endre organisasjonskultur og offentliggjøring av kvalitetsindikatorer (Fretheim m.fl., 2015).

Innis m.fl. (2015) studie viser at en rekke faktorer relatert til både kontekst og innovasjonen påvirker implementering og etterlevelse. Organisasjonsverdier og organisasjonskultur, organisasjonens sosiale nettverk, ressurser som utdanning og opplæring, bruk av informasjonsteknologi og personalets kvalifikasjoner, samt ledelse, tilstedeværelse av lokale opinionsledere, og ansvars- og rollefordeling påvirker implementeringsprosessen.

Stirman m.fl. (2012) beskriver flere faktorer som har innflytelse på etterlevelse. Selve implementeringen innvirker på etterlevelse, blant annet evne til tilpasning og fleksibilitet. Videre hadde organisasjonskultur og -struktur innvirkning på etterlevelse. Organisasjonens ressurser, arbeidskapasitet, stabilitet og relasjonelle prosesser var også av betydning. Studien viser at det er sammenheng og samspill mellom disse faktorene. Studien peker også på at delvis etterlevelse er mer vanlig enn videreføring av alle implementerte tiltak.

Øvretveit m.fl. (2012) sin studie bekrefter resultater fra andre studier hvor blant annet lokale opinionsledere, eksternt kompetanse og ulike organisasjonsinterne faktorer har betydning for suksessfull implementering. Studien hevder å motsi tidligere forskning ved at implementering, til tross for en systematisk tilnærming, ikke er forutsigbar og planlagt, men krever fortløpende tilpasninger og endringer for å svare på endringer i organisasjonen.

Tilsvarende viser Bahtsevani m.fl. (2010) sitt studie at implementering av retningslinjer i sykehus er et kontinuerlig forbedringsarbeid. Implementeringsprosessen må evalueres for å sikre etterlevelse gjennom å balansere prioriteringer og kostnader. Å evaluere kan i seg selv bidra til økt etterlevelse. Strategier som involverer alt personell, å kontinuerlig følge opp

⁸ *Monitorering med tilbakemelding*, eller *audit & feedback*, er eksterne eller interne tilbakemeldinger til helsepersonell om deres klinisk praksis (Fretheim m.fl., 2015, s. 35).

⁹ *Lokale opinionsledere* eller *champions*, er enkeltpersoner som har betydelig tillit i og innflytelse på miljøet eller organisasjonen de tilhører (Fretheim m.fl., 2015, s. 36).

implementeringsprosessen, og å gi støttende tilbakemeldinger, øker etterlevelsen av retningslinjer.

Fleiszer m.fl. (2016) sin studie karakteriserer avdelinger med høy etterlevelse etter følgende tre elementer: Videreføring av fordeler, institusjonalisering av de implementerte endringene og utvikling over tid. Studien fastslår at det har vært forsket lite på etterlevelse av implementerte retningslinjer, og hevder å være den første som undersøker langtids etterlevelse av retningslinjer i akuttavdelinger (Fleiszer m.fl., 2016).

1.4 Formål

Formålet med denne studien er å øke kunnskapen om etterlevelse av retningslinjer i sykehus, ved å undersøke hvilke drivere og motkrefter vedrørende etterlevelse klinisk helsepersonell i sykehus beskriver og reflekterer over. Studien tar utgangspunkt i retningslinjene fra Keisersnittprosjektet.

1.5 Problemstilling

Følgende problemstilling er valgt:

Hvilke drivere og motkrefter beskriver klinisk helsepersonell vedrørende etterlevelse av retningslinjer i sykehus?

1.6 Avgrensninger

Denne studien undersøker erfaringer fra klinisk helsepersonell som anvender retningslinjer, og lederaspekter er derfor i liten grad belyst. Forhold ved politikk, økonomi og overordnede organisatoriske rammevilkår som bemanning og rekruttering, blir ikke undersøkt.

Utgangspunktet for studien er nye og reviderte retningslinjer introdusert gjennom Keisersnittprosjektet. Studien evaluerer ikke om retningslinjene fra Keisersnittprosjektet er vellykket implementert, eller kvaliteten på det faglige innholdet i retningslinjene, da dette krever en annen type studiedesign. I materialet fremkommer erfaringer i etterlevelse av andre retningslinjer enn dem som ble introdusert gjennom Keisersnittprosjektet. Disse beskrivelsene blir ansett som en nyansering og berikelse av informantenes forståelse av tema, og har derfor blitt inkludert i deler av materialet.

Fordi Keisersnittprosjektet er et avsluttet prosjekt, har jeg avgrenset studien til å benytte implementeringsteori og implementeringsforskning som ser nærmere på prosessen hvor retningslinjene er tatt i bruk og etterleves i klinisk praksis, etter innledende implementering.

I analysen og drøftingen har det i noen tilfeller vært nødvendig å differensiere beskrivelsene fra de ulike profesjoner. Denne studien kan imidlertid ikke bli forstått som en studie om profesjonsulikheter.

1.7 Studiens oppbygging

I kapittel 2 introduserer jeg fødebarselavdelingen og Keisersnittprosjektet. Kapittel 3 utdyper studiens teoretiske forankring i implementeringsteori. Kapittel 4 beskriver metodiske avveininger. I kapittel 5 presenterer jeg resultatene fra dataanalysen, før kapittel 6 diskuterer resultatene opp mot utvalgt forskning og teori. Diskusjonen avsluttes med implikasjoner og metodiske refleksjoner, før kapittel 7 gir noen avsluttende kommentarer om studien.

2 Empirisk felt – Fødebarselavdelingen og Keisersnittprosjektet

Keisersnittprosjektet ble gjennomført i fødebarselavdelingen ved et middels stort sykehus i Norge med om lag 1400 fødsler årlig, hvor omtrent 20 prosent av fødslene forløses med planlagt eller akutt keisersnitt. Landsgjennomsnittet for keisersnitt er på cirka 17 prosent (Folkehelseinstituttet, 2017).

Infeksjoner i operasjonsområdet innen 30 dager etter keisersnitt, forekom hos 8,3 prosent av keisersnittforløste kvinner i Norge i 2016 (Direktoratet for e-helse, 2017a). Over 80 prosent av disse oppstår etter at pasienten er utskrevet fra sykehus, derfor følges pasientene opp etter utskrivelse med informasjonsbrev og spørreskjema (Direktoratet for e-helse, 2017b).

Infeksjonsovervåking er obligatorisk og forankret i NOIS-registerforskriften¹⁰ (2005), hvor formålet er å bidra til råd om og evaluering av smitteverntiltak for å forebygge helsetjenesteassosierte infeksjoner.

I 2009 begynte den aktuelle fødebarselavdelingen å registrere infeksjoner etter keisersnitt hver høst, og har siden 2011 gjennomført helårlig infeksjonsovervåking. Gjennomgang av registrerte NOIS-data gir informasjon om insidens¹¹ i egen avdeling. I 2013 observerte fødebarselavdelingen at deres infeksjonsforekomst etter keisersnitt lå betydelig over landsgjennomsnittet. Dette ble utgangspunktet for Keisersnittprosjektet som startet oktober 2013. Jeg har fått kjennskap til prosjektet gjennom informasjon fra avdelingsledelsen, samt tilgang til deres internrapport om Keisersnittprosjektet:

Prosjektet ble initiert og ledet av seksjonsoverlegen i nært samarbeid med fag- og forskningsjordmor. En tverrfaglig arbeidsgruppe ble etablert, bestående av leger og sykepleiere fra fødebarselavdelingen, og avdelingene anestesi, operasjon, oppvåkning og smittevern, samt bidrag fra en barnelege og en farmasøyt.

Hovedfokus for prosjektet var infeksjonsforebygging og pasientsikkerhet, og god arbeidsflyt og kommunikasjon mellom de involverte avdelinger. En systematisk gjennomgang av hele

¹⁰ Forskriften etablerer et landsomfattende overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus, dagkirurgiske klinikker og sykehjem. Forskriften gir regler for innsamling og behandling av helseopplysninger i overvåkingssystemet (NOIS-registerforskriften, 2005).

¹¹ *Insidens* beskriver hyppighet, og angir nye tilfeller av sykdom i en definert populasjon i en bestemt tidsperiode (Hovig, 2008, s. 462).

pasientforløpet for planlagte og akutte keisersnittpasienter resulterte i en omfattende ”bundleintervensjon”¹² av ti nye og flere reviderte retningslinjer. Retningslinjene ble introdusert på personalmøter. I tre uker før oppstart i bruk av nye retningslinjer, ble det avholdt daglige workshops¹³, og internundervisning i de endringer som dette ville medføre for praksis. Avdelingens barnepleiere¹⁴, jordmødre og leger deltok, samt aktuelle samarbeidsavdelinger. Første februar 2014 var offisiell kick-off dag som markerte innføring av de nye retningslinjene. Målet var å redusere antall infeksjoner til nasjonalt nivå, og øke behandlingskvaliteten og pasientsikkerheten. Måltall (endepunkter) for forbedringsarbeidet var antall infeksjoner i operasjonsområdet etter keisersnitt, basert på NOIS-registreringen. Etter første tertial av 2017 har fødebarselavdelingen redusert insidens av infeksjoner i operasjonsområdet, men ikke oppnådd målet om å ligge under landsgjennomsnittet for infeksjoner etter keisersnitt (Direktoratet for e-helse, 2017c). Keisersnittprosjektet er nå avsluttet og retningslinjene inngår i vanlig drift.

Retningslinjer i pasientforløpet ved keisersnitt



Figur 2 - Oversikt over Keisersnittprosjektets retningslinjer i pasientforløpet.

Understreket tekst er de ti nye retningslinjene. Grå tekst er de reviderte retningslinjene. (Kirsten Gravningen, presentasjon av Keisersnittprosjektet på nasjonal smittevernkonferanse på Gardermoen, oktober 2015)

¹² Bundleintervensjon er et lite sett av forskningsbaserte tiltak rettet mot en definert pasientgruppe i helsevesenet, som ved å bli implementert samtidig gir betydelig bedre resultater enn om de blir implementert individuelt (Resar, Griffin, Haraden, & Nolan, 2012).

¹³ Workshops er en arbeidsform egnet for utviklingsarbeid og avgrensede tema, og kan avdekke behov eller klargjøre mål. Workshops skal tilføre kunnskap, og bidra til mestringsstrategier (Roland & Westergård, 2015, s. 183)

¹⁴ Barnepleiere har hjelpepleierutdanning med spesialisering i spedbarn- og barselstell, og arbeider sammen med jordmødre ved føde- og barselavdelinger i sykehus, eller i oppvekstsektoren (Fagforbundet, 2017).

Figur 2 gir en oversikt over Keisersnittprosjektets retningslinjer i pasientforløpet. Keisersnittprosjektet medførte blant annet endringer *preoperativt* med dusj med Hibiscrub¹⁵, rent sengetøy, og antibiotikaproylaks. *Peroperativt* skal trafikk på operasjonsstuen reduseres. På grunn av ny nasjonal retningslinje om sen avnavling¹⁶ av barn ved fødsel, skal jordmor kle seg sterilt for å bistå nær operasjonsfeltet. Det tilstrebes også mor-barn-vennlig¹⁷ keisersnitt. *Postoperativt* ble det blant annet utarbeidet et standardisert smerteregime, og retningslinjer for stell av sårdrenasje og operasjonssår. Kontroll av vitale parametre, og daglig sengeskiift med bruk av stellefrakk ble også beskrevet (Docmap, utskrift, 24. november 2016).

Lege avgjør om det er indikasjon for keisersnitt, utfører inngrepet og er medisinskfaglig ansvarlig. Jordmødre observerer og igangsetter nødvendige tiltak for den fødende, overvåker barnet og bistår ledsager. Barnepleier er tilgjengelig og støtter den fødende og ledsager, vanligvis far, og er sentral i den postoperative oppfølgingen av keisersnittpasienten og i stell av det nyfødte barnet.

¹⁵ Preoperativ helkroppsvask for desinfisering ved særlig høy infeksjonsrisiko (Felleskatalogen, 2017b).

¹⁶ Sen avnavling (1-3 minutter) anbefales ved alle fødsler (inkludert keisersnitt og for tidlig fødsel) for å sikre nyfødte en optimal start på livet utenfor livmoren gjennom transfusjon av fullblod og stamceller via navlesnoren (Helsebiblioteket, 2017).

¹⁷ I korte trekk står Mor-barn-vennlig initiativ for konkrete prinsipper som legger til rette for en god og positiv ammestart (Helsedirektoratet, 2014).

3 Teoretisk forankring – implementeringsteori

Studiens formål er å øke kunnskapen om etterlevelse av retningslinjer i sykehus, slik at avstanden i gapet mellom forskningsbasert kunnskap og praksis kan reduseres. Med dette som utgangspunkt har jeg valgt teoretisk forankring i implementeringsteori. Jeg har i hovedsak valgt teori som beskriver prosessen *etter* innledende implementeringsfaser er iverksatt. Innledningsvis er det imidlertid nødvendig å plassere implementering som del av en større innovasjonsprosess. Avslutningsvis presenterer jeg en oversiktsmodell for implementering som jeg mener kan bidra til å forstå og sortere faktorer som innvirker på etterlevelse av retningslinjer.

3.1 Innovasjonsprosess

Implementering kan bli forstått som en av tre faser i en innovasjon (Roland, 2015). Jeg forstår innovasjon som en endringsprosess. Innovasjonsprosessen består av *initiering*, *implementering* og *videreføring* (Roland, 2015). Fasene må ses i sammenheng, og foregår som en spiralprosess som utvikles sirkulært. I korte trekk er *initieringsfasen* forberedelse og beslutning om å sette i gang en endringsprosess. *Implementeringsfasen* er preget av stor grad av kompleksitet gjennom omsettingsarbeidet fra visjoner, idéer og teorier til den daglige praksisutøvelse. For å oppnå implementering må man få til endringer. Disse foregår på individ- og organisasjonsnivå, og deler av organisasjonen kan endre seg i ulikt tempo. Implementeringsfasen utdypes ytterligere i kapittel 3.2. *Videreføringsfasen* er fasen hvor implementeringen er blitt en integrert del av praksis. Enkelte forskere hevder at implementeringsarbeidet kan ta fra to til fire år, andre forventer tre til fem års implementeringsarbeid før innholdet er integrert i organisasjonen (Roland, 2015, s. 24). Videreføring handler om å holde intervensjonen levende, og samtidig utvikle den videre. Denne prosessen kan ses på som en forlengelse av implementeringsfasen (Roland, 2015).

Tidsperspektivet som angis, sammen med forståelsen av at deler av organisasjonen endrer seg i ulikt tempo, kan tyde på at Keisersnittprosjektet befinner seg både i implementeringsfasen og i videreføringsfasen¹⁸. Grenseoppgangene mellom implementering og videreføring er som beskrevet uklar, og åpner dermed opp for ulike forståelsesrammer for implementering. I det følgende velger jeg å benytte begrepet *implementering* som dekkende for begge disse faser.

¹⁸ På søken etter modeller og teorier for denne studien, har jeg ikke lyktes å finne noe anvendbart som utdyper videreføringsfasen.

3.2 Implementeringsprosess – ulike faser

Implementeringsprosessen beskrives noe ulikt ut fra hvilket forskningsmiljø man ser til. Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, og Wallance (2005)¹⁹ sin anerkjente oversiktsstudie er en omfattende gjennomgang av forskning fra ulike fagfelt, deriblant helseforskning. Fixsen m.fl. (2005) er valgt på bakgrunn av deres oversiktsmodell for implementering, som gir en god forståelsesramme for implementering, se kapittel 3.3.

I en implementeringsprosess er det flere faser, hvor fasetenkingen er en hjelp til å orientere seg i den komplekse endringen (Roland, 2015). Implementering er ikke en tilfeldig praksisendring, men en planlagt og målrettet systematisk prosess over tid, hvor fasene går over i hverandre (Fixsen m.fl., 2005). Fixsen m.fl. (2005) har delt implementeringsprosessen i følgende seks faser: 1) Utforskning og adaptasjon, 2) Programinstallasjon, 3) Innledende implementering, 4) Full gjennomføring, 5) Innovasjon²⁰ og 6) Opprettholdelse (Fixsen m.fl., 2005). De tre første fasene omhandler henholdsvis beslutningsprosessen, forberedelse og forankring i organisasjonen, og innføring av endringer med øving og læring. Disse fasene anses mindre relevant for denne studien. Jeg anser fase fire til seks av betydning for etterlevelse av retningslinjer, de blir derfor beskrevet nærmere:

3.2.1 Full gjennomføring

Full gjennomføring er fasen hvor retningslinjene i stadig større grad integreres i de ansattes daglige praksisutøvelse, samtidig som de blir en del av organisasjonen. Over tid utvikles dette til en akseptert praksis, og de ansatte vil trolig oppleve at endringen har forbedret praksis. Dette vil kunne føre til mestringsfølelse, og dermed økt motivasjon for nye endringer (Roland, 2015).

3.2.2 Innovasjon

Innovasjon betyr at noe er endret, og at endringen oppleves som en forbedring (Roland, 2015). Innovasjon kan bidra til at endringsprosjektet forbedres i etterkant fordi den ansatte har skapt nye og bedre løsninger. Derfor er det viktig at prosjekter evalueres godt, og at resultatene påvirker endringsprosjektets innhold, slik at også dette er i utvikling (Roland, 2015).

¹⁹ Jeg henviser også til Roland (2015), en norsk sekundærkilde som blant annet beskriver Fixsen m.fl. sin implementeringsforskning.

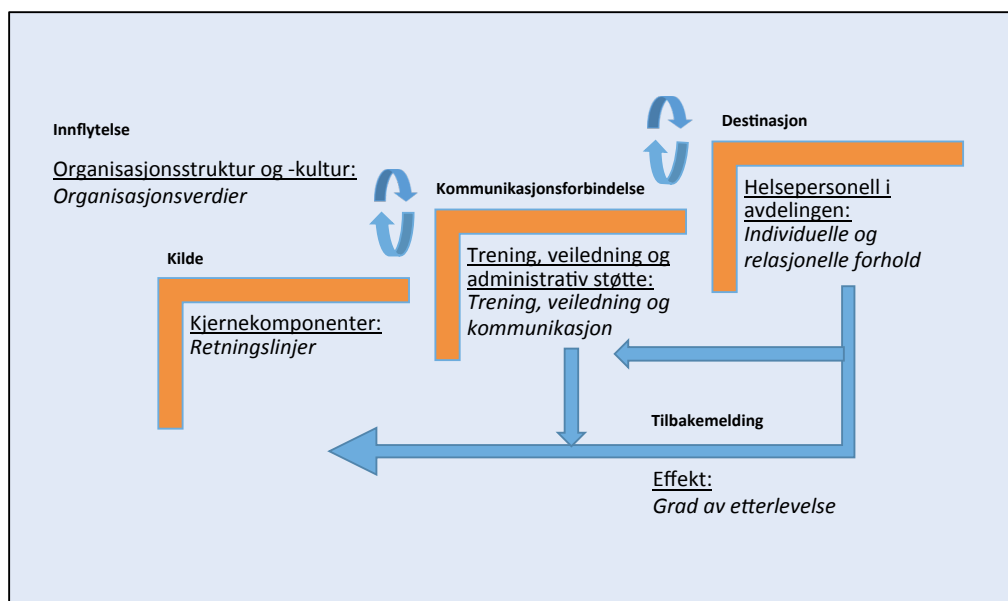
²⁰ Må ikke forveksles med innovasjonsprosess i kapittel 3.1.

3.2.3 Opprettholdelse

Opprettholdelse handler om å holde innholdet i endringen aktivt over lengre tid. Det beskrives som en krevende fase hvor man skal holde fokus på innholdet i endringer etter at den aktive implementeringsperioden er over. Endringene som er innført skal i denne fasen tilpasses og utvikles i takt med organisasjonens endringer (Roland, 2015).

3.3 Oversiktsmodell for implementering

Fixsen m.fl. (2005) har utviklet en modell som gir en oversiktlig forståelsesramme for hva som skjer i implementeringsprosessen. Modellen bidrar til å sette fokus på de "glidende deler", det vil si de forhold som bidrar til å bringe endringen i kontakt med de ansatte og organisasjonen (Fixsen m.fl., 2005). Modellens styrke er hvordan den synliggjør implementering som en kontinuerlig prosess, og hvordan ulike forhold i organisasjonen står i et gjensidig påvirkningsforhold til hverandre.



Figur 3 - Oversiktsmodell over implementering

(Fixsen m.fl., 2005, s. 12, min oversettelse og tolkning)

Kilden refererer til den bestemte endringen som skal implementeres, med beskrevne kjernekomponenter, altså det sentrale innholdet i endringen (Fixsen m.fl., 2005). I denne studien representerer kjernekomponentene *retningslinjene*.

Destinasjonen inkluderer både de ansatte og organisasjonen som har besluttet å gjennomføre endringen (Fixsen m.fl., 2005), i dette tilfellet *klinisk helsepersonell i fødebarselavdelingen*. Destinasjonen omhandler både *individuelle og relasjonelle forhold* som innvirkninger på implementeringen (Roland, 2015).

Kommunikasjonsforbindelsen er det viktige bindeleddet mellom kilden og destinasjonen, altså mellom retningslinjer og helsepersonell. For å få kilden over i destinasjonen, må man gjennom kommunikasjonsforbindelsen. Kommunikasjonsforbindelsen er derfor sentral. Hensiktsmessig implementering medvirker til at mest mulig av innholdet i kilden overføres til destinasjonen (Roland, 2015). I Fixsen m.fl. (2005) sin modell blir kommunikasjonsforbindelsen beskrevet som trening, veiledning og administrativ støtte. Trening er innlæring og omsetting av kjernekomponenter til praksis, veiledning er innspill og korreksjoner av praksis, og administrativ støtte er tildeling av ressurser og motivasjon. God ledelse spiller en avgjørende rolle i denne fasen (Fixsen m.fl., 2005). Siden min studie undersøker implementeringsprosessen etter at innledende implementeringsfaser er iverksatt (se kapittel 3.2), anses *trening* og *veiledning* som mindre relevant, men fremdeles betydningsfullt for å opprettholde ferdigheter og kompetanse. I denne studien vil administrativ støtte i form av hensiktsmessig *kommunikasjon* være mer relevant; hvordan retningslinjer blir formidlet til de ansatte i organisasjonen.

Tilbakemelding er prosessen hvor effekten av handlingene i destinasjonen sendes tilbake til kilden og kommunikasjonsforbindelsen (Fixsen m.fl., 2005). Tilbakemelding gjennom slike informasjonssløyfer gir viktig informasjon om lojaliteten på individ-, relasjons- og organisasjonsnivå, og bør gå i en kontinuerlig strøm gjennom hele implementeringsprosessen, fra destinasjonen, via kommunikasjonsforbindelsen, til kilden (Roland, 2015). I denne studien vil *grad av etterlevelse* angi effekten av implementeringen.

Innflytelse er den organisasjonskultur og organisasjonsstruktur som kilden, destinasjonen, kommunikasjonsforbindelsen og tilbakemeldingene opererer innenfor, som direkte eller indirekte innvirker på de ansatte og organisasjonen (Fixsen m.fl., 2005). Denne studien avgrenser seg til å undersøke faktorer knyttet til det jeg forstår som *organisasjonsverdier*.

4 Metode

En nødvendig del av forskningsprosessen er å redegjøre for vitenskapsteoretisk perspektiv. Perspektivet legger viktige premisser for valg av metode, og er en forutsetning for å vurdere forskningens gyldighet (Nilsson, 2007). Metodiske styrker og svakheter diskuteres i kapittel 6.4.

4.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

I denne studien ønsker jeg å få frem klinisk helsepersonells egne erfaringer og refleksjoner over etterlevelse av retningslinjer. Siden retningslinjer er et felles anliggende i fødebarselavdelingen, med tett og nært samarbeid, vil sosiale relasjoner også bli anskueliggjort: Hvordan helsepersonell samhandler, og hvilken mening og forståelse handlingene har for de som samhandler med hverandre. Ut fra problemstillingen velger jeg derfor et sosialkonstruktivistisk vitenskapsteoretisk perspektiv, som søker å forklare hvordan noen virkelighetsfortolkninger oppnår dominans fremfor andre i sosiale relasjoner (Tjora, 2017, s. 28). Styrken ved perspektivet er muligheten for å undersøke informantenes beskrivelser og refleksjoner, altså deres allerede fortolkede forståelse av ”virkeligheten”. Min fortolkning av intervjuene omgjort til tekst, er derfor en dobbel fortolkning: en *dobbel hermeneutikk* slik Anthony Giddens beskriver det (Fosslund & Grimen, 2001, s. 176).

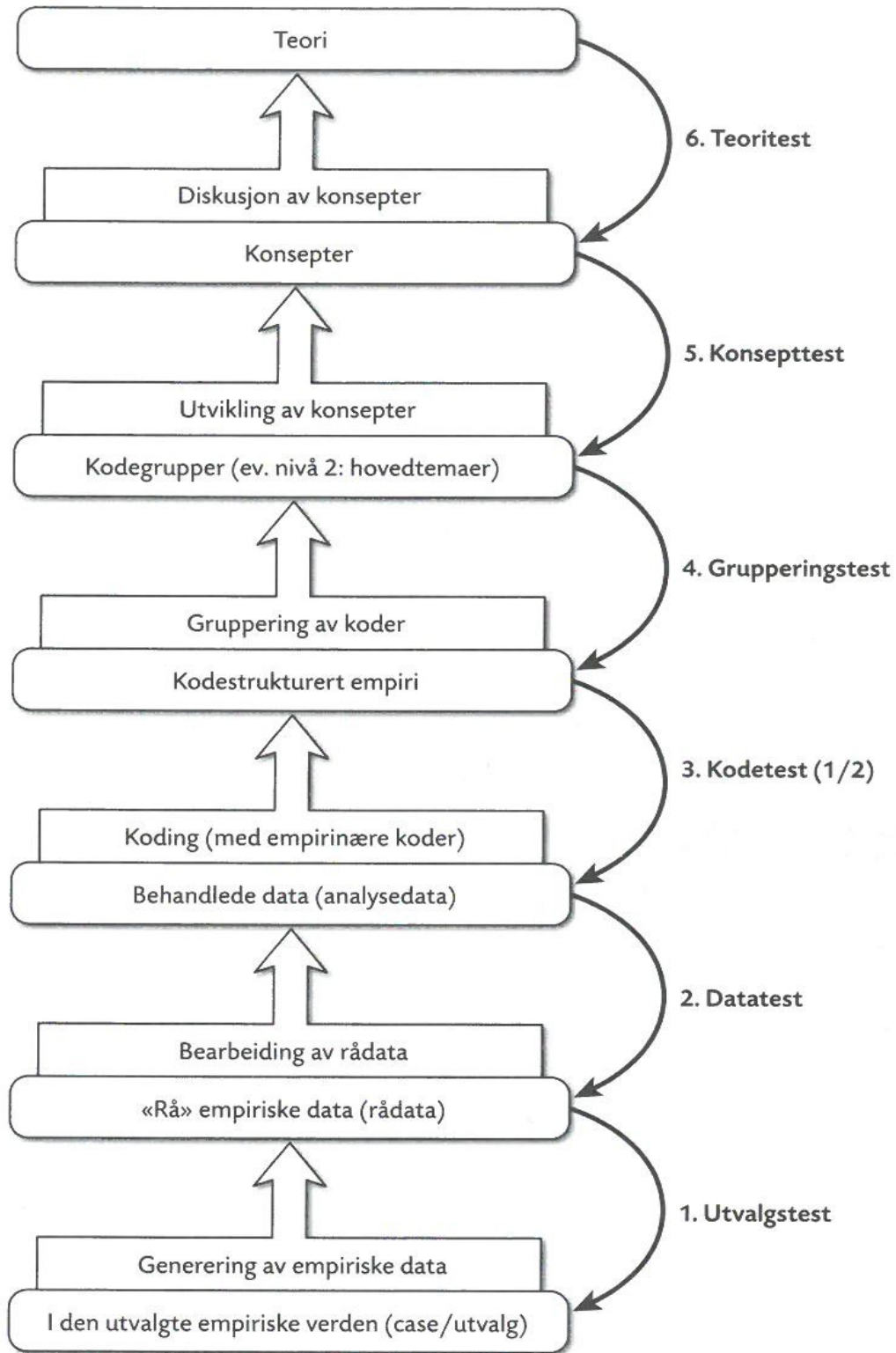
4.2 Metodevalg

Siden denne studien undersøker helsepersonells beskrivelser og refleksjoner, har jeg valgt en kvalitativ tilnærming. Kvalitativ metode vektlegger fortolkning, og er godt egnet for å undersøke informantenes erfaringer (Thagaard, 2013).

Innenfor mangfoldet av kvalitative metoder, har jeg vært inspirert av Tjoras (2017) *stegvis-deduktive induktive metode*. Tjoras metode består i korte trekk av en ”oppadgående” induktiv²¹ prosess hvor jeg jobber fra empirisk data mot teoretisk eller konseptuell forståelse, og ”nedadgående” deduktive²² tilbakekoblinger, hvor jeg kontrollerer fra det teoretiske til det empiriske (Tjora, 2017, s. 18), se figur 4.

²¹ *Induktiv* benyttes om forskning som er eksplorerende og/eller empiridrevet, og ved slutninger fra enkelttilfelle(r) til det generelle (Tjora, 2017, s. 259).

²² *Deduktiv* benyttes om forskning som er teoridrevet, og ved slutninger fra det generelle til enkelttilfelle (Tjora, 2017, s. 256).



Figur 4 - Stegvis deduktiv-induktiv metode

(Tjora, 2017, s. 19)

Sett ut fra problemstillingen og Taylors hermeneutiske perspektiv, hvor de sosiale relasjoner skapes ved handling, interaksjon og meningsdanning, var det av betydning å undersøke helsepersonell beskrivelser og refleksjoner i deres sosiale ”virkelighet”. Jeg har derfor valgt *fokusgruppeintervju* som forskningsmetode: et gruppeintervju hvor flere informanter i fellesskap diskuterer et gitt tema sammen med en ordstyrer, kalt moderator (Tjora, 2017, s. 123). Fokusgrupper er tett forbundet med et sosialkonstruktivistisk vitenskapsteoretisk perspektiv, ved at samtalen og interaksjonen som oppstår *mellom* informantene bidrar til datagenerering (Tjora, 2017). Dette skiller fokusgruppeintervju fra tradisjonelle gruppeintervju, hvor dialogen i større grad skjer mellom forsker og informant.

I tillegg til fokusgruppeintervju hadde jeg uformelle samtaler med avdelingsledelsen i forkant og underveis i studien. Samtalene hadde som formål å forstå bakgrunnen for Keisersnittprosjektet, og det empiriske feltet. Et pilotintervju²³ ble også gjennomført i forbindelse med utarbeiding av intervjuguiden.

4.3 Datagenerering

I dette kapitlet vil vurderinger i de to første trinnene i den stegvis-deduktive induktive metoden bli presentert, se figur 4: I steget *Generering av empirisk data* beskriver jeg avveininger ved utvalg og rekruttering, utarbeiding av intervjuguide og gjennomføring av fokusgruppeintervju, mens steget *Bearbeiding av rådata* beskriver transkriberingsfasen.

4.3.1 Utvalg og rekruttering

Min interesse for Keisersnittprosjektet ble avgjørende for utvalg og rekruttering til denne studien. Keisersnittprosjektet ble i utgangspunktet valgt fordi det ble ansett som et vellykket implementeringsprosjekt. Keisersnittprosjektet var dessuten definert og avgrenset i tid og rom, noe som bidro til å konkretisere denne studiens forståelsesramme. En konkret ”bestilling” var enklere å rekruttere informanter til, og bidro til å skape engasjement i fokusgruppeintervjuene fordi det var gjenkjennelig.

Jeg vurderte å inkludere helsepersonell fra samarbeidende avdelinger som anestesi, operasjon og oppvåkning. Siden eierskapet til Keisersnittprosjektet var i fødebarselavdelingen, ble imidlertid de andre avdelingene ekskludert. Jeg vurderte også å rekruttere prosjektgruppens deltakere, hvor problemstillingen ville hatt fokus på ledelsesaspekter ved implementering.

²³ Beskrives i kapittel 4.3.2.

Dette ble forkastet, da jeg i stedet ønsket en tilnærming til klinisk helsepersonell som *faktisk* skal utføre og opprettholde de endringene som er forsøkt implementert. Siden Keisersnittprosjektets retningslinjer var rettet mot barnepleiere, jordmødre og leger, og faggruppene samarbeider tett, ble alle tre profesjoner inkludert i tverrfaglige fokusgrupper. Dette kaller Tjora for et strategisk utvalg med maksimal spredning (Tjora, 2017, s. 124).

Tjora (2017) anbefaler seks til åtte deltakere i hver fokusgruppe, men antallet kan reduseres til minifokusgrupper med tre eller fire deltakere dersom informantene er spesialister på temaet (Tjora, 2017, s. 124). For at utvalget skulle være håndterbart ut fra studiens tidsramme og avdelingens drift, og samtidig belyse problemstillingen, besluttet jeg å rekruttere seks informanter fordelt på to fokusgrupper med en barnepleier, en jordmor og en lege i hver gruppe. Lik fordeling av profesjoner innad i gruppen, sikret lik fordeling av makt.

Inklusjonskriterier var at informantene hadde arbeidet klinisk i avdelingen før, under og etter at Keisersnittprosjektet ble introdusert, for å sikre kjennskap til prosjektet og tilhørende retningslinjer. Dette medførte at utvalget hadde arbeidet tre år eller mer i fødebarselavdelingen. Informantene vil av hensyn til anonymisering heretter omtales som *hun*, uavhengig av kjønn.

Jeg valgte å informere legene om studien på deres fagmøte. Jeg la igjen skriftlig informasjonsskriv og samtykkeerklæringer, slik at de ikke skulle føle seg presset ved at jeg fikk informasjon om hvem som takket ja eller nei til deltakelse, se vedlegg 3.

Samtykkeskjemaene ble samme dag innhentet hos legeansvarlig leder, som etter avtale hadde tatt hånd om dem. To leger samtykket til deltakelse.

Jordmødre og barnepleiere ble informert via e-post, hvor informasjonsskriv og samtykkeskjema var vedlagt. E-posten ble sendt seksjonsleder, som videresendte forespørselen til de ansatte. Interesserte kunne ta direkte kontakt med meg på e-post eller telefon. Én jordmor kontaktet meg. Det var kort svarfrist, jeg sendte derfor ny forespørsel uten at flere ble rekruttert. Deretter forespurte seksjonsleder noen ansatte om deltakelse, på vegne av meg. Etter felles diskusjon hvor etiske betraktninger om det å føle press av leder til deltakelse, og at deres identitet ikke lengre ble skjult for leder, avtalte seksjonsleder og jeg at jeg selv informerte de ansatte i avdelingen. Dette skjedde gjennom to uformelle samtaler på vaktrommet. De fleste hadde noe kjennskap til studien gjennom tidligere e-poster. Siden kontakten var så direkte, understreket jeg kravet om frivillig deltakelse. Informasjonsbrev og

Samtykkeerklæringer ble lagt igjen, og de ble oppfordret til å ta direkte kontakt med meg, om de ønsket å delta. Etter hvert samtykket en jordmor og to barnepleiere til deltakelse. Alle informantene har over ti års erfaring i helsevesenet, og en gjennomsnittlig arbeidserfaring i fødebarselavdelingen på tretten år.

4.3.2 Intervjuguide og pilotintervju

En intervjuguide strukturerer fokusgruppeintervjuet (Tjora, 2017). I utarbeidelsen ble åpne, spørsmål som ikke skulle bekrefte egen forforståelse, forsøkt vektlagt. Jeg var ute etter informantenes etterlevelse av retningslinjer, jeg tok derfor utgangspunkt i et utvalg av de ti nye retningslinjene som ble introdusert gjennom Keisersnittprosjektet, og tilstrebet formuleringer som kunne gi konkrete historier om et hendelsesforløp. Det ble også viktig å stille spørsmål hvor alle profesjoner kunne bidra, for ivaretagelse av alle informanter. Konfronterende spørsmål ble unngått for å opprettholde tilliten til informantene og unngå forventinger om ”riktige svar”.

Jeg diskuterte spørsmålene i intervjuguiden med veilederne. Deretter ble kvaliteten på spørsmålene testet i et pilotintervju, som var et dybdeintervju med en jordmor fra avdelingen. En sykepleier, som i fokusgruppeintervjuene skulle ha rolle som sekretær²⁴, deltok som observatør. Intervjuet fulgte anbefalinger i tråd med dybdeintervju. Deltakeren i piloten fikk muntlig orientering om formålet med pilotintervjuet, og skriftlig og muntlig informasjon om studien. Deltaker samtykket til deltakelse i studien dersom jeg senere ville inkludere pilotdataene i hovedstudien. Intervjuet varte i 35 minutter, digital lydopptaker ble benyttet og intervjuet ble transkribert som hjelp til å forbedre intervjuguiden. Intervjuet ble også analysert. Jeg valgte senere å ekskludere pilotintervjuet, fordi fokusgruppeintervju og dybdeintervju gir forskjellige innfallsvinkler til problemstillingen, og fordi pilotintervjuet ikke tilførte nye momenter. Dybdeintervju som metode utdypes derfor ikke ytterligere.

Pilotintervjuet bidro til å presisere spørsmålsformuleringene i intervjuguiden. Deltakeren syntes at jeg stilte samme spørsmål flere ganger, og ble usikker på hva jeg etterspurte. Intervjuguiden var uryddig, og det ble utfordrende å følge med på hvor langt jeg var kommet, noe som skapte uhensiktsmessige pauser underveis. Transkriberingen synliggjorde også egen usikkerhet. Det ble viktig med et godt ”manus”, og øving i forkant av

²⁴ Beskrives i kapittel 4.3.3.

fokusgruppeintervjuene. Spørsmålene i intervjuguiden ble kategorisert i åtte hovedtema som skilte tydelig på fortid og her-og-nå-situasjon. Hvert hovedtema ble innledet med en bakgrunn, og ett eller flere åpne spørsmål. Underspørsmål skulle benyttes dersom hovedspørsmålene ikke besvarte dem. Intervjuguiden følger Tjoras (2017) beskrivelser for intervjuguide til fokuserte intervju, hvor første og siste hovedtema er oppvarmings- og avslutningsspørsmål, mens de øvrige danner fokusgruppeintervjuets refleksjonsdel, se vedlegg 4.

4.3.3 Fokusgruppeintervju

De to fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på et møterom som lå tilbaketrasket i sykehuset, men nært nok til at det var enkelt for informantene å finne frem. De tre informantene satt rundt et møtebord sammen med meg som moderator, og en sykepleier med erfaring fra fokusgruppeintervju som sekretær. Vi opplevde ingen forstyrrelser underveis, bortsett fra en kortvarig telefonsamtale til en informant som ble besvart på gangen.

Før fokusgruppeintervjuet startet, ble det tidligere skriftlige samtykket bekreftet muntlig fra hver informant. De samtykket også muntlig til sekretærens tilstedeværelse under fokusgruppeintervjuet. De ble forespurt om jeg kunne kontakte dem i etterkant av intervjuet. Dette samtykket alle til, men har i analysen vært vurdert som ikke nødvendig.

Introduksjonen til fokusgruppeintervjuet er sentral og legger føringer for interaksjonen. Jeg presenterte sekretæren og meg selv, og fikk bekreftelse på at informantene kjente hverandre. Opplysninger fra informasjonsskrivet ble gjentatt. Jeg oppfordret til intern taushetsplikt i gruppen for å ivareta informantene, og gi dem anledning til å vurdere hvor mye informasjon de var villig til å dele med andre (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Jeg benyttet digital lydopptaker som kunne slås av dersom det var behov underveis. Det ble kun servert drikke for å unngå støy som kunne påvirke lydopptaket. Formålet og intensjonen med fokusgruppeintervju ble presisert: Jeg ønsket deres opplevelser og erfaringer ved etterlevelse av retningslinjer. Jeg ikke var ute etter ”riktige svar”, men å forstå hvordan praksis utspiller seg i avdelingen. Jeg ønsket at informantene i størst mulig grad førte samtalen. De kunne fritt ta ordet, og ble oppfordret til å stille spørsmål til hverandre eller dele betraktninger og refleksjoner, slik at temaet ble undersøkt best mulig.

Min rolle var å holde samtalen innenfor tema og avsatt tid, og skape en trygg og fortrolig ramme (Tjora, 2017). I begge fokusgruppeintervjuene var det god flyt i samtalen, og alle informantene deltok. Når samtalen stoppet opp, stilte jeg nye spørsmål eller

oppfølgingsspørsmål. Jeg forsøkte å ikke stille spørsmål for raskt for å åpne opp for flest mulig refleksjoner. Jeg var bevisst på eventuelle spenninger mellom informantene, men opplevde en god og respektfull tone mellom dem. For å opprettholde flyt i samtalen, ble intervjuguiden benyttet fleksibelt. Jeg forsøkte å være åpen for uforberedte oppfølgingsspørsmål, som ga muligheten til å følge opp informantenes betraktninger (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Observasjoner og refleksjoner ble nedfelt underveis og umiddelbart etter intervjuet.

Sekretæren hadde en tilbaketrukket rolle i intervjuet, og skrev ned replikkvekslinger (hvem sa hva) som støtte når lydfil senere skulle transkriberes. Sekretæren fulgte også med på om spørsmålene ble besvart. På slutten kunne sekretæren kommentere innholdet eller stille utfyllende spørsmål til informantene. Begge fokusgruppeintervjuene varte om lag halvannen time.

Enhver datainnsamling kan sette i gang reaksjoner som er uønskede eller uheldige (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Informantene ble oppfordret til å ta kontakt med meg hvis slike reaksjoner oppstod, eller ved andre spørsmål til studien. Ingen informanter har kontaktet meg.

4.3.4 Transkribering

Etter intervjuene transkriberte jeg lydfilene. Flere snakket samtidig, det ble derfor nødvendig å høre lydopptaket flere ganger for å kople tale og tekst til riktig informant. Jeg valgte å transkribere i skriftspråkstil uten bruk av dialekt (Kvale & Brinkmann, 2009), men forholdt meg ellers ordrett og detaljert til datamaterialet. Alle lyder, inkludert trykksterke og nølende stavelser, og ikke-verbal kommunikasjon, som latter og tenkepauser, ble inkludert for å unngå tap av relevant informasjon som kunne ha betydning i analysen (Tjora, 2017). Når jeg senere leste tekstene, var jeg ”tilbake” i situasjonen, og husket stemningen og kroppsspråket. Underveis i transkriberingen ble egne refleksjoner skrevet ned.

4.4 Dataanalyse

Den kvalitative analysen skal gjøre det mulig for leser å få økt innsikt i studiens tema, uten selv å måtte gå gjennom de transkriberte tekstene (Tjora, 2017). Analysen følger beskrivelser av trinnene *Koding* og *Kodegruppering* i den stegvis-deduktive induktive metoden, se figur 4. Målet er å skape mening av de kvalitative data, en mening som går utover informantenes beskrivelser fordi jeg har tilgang til mange beskrivelser, og ved hjelp av teori. Analysen

krever en sensitivitet for hva som finnes i empirien utover forventninger og problemstillinger (Tjora, 2017).

4.4.1 Koding

Målet med kodingen er å ekstrahere essensen av de transkriberte tekstene, redusere volum, og legge til rette for idégenerering på bakgrunn av detaljer i teksten (Tjora, 2017). Kodingen skal være *empirinær*, det vil si tett på deltakerutsagn og *hva* informanten sier, for å redusere påvirkningen av ulike forventninger og teorier. Dette skiller seg fra sorteringsbasert koding som beskriver tema som gjerne kunne vært satt opp *før* kodingen, og hva informantene snakker *om* (Tjora, 2017). Den deduktive *Kodetesten* kvalitetssjekker om koden er generert fra empirien og ikke på forhånd, og at den gjengir presise detaljer fra de kvalitative data (Tjora, 2017).

Jeg leste intervjutranskripsjonene og opprettet koder bestående av setninger eller sammenføyninger av setninger som representerer essensen i det aktuelle utsnittet av teksten. For å beholde nærheten til de kvalitative data, valgte jeg å kode alt som var relevant innenfor temaet (for eksempel beskrivelser av retningslinjer), og ikke bare relatert til problemstillingen. Beskrivelser og refleksjoner ved etterlevelse av retningslinjer som ikke kunne tilskrives Keisersnittprosjektet ble beholdt, da disse ble tolket som en berikelse av materialet. Dette resulterte i 240 koder. For å opprettholde koplingen mellom koder og transkribert tekst, ble kodingen utført i tabell. Første kolonne presenterte koder med kodennummer, kolonne to presenterte tekstutsnittet som koden ble hentet fra. Deretter ble koder med kodennummer kopiert til et nytt dokument, som ble benyttet til neste steg i analysen, kodegruppering.

4.4.2 Kodegruppering

I kodegruppering grupperes kodene tematisk ved hjelp av *Grupperingstest*: Hver kode legges til en eksisterende kodegruppe, eller en ny kodegruppe opprettes. Målet er å generere kodegrupper med indre konsistens og tematisk ulike hverandre, for strukturering av analysen (Tjora, 2017).

Koder med innbyrdes tematisk sammenheng ble samlet i følgende fem kodegrupper: 1) *Kunnskap i handling*, 2) *Individuelle drivere og motkrefter*, 3) *Samarbeid og samhandling*, 4) *Organisasjonskultur* og 5) *Strukturelle forhold*. I tillegg ble det laget en egen kodegruppe for beskrivelser av retningslinjer, som ikke svarte på problemstillingen. Hver kodegruppe ble deretter sortert på bakgrunn av innhold.

Da resultatene skulle skrives ut, fant jeg materialet for omfattende og overgangene mellom kodegrupperingene glidende. Etter flere runder med presisering av problemstilling, ble kodegruppene omgruppert til tre *hovedtema*, og innholdet redusert. I korte trekk ble de fire første kodegruppene beholdt, den femte ble ekskludert av hensyn til denne studiens størrelse og fordi den ble ansett som mindre sentral i denne sammenheng. Gruppe to og tre ble slått sammen, da det var utfordrende å skrive ut resultatene kategorisert til enkeltindividet eller til interaksjonen med andre. Hovedtemaene fikk deretter nye navn som samsvarte med det nye innholdet: 1) *Forståelser av retningslinjer*, 2) *Relasjonelle prosesser* og 3) *Organisasjonsverdier*. Disse danner grunnlaget for oppbyggingen av første del av resultatdelen.

4.4.3 Utvikling av konsepter

Mens jeg i koding og kodegruppering har forholdt meg empirinært, vil jeg i steget *Utvikling av konsepter* benytte teori, se figur 4. Når teori, forskning og faginteresser påvirker analysen, er den ikke lengre empirisk styrt, og jeg går over fra en induktiv til en abduktiv²⁵ tilnærming (Tjora, 2017).

Jeg vurderte Fixsen m.fl. (2005) sin oversiktsmodell for implementering som en god og oversiktlig forståelsesramme for etterlevelse av retningslinjer. Med utgangspunkt i hovedtema fra forrige steg, vil modellen være mine ”analytiske briller” til å forstå og sortere mulige driver og motkrefter for etterlevelse av retningslinjer.

Jeg forstår Tjoras (2017) utvikling av konsepter som å løfte blikket opp fra den konkrete empirien og skaffe en bedre, generell forståelse. I denne studien vil konseptutvikling bidra til en bedre forståelse og en modifikasjon av Fixsen m.fl. sin modell, basert på en nysgjerrighet for hvor i organisasjonen drivere og motkrefter oppstår. Den teoretisk styrte analysen blir presentert til slutt i resultatdelen.

4.5 Formelle krav

Avdelingsledelsen ble forespurt om studien kunne gjennomføres, og samtykket til dette, se vedlegg 1. Fordi jeg behandler personopplysninger på lydfiler, var studien meldepliktig til *Norsk senter for forskningsdata*, som godkjente studien i august 2016 med prosjektnummer 49275, se vedlegg 2.

²⁵ *Abduktiv* tilnærming starter fra empiri (induktivt), men aksepterer betydningen av teori og perspektiver i forkant og/eller i løpet av forskningsprosessen (Tjora, 2017, s. 211).

Denne studien reguleres av forskningsetikkloven (2006), hvor individets frihet og selvbestemmelse skal beskyttes. Skriftlig informasjon og strenge krav om informert samtykke er en forutsetning for forsvarlig forskningsetisk fremgangsmåte (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Informasjonsbrevet inneholdt nødvendig informasjon om studien: Bakgrunn, problemstilling, formål, frivillig deltakelse og mulighet for å trekke seg, konfidensialitet og datasikkerhet, se vedlegg 3. Informantene samtykket til studien etter å ha lest innholdet i informasjonsbrevet. Informasjonen ble gjentatt muntlig i forkant av fokusgruppeintervjuene for å kvalitetssikre det informerte samtykket.

Studien følger *Universitetet i Tromsø* sine rutiner for datasikkerhet, i tråd med Personvernombudets prosjektvurdering, se vedlegg 2. Personidentifiserende opplysninger er fjernet fra det skriftlige materialet for å sikre anonymitet. Etter slutføring slettes navn/koblingsnøkkel, indirekte personopplysninger og digitale lydopptak. Ingen trakk seg fra studien, men om det hadde skjedd, ville data fra informanten blitt makulert og ikke benyttet.

Seleksjon og presentasjon av sitater skal gjenspeile hovedlinjene i de kvalitative data, på en slik måte at informantene anonymiseres. Sitater på mindre enn 3 linjer er satt inn i hovedteksten. Sitater på 3 linjer eller mer er fremhevet i eget avsnitt. Sitatene er ”språkvasket” slik at særpreg i talemåte er tatt bort.

5 Resultater

Dette kapitlet presenterer resultatene fra dataanalysen. Resultatene fra innholdsanalysen blir belyst med sitater, og presentert induktivt med utgangspunkt i de tre hovedtemaene som ble introdusert i metoden, se kapittel 4.4.2. Deretter følger en kort oppsummering, før jeg i en teoretisk styrt analyse ved hjelp av (Fixsen m.fl., 2005) plasserer resultatene fra de tre hovedtema inn i en modifisert modell.

5.1 Forståelser av retningslinjer

Som beskrevet innledningsvis er retningslinjer alene ikke nok til at endringer skjer. Hvordan retningslinjene blir *forstått*, beskriver informantene som en av flere årsaker til i hvor stor grad retningslinjer etterleves.

5.1.1 Nødvendig, viktig og riktig

En jordmor beskrev hvordan hun tolket sin profesjons forståelse av retningslinjer: ”Hvis jordmødrene føler at retningslinjen er nødvendig, viktig og riktig, opplever jeg at vi er veldig tro mot dem”. Utsagnet oppsummerer viktige momenter som alle informanter beskrev som betydningsfulle for troverdigheten til retningslinjene. *Nødvendig* og *viktig* viser tilbake på bakgrunnen for at Keisersnittprosjektet ble initiert:

Informantene beskrev retningslinjene som *nødvendige* og *viktige*, fordi NOIS-registreringen hadde gjort dem oppmerksom på at tidligere praksis ikke var tilfredsstillende. En lege sa: ”Vi fikk presentert tallene fra NOIS-registreringen. Med så høy infeksjonsinsidens var det motiverende å gjøre tiltak.” En annen sa: ”Når personalgruppen identifiserer og forstår noe som et problem, er man motivert for å gjøre noe med det.” NOIS-registreringen bidro til å fremvise avdelingens utfordringer, og skape motivasjon for endring. Retningslinjene som ble introdusert gjennom Keisersnittprosjektet, ble dermed, slik jeg forstår, i stor grad akseptert og imøtekommet. En tredje informant beskrev mottakelsen av retningslinjene slik:

Jordmor: Jeg opplevde at [personalet] snudde seg ganske raskt. Det tror jeg er som [lege] sier, at NOIS-registreringen viste at vi hadde mange infeksjoner, og at vi ønsket best practice. Vi kjente at det var modent for en endring.

Materialet utdyper ikke hva informanten legger i begrepet ”best practice”. Jeg forstår begrepet som en ”forbilledlig praksis” som tar utgangspunkt i gode eksempler til etterfølgelse. Retningslinjer ble slik jeg kan se det, nødvendige for å beskrive en forbilledlig praksis.

Eksemplet over peker også at ”det var modent for en endring”. Dette ble beskrevet slik i det andre fokusgruppeintervjuet:

Jordmor: Jeg tenker at [implementering av retningslinjer] var bra. Jeg synes det har vært litt på halv åtte med våre rutiner rundt operasjon. Personlig synes jeg det var okay å få ting satt i system, å få litt mer struktur på det.

Retningslinjene ble dermed ansett som *nødvendige og viktige* fordi de skapte en struktur og forutsigbarhet, forstått som konkrete forventinger og krav til hvordan ivaretagelsen av keisersnittpasienten gjennom pre-, per- og postoperativ fasen skulle være.

Retningslinjene ble vurdert som *riktige* basert på informantenes faglige vurderinger av retningslinjene. En lege sa: ”Når det gjelder å ta retningslinjer i bruk, så tenker jeg at det er viktig med informasjon. At man skjønner hvorfor, at det er logisk [...] og faglig begrunnet.” I dette eksemplet viste legen til den preoperative retningslinjen hvor Dexametason²⁶ skal gis som premedikasjon. Legen var ikke kjent med de faglige vurderingene som lå til grunn for denne bestemmelsen.

Lege: Jeg synes Dexametason har vært litt sånn, men jeg har forholdt meg til at de har innført det. Det er sikkert fordi jeg ikke vet nok. Når det gjelder infeksjonsrisiko er det å gi steroider litt motstridende. Det er kvalmestillende, det er derfor det gis.

Legen forstod at Dexametason var kvalmeprofylakse, men den faglige begrunnelsen og argumentasjonen for anbefalingen, var ikke pålitelig nok. I legens medisinske vurdering var andre betraktninger sentrale, eksemplifisert ved at steroider kan gi økt infeksjonsrisiko. Dette utfordret hennes forståelse for hvorfor en slik anbefaling var gitt, slik jeg tolker det. At anbefalingen ble introdusert i et prosjekt som ble initiert grunnet høy infeksjonsinsidens, kan ha skapt ytterligere utfordringer for forståelsen, noe som trolig kom til syne i legens senere kommentar: ”Det gjør det jo ikke enklere å finne ut hva som har infeksjonsforebyggende effekt eller ikke”. Jordmoren i fokusgruppeintervjuet opplevde at de sjelden fikk gitt Dexametason, fordi medikamentet angivelig skulle gis en god stund før keisersnittet: ”Jeg opplever mest at vi ikke gir det, fordi vi ikke rekker det.” Materialet forteller ikke om jordmorens mangelfulle etterlevelse av retningslinjen har sammenheng med legens manglende troverdighet til anbefalingen, men det kan være nærliggende å tenke seg at tvil om

²⁶ Dexametason et kortikosteroid som i følge Felleskatalogen (2017a) hovedsakelig benyttes ved betennelsestilstander, visse allergiske reaksjoner, mot brekninger ved behandling med cytostatika, og ved væske/hevelse i hjernen på grunn av hjernesvulst.

faglige begrunnelser kan ”smitte” over til andre. Den mangelfulle etterlevelsen av retningslinjen kan også skyldes tidspress. Slik jeg imidlertid forstår det, vil retningslinjer med ukjent eller uklart forskningsbasert kunnskapsgrunnlag svekke etterlevelsen.

Retningslinjene skulle ikke bare ha gode faglige argumenter. For barnepleierne og jordmødrene, og til dels også legene, kunne det se ut som at retningslinjene også måtte samstemme med deres erfaringsbaserte kunnskap. Ny postoperativ retningslinje hvor daglig sengeskiift med stellefrakk ble inkludert, ble positivt imøtekommet fordi den var gjenkjennelig fra tidligere praksis:

Barnepleier: Vi som har jobbet noen år kjente retningslinjene igjen fra tidligere. Det var som å gå tilbake i tid. Det var mye strengere før, så ble det slakk, og så innstramminger igjen. Det var helt fri flyt av alt en periode, på alle hold. Blant annet med bruk av stellefrakk, og sengeskiift hver dag, det var jo vanlig før. [...] Jeg opplevde [de nye] endringene som veldig bra. [...] Vi lærte jo om hygiene, det sitter i ryggmargen.

Argumentet for daglig sengeskiift og bruk av stellefrakk lå, slik jeg forstår informantene, i de hygieniske prinsipper som var tillært gjennom utdanningen. I den postoperative oppfølgingen av keisersnittpasienten, ble økt fokus på hygiene ansett som pålitelige tiltak for å forebygge infeksjoner etter keisersnitt. Ingen av informantene var tvilende til anbefalingen i retningslinjen. Dette til tross for at retningslinjen ikke *beskriver* den forskningsbaserte kunnskapen for anbefalingen, slik jeg tidligere har forstått som betydningsfullt for dem. Det kan dermed se ut til at deres tidligere ervervede erfaringskunnskap kan underbygge troverdigheten til enkelte retningslinjer.

Den erfaringsbaserte kunnskapen, kunne slik jeg ser det, også utfordre troverdigheten til retningslinjen. Særlig i den ene fokusgruppen var dette et sentralt diskusjonstema:

Jordmor: Jeg syns noen ganger det går litt over stakk og stein. Det må være litt sunn fornuft og logikk. Hvor godt dokumentert er det, hva har man av forskningsmateriale å vise til, hvor langt skal man dra den [...], er det sunn fornuft og logisk? Man har jo en del kunnskap og erfaring med seg gjennom et langt yrkesliv, og formeninger om hva som fungerer og ikke. Det er jo ikke all forskning som er like godt underbygget. Så jeg tar det med en klype salt, selv om noen smeller i bordet med den ene artikkelen foran og den andre etter. [...] Men det er mye bra som kommer frem også. Å klare å ende på en litt sånn god vei, at det ikke blir fanatisk, at det blir verken for mye eller for lite i forhold til det som fungerer.

I denne sammenhengen var utgangspunktet for diskusjonen generelle retningslinjer for sykehusbekledning, hvor blant annet klokke, ringer og ørepynt ikke skal benyttes sammen

med den hvite arbeidsuniformen. Jordmorens erfaringsbaserte kunnskap ga ikke troverdighet til den forskningsbaserte kunnskapen om hvorfor ørepynten skulle av:

Jordmor: Men jeg tror det er vanskeligere å forstå dette med ørepynten, [...] de er nå bare der. Det er ikke noen bakterier som hopper fra ørepynten og ned på pasienten.

Lege: Nei, det er liksom hudflora.

Jordmorens kommentar beskriver det jeg forstår er en manglende sammenheng mellom tiltaket; å ta av ørepynten, og resultatet; å forebygge infeksjoner. Dette utfordrer hennes forståelse av anbefalinger gitt i retningslinjen, fordi hun ikke ser muligheten for smitte fra ørepynt, via helsepersonells hender, til pasienten. Legen støtter, slik jeg ser det, jordmorens utsagn ved å ufarliggjøre hudfloraen fra ørepynten, som eksempelvis kan forårsake infeksjoner i operasjonsområdet. Erfaringskunnskapen (ørepynt gir ikke infeksjoner) medfører dermed en manglende troverdighet til retningslinjens forskningsmessige kunnskapsgrunnlag.

5.1.2 Restriksjoner, påbud og ekstraarbeid

Et annet moment som ble trukket frem i samme diskusjon som ovenfor, var behovet for å se retningslinjenes relevans. Retningslinjen som informanten henviser til i følgende eksempel, bygger på et forskningsbasert kunnskapsgrunnlag som argumenterer for at helsepersonell som bærer klokker og ringer i pasientkontakt, bidrar til økt infeksjonsrisiko:

Lege: Keisersnittpasienten er avgrenset og våre pasienter, og handler om hvordan vi møter dem. En sår type endring er lettere å være motivert for, enn bestemmelser om at nå skal alle klokker og ringer bort, fordi det kanskje kan medføre en infeksjon for en eller annen. Det blir veldig ullent og diffust, og vanskeligere å motivere seg for å gjennomføre. **Jeg:** Hva er det som blir ullent og diffust? **Lege:** Nå er det en restriksjon. Det er ikke noe du skal gjøre, det er noe som du *ikke* skal gjøre.

Lege beskrev retningslinjen som ullen og diffus, altså en uklar retningslinje. Denne uklarheten kan som tidligere beskrevet, skyldes tvil om kunnskapsgrunnlaget, om risikoen er reell og godt nok underbygget. Det kan *i tillegg* se ut som om retningslinjens relevans bestemmes av hvor sterkt den er knyttet opp mot det konkrete fagfeltet. Ved at retningslinjen ikke er spesifikk koplet til deres pasientgruppe, og ved tvil om den forskningsbaserte kunnskapen som ligger til grunn, forstod legen retningslinjen som en *restriksjon* eller innskrenking av sin profesjonsutøvelse heller enn som støtte og veiledning for anbefalt praksis.

Motsatt beskrev informantene at retningslinjer også kunne bli forstått som det jeg velger å kalle påbud, noe du *skal* gjøre: ”Og så begynte de å gå slike smittevernvisitter²⁷ i kjølvannet av det her, *da* gjaldt det å være korrekt.” Her tolker jeg informantens handling som påvirket av at noen skulle håndheve eller kontrollere praksisutøvelsen, hvor motivasjonen av å fremstå som korrekt veier tyngre enn motivasjon for infeksjonsforebyggende tiltak for pasienten. En forståelse av retningslinjer som restriksjoner eller påbud, kan være uheldig for etterlevelse av retningslinjer.

Retningslinjer kan også bli forstått som *ekstraarbeid*. Det var flere eksempler på dette. Denne replikkvekslingen viser til tiden hvor retningslinjene i Keisersnittprosjektet ble introdusert:

Barnepleier: Jeg husker det var en del suring med jobben med daglig sengeskift. Det husker jeg mange mostret i skjegget om. Ekstraarbeid. **Jordmor:** Kjedelig ekstraarbeid. **Barnepleier:** Ja, og innføring av stellefrakk ble litt mer ”pes”.

Selv om jeg tidligere har beskrevet at stellefrakk og daglig sengeskift ble imøtekommet, viser eksemplet at endringer også kan skape negative reaksjoner fordi det gir merarbeid. Her kan tidspress også innvirke. En annen fortolkning kan være, som en parallell til avsnittet over om restriksjon og påbud, at arbeidsoppgaver settes i hierarki, hvor basale retningslinjer som sengeskift og stellefrakk kan bli underordnet andre retningslinjer. Jeg tolker at det skjer løpende ”forhandlinger” om hvilke arbeidsoppgaver og retningslinjer som skal prioriteres og etterleves, hvor flere faktorer innvirker på informantenes overveielser.

5.1.3 Retningslinjer og praksis i utakt

Gjennom diskusjonen i fokusgruppene, fikk jeg en forståelse av at noen retningslinjer ikke ble fulgt fordi ”kart og terreng” ikke passet sammen. Et gjennomgående eksempel var keisersnittbandasjen, som etter nye retningslinjer i Keisersnittprosjektet skulle beholdes på operasjonssåret som en barriere:

Lege: Men når vi gikk inn i dette prosjektet, så planla vi *en* bandasje, som skulle sitte i fem dager... Men du sier at du skifter den? **Jordmor:** Min er faring er at den *blir* våt, fordi den slipper taket i huden, og dermed siver dusjvann inn. Dusjvann og blod sammen kan jeg umulig tenke meg er en bra kombinasjon, så derfor ender det ofte opp med at man skifter. **Barnepleier:** Det er som du sier, den svulmer opp som en annen bleie. **Jordmor:** Skulle den ved et mirakel være helt tørr, da gjør jeg ingenting, men så gode bandasjer tror jeg ikke det finnes.

²⁷ Månedlig smittevernvisitt i hver avdeling med fokus på blant annet retningslinjer for arbeidstøy og håndhygiene.

Et annet eksempel var det standardiserte smertelindrende regimet postoperativt som informantene i den ene fokusgruppen beskrev som noe utilstrekkelig, fordi de erfarte at pasientene ofte hadde behov for ekstra smertelindring første postoperative døgn.

Jordmor: Jeg synes kanskje, det er jo bare erfaringen man har med seg, at Paracet og Diclofenac er litt lite når man har snittet opp buken. Jeg vet at andre, større sykehus gir Oxycontin eller Oxynorm som fast medikament de to-tre første døgnene.

Barnepleier: Men våre pasienter får det jo ofte. **Jordmor:** Det er mer på indikasjon. Vi gir det ikke *fast*, det er forskjellen. **Lege:** Men det er jo viktig at man har fokus på det. Har pasienten først fått vondt, blir det vanskeligere å smertestille de. Da blir hele prosessen med alt som skal i gang, forsinket. Er det slik at man ser at stort sett alle trenger Oxynorm, får man kanskje heller gi det fast?

Smertelindring ble forstått som et viktig infeksjonsforebyggende tiltak ved at smertelindrende pasienter raskere ble mobilisert.

Mitt materiale forteller ikke om disse betraktningene er blitt videreformidlet. Slik jeg ser det, bør denne type erfaringskunnskap bringes tilbake til de som utarbeider retningslinjer. Dersom ”kart og terreng” ikke passer sammen, bør retningslinjer endres eller praksis bli justert.

5.1.4 Utfordrende å holde seg faglig oppdatert

Et gjennomgående resultat i analysen, uavhengig av profesjon, var opplevelsen av at det stadig kom nye retningslinjer. Informantene beskrev utfordringer med å holde seg faglig oppdatert basert på de stadige e-postene som varslet endringene, særlig ved turnus- og deltidsarbeid:

Jeg: Men dere var ikke å sjekket i Docmap²⁸ da? **Jordmor:** Nei. Vi forholdt oss til den retningslinjen som vi trodde vi kunne. Vi var ikke klar over at den var endret, det var *det* som ble utfordringen.

Eksemplet handler om endret retningslinje for elektronisk henvisning av pasient til sosionom. Endringen var trolig varslet på e-post, men ingen på vaktlaget hadde rukket å lese e-posten. Først da vaktlaget senere oppdaget utskrift av retningslinjen på en oppslagstavle, ble endringen kjent for dem. Selv om retningslinjer blir forstått som oppdaterte dokumenter, blir de, slik jeg oppfatter det, kun benyttet som oppslagsverk ved nye og endrete retningslinjer, og i mindre grad som kilde til fagforydypning. Når retningslinjer blir brukt som oppslagsverk, er

²⁸ Docmap er et dataprogram som ivaretar sykehusets systemdokumentasjon, deriblant prosedyrer, metoder og retningslinjer (Forretningsystemer, 2017).

det avgjørende at helsepersonell får kjennskap til nye og oppdaterte retningslinjer på en hensiktsmessig måte, for å sikre en faglig, oppdatert praksis.

Underveis i fokusgruppeintervjuet kom informantene selv med forslag om flagging av e-poster som omhandlet retningslinjer, eller benytte kvalitetstavlen, som henger godt synlig i avdelingen, for formidling av nye eller oppdaterte retningslinjer i Docmap. Begge fokusgrupper foreslo mer prat om retningslinjene på vaktlagene for å minne hverandre på endringer. I den forbindelse ble et eksempel med en jordmor som hovedsakelig jobbet dagvakter trukket frem. Hun hadde et overordnet blikk for etterlevelse av retningslinjer, slik en barnepleier beskrev det: ”Når hun vet at det er nye folk på, går hun gjennom på rapporten hva som skal gjøres med den og den pasienten”. Personalmøter ble også nevnt som en god arena for utveksling av erfaring: ”[Retningslinjene] kunne vært tatt opp på et personalmøte for eksempel, hva vi erfaringsmessig synes. Hva fungerer og hva fungerer ikke”. Det kan ut fra min forståelse av informantens forslag se ut til at delaktighet og medbestemmelse er av betydning. Dette kom også til uttrykk i kapittel 5.1.1 om faglig begrunnelse, hvor informantene ønsket informasjon om retningslinjer for å forstå innholdet i den faglige begrunnelsen:

Barnepleier: Så blir [retningslinjene] lagt ut i Docmap. Den er jo veldig grei og oversiktlig. **Lege:** Men man mister muligheten til å diskutere og spørre, ”Hvorfor er det gjort sånn og ikke sånn.” **Jordmor:** [...] Hvis man får lagt frem hvorfor og bakgrunnen, og litt diskusjon rundt det, får man være delaktig i det nye som skal skje [...] Det er viktig å få folk med for å få eierskap til det som skal fungere.

Delaktighet og medbestemmelse gjennom felles møtepunkt kan dermed bli forstått som en medvirkende årsak til om retningslinjer blir kjent, og etterleves.

5.2 Relasjonelle prosesser

Flere relasjonelle prosesser medvirket til om retningslinjene ble etterlevd eller ikke. Disse blir beskrevet her.

5.2.1 Jeg spør ikke den som begynte i går

Resultatene viste profesjonsulikheter i hvor informantene innhentet kunnskap dersom det oppstod usikkerhet ved innholdet i retningslinjene. *Jordmødrene* og *barnepleierne* fortalte at de først og fremst spurte en kollega. Om kollegaen ikke visste svaret, eller det oppstod tvil om retningslinjens innhold, svarte begge profesjoner at de ofte gikk sammen for å lese i Docmap dokumentet. Hvilke kollegaer de spurte om hjelp, ble beskrevet på denne måten:

Jordmor: Vi spør jo noen som vi tror vi kan stole på, som vi tror vet. **Barnepleier:** Jeg spør ikke den som begynte i går, jeg går jo til de som har god erfaring, og som har jobbet i mange år.

Tilliten kunne også uttrykkes slik: ”Hvis jeg synes svaret virker logisk, eller det bekrefter min egen mistanke, kan jeg stole på det.” Kollegastøtte benyttes som hjelp til, eller bekræftelse på egen praksis, fremfor bruk av retningslinjen. Dette viser hvordan en tredje faktor, her representert ved *kollegaens* kunnskapsgrunnlag, påvirker praksis. Dersom kollegaer innehar oppdatert kunnskap om anbefalinger i retningslinjer, kan kollegastøtte være en ressurs. Motsatt vil kollegastøtte virke mot sin hensikt dersom kollegaen har manglende eller feilaktig kjennskap til retningslinjens innhold. En vurdering av kollegaens kunnskapsgrunnlag basert på tillit, erfaring og logikk, vil trolig ikke alltid kunne avdekke dette, slik jeg ser det.

Legene hadde erfart at kollegastøtte kunne gi dem ulike svar, og benyttet derfor først og fremst Docmap for å kvalitetssikre praksis opp mot retningslinjene:

Lege: Jeg har erfaring med at det er forskjellig hvem man spør. På visitten er [Docmap] neste alltid oppe. Skal vi vite, må vi inn og lese i Docmap. Vi har fått mange nye retningslinjer samtidig, fordi det er kommet ny veileder i fødselshjelp og gynekologi. Disse er implementert i avdelingen med noen lokale tilpasninger. Mange retningslinjer er på pasientgrupper som vi ikke tidligere har hatt retningslinjer på. Jeg vet for eksempel at blodfortynnende medisin på adipøse etter fødsel kan bli glemt, uavhengig av forløsningsmetode. En ting er visuelt for å huske selv, men også for å vise andre hvor de skal slå opp.

Kollegastøtte har dermed se ut til å ha ulik betydning for de ulike profesjonene. Det er her nærliggende å tenke seg at ulik utdanning og ansvarspraksiser medvirker til disse profesjonsulikheter.

5.2.2 Jeg lever kun ut fra meg selv

Fokusgruppene bidro til en erfaringsutveksling mellom profesjoner. I den ene fokusgruppen tydeliggjorde gruppediskusjonen ulike erfaringer til grad av etterlevelse av enkelte retningslinjer:

Jordmor: Jeg lever jo i den villfarelsen om at vi faktisk, at jeg har gjort [retningslinjene] så mange ganger at de ligger i ryggraden min. Det er blitt ”sånn har vi gjort det bestandig”. **Lege:** Men det sklir litt ut. **Jordmor:** Ja, men jeg lever jo kun ut fra meg selv. Kanskje må vi bare se at alle gjør det likt igjen, rett og slett?

Eksemplet belyser hvordan praksisoppgaver kan blir løst forskjellig avhengig av hvilken ansatt som er ansvarlig. I jordmorens utsagn tolker jeg at det ligger en iboende tillit til andre

kollegaers praksis, også synliggjort gjennom uttalelsen: ”Det kan jo hende at mine kollegaer er kjempeflink, jeg har jo ikke gått dem i sømmene.” Jordmoren foretar ikke en ”gransking” av kollegaers praksis, men har tillit til at praksis blir utført på en hensiktsmessig måte. Jeg gjenfinner ikke tilsvarende beskrivelser i resten av materialet.

5.2.3 Når en gjør, følger de andre på

Følgende eksempel gir en god beskrivelse av hvordan adferd hos en ansatt kan skape synergieffekt til andre:

Barnepleier: Jeg tror vi er blitt flinke på å sprite pasientalarmene våre. Jeg ser at før vi overleverer til neste, så spriter vi den. Og når *en* gjør det, følger de andre på. Og gjør du det *ikke*, så gjør ingen det. Eller hvis det er en som ikke gjør det, så gjør ingen det.

Sitatet viser ikke til etterlevelse av en bestemt retningslinje, men er likevel beskrivende for hvordan helsepersonell gjennom praksis adapteres adferden til andre. Adapteringen kan være uttrykk for en måte å passe inn i fellesskapet på, bevisst eller ubevisst. Et liknende sitat som utdyper dette, beskriver avdelingens praksis før Keisersnittprosjektet ble initiert. Som nyansatt opplevde informanten at avdelingens praksis hvor bandasjen på operasjonssåret skulle tas av første postoperative dag, ikke samsvarte med hennes tidligere erfaringer fra en annen sengepost:

Jordmor: Jeg kom fra en kirurgisk avdeling, så jeg syntes praksisen [på fødebarselavdelingen] var veldig rar. Altså *før*. Det å ta av bandasjen [første postoperative dag], og ligge i det samme sengetøyet, det var veldig unaturlig og veldig... Men det var liksom fordi det var en frisk dame.

Praksis er dermed avhengig av den avdeling den utspiller seg i, og synliggjør hvordan en nyansatt gjennom relasjonelle prosesser med kollegaer aksepterer avdelingens praksis, på tross av at praksis ikke samsvarer med hennes tidligere erfaringer. Eksemplet viser også verdimesse overveielser i relasjonen kirurgisk pasient – friske fødende, som utdypes i kapittel 5.3.

Et viktig poeng som ble løftet frem av en av jordmødrene, var behovet for å *måtte* se til hverandre:

Jordmor: Men det er jo ikke alt som står i retningslinjene. De små detaljene, de står ikke. Så du er jo avhengig av at noen i praksis kan vise deg hvordan ting skal være. Kommer man skjevt ut, må det være noen der som kan korrigere det, og fange det opp.

Dette tolker jeg er et uttrykk for at retningslinjer ikke er dekkende for alle eventualiteter, hvor den relasjonelle kunnskapsutvekslingen er en nødvendighet. Hva utfallet på kunnskapen blir, er prissgitt den andre, også beskrevet i kapittel 5.2.1.

5.2.4 Vanskelig å være skurk – ubehagelig å være pekefinger

Gjennom eksempler fra informantene, fikk jeg en forståelse for at det kunne være utfordrende å gi tilbakemeldinger fra kollegaer dersom man ikke fulgte retningslinjene. På samme måte kunne det være utfordrende å få tilbakemeldinger om avvik: ”For hvis du hadde glemt de her små her [tar på ørepynten], så ble du bare pekt på når du kom inn. Det føltes som jeg var en skurk. Det lærte vi ganske fort.”

Slik jeg forstod informanten, ble påminnelsen fra kollegaen forstått som bidrag til å hjelpe hverandre til ny praksis. Den emosjonelle beskrivelsen av å ”føle seg som en skurk”, er imidlertid, slik jeg tolker det, et uttrykk for manglende erfaring i å ta imot korrigerende tilbakemeldinger ved egen yrkesutøvelse. Et liknende eksempel underbygger dette:

Jordmor: Under operasjon ble det nytt at jordmor skulle stå sterilt. Det er noe av det mest utfordrende vi gjør der. For å få på seg den [operasjonsfrakken] uten å bli brølt til av operasjonssykepleierne, var en overgang. Jeg kjenner fortsatt at jeg blir svett når jeg står der og skal ha den på meg, for jeg er redd for å gjøre den usteril. Ja, det er mitt Mount Everest. Det er så flaut, for vi var nødt å øve på å få på operasjonsfrakken.

Jordmor beskrev utfordringen som ”mitt Mount Everest”, som en krevende og uoppnåelig oppgave. Jeg tolker det slik at hun erfarte egen kompetanse som utilstrekkelig eller følte seg underlegen operasjonssykepleierne. Det kan også tenkes at hun følte seg brydd over at hun som erfaren jordmor måtte innøve praktiske ferdigheter, hvor egen utilstrekkelighet ble blottlagt for andre. I rollen som profesjonell yrkesutøver kan det, slik jeg forstår det, være utfordrende å få tilbakemeldinger, eller blottlegge egen utilstrekkelighet.

På en liknende måte beskrev en barnepleier hvordan hun opplevde det utfordrende å forklare lege at hun skulle benytte munnbind ved inspeksjon av operasjonssåret:

Barnepleier: Det spørs om jeg hadde sagt til deg [henvendt mot lege], hvis du hadde stått der uten munnbind, med en pasient. Det tror jeg ikke jeg hadde gjort. **Lege:** Nei, og det er jo ikke så alvorlig brudd på rutinene. Men vi står jo i mange situasjoner hvor vi kan gjøre veldig mye dumme ting, så vi må kanskje begynne i det små. **Jordmor:** Og noen synes det er ubehagelig å være sånn pekefinger. **Lege:** Og noen sier mye ifra, og så er det noen som ikke tør å si ifra.

Situasjonen og hvilken profesjon det gjelder, ser ut til å innvirke på beslutningen om man sier fra eller ikke. I eksemplet over var informantene enige om at måten man sa fra på, kunne bidra til gjøre det enklere å både formidle og ta imot slike tilbakemeldinger:

Lege: Det er jo lettere hvis du kommer og sier fra, at ”Kan du være så snill å vise meg hvordan jeg rer den sectiosengen” [...]. Eller ”Vil du ha litt hjelp”, eller ”Skal jeg gi deg et munnbind?”, eller ”Vær så god, her har du et munnbind”. Man må kanskje være litt bestemt. **Jordmor:** Ja, det er jo mange okay måter å korrigere hverandre på.

Informantene beskrev gjennom eksemplene utfordringer med å være ”skurker” og ”pekefinger” ved observasjon av avvik, noe jeg mener kan bidra til en underrapportering av avvik. Informantene foreslo å øve på å få og å gi konstruktive tilbakemeldinger.

5.2.5 De sitter i ryggraden, men – ...

Et gjennomgående resultat i analysen var informantenes felles forståelse av at retningslinjene fra Keisersnittprosjektet i stor grad ble etterlevd, og var implementert. De beskrev hvordan de ikke opplevde det som å følge en retningslinje, men hvor retningslinjene var ”innebygd” og ”liggende i ryggraden” som en integrert del av den daglige rutinen. Eksempler fra begge fokusgruppeintervju viser dette:

Jordmor: Jeg tror ikke vi føler det som å følge noen retningslinje lenger. Jeg tror det er blitt en del av en rutine. **Lege:** Det er blitt implementert. **Jordmor:** Ja, det er så innebygd i oss.

Jordmor: Vi har gode, innarbeidete rutiner. **Barnepleier:** Ja, jeg har inntrykk av at alle rutineene som ble produsert [i Keisersnittprosjektet], blir fulgt opp.

Andre beskrivelser viste imidlertid at dette ikke alltid var tilfelle:

... vi glemmer eller tar en snarvei

I det ene fokusgruppeintervjuet spurte jeg om retningslinjene åpnet opp for bruk av faglige skjønsmessige vurderinger:

Jordmor: Jeg føler ikke vi har behov for så mye faglig skjønn. [Retningslinjene] er ganske greie. Det er understøttet hvorfor, jeg har ikke noen sterke meninger om man reier opp sengen da eller da.

Mine resultater utdyper ikke hva informanten legger i denne beskrivelsen. Utsagnet kan tolkes som at informanten har en oppfatning av at retningslinjene er etterlevd og godt integrert i hverdagen, som nevnt ovenfor. En annen fortolkning er at skjønsmessige vurderinger ikke anerkjennes eller kommer til syne for profesjonsutøver. Bakgrunnen for sistnevnte fortolkning

kommer til uttrykk gjennom følgende sitat, hvor informantene ble spurt om i hvilke tilfeller retningslinjene fra Keisersnittprosjektet *ikke* ble fulgt:

Barnepleier: Det må jo være hvis det er veldig travelt, stress eller kaotisk avdeling, at man kan glemme ting. **Lege:** Glemme, eller ta en snarvei.”

Dette ga også den andre fokusgruppen tilsvarende beskrivelser på:

Jordmor: vi kan jo glemme i disse retningslinjene som i alle andre retningslinjer. Men det er ikke slik at vi fraviker fordi vi synes [retningslinjene] er feil, eller at de ikke er nødvendig.

Fravikelse av retningslinjer ble altså ikke beskrevet som avvik, eller forstått som skjønsmessige vurderinger, men som glemsomhet eller snarveier.

... vi tar hensyn til pasientens og egne følelser og holdninger

Retningslinjen for postoperativ oppfølging etter keisersnitt inkluderte kontroll av vitale parametere som rektal temperatur og puls to ganger daglig i tre dager. Barnepleier og jordmor i det ene fokusgruppeintervjuet ga uttrykk for utfordringer med å etterleve dette:

Barnepleier: Det skal tas rektal temperatur og blodtrykk to ganger daglig. **Jordmor:** Den kvier folk seg for. Rektal temperatur, det er altså ikke noe gøy. **Barnepleier:** Nei, hvert fall ikke første dagen. **Jordmor:** Det er vondt å legge seg på siden, det er ubehagelig og faktisk litt nedverdiggende, så der tror jeg mange slurver. **Jeg:** Men når du sier at du gruer deg, er det av hensyn til pasienten? **Barnepleier:** Ja, pasienten sier at de ikke orker å snu seg. **Jordmor:** Det er en kombinasjon. Jeg tror det sitter litt sånn inne hos oss, det å stikke det termometeret opp bak, det er ikke noe gøy. **Barnepleier:** Det er mest fordi de har så vondt tror jeg, at de har vondt for å snu seg. **Jordmor:** Og *de* synes det er nedverdiggende. **Barnepleier:** Og da tenker jeg, *er* dette nødvendig. **Jordmor:** Ja, *må* vi. Så der tror jeg kanskje vi bryter litt. **Barnepleier:** Ja, *det* bryter vi.

Retningslinjene er utarbeidet for å ivareta pasienten i det postoperative forløpet. Rektal temperaturmåling er en sensitiv målemetode for å avdekke tidlig tegn til infeksjoner. Gjennom argumenterer som smerter, ubehag og nedverdiggelse for barselkvinnen, avviker informantene fra retningslinjen. Det kan være nærliggende å anta at informantene sjelden opplever infeksjoner i operasjonsområdet i løpet av innleggelsen. Kan hende medvirker organisasjonsverdier hvor kvinnen blir sett på som frisk fødende, at etterlevelse av retningslinjer som skal ivareta den kirurgiske pasient blir svekket. Dette utdypes i kapittel 5.3.

Jordmoren beskriver hvordan den skjønsmessige vurderingen også er påvirket av informantenes *eget* velbefinnende. Utsagn som ”det sitter litt inne” og ”det er ikke noe gøy”

henviser til informantenes egne følelser og holdninger. Det kan hende at ubehaget de opplever med rektal temperaturmåling er sterkere enn bekymringen for pasientens følelser. En av legene beskrev en liknende situasjon som utdyper hvordan retningslinjer kan utfordre følelser og verdier. Eksemplet handler om påkledning av beskyttelsesutstyr i forbindelse med isolering av pasienter som har kjent eller mistenkt smitte: ”Det skal mye til å ta på et munnbind og fullstendig fremmedgjøre deg for pasienten.” Jeg forstår legens beskrivelse som at legen opplever at munnbindet blir en barriere i relasjonen med pasienten. Eksemplene synliggjør utfordringer ved å etterleve retningslinjer som påvirker egne og pasientens følelser og holdninger.

5.3 Organisasjonsverdier

Slik jeg ser det, var to sentrale organisasjonsverdier gjennomgående i mine analyser: Kvinner som *friske fødende*, og verdier forankret i *Mor-barn-vennlig initiativ*. Verdiene blir presentert med *den kirurgiske pasient* som motpol.

5.3.1 En litt sånn egen verden

Fødebarselavdelingen har en særegen posisjon i sykehus ved at de hovedsakelig tar imot friske pasienter. Informantene ga inntrykk av at avdelingen har sterke tradisjoner for en orientering mot det friske og normale. Dette kan ha sammenheng med jordmødrenes profesjonshistorie:

Jordmor: Vi har ikke noe historie på å bruke munnbind. Det er noe med vår policy og hvordan vi jobber. Selv om vi syr rifter nedentil bruker vi aldri munnbind [...]. Av operasjonssår er det kun sectiosår vi forholder oss til. Vi er vel kanskje ikke så veldig sånne kirurgiske sykepleiere, at det er går automatisk og at man har det inne. Tidligere hadde vi alltid munnbind og hansker når vi behandlet et operasjonssår, men det blir liksom litt annerledes med fødekvinnene. **Lege:** Men det er jo en laparotomi, så det er jo litt rart. **Jordmor:** Ja, det er litt rart.

Jordmorens og legens refleksjoner tydeliggjør her divergensen mellom avdelingens praksis og det jeg i det følgende velger å kalle kirurgisk sykepleie. Her tolker jeg legens verdisyn som mer orientert mot keisersnitt som kirurgi, enn jordmorens verdisyn. Lengre ut i fokusgruppeintervjuet sier imidlertid legen:

Lege: [Avdelingen] er en litt sånn egen verden, så det er jo ikke som en annen kirurgisk sengepost. Man har fokus på det normale, og jordmødre liker å pynte seg. Å ta bort ørepynten, det har ikke vært så veldig topp motivasjon for det, men vi har jo gjort som vi blir fortalt. **Jordmor:** Ja, under sterk tvil.

Sitatet og materialet antyder at profesjonene har et *felles* verdisyn hvor det friske og normale er i fokus. Normalitetsverdien utfordrer i dette eksemplet ivaretagelsen av retningslinjer for grunnleggende hygieniske prinsipper og kirurgisk sykepleie, som tidligere beskrevet i kapittel 5.1.2.

Keisersnittprosjektets retningslinjer medførte økt fokus på keisersnittkvinnen som kirurgisk pasient, her uttrykt gjennom jordmødrenes sitater: ”Vi hadde ikke hatt nok fokus på at det faktisk var et ganske stort operasjonssår der”, og:

Jordmor: Endringen var i utgangspunktet grunnleggende sykepleie. Det at man tenker at vi tok tilbake litt av det der grunnleggende. At den opererte er en pasient, ikke *bare* en nybakt mor som vi hadde prøvd å tilstrebe at hun skulle være [...]. Vi kalte dem for nyoperert før også.

Et økende fokus på den kirurgiske pasienten medførte imidlertid ikke nødvendigvis endrede organisasjonsverdier. Resultatene gir gjentatte eksempler på at verdisynet på fødekvinne som friske fødende til tider står sterkt, og påvirker etterlevelsen av enkelte retningslinjer.

5.3.2 Friske fødende og stellefrakker til besvær

Keisersnittprosjektet introduserte postoperative retningslinjer hvor daglig sengeskiift skulle utføres med bruk av stellefrakk. Dette ble stort sett etterlevd. Å benytte stellefrakk i liknende situasjoner, var imidlertid ikke like naturlig:

Jeg: Tar dere stellefrakken på hver gang dere skifter på sengen? **Barnepleier:** Ja.
Jordmor: ja, men ikke inne på fødestuen. Der har jeg tenkt at jeg ikke... Jeg vet ikke hvorfor, men...

Jordmor kan ikke umiddelbart forklare hvorfor stellefrakk ikke benyttes ved sengeskiift på fødestuen, hvor den fødende nettopp har vært. Det antas et tydelig skille mellom når stellefrakk benyttes og ikke. Mine resultater utdyper ikke bakgrunnen for dette, men deler av skillet er trolig delvis definert gjennom avdelingens retningslinjer. Videre er det nærliggende å tolke at organisasjonsverdier hvor mor blir forstått som frisk kvinne, utfordrer bruk av stellefrakk. Fortolkningen kan underbygges i informantenes beskrivelser av ny rutine for bruk av stellefrakk ved håndtering av nyfødte barn, introdusert etter en uønsket hendelse i samarbeidende avdeling:

Jordmor: Vi har jo fått nye rutiner for bruk av stellefrakk når vi skal behandle babyene. Der kommer du til å møte motstand herfra og til neste år. Hvis babyen ligger og gråter på vaktrommet, går jeg ikke på lageret og henter en stellefrakk, det føles bare helt naturstridig. Jeg løfter jo barnet umiddelbart opp. På avdeling x har de syke barn, hos oss har vi friske barn. Det er et eller annet der som...

Retningslinjer som rokker ved verdisynet om *friske fødende*, og dermed friske barn, kan skape motstand mot etterlevelse av retningslinjer. En bevisstgjøring av organisasjonsverdier kan bidra til å synliggjøre en slik motstand.

5.3.3 Mor-barn-vennlig initiativ – pasienten i fokus?

Fagtradisjoner som Mor-barn-vennlig initiativ påvirker også handlingsvalg og etterlevelse av retningslinjer. Prinsippene legger til rette for en god og positiv ammestart og tidlig mor-barn-tilknytning, og har blant annet positiv effekt på mors utskillelse av fødselshormoner, sammentrekning av livmor, melkeproduksjon og blodtrykk. Gjennom informantenes beskrivelser dannet jeg meg et inntrykk av at disse verdiene til tider står sterkt.

De nye retningslinjene i Keisersnittprosjektet medførte et økt fokus på å opprettholde den mor-barn-vennlige tilnærmingen, også under keisersnittfødsler. Jordmor eller barnepleier måtte derfor være tilstede på operasjonsstuen også etter at barnet var født, for å observere barnet. Den videre diskusjonen forsøker å svare på hvorfor det kan være utfordrende å etterleve dette:

Jordmor: Jeg tror kanskje det vi fraviker på nå for tiden, er mor-barn-vennlige keisersnitt, at barnet skal ligge på mors bryst. **Lege:** Det var veldig fint det første halve året, nå blir det liksom glemte litt av. **Jordmor:** Man skylder på tidsbruk, men hadde kvinnen [vært i vanlig fødsel og] begynt å trykke på en fødestue, hadde jeg ikke gått fra henne selv om hun hadde trykket i en og en halv time, så det er ikke *det*. Jeg tror rett og slett at det er, kjedelig? Og så har man en del andre ting man skulle ha gjort.

I dette eksemplet forstår jeg at overveielser om man skal etterleve retningslinjen avhenger av en vurdering av tilgjengelige tidsressurser veid opp mot andre arbeidsoppgaver, eller fordeler for den mor-barn-vennlige tilknytningen veid opp mot fravikelse av ”kjedelige” eller underordnede arbeidsoppgaver (diskutert i kapittel 5.1.2). Det kan her se ut til at andre, konkurrerende forhold innad i avdelingen kan medvirke til at retningslinjer ikke blir etterlevet, selv om de samsvarer med organisasjonsverdier.

Informantene ble spurt om de opplevde noe verdikonflikt mellom Mor-barn-vennlig initiativ og retningslinjene fra Keisersnittprosjektet. Dette ble generelt avkreftet av jordmødrene og barnepleierne. En informant beskrev at samarbeid med andre avdelinger kunne utfordre Mor-barn-vennlig initiativ, her henvist til samarbeidet med oppvåkningen:

Jordmor: Vi hadde en runde om samarbeid, at de skjønnte hvor viktig det var, at vi gjør det sånn: Mor skal ha barnet på brystet, om barnet og mor vil. Da må man prøve å

tilpasse blodtrykksmåling og saturasjonsmåling og alt som skal skje ut fra deres plass og behov.

Her vektlegges verdisynet sterkere enn den postoperative overvåkingen av den kirurgiske pasient, og viser hvordan Mor-barn-vennlig initiativ kan utfordre kirurgisk sykepleie. Et annet aspekt er hvordan verdisynet kan komme i konflikt med behov hos den kirurgiske pasient:

Barnepleier: [Mor] får ikke den avlastningen hun trenger på natten for vi er bare to, det er alt for lite personell. **Lege:** Men det er jo litt hva som er definisjon på mor-barn-vennlig, er det at mor skal ha barnet hele tiden? **Jordmor:** Ja, mor skal ha barnet hele tiden, det kan være slitsomt når du er nyoperert.

Slik sett tolker jeg at organisasjonsverdier til tider kommer i konflikt med verdier i kirurgisk sykepleie. Sitatet viser også på at strukturelle faktorer (bemanning) kan påvirke etterlevelse av retningslinjer. Dette utdypes ikke.

5.4 Oppsummering av hovedresultater

Jeg har til nå presentert resultater fra studien basert på innholdsanalysen. Innholdsanalysen resulterte i tre hovedtema: *Forståelser av retningslinjer, relasjonelle prosesser og organisasjonsverdier*. I innholdsanalysen var det nødvendig å presentere de mange samspillende faktorer, for å synliggjøre hvordan implementeringsprosessen er preget av kompleksitet. Av hensyn til studiens omfang, vil den videre analysen beskrive *hovedresultater* fra de nevnte hovedtema. Tabell 1 gir en kortfattet oppsummering av det jeg har tolket som hovedresultater, basert på informantenes beskrivelser av mulige drivere og motkrefter for etterlevelse av retningslinjer.

	Forståelser av retningslinjer	Relasjonelle prosesser	Organisasjonsverdier
Mulige drivere	<p>Forstår retningslinjer som nødvendige, viktige og riktige:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Behov for forbilledlig praksis -Faglig velbegrunnet -Samsvar mellom retningslinjer og erfaringsbasert kunnskap 	<p>Kollegastøtte (jordmødre og barnepleiere):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Spør en erfaren kollega de har tillit til -Ser til en kollega 	Retningslinjer i tråd med organisasjonsverdier.
	<p>Hensiktsmessige kommunikasjonsveier, og delaktighet og medbestemmelse gjennom felles møtepunkt.</p>	<p>Øving i å gi og motta tilbakemelding ved observerte avvik hos kollega</p>	
Mulige motkrefter	<p>Forstår retningslinjer som restriksjoner, påbud og ekstraarbeid:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Begrenset troverdighet til kunnskapsgrunnlaget -Svak tilknytning til fagfeltet 	Kollegastøtte (leger)	Retningslinjer i konflikt med organisasjonsverdier.
	<p>Ingen tilbakemeldinger til ledelse om manglende samsvar mellom retningslinjer og praksis.</p>	<p>Manglende etterlevelse beskrevet som glemsomhet og snarveier.</p>	
	<p>Hyppige e-poster, og stadige varslinger om endringer.</p>	<p>Hensynet til egne eller pasientens følelser og holdninger har større betydning.</p>	

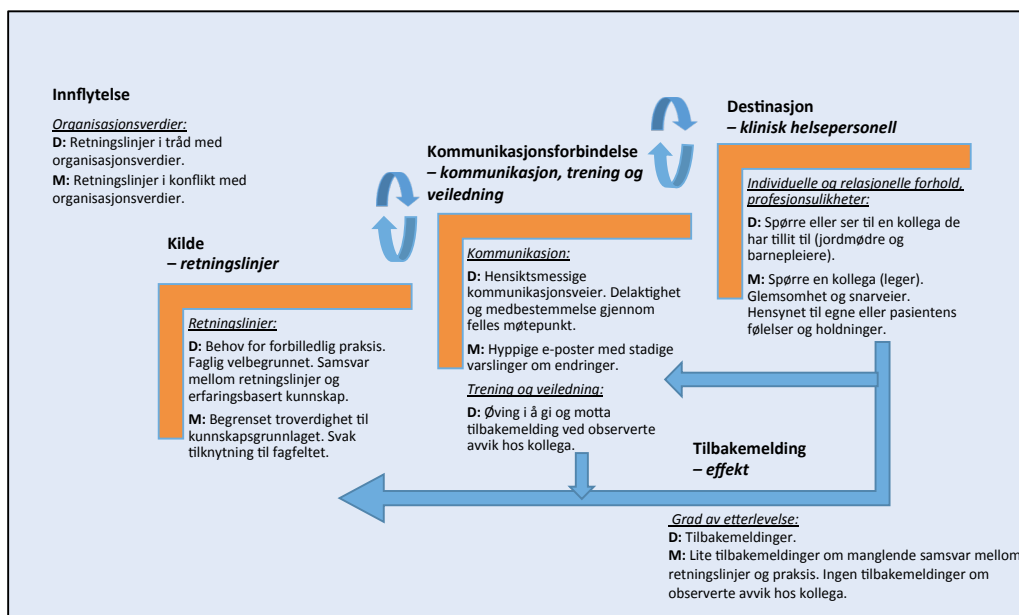
Tabell 1 – Hovedtema og hovedresultater etter innholdsanalyse

5.5 Prosessmodell av drivere og motkrefter for etterlevelse av retningslinjer

Med utgangspunkt i *hovedresultater* fra innholdsanalysen, vil jeg i den teoretisk styrte analysen benytte Fixsen m.fl. (2005) sin *Oversiktsmodell for implementering*²⁹ som ”analytiske briller” for å sortere mulige drivere og motkrefter for etterlevelse av retningslinjer.

Fixsen m.fl. (2005) sin oversiktsmodell består av følgende komponenter: *Kilden*, *destinasjonen*, *kommunikasjonsforbindelsen*, *innflytelse* og *tilbakemelding*, se kapittel 3.3. Jeg har beholdt disse komponentene, og plassert mine fortolkninger av resultatene inn i komponentene der hvor jeg mener de hører hjemme. For eksempel vil resultatet ”hensiktsmessige kommunikasjonsveier” fra innholdsanalysen, høre inn i komponenten *kommunikasjonsforbindelsen*. Komponentene vil bli mine analytiske kategorier i drøftingen.

Den teoretisk styrte analysen bidrar til utvikling av en ny modell som jeg har kalt *Prosessmodell av drivere og motkrefter for etterlevelse av retningslinjer*³⁰, se figur 5.



Figur 5 - *Prosessmodell av drivere og motkrefter for etterlevelse av retningslinjer*

D, drivere; M, motkrefter (Fixsen m.fl., 2005, s. 12, min tolkning).

²⁹ Heretter forkortet til *oversiktsmodell*, for bedre lesbarhet

³⁰ Heretter forkortet til *prosessmodell*, for bedre lesbarhet.

Prosessmodellen synliggjør hvor i organisasjonen mulige drivere og motkrefter kan oppstå, og hvordan disse gjensidig påvirker hverandre. Dette mener jeg kan bidra til en større forståelse for mulige drivere og motkrefter ved etterlevelse av retningslinjer.

Prosessmodellen er ment å gi en skjematisk fremstilling, i virkeligheten vil de analytiske komponentene i større grad gripe inn i hverandre. Enkelte resultater kan ikke utelukkende bli definert som enten driver eller motkraft for etterlevelse av retningslinjer. En driver i én sammenheng kan være en mulig motkraft i en annen sammenheng, avhengig av den aktuelle situasjon. I det følgende utdypet jeg den teoretisk styrt analysen. Nyanser av fortolkninger som blir beskrevet her, blir utdypet i diskusjonen i kapittel 6.

5.5.1 Kilde – retningslinjer

I Fixsen m.fl. (2005) sin oversiktsmodell refererer *kilden* til det sentrale innholdet i endringen som skal implementeres. I min prosessmodell vil fødebarselavdelingens nedfelte *retningslinjer* representere kilden. Retningslinjer er strategisk plassert som det første trappetrinnet i modellen, og synliggjør dermed hvordan helsepersonells *forståelser* av retningslinjer er av vesentlig betydning for etterlevelse. Drivere og motkrefter innenfor denne komponenten vil handle om *hvordan helsepersonell forstår* de nedfelte retningslinjer, når de blir presentert for dem.

Retningslinjer beskrevet som *nødvendige og viktige*, handlet om hvordan informantene forstod *behovet for en forbilledlig praksis*. Informantene ble motivert for endring fordi infeksjonsforekomst etter keisersnitt lå betydelig over landsgjennomsnittet, hvor retningslinjene bidro til å skape struktur og forutsigbarhet i forventninger til anbefalt praksis.

Retningslinjene ble vurdert som *riktige* basert på informantenes faglige vurderinger av retningslinjens anbefalinger. En *faglig velbegrunnet* retningslinje bidro til forståelse for hvorfor denne anbefalingen var valgt fremfor en annen. Det var også av betydning om retningslinjene *samsvarte med deres erfaringsbaserte kunnskap*.

Oppsummert kan faglig velbegrunnede retningslinjer, som er i tråd med helsepersonells erfaringsbaserte kunnskap, og som dekker behovet for en forbilledlig praksis, bli forstått som *drivere* for etterlevelse av retningslinjer.

Retningslinjer ble beskrevet som *restriksjoner, påbud og ekstraarbeid* dersom informantene hadde *begrenset troverdighet til retningslinjers kunnskapsgrunnlag*, eller dersom

retningslinjer hadde *svak tilknytning til fagfeltet*. Slike forståelser av retningslinjer kunne bidra til *motkrefter* mot retningslinjer.

5.5.2 Destinasjon – klinisk helsepersonell

Destinasjonen representerer i Fixsen m.fl. (2005) sin oversiktsmodell de ansatte og organisasjonen som skal gjennomføre endringen. Destinasjonen inkluderer både individuelle og relasjonelle forhold (Roland, 2015). I min prosessmodell vil destinasjonen være *klinisk helsepersonell* i fødebarselavdelingen. Siden min studie inkluderer profesjonene barnepleiere, jordmødre og leger, vil denne komponenten inkludere de individuelle og relasjonelle prosesser, samt profesjonsulikheter som er av betydning for etterlevelse. Innenfor denne komponenten vil drivere og motkrefter oppstå *når helsepersonell skal ta stilling til handlingsvalget*. Velger de å omforme de skrevne retningslinjene til faktiske handlinger, eller velger de alternative handlingsalternativer.

Destinasjonen utgjør det tredje trappetrinnet i prosessmodellen, hvor *retningslinjer* og *kommunikasjon* kan bli forstått som henholdsvis trinn en og to i samme modell. Jeg tolker disse tre trinnene til å representere en stegvis utvikling mot etterlevelse: Dersom helsepersonell skal være i stand til å etterleve retningslinjer innenfor destinasjonen, må retningslinjer både være forstått, og kommunisert på en hensiktsmessig måte.

Resultatene viste profesjonsulikheter i måten informantene innhentet kunnskaper om retningslinjens innhold. Jordmødre og barnepleiere benyttet først og fremst kollegastøtte ved *å spørre eller se til en kollega de hadde tillit til*. Dette ble forstått som *driver* for etterlevelse av retningslinjer. Legene benyttet først og fremst retningslinjene til innhenting av mangelfulle kunnskaper, fordi de hadde erfart at kollegastøtte kunne gi misvisende svar. Jeg anser kollegastøtte som *motkrefter* innad i legeprofesjonen. Jordmødrene og barnepleierne beskrev også tilbøyeligheten til å se og lære av andre. Dette kan tolkes både som en driver og en motkraft, avhengig av den aktuelle situasjon.

Avvik fra retningslinjer ble av alle profesjoner beskrevet som *glemsomheter og snarveier*, eller forklart ut fra *hensynet til egne eller pasientens følelser og holdninger*. Slike forståelser kan bli fortolket som *motkrefter* mot etterlevelse av retningslinjer.

5.5.3 Kommunikasjonsforbindelse – kommunikasjon, trening og veiledning

I Fixsen m.fl. (2005) sin oversiktsmodell er *kommunikasjonsforbindelsen* det viktige mellomledet mellom kilden og destinasjonen, altså mellom retningslinjene og klinisk

helsepersonell. Fixsen m.fl. (2005) beskriver kommunikasjonsforbindelsen som trening, veiledning og administrativ støtte.

Kommunikasjonsforbindelsen utgjør det andre trappetrinnet i prosessmodellen.

Kommunikasjonsforbindelsens sentrale posisjon i modellen, understreker dens avgjørende betydning i å overføre kunnskap fra retningslinjer til helsepersonell, slik at retningslinjene blir en del av den daglige praksis. Basert på mine resultater, vil kommunikasjonsforbindelsen i prosessmodellen hovedsakelig handle om *kommunikasjon* av retningslinjer, men også *trening og veiledning*.

Informantene opplevde utfordringer med å holde seg faglig oppdatert basert på *hyppige e-poster med stadige varslinger om endringer*. Dette kan delvis tolkes som *motkrefter* mot etterlevelse, fordi informantene opplevde det som uhensiktsmessig kommunikasjon.

Informantene foreslo større grad av *hensiktsmessige kommunikasjonsveier og delaktighet og medbestemmelse gjennom felles møtepunkt*. Dette ble tolket som *drivere* for etterlevelse av retningslinjer.

Informantene foreslo også *øving i å gi og motta tilbakemelding ved observerte avvik*, som blir forstått som mulig *driver* for etterlevelse av retningslinjer.

5.5.4 Tilbakemelding – effekt

I Fixsen m.fl. (2005) sin oversiktsmodell er *tilbakemelding* prosessen hvor effekten av handlingene i destinasjonen, sendes tilbake til kilden og kommunikasjonsforbindelsen (Fixsen m.fl., 2005). På tilsvarende måte vil tilbakemeldingssløyfene i min prosessmodell gå fra helsepersonell til retningslinjer, og fra helsepersonell til kommunikasjonsforbindelsen. Tilbakemeldingene vil synliggjøre *effekten* av implementeringen, altså i *hvilken grad retningslinjer blir etterlevet av de som faktisk skal utføre dem*.

Informantene ga eksempler på at *retningslinjer og praksis var i utakt*, men materialet sier ikke noe om disse tilbakemeldingene ble gitt tilbake til ledelse. Likeledes kunne informantene *observere avvik hos kollega*, uten å gi tilbakemeldinger på dette. Jeg tolker manglende tilbakemeldinger som *motkrefter* mot etterlevelse.

5.5.5 Innflytelse – organisasjonsverdier

Innflytelse handler i Fixsen m.fl. (2005) sin oversiktsmodell om den organisasjonskultur og organisasjonsstruktur som kilden, destinasjonen, kommunikasjonsforbindelsen og tilbakemeldingene handler innenfor. Innflytelse vil derfor innvirke på alle komponenter i

modellen. I min prosessmodell er innholdet i komponenten i tråd med Fixsen m.fl. (2005) sin oversiktsmodell. Siden min studie har fokus på etterlevelse av retningslinjer hos klinisk helsepersonell, er organisatoriske rammer i liten grad undersøkt. To organisasjonsverdier var imidlertid gjennomgående i mine resultater. Diskusjonen drøfter *hvordan organisasjonsverdier* innvirker på etterlevelse av retningslinjer.

Med bakgrunn i informantenes beskrivelser, tolker jeg at *retningslinjer i tråd med organisasjonsverdier* vil fungere som *driver* for etterlevelse av retningslinjer. Motsatt vil *retningslinjer i konflikt med organisasjonsverdier* bidra til *motkrefter* mot etterlevelse.

6 Diskusjon

I analysen har jeg sortert mulige drivere og motkrefter for etterlevelse av retningslinjer inn i en modifisert modell av Fixsen m.fl. (2005) sin oversiktsmodell. Den nye modellen ble kalt prosessmodell, se kapittel 5.4. Prosessmodellen inneholdt fem komponenter, som gjennom den teoretisk styrte analysen ble til fem analytiske kategorier.

I kapittel 6.1 vil hovedlinjer fra komponentene bli diskutert. I kapittel 6.2 oppsummerer diskusjonen med implikasjoner, mens kapittel 6.3 beskriver metodiske refleksjoner.

6.1 En utvidet forståelse av drivere og motkrefter

Denne diskusjonen har til hensikt å utvide forståelsen av mulige drivere og motkrefter for etterlevelse av retningslinjer, ved hjelp av tidligere forskning og aktuell teori.

6.1.1 Hvordan retningslinjer blir forstått

Analysen viste at helsepersonell har *ulike forståelser av de nedfelte retningslinjer*, slik de blir presentert for dem, og at disse forståelser er av vesentlig betydning relatert til graden av etterlevelse av retningslinjer. Dette samsvarer med Stirman m.fl. (2012), som beskriver hvordan implementeringsforskning har vektlagt egenskaper ved retningslinjer som betydningsfulle for etterlevelse.

Implementering av retningslinjer, og dermed også etterlevelse av disse, er ofte initiert på grunn av interne og eksterne krav om oppdatert kunnskap (Bahtsevani m.fl., 2010). Mine resultater viste hvordan kunnskapsgrunnlaget i retningslinjene gjentatte ganger ble veid opp mot informantenes erfaringsbaserte kunnskap. For at retningslinjene skulle være troverdige, måtte retningslinjen ha gode faglige argument, og samstemme med informantenes erfaringsbaserte kunnskap.

Renolen og Hjälmhult (2015) undersøkte i sin kvalitative studie hva sykepleiere beskriver som utfordrende ved etterlevelse av retningslinjer, og hvordan disse utfordringene blir møtt. I følge Renolen og Hjälmhult (2015) var helsepersonells største utfordring *en kontekstuell balansering av kunnskap*, hvor tilliten til ulike kunnskapstyper og kombinerings av disse stod sentralt. Studien konkluderer med at sykepleiere har behov for å stole på hva de gjør, og synes å stole mer på egne erfaringer og faglig skjønn, enn på forskning. Dette kan til dels være sammenliknbart med min studie, hvor informantene beskrev utfordringer i å etterleve retningslinjer ved tvil om kunnskapsgrunnlaget, og når retningslinjer ikke samsvarte med

erfaringskunnskapen. En informant beskrev hvordan retningslinjene måtte være ”fornuftig og logisk” og ”verken for mye eller for lite”, for at de skulle være troverdig.

I motsetning til Renolen og Hjälmhult (2015), hadde mine informanter stor tillit til forskningen som lå til grunn for retningslinjene. Informantene hadde en unison forståelse av retningslinjene som etterlevet, beskrevet gjennom sitater som ”innebygd” og ”i ryggraden”. Min studie kan dermed ikke konkludere med at sykepleiere stoler *mer* på eget skjønn enn på kunnskapsbasert praksis, slik Renolen og Hjälmhult (2015) gjør. Mine resultater viser imidlertid at helsepersonell er tilbøyelig til skjønsmessige vurderinger som kan redusere etterlevelse av retningslinjer. Dette blir utdypet i kapittel 6.2.2.

Den kontekstuelle balanseringen av kunnskap som Renolen og Hjälmhult (2015) beskriver, og mine informanternes avveininger mellom retningslinjer og erfaringsbasert kunnskap, har paralleller til teorier om kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis er faglige vurderinger basert på en tredeling av kunnskap mellom forskning, erfaringsbasert kunnskap og praksis (Nortvedt m.fl., 2007). En fortolkning av situasjonen veid opp mot kunnskap og handlingsnormer, medfører skjønsmessige vurderinger. Skjønsmessige vurderinger er nødvendig, fordi retningslinjer ikke kan dekke alle variasjoner av hendelser innenfor en organisasjon (Grimen, 2008, s. 83) Dermed kan praksis aldri bli ”kokebokstyrt” (Nortvedt m.fl., 2007). I dette ligger en forståelse for at retningslinjer ikke alltid er riktig handlingsalternativ. Dette skaper også utfordringer. Kunnskapsbasert praksis gir ingen konkrete føringer for handlingsvalg, men skisserer handlingsalternativer. Hvilke skjønsmessige vurderinger man lener seg mot, og hvilke faglige argumenter man bygger sin kunnskapsbaserte praksis på, vil påvirke etterlevelsen av retningslinjer.

Dette samsvarer med Fleiszer m.fl. (2016) sin kvalitative studie, hvor retningslinjer med relevans for profesjonsutøvelse og pasientpopulasjon medvirket til økt etterlevelse. Anbefalingene i retningslinjene ble i Fleiszers studie ansett som ”elementær omsorg”, tilsvarende beskrev en av mine informanter endringene fra Keisersnittprosjektet som ”grunnleggende sykepleie”. Fretheim m.fl. (2015) argumenterer også for at skreddersydde tiltak trolig er mer effektive for å forbedre klinisk praksis enn passiv utsendelse av retningslinjer.

Helsepersonells forståelse av retningslinjer medvirker til hvordan retningslinjene blir etterlevet. Slik kunnskap kan nyttiggjøres ved at man tilstreber retningslinjer som svarer på helsepersonells forventninger i utforming, formidling og forankring i fagfeltet.

Avdelingsledelsen spiller her en avgjørende rolle. Det er imidlertid ikke alltid ledelsen kan imøtekomme alle forventninger til klinisk helsepersonell. Dersom forventningene er mer normbasert enn faglig begrunnet, vil det være utfordrende og ikke faglig tilrådelig å imøtekomme disse gjennom retningslinjer. Da må man i stedet arbeide for etterlevelse i andre deler av prosessmodellen.

6.1.2 Relasjonelle prosesser og profesjonsulikheter

I prosessmodellens komponent *destinasjonen*, oppstår drivere og motkrefter *når klinisk helsepersonell skal ta stilling til handlingsvalget*. Komponenten inkluderer både de individuelle og relasjonelle prosesser, og profesjonsulikheter av betydning for etterlevelse. I følge Taylor (Fosslund & Grimen, 2001) er mennesker ikke bare selvfortolkende, men også sosiale, hvor selvfortolkningen utvikles i sosiale relasjoner (Taylor, sitert i Fosslund & Grimen, 2001, s. 94). Individuelle og relasjonelle prosesser henger dermed sammen, og blir drøftet samlet. I det følgende vil *kollegastøtte*, og *glemsomhet, snarveier, følelser og holdninger* blir diskutert.

Kollegastøtte

Resultatene viste at jordmødre og barnepleiere hovedsakelig benyttet kollegastøtte ved mangelfull kunnskap om retningslinjer. De anså kunnskapen fra kollegaen som adekvat dersom kollegaen var erfaren, og svaret bekreftet egne antakelser. Ved tvil, ble retningslinjer undersøkt i fellesskap. Kollegastøtte ble, slik jeg tolket det, betegnet som driver for etterlevelse av retningslinjer hos jordmødre og barnepleiere. Legene hadde erfart at å spørre kollegaer kunne gi avvikende svar. De benyttet derfor retningslinjer i Docmap for å kvalitetssikre praksis. I legeprofesjonen forstod jeg dermed kollegastøtte som motkrefter mot etterlevelse av retningslinjer.

Basert på dette ser det ut til at jordmødre og barnepleiere i fødebarselavdelingen i større grad er påvirket av de relasjonelle prosesser i sine handlingsvalg, enn det legene er. Kollegastøtte kan hos jordmødre og barnepleierne bli forstått ut fra det nære samarbeidet, hvor ansvaret for pasientbehandlingen er et felles anliggende. Hamran (1991) beskriver hvordan ”arbeidsfellesskapet” i en sykehusavdeling er basert på samarbeid og kunnskapsutveksling. I

dette arbeidsfellesskapet søker sykepleiere kollegial støtte hos noen de har tillit til. At de kjenner hverandre og har arbeidet lenge sammen, er betydningsfullt (Hamran, 1991). Legers arbeidshverdag består i større grad av individuelle arbeidsoppgaver, og deres lengre akademiske utdanning kan medvirke til økt fokus på forskningsbasert kunnskap for å løse konkrete arbeidsoppgaver. Det kan også tenkes at retningslinjer innenfor legenes ansvarsområde i større grad er basert på mer konkrete handlingsvalg knyttet til medisinske ordinasjoner som prøvetaking, observasjon, undersøkelser og medikasjon, som krever mindre grad av individuelle og kontekstuelle vurderinger.

Når jordmødre og barnepleiere velger kollegastøtte fremfor retningslinjer, er det av betydning *hvilken* kunnskap som er tilstede i arbeidsfellesskapet. Fødebarselavdelingen ble betegnet som en avdeling med stabil arbeidskraft og lang ansiennitet, noe som kan forklare den opparbeidete tilliten. Fleischer m.fl. (2016) beskriver hvordan etterlevelse av retningslinjer er nedfelt i sykepleiers tanker og handlinger, hvor sykepleier ”turnover” vil medføre en forringelse av slik kunnskap og praksiserfaringer. På en liknende måte beskriver Innis m.fl. (2015) i sin studie hvordan helsepersonell i avdelinger med høy etterlevelse åpent ble oppmuntret til å diskutere og søke råd. Internt samarbeid var positivt, og skapte diskusjoner om kunnskapsbasert praksis. I avdelinger med høy kompetanse kan dermed kollegastøtte bli forstått som en ressurs. Lang og stabil arbeidserfaring er imidlertid ikke nødvendigvis ensbetydende med at erfaringskunnskapen samsvarer med anbefalinger i retningslinjer. Holdninger som ”vi gjør slik vi alltid har gjort” kan motarbeide etterlevelse av retningslinjer.

Et legitimt spørsmål er hvorvidt en vurdering av kollegaers kunnskap basert på tillit, erfaring og logikk, kan avdekke kollegaens reelle kompetansenivå. Eksemplet om vaktlaget som ikke kjente ny retningslinje for henvisning til sosionom, synliggjør noe av denne utfordringen. Min studie svarer ikke direkte på dette.

Jeg kan ikke finne tilsvarende studier som beskriver tilsvarende profesjonsulikheter i de relasjonelle prosesser. Min studie kan derfor tilføre ny kunnskap relatert til faktorer som påvirker implementering og etterlevelse av retningslinjer. Innenfor komponenten *destinasjonen*, er hensynet til profesjonsulikheter av betydning for handlingsvalg og etterlevelse av retningslinjer. Profesjonsulikheter vil, slik jeg forstår det, medføre ulike tilnærminger og anbefalinger basert på profesjon i valg av hensiktsmessige implementeringstiltak. For å styrke etterlevelse av retningslinjer blant jordmødre og barnepleiere, kan tiltak rettet mot kommunikasjonsforbindelsen bidra til styrket, kollegial

kompetanse. Her kan tilnærminger både relatert til kommunikasjon, trening og veiledning være relevant. For legene, som i større grad støtter seg på retningslinjer, vil tiltak rettet mot å utarbeide og kommunisere faglig velbegrunnede retningslinjer, trolig være mer hensiktsmessig.

De relasjonelle prosessene handlet også om hvordan man kunne bli påvirket gjennom observasjon av andres adferd. Dette henger nært sammen med beskrivelser om verbal kollegastøtte. Jordmoren som beskrev hvordan hun som nyansatte opplevde avdelingens tidligere praksis ved postoperativ sårstell som ”rar og unaturlig”, men som på tross av dette tilordnet seg avdelingens daværende praksis, kan være et eksempel i denne sammenheng. Gjennom denne beskrivelsen antas at relasjonelle prosesser i tillegg til verbal kollegastøtte også henter støtte gjennom observasjoner av andre. Dette kan skyldes flere årsaker, deriblant kan det være et uttrykk for en måte å passe inn i fellesskapet på. Jordmødre og barnepleiere beskrev også *nødvendigheten* av å se til hverandre, fordi retningslinjene ikke ga svaret på alt.

Lokale opinionsledere er enkeltpersoner som har betydelig tillit i, og innflytelse på miljøet eller organisasjonen de tilhører, som støtter og oppmuntrer kollegaer til bruk av forskning og kunnskapsbasert praksis, og har en nøkkelrolle for å tilrettelegge for implementering av kliniske retningslinjer i helsetjenesten (Fretheim m.fl., 2015; Innis m.fl., 2015). Flere studier dokumenterer at lokale opinionsledere bidrar til økt etterlevelse av retningslinjer (Bahtsevani m.fl., 2010; Fleiszer m.fl., 2016; Fretheim m.fl., 2015; Innis m.fl., 2015; Øvretveit m.fl., 2012). I min studie ble det vist til et eksempel med en jordmor som hovedsakelig jobbet dagvakter, som hadde et overordnet blikk for etterlevelse av retningslinjer, spesielt rettet mot nyansatte. Jeg kan her trekke paralleller til intensjonen med lokale opinionsledere. Jordmoren representerer på mange måter kontinuiteten i avdelingen, hun fremstod som en faglig ressurs, og ga ansatte påminnelser på vaktrapportene om hvilke retningslinjer som var aktuelle for de inneliggende pasientene. Min tolkning er at dedikerte opinionsledere som er tilgjengelig for kollegaer og kjenner her-og-nå situasjonen i avdelingen, er sentrale for kontinuiteten i avdelinger. Jeg kjenner ikke til at lokale opinionsledere blir benyttet aktivt innenfor norsk helsevesen. En parallell kan være fagutviklingspsykepleier. En kvalitetsforbedring i helsetjenesten kan derfor være å engasjere lokale opinionsledere i arbeidet med å implementere og etterleve retningslinjer.

Glemsomhet, snarveier, følelser og holdninger

Det var en felles forståelse om at informantene i stor grad opplevde de nye retningslinjene fra Keisersnittprosjektet som implementert og etterlevet. Dette ble tydeliggjort gjennom beskrivelser som ”innebygd” og ”ligger i ryggraden”. Deres forståelser samsvarer med Fixsen m.fl. (2005) sin fjerde av seks faser i implementeringsprosessen, beskrevet som *full gjennomføring* (Roland, 2015), se kapittel 3.2.1. I denne fasen er retningslinjene blitt en akseptert og integrert del av praksis.

Flere studier finner imidlertid at helsepersonell avviker fra retningslinjer (Sandvik m.fl., 2011). Min studie er også relevant i denne sammenheng, hvor flere mindre avvik blir beskrevet. Resultatet er ikke overraskende, og samsvarer også med erfaringer fra egen praksis. Det som imidlertid overrasker, er i hvor liten grad dette blir tematisert. Gjennom eksempler fra praksis beskriver informantene hvordan retningslinjene ikke alltid blir etterlevet. Når jeg senere i fokusgruppeintervjuene spør informantene direkte om mulige avvik, blir retningslinjene beskrevet som ”implementert”. Avvikene blir henvist til som ”glemsomheter” og ”snarveier” grunnet travelhet, stress og kaotisk avdeling. Dersom det er en reell glemsomhet, stemmer det ikke at retningslinjene ”ligger i ryggmargen”. Alternativt kan glemsomhet bli forstått som en unnskyldning for å unnlate eller ta snarveier.

En annen fortolkning er at avvik fra retningslinjer er faglige skjønnsmessige vurderinger som ikke anerkjennes eller kommer til syne for profesjonsutøver. Dette kan skyldes at skjønnsmessige vurderinger kan være mindre legitime, eller at skjønnsmessige vurderinger er integrert i praksis på en slik måte at de vanskelig kan artikuleres. Denne påstanden kan understøttes av informanten som mente det ikke var behov for faglig skjønn. Når retningslinjene beskrives som ”implementert” og ”etterlevet”, forstår jeg det ikke som en bevisst underrapportering. I stedet fortolker jeg informantene til å ikke alltid være reflektert over at de ikke følger retningslinjene. Dermed blir de heller ikke forstått som manglende etterlevelse. En slik forståelse anses som en motkraft mot etterlevelse av retningslinjer.

Vabø (2014) beskriver hvordan det å jobbe med mennesker som ”råvarer” og med ”uregjerlige problem” krever en fleksibel tilnærming til de dagligdagse utfordringer. I dette skapes et spenningsforhold mellom det som befinner seg innenfor verdien om å følge et standardisert opplegg som skal gi trygghet og likhet i behandlingen, altså etterleve retningslinjer, og det som på den andre siden fremstår som verdien om å tilpasse seg den

enkelte pasient og situasjon, som krever faglig skjønn (Vabø, 2014). I en kunnskapsbasert praksistilnærming vil man her snakke om spennet mellom den forskningsbaserte kunnskapen, som veies opp mot den erfaringsbaserte kunnskapen, slik at man på best mulig måte kan imøtekomme pasientens ønsker og behov (Nortvedt m.fl., 2007). Det faglige skjønnet skal bidra til handlingsvalg i situasjoner som vanskelig kan la seg standardisere, og basere seg på en faglig vurdering av kunnskap og handlingsnormer {Molander, 2013 #143.

Slik jeg tolker resultatene, fremstår ikke avvikene som tydelige for informantene i den forstand at de blir tolket som reelle avvik. Gjennom beskrivelser som glemsomheter og snarveier blir de i stedet fortolket som mer eller mindre aksepterte normalvariasjoner av praksis. Jeg tolker informantene til å ikke alltid være reflektert over at de ikke følger retningslinjene. Dermed blir avvikene heller ikke forstått som manglende etterlevelse. En slik forståelse kan dermed anses som en motkraft mot etterlevelse av retningslinjer.

Det ble gitt eksempler på glemsomheter og snarveier i relasjon til observasjon av andre kollegaers praksis. Tilbakemelding til kollega på slike observerte avvik, kan bidra til å øke etterlevelsen av retningslinjer. Dette utdypes i kapittel 6.1.4.

Mine resultater viste også hvordan informantenes hensyn til egne eller pasientens følelser og holdninger kunne ha større betydning, enn etterlevelse av retningslinjer. Dette medførte blant annet redusert etterlevelse av anbefalinger om temperaturmåling postoperativt. Dette samsvarer med Renolen og Hjälmhult (2015) sin studie, som beskriver hvordan sykepleiere ikke etterlever retningslinjer dersom de er usikre på fordeler for pasienten. En bevisstgjøring av egne holdninger og følelser kan trolig bidra til å anskueliggjøre hvordan disse forhold innvirker på etterlevelse av retningslinjer. Dette kan eksempelvis bli tematisert i kommunikasjonsforbindelsen, ved gjennomgang av pasientforløp eller pasienthistorier.

6.1.3 Kommunikasjon, trening og veiledning

Kommunikasjonsforbindelsen er avgjørende for å overføre kunnskap fra retningslinjer til helsepersonell, slik at retningslinjene blir en integrert del av den daglige praksis. I denne komponenten oppstår drivere og motkrefter basert på *hvordan helsepersonell får retningslinjene presentert*.

I introduksjonen av Keisersnittprosjektet ble workshops omtalt som svært positivt av jordmødre og barnepleiere. I forlengelsen av prosjektet, og generelt når det kommer til etterlevelse av retningslinjer, forstår jeg ut fra informantenes beskrivelser at avdelingen i

mindre grad har felles møtepunkt for utveksling av informasjon, erfaringer og praktiske ferdigheter relatert til retningslinjer.

I min studie opplevde alle informantene utfordringer med å holde seg faglig oppdatert basert på stadige e-poster som varslet nye og reviderte retningslinjer. På den ene siden opplevde de stadige påminnelser og informasjon om retningslinjer som uoversiktlig. På den andre siden var informasjonen vesentlig for å kunne holde seg faglig oppdatert. Informantene ønsket bedre kommunikasjonsveier, og medbestemmelse i implementeringsprosessen og ved endringer av retningslinjer.

E-post er slik jeg ser det, blitt en av de viktigste informasjonsverktøy i sykehus.

Informasjonen formidles raskt og er lett tilgjengelig, ulempen er uoversiktlig og mangfoldig informasjon. E-postene bidrar til nødvendig informasjon om nye og reviderte retningslinjer, men i mindre grad til et dialogisk samarbeid. E-post vil heller ikke dekke behovet for trening og veiledning. Mine informanter opplevde at de mistet muligheten til å diskutere og spørre når nye og reviderte retningslinjer ble presentert gjennom e-post uten forutgående diskusjon. Alle profesjonene ønsket felles møtepunkt for delaktighet og medbestemmelse, for faglig drøfting av bakgrunn, innhold og evaluering av retningslinjer. Dette var betydningsfullt for eierskap til, og forståelse for retningslinjene. Faglige møtepunkt vil og så, slik jeg tolker det, i større grad anerkjenne klinisk helsepersonells fagkompetanse.

Resultatet samsvarer med Flottorp og Aakhus (2013) sin artikkel, som viser til hvordan tiltak som omtales som ”passiv disseminering” av retningslinjer har liten eller ingen effekt på praksis, hvor aktive intervensjoner har større effekt. Det kan derfor tenkes av retningslinjer via e-post i liten grad medvirker til etterlevelse av retningslinjer isolert sett. Felles møtepunkt kan dermed styrke etterlevelse av retningslinjer. Kunnskapssenterets rapport (Fretheim m.fl., 2015) konkluderer med at kurs og møter, enten alene eller i kombinasjon med andre tiltak, trolig medfører forbedringer i praksis. I min studie er dette sammenliknbart med informantenes ønske om felles møtepunkt. Dette samsvarer også med Innis m.fl. (2015) sin studie, hvor en inkluderende kultur som både involverte klinisk helsepersonell og nærmeste ledere blir forstått som driver for kunnskapsbasert praksis. Medbestemmelse for klinisk helsepersonell ble i denne studien ansett som positivt, fordi klinisk helsepersonell er de som skal utføre og etterleve endringene.

Hvordan helsepersonell får retningslinjene presentert, er av vesentlig betydning for etterlevelse av retningslinjer. Hensiktsmessige kommunikasjonsveier, delaktighet og medbestemmelse er

Informantene opplevde utfordringer med å holde seg faglig oppdatert basert på *hyppige e-poster med stadige varslinger om endringer*. Dette kan delvis tolkes som *motkrefter* mot etterlevelse, fordi informantene opplevde det som uhensiktsmessig kommunikasjon. Informantene foreslo *hensiktsmessige kommunikasjonsveier og delaktighet og medbestemmelse gjennom felles møtepunkt*. Dette blir tolket som *drivere* for etterlevelse av retningslinjer.

Informantene foreslo øving i tilbakemelding ved observasjon av avvik blant kollegaer. Tilbakemeldingslinjen går da tilbake til *kommunikasjonsforbindelsen*, hvor trening og veiledning kan skje. For bedre sammenheng diskuteres øving i å gi og få tilbakemelding i kapittel 6.1.4

6.1.4 Tilbakemelding og evaluering

I prosessmodellen handler *tilbakemelding* om i *hvilken grad retningslinjer blir etterlevet av de som faktisk skal utføre dem*. Tilbakemeldingene må videreformidles fra klinisk helsepersonell som sitter med erfaringene etter at retningslinjene er tatt i bruk. Basert på disse tilbakemeldinger, kan retningslinjer bli justert, eller praksis tilpasses. Tilbakemeldinger kan dermed medvirke til at endringsprosjektet forbedres underveis, fordi de ansatte har skapt bedre løsninger. Slike tilbakemeldinger og evalueringer er sammenliknbart med Fixsen m.fl. (2005) femte fase *innovasjon* i implementeringsprosessen, se kapittel 3.2.2.

Manglende samsvar mellom retningslinjer og praksis

Informantene viste til eksempler hvor retningslinjer ikke var i tråd med den praksiserfaring de satt inne med: Keisersnittbandasjen som skulle være en barriere på operasjonssåret under hele innleggelsen, ble ikke den barriere som opprinnelig var tenkt, og postoperative smertelindringsregime ble av enkelte forstått som utilstrekkelig de første postoperative døgn. Mine resultater beskriver ikke om disse tilbakemeldingene er gitt tilbake til ledelsen. Jeg mener det er av stor verdi om slike praksiserfaringer videreformidles. Dersom retningslinjer har som formål å optimalisere pasientbehandlingen, må retningslinjer stemme overens med den virkelighet den skal omsettes i. En annen type keisersnittbandasje, eller anbefalinger om hyppigere bandasjeskift, og en oppjustering av smertelindringsregime burde, slik jeg ser det,

blitt vurdert. Det er her jeg spør meg om retningslinjer også virker mot sin hensikt. Kan hende bidrar retningslinjer noen ganger til å hemme den faglige diskursen i fagfeltet. Felles møtepunkt beskrevet i kapittel 6.1.3 kan bidra til å diskutere og evaluere retningslinjer, og løfte frem praktiske utfordringer slik disse eksemplene viser til. Tilbakemeldinger fra helsepersonell som anvender retningslinjene, via kommunikasjonsforbindelsen og tilbake til retningslinjene, kan medvirke til at retningslinjer blir tilpasset, eller til at praksis blir endret. Tilbakemeldinger blir dermed forstått som driver for etterlevelse av retningslinjer, og manglende tilbakemeldinger anses derfor som motkrefter i denne sammenheng.

Tilbakemelding når avvik blir observert

Informantene observerte avvik fra retningslinjer hos kollegaer, med opplevde det utfordrende å både skulle gi og få slike tilbakemeldinger. Informantene foreslo derfor øving i å få og gi tilbakemeldinger ved observerte avvik. I dette tilfellet vil tilbakemeldingslinjen gå tilbake til kommunikasjonsforbindelsen, hvor trening og veiledning kan skje.

En slik tilnærming fordrer imidlertid en kultur og åpenhet for at slike tilbakemeldinger blir gitt og tatt imot på en måte som ikke konfronterer. Informantene beskrev hvordan å få og gi tilbakemelding kan bli opplevd forskjellig. Kan hende er det utfordrende for helsepersonell å gi og å få slike tilbakemeldinger direkte. En løsning kan være å benytte sykehuset avvikssystem, hvor avviket meldes på sak og ikke på person, noe som kan gjøre det enklere å si fra. En annen løsning kan være å benytte det implementeringsforskning henviser til som *audit & feedback*, eller monitorering med tilbakemelding, som er interne eller eksterne tilbakemeldinger til helsepersonell om klinisk praksis (Fretheim m.fl., 2015). Vurdert opp mot effekt på praksis, er dette et tiltak som gir liten til moderat effekt, men som trolig kan fungere mer effektivt når den som gir tilbakemelding er en veileder eller en erfaren kollega, når tilbakemelding gis mer enn en gang, når den gis både muntlig og skriftlig og når den inneholder både klare mål og en handlingsplan (Fretheim m.fl., 2015, s. 35). Jeg kjenner ikke til at slike direkte tilbakemeldinger er satt i system i norsk helsetjeneste, med unntak av i opplærings situasjoner.

De tilbakeførende linjer av tilbakemelding innad i organisasjonen, anses som betydningsfull for å opprettholde aktualiteten i anbefalinger formidlet gjennom retningslinjer. Dette er i tråd med Bahtsevani m.fl. (2010) sin kvalitative studie, som peker på hvordan implementering av retningslinjer er en kontinuerlig prosess for å skape pålitelige og holdbare rutiner. Bahtsevani

m.fl. understreker nødvendigheten av kontinuerlige tilbakemeldinger både til helsepersonell og ledere for å kvalitetssikre etterlevelse. Klinisk helsepersonell, og deres tilbakemeldinger, bør derfor i større grad trekkes frem som en viktig bidragsyter for etterlevelse av retningslinjer. Dette understreker nok en gang behovet for tilrettelegging av felles møtepunkt og erfaringsutveksling.

6.1.5 Organisasjonsverdier

Jeg vil her se nærmere på *hvordan organisasjonsverdier* innvirker på etterlevelse av retningslinjer. Mine resultater antyder at fødebarselavdelingen har et felles sett av profesjonsuavhengige organisasjonsverdier. Organisasjonsverdiene blir, slik jeg ser det, tydeliggjort gjennom verdisynet på kvinner som friske fødende, og i verdier fra Mor-barn-vennlig initiativ. Jordmødrenes fagtradisjon, skapt i lokalmiljøet og i nær relasjon med den fødende, har hatt betydning for profesjonsutøvelsen i spesialisthelsetjenestens organisasjonsrammer (Thornquist, 2011). Fødebarselavdelingen har slik sett sterke fagtradisjoner for en orientering mot det friske og normale.

Avdelingens kultur og verdier danner en viktig ramme for helsepersonells virkelighetsfortolkninger, noe som ifølge Hamran (1991) ofte blir tatt for gitt og sjelden tematisert:

”Normer og verdier har nedfelt seg i en praktisk og sosial organisering av arbeidet. Det er etablert faste og stabile mønstre som gjør at vi kan snakke om en kultur. Den er skapt over tid, og den har fått kulturens selvsagte preg. Kulturelle verdier blir tatt for gitt, de styrer handlingene og gjør dem forståelige og meningsfulle, men er sjelden tema for deltakernes oppmerksomhet” (Hamran, 1991, s. 9).

På den ene siden samsvarer Hamran (1991) sin fortolkning av organisasjonsverdier i stor grad med mine resultater. På den andre siden er det en vesens forskjell, hvor jeg anser fødebarselavdelingens organisasjonsverdier som til tider svært *tydelig* for profesjonenes oppmerksomhet. Informantene beskriver fødebarselavdelingen som ”en sånn litt egen verden”, hvor de ”har fokus på det normale” og ”ikke har historie på å bruke munnbind”. Disse utsagnene forstår jeg som en erkjennelse på organisasjonsverdienes sterke innflytelse. Det som jeg imidlertid ikke anser som tydelig for informantene, er hvordan organisasjonsverdiene til tider står i konflikt med retningslinjene, og da særlig i relasjon til den kirurgiske pasient.

Likevel, på direkte spørsmål avkrefte informantene verdikonflikter mellom Mor-barn-vennlig initiativ og retningslinjene fra Keisersnittprosjektet. Kun i møte med andre avdelingskulturer

kom dette til syne for dem. Og det er kanskje også dette Hamran (1991) mener. Selv om organisasjonsverdiene kan være artikulert for helsepersonell, er de likevel svært uartikulert i sin fremtreden. Organisasjonsverdienes innvirkning på etterlevelse er dermed i liten grad synliggjort for helsepersonell, selv om de er godt kjent med sine verdier.

Organisasjonsverdienes sterke innflytelse gjenspeiler seg i prosessmodellen ved at de innvirker på alle prosesser i modellen: på forståelser av retningslinjer, i de relasjonelle prosesser, i kommunikasjon og i tilbakemeldingene. Fordi organisasjonsverdier har innvirkning på alle komponenter i modellen og i stor grad er uartikulert, kan de tolkes som særlig betydningsfull for etterlevelse av retningslinjer. Dersom det oppstår konflikt mellom organisasjonsverdier og retningslinjer, viser eksemplene i resultatene at organisasjonsverdier kan skape motkrefter mot etterlevelse av retningslinjer. En klargjøring av organisasjonsverdiers innvirkning på etterlevelse av retningslinjer, kan dermed være betydningsfullt. På en liknende måte argumenterer Innis m.fl. (2015) for at implementering av kunnskapsbasert praksis i en organisasjon kan drives fremover dersom praksis er knyttet til organisasjonsverdier og organisasjonens strategiske retninger.

I et større perspektiv medfører ovenstående betraktninger at retningslinjer i tråd med organisasjonsverdier krever lokal tilpasning av retningslinjer. Lokalt forankrede retningslinjer, som tar hensyn til avdelingen organisasjonsverdier, kan dermed bli forstått som driver for etterlevelse. Motsatt kan retningslinjer som kommer i konflikt med organisasjonsverdier medføre motkrefter ved etterlevelse av retningslinjer. Dette er i tråd med forskning hvor skreddersydde tiltak trolig har effekt (Fretheim m.fl., 2015).

6.2 Oppsummering av diskusjon – implikasjoner

Å implementere retningslinjer er en krevende prosess, mange faktorer påvirker om man lykkes eller ikke. Prosessmodellen bidrar til å synliggjøre de mange samspillende faktorer for etterlevelse av retningslinjer. Modellen organiserer og kategoriserer drivere og motkrefter, og kan derfor være et verktøy for å skaffe oversikt for ledere, fagutviklere, smittevernsykepleiere og andre som arbeider med implementering av retningslinjer i sykehus. Prosessmodellen er ikke uttømmende for mulige drivere og motkrefter vedrørende etterlevelse av retningslinjer. Nye studier er nødvendig for å utvide denne forståelsen.

Studien avdekker profesjonsulikheter relatert til hvordan relasjonelle prosesser innvirker på etterlevelse av retningslinjer, og hvordan retningslinjer blir benyttet. Dette vil medføre ulike

tilnærminger og anbefalinger basert på profesjon, i valg av hensiktsmessige implementeringstiltak.

Studien underbygger kommunikasjonsforbindelsens sentrale posisjon for å styrke etterlevelse av retningslinjer. Etterlevelse av retningslinjer bør også i større grad evalueres, for å sikre samsvar mellom retningslinjer og praksis. Tilbakemeldinger fra klinisk helsepersonell en viktig bidragsyter i så måte. Det må derfor i større grad legges til rette for felles møtepunkt hvor retningslinjer blir presentert, diskutert og evaluert, for medbestemmelse og eierskap til retningslinjer.

6.3 Metodiske refleksjoner

For å diskutere studiens styrker og svakheter, har jeg valgt Thagaards (2013) forståelse av begrepene *reliabilitet*, *validitet* og *overførbarhet*. En vurdering av studiens reliabilitet og validitet, er sentral i diskusjonen om studiens troverdighet, mens studiens overførbarhet vurderer om resultatene er gyldige i liknende situasjoner (Thagaard, 2013).

6.3.1 Reliabilitet

Reliabilitet er en kritisk vurdering av om studien er utført på en *pålitelig* og tillitsvekkende måte (Thagaard, 2013, s. 201). Reliabilitet kan deles inn i ekstern og intern reliabilitet (Thagaard, 2013).

Ekstern reliabilitet er spørsmål knyttet til repliserbarhet, altså om en annen forsker som anvender samme metode, vil komme frem til samme resultat (Thagaard, 2013). I følge et sosialkonstruktivistisk vitenskapsteoretisk perspektiv, hvor kvalitative data utvikles i samarbeid mellom informantene og meg, er dette spørsmålet betimelig. Jeg har gjort mine fortolkninger basert på informantenes beskrivelser og refleksjoner, en annen forsker vil kunne vektlegge andre fortolkninger. I et slikt perspektiv er jeg som forsker er en del av den sosiale virkeligheten, og kan dermed ikke unngå å virke inn på, eller å selv være påvirket av den. Dermed blir det viktig å styrke reliabiliteten gjennom intern reliabilitet.

Intern reliabilitet handler om å være konkret og spesifikk ved beskrivelser av fremgangsmåter for innsamling og analyse av data. Mine argumenter for studiens reliabilitet vil være en redegjørelse for hvordan data er utviklet i løpet av forskningsprosessen (Thagaard, 2013):

Jeg valgte å gjennomføre *fokusgruppeintervju*. Metodens styrke er den gruppedynamiske interaksjonen som skaper data og innsikter som individuelle intervju ikke ville tilført

(Malterud, 2012). En svakhet ved fokusgrupper er at den enkelte informant får mindre tid til å dele beskrivelser og refleksjoner sammenlignet med individuelle intervju. Dermed er det også mindre tid til å gå i dybden på den enkeltes forståelse (Halkier, 2002).

Valg av metode er førende for studiens resultat. Mens fokusgruppeintervju fremviser informantenes *beskrivelser og refleksjoner* ved adferd, vil observasjonsstudier undersøke hva de *faktisk* gjør (Thagaard, 2013). Ut fra problemsstillingen, som hadde til hensikt å undersøke informantenes beskrivelser og refleksjoner, mener jeg valg av fokusgruppeintervju ble riktig. Fokusgrupper er lite tidkrevende, noe som er viktig av pragmatiske grunner i en masteroppgave, og som gir konsentrerte data fra flere informanter om det ønskede temaet på kort tid. Fokusgruppeintervju er også mindre påtrengende for informantene (Tjora, 2017).

For å øke kvaliteten på *intervjuguiden*, utførte jeg et pilotintervju. Intervjuguiden ble benyttet fleksibelt, noe som kan ha medvirket til at jeg ikke fikk utdypet utsagnene til informantene ved et par tilfeller, fordi samtalen tok en annen retning. Dermed kan beskrivelser som kunne utdypet mine spørsmål ha gått tapt. Den fleksible tilnærmingen bidro imidlertid til at informantene stilte utdypende spørsmål til hverandre, hvor deres førstehåndskunnskap til tema bidro til å styrke de kvalitative data, og til mer spontane svar.

Jeg gjorde et strategisk *utvalg* av seks informanter, med en barnepleier, en jordmor og en lege i hver fokusgruppe. Jeg valgte å blande profesjoner i fokusgruppen, en annen tilnærming ville vært fokusgrupper med lik profesjonstilhørighet. Gjennom profesjonsulikhet kunne jeg komme ”tett på” den daglige praksis. Flerfagligheten har beriket materialet ved å fremskaffe innblikk i ulike forståelser som kanskje ikke hadde vært like fremtredende ved profesjonslikhet. Eksempelvis ble det tydelig for meg hvordan profesjonene hadde ulike måter å innhente kunnskap om innholdet i retningslinjene på. Profesjonsulikhet kan skape ubalanse i makt og dermed innvirke på hva informantene valgte å dele. Det var derfor viktig med lik fordeling av profesjonsmedlemmer i fokusgruppene.

Det kollegiale fellesskapet skapte samhørighet i fokusgruppeintervjuene, noe som bidro til god flyt i samtalen. En ulempe er at samtalen kan gå i ”vante spor”, noe jeg forsøkte å være bevisst på under fokusgruppeintervjuene. En styrke ved små fokusgrupper er at den enkelte får mer tid til refleksjoner. Et større utvalg kunne kanskje gitt et bredere tilfang av beskrivelser, men ville fått konsekvenser for den praktiske gjennomføringen. Det var utfordrende å koordinere felles møtetidspunkt for alle involverte, hvor flere hensyn måtte

ivaretas. Små fokusgrupper bidro til at fokusgruppeintervjuene var gjennomførbare. En svakhet ved små grupper, er risikoen for å måtte avlyse fokusgruppeintervjuet om noen meldte forfall, som ikke ville vært tilstede i større fokusgrupper. Dette opplevde jeg imidlertid ikke.

På grunn av krav om arbeidserfaring på mer enn tre år, er det fare for jeg har gått glipp av informanter som kan ha vært mer engasjert innenfor tema enn andre. En nyansatt ville også belyst hvordan opplæring av nyansatte innvirker på etterlevelse av retningslinjer. I denne studien var det imidlertid av betydning at de kjente til keisersnittprosjektet for å kunne beskrive implementeringsprosessen. Utvalget var bredt sammensatt i alder og ansiennitet. En begrensning i utvalget var at jordmødrene i studien i hovedsak arbeidet på føden, og i mindre grad kjente rutine på barsel. Dette kan ha innvirket på studiens resultater.

Fokusgrupper kan skape aktive og passive roller. I det ene fokusgruppeintervjuet ble jeg oppmerksom på en av informantene tok oftere til ordet. Min rolle ble å lede samtalen over til de andre i fokusgruppen. En annen svakhet ved fokusgrupper er faren for konformitet, ved at motsetninger underrapporteres på grunn av gruppeprosessens sosiale kontroll. Alternativt kan gruppeprosessens skape polarisering (Halkier, 2002). Konformitet og polarisering demper variasjoner i informantenes uttrykk av forståelser og erfaringer. Jeg merket ingen tilbakeholdelse eller begrensninger hos informantene under intervjuene, noe som styrker resultatenes reliabilitet.

Lydopptaket bidro til korrekt gjengivelse av hva som ble sagt, men også til tap av kroppsspråk, stemmeleie og intonasjon, dermed kan mening gå tapt eller forvrenget underveis. Dette kan ha svekket de kvalitative data (Foss, 2016). Jeg transkriberte intervjuene selv, noe som har bidratt til tett kopling med de kvalitative data, og til å bli kjent ved sider som ikke kom tydelig frem i intervjuet. Dette har bidratt til en troverdig analyse.

6.3.2 Validitet

Validitet er knyttet til tolkning av data, og handler om *gyldigheten* av fortolkningene som denne studien har ført til (Thagaard, 2013, s. 204). Her skiller Thagaard (2013) mellom intern og ekstern validitet. *Ekstern validitet* handler om at studiens forståelse også kan være gyldig i andre sammenhenger. Dette samsvarer med begrepet *overførbarhet* (Thagaard, 2013), som blir diskutert i kapittel 6.3.3. *Intern validitet* vurderer om mine fortolkninger er gyldige i den virkelighet jeg har studert de i (Thagaard, 2013).

Jeg har i studien forsøkt å gjøre forskningsprosessen så *transparent* som mulig. Grunnlaget for fortolkningen er tydeliggjort gjennom detaljerte beskrivelser av forskningsstrategi og analysemetoder. Dette har bidratt til å synliggjøre valg og beslutninger, og kan dermed styrke tilliten til at studien er utført på en troverdig måte.

Min bakgrunn, erfaringer og interesser påvirker min *forforståelse*, og dermed studien (Tjora, 2017). Forforståelsen kan ha påvirket måten jeg har stilt spørsmål på, hvordan jeg har tolket resultatene fra analysen, og ved valg av teoretisk forankring. For at forskningsprosessen skal frembringe noe annet enn det jeg på forhånd vet eller tar for gitt, er det nødvendig å stille seg åpen (Tjora, 2017). I fokusgruppeintervjuene forsøkte jeg å innta en rolle hvor jeg aktivt lette etter motsetninger til egne forestillinger. Jeg har vært bevisst på egen forforståelse innledningsvis til studien, hvor jeg fortolket Keisersnittprosjektet som vellykket. Derfor jobbet jeg grundig med intervjuguiden, for å kunne stille åpne spørsmål som ikke la føringer på informantenes fortellinger. Refleksjonsnotater underveis i prosessen, og i etterkant av hvert fokusgruppeintervju, har bidratt til at jeg kunne finne tilbake til tanker og refleksjoner som oppstod underveis. Dette har bidratt til økt refleksivitet, som styrker validiteten.

Det var utfordrende å stille seg åpen for egen forforståelse på mer enn en måte. Jeg oppdaget i ettertid av fokusgruppeintervjuene at jeg ikke stilte spørsmålet om faglig skjønn til begge fokusgrupper, fordi jeg antok at den andre fokusgruppen ville svare det samme som den første. Viktige refleksjoner rundt dette tema er dermed ikke undersøkt nærmere, noe som kan ha påvirket nyanser i resultatet, fordi faglig skjønn er en faktor som kan påvirke etterlevelse av retningslinjer. Ut over dette ble spørsmålene fra intervjuguiden i stor grad besvart av begge fokusgrupper.

Min *posisjon* som ansatt i sykehus har vært positiv i den forstand at jeg kjente feltet og tema. Ulempen er at viktige momenter kan bli oversett (Thagaard, 2013). Eksempelvis har veiledere gjort meg oppmerksom på tilbøyeligheten til å akseptere jordmødrenes og barnepleiernes skjønnsmessige vurderinger av retningslinjer, fordi slike vurderinger har vært gjenkjennelige. Dette bevisstgjorde meg på å ha et åpent blikk på de kvalitative data. For å skape nødvendig avstand til feltet, og dermed unngå ”kulturblindhet” (Paulgaard, 1997), arbeidet jeg grundig med intervjuguiden. Bruk av sekretær under intervjuet, og teori i fortolkningen har også bidratt til å løfte blikket.

Bakgrunnen for Keisersnittprosjektet var infeksjonsforebygging, og informantene kjente til min bakgrunn som smittevernsykepleier, noe som kan ha bidratt til at informantene fikk forståelse for at jeg hadde mer fokus på smittevern enn det jeg i utgangspunktet hadde tenkt. Dette ble tydelig ved transkribering av det første intervjuet, hvor informantene ved et par tilfeller refererte til at det de snakket om ikke hadde med infeksjonsforebygging å gjøre. Jeg ble derfor mer bevisst på å understreke formålet med studien i neste fokusgruppeintervju.

Jeg har fremvist informantenes utsagn slik at andre kan vurdere min *fortolkning*. Jeg har så langt det mulig forsøkt å stille med åpent blikk, og formidle ulike vinklinger. Kategoriske og entydige fortolkninger av sitatene er forsøkt unngått. I analysen og diskusjonen har jeg forsøkt å opprettholde et tydelig skille mellom informantenes beskrivelser og refleksjoner og mine fortolkninger. Gjennom en slik redegjørelse styrkes validiteten til hvordan data er utviklet, samt ivaretagelse av etiske aspekter (Thagaard, 2013).

Valg av *teoretisk forankring* har medvirket til studiens resultat ved å danne grunnlaget for mine fortolkninger. Studiens innfallsvinkel åpnet opp for flere mulige innfallsvinklinger. *Normaliseringsprosessteori*, som er et sosiologisk verktøy for å forstå og forklare sosiale prosesser i implementering ble vurdert, men frafalt fordi den var noe uangripelig (May & Finch, 2016). Likeså ble *kvalitetsforbedringsmodellen*, som beskriver systematisk forbedringsarbeid som en kontinuerlig prosess vurdert (Konsmo m.fl., 2015), men frafalt på fordi min studie ser på et kvalitetsprosjekt som allerede var initiert. Teoretiske forankring i organisasjonsteori eller faglig skjønn ville gitt en helt annen studie, men ble ikke forstått som dekkende for alle resultater som jeg ville beskrive. Jeg ønsket en teoretisk forankring som kunne se på implementeringsprosessen relatert til etterlevelse av retningslinjer, og mener implementeringsteorien som er valgt er hensiktsmessig i denne sammenheng. Jeg har videre forsøkt å skaffe oversikt over relevant forskning. Studier innenfor implementeringsforskning har imidlertid vært utfordrende. Manglende konsensus om entydige begreper og forståelsesrammer, har skapt utfordringer i å sammenlikne resultater. Jeg har etter beste evne forsøkt å fortolke hvilken mening andre forskere har lagt til sine begreper. Kan hende har feilfortolkninger bidratt til at relevante artikler ikke er blitt inkludert. Jeg har imidlertid gjort omfattende søk i databaser, og også fått hjelp hos bibliotekar. Artikkene som er inkludert representerer det beste som kom ut av dette. Bedre tid ville muliggjort søk i flere databaser. Flere av mine resultater har imidlertid støtte i tidligere forskning og teori, noe som styrker

studiens validitet. Samtidig var det også en viss likhet å spore i materialet fra de to fokusgruppeintervjuene og pilotintervjuet, noe som kan styrke studiens troverdighet.

6.3.3 Overførbarhet

Overførbarhet er knyttet til om den forståelsen som jeg utvikler innenfor rammen av denne studien, også kan være overførbar eller relevant til andre situasjoner (Thagaard, 2013).

Fortolkningen har vekket gjenklang i mine egne erfaringer, men har også overrasket min forforståelse. Resultatene fra denne studien vært gjenkjennbart for mine kollegaer, og resultatene er til dels sammenfallende med tidligere forskning, men skiller seg fra annen forskning fordi den fremviser hvordan profesjonsulikheter medfører ulike implementeringsstrategier. Selv om studien baserer seg på et begrenset utvalg, mener jeg at resultatene bidrar til økt innsikt om etterlevelse av retningslinjer, som kan ha en viss overføringsverdi til liknende situasjoner, for eksempel andre sykehusavdelinger. Det er imidlertid nødvendig ta hensyn til kontekstuelle forhold. Organisasjonsverdier som Mor-barnvennlig initiativ er ikke overførbart til andre sykehusavdelinger, men en tydeliggjøring av hvordan avdelingens organisasjonsverdier innvirker på etterlevelse av retningslinjer, har betydning også for andre sykehusavdelinger. Å være oppmerksom på hvordan relasjonelle prosesser og helsepersonells forståelser av retningslinjer innvirker på etterlevelse av retningslinjer, har også overføringsverdi til liknende situasjoner.

6.3.4 Etikk

Rekruttering av informanter medførte noen etiske implikasjoner. Ved rekruttering av leger avtalte jeg at nærmeste leder skulle ta vare på samtykkeskjema. Jeg ble av veileder gjort oppmerksom på at dette ikke sikret informantenes anonymitet, men tvert om åpnet opp for autoritetspress som kunne innvirke på studien. Da jeg ble oppmerksom på det, snakket jeg med informantene, og de har likevel bekreftet samtykket.

Jordmødre og barnepleiere ble forsøkt rekruttert gjennom e-post for å unngå slikt press, hvor jeg tross to slike forespørsler bare fikk rekruttert en informant. I tråd med gode forskningsetiske overveielser burde den videre rekruttering skje ved hjelp av en tredjeperson. Dette var imidlertid utfordrende rent praktisk, da det kun var ledelsen og meg som hadde god nok kjennskap til innholdet i studien. I samråd med ledelsen valgte jeg en tilnærming hvor to uformelle samtaler bidro til å rekruttere de tre siste informantene. I tilnærmingen var jeg tydelig på å poengtere det frivillige samtykket. Jeg la derfor ikke opp til at noen måtte svare ”på stående fot”, men la igjen informasjonsbrev og samtykkeskjema hvor de fikk beskjed om

å ta kontakt med meg direkte om de skulle være interessert. Likevel valgte enkelte informanter å gi beskjed om deltakelse via avdelingsledelsen. Disse informantene har også senere bekreftet sitt samtykke. Det kan likevel være en fare for at noen har vært tilbakeholdne med å dele sine erfaringer i fokusgruppeintervjuene.

Jeg opplevde imidlertid informantene som frie og spontane i sine beskrivelser, og har ved uttrekk av sitater språkvasket disse for i størst mulig grad å unngå gjenkjennelse. Jeg opplevde rekrutteringen som tidkrevende og utfordrende, og jeg stiller spørsmål ved om jeg kunne klart å rekruttert et antall informanter dersom informantene selv skulle være den aktive part i dette.

7 Avslutning

Denne studien har undersøkt hvilke drivere og motkrefter klinisk helsepersonell beskriver og reflekterer over ved etterlevelse av retningslinjer i en fødebarselavdeling. Utgangspunktet for studien var retningslinjer som ble forsøkt implementert i fødebarselavdelingen gjennom Keisersnittprosjektet.

Innholdsanalysen viste at helsepersonells *forståelser av retningslinjer, relasjonelle prosesser og organisasjonsverdier* innvirker på etterlevelse av retningslinjer:

Innenfor *helsepersonells forståelser av retningslinjer*, viser resultatene at faglig velbegrunnede retningslinjer i tråd med helsepersonells erfaringsbaserte kunnskap, og som synliggjør en forbilledlig praksis, er drivere for etterlevelse av retningslinjer. Motsatt bidrar retningslinjer med begrenset troverdighet til kunnskapsgrunnlaget, og svak tilknytning til fagfeltet, til motkrefter mot etterlevelse av retningslinjer. Hyppige e-poster med stadige varslinger om endringer utfordret informantenes etterlevelse av retningslinjer. Informantene foreslo felles møtepunkt for mer hensiktsmessig kommunikasjon av nye og reviderte retningslinjer, og for delaktighet og medbestemmelse i prosessen.

I gruppen av *relasjonelle prosesser* fremkom profesjonsulikheter relatert til kollegastøtte. Jordmødre og barnepleiere benyttet hovedsakelig kollegastøtte dersom de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om innholdet i retningslinjene. Legene erfart at kollegastøtte kunne gi dem ulike svar, og benyttet derfor først og fremst retningslinjer for å kvalitetssikre praksis opp mot retningslinjer. Jordmødre og barnepleiere beskrev også hvordan det å se til andre kunne påvirke praksis. Manglende etterlevelse ble beskrevet som glemsomhet og snarveier, eller skyldtes hensynet til egne eller pasientens følelser og holdninger. Informanten foreslo øving i å gi og motta tilbakemelding ved observerte avvik hos kollegaer.

Innenfor gruppen *organisasjonsverdier* viser mine resultater at fagtradisjoner som Mor-barn-vennlig initiativ, og synet på kvinner som friske fødende, påvirker handlingsvalg og etterlevelse av retningslinjer. Retningslinjer i tråd med organisasjonsverdier bidrar som driver for etterlevelse av retningslinjer. Motsatt kan motkrefter mot etterlevelse av retningslinjer oppstå dersom retningslinjer er i konflikt med organisasjonsverdier.

I en teoretisk styrt analyse ble Fixsen m.fl. (2005) sin oversiktsmodell benyttet for å sortere hovedresultater fra innholdsanalysen inn i en ny, modifisert modell, som jeg valgte å kalle *Prosessmodell av drivere og motkrefter for etterlevelse av retningslinjer*. Prosessmodellen

synliggjør hvor i organisasjonen mulige drivere og motkrefter kan oppstå, og hvordan disse gjensidig påvirker hverandre. Dette mener jeg kan bidra til en større forståelse for mulige drivere og motkrefter ved etterlevelse av retningslinjer. Slik sett kan prosessmodellen være et bidrag til å redusere avstanden mellom forskningsbasert kunnskap og praksis, og til å øke kunnskapen om etterlevelse av retningslinjer i sykehus.

Referanseliste

- Bahtsevani, C., Willman, A., Stoltz, P., & Østman, M. (2010). Experiences of the implementation of clinical practice guidelines: Interviews with nurse managers and nurses in hospital care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24(3), 514-522. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00743.x
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet 9. april 2017 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>
- Direktoratet for e-helse. (2017a). *Kvalitetsindikatorer for graviditet og fødsel*. Hentet 26. april 2017 fra <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/graviditet-og-fodsels>
- Direktoratet for e-helse. (2017b). *Oppfølging av infeksjonsstatus 30 dager etter keisersnitt*. Hentet 21. april 2017 fra <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/infeksjoner/oppfolging-av-infeksjonsstatus-30-dager-etter-utfort-keisersnitt>
- Direktoratet for e-helse. (2017c). *Postoperative infeksjoner etter utført keisersnitt*. Hentet 22. april 2017 fra <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/infeksjoner/postoperative-infeksjoner-etter-keisersnitt>
- Edwards, R., Charani, E., Sevdalis, N., Alexandrou, B., Sibley, E., Mullett, D., . . . Holmes, A. (2012). Optimisation of infection prevention and control in acute health care by use of behaviour change: a systematic review. *The Lancet Infectious Diseases*, 12, 318-329. doi: 10.1016/S1473-3099(11)70283-3
- Fagforbundet. (2017). *Barnepleier*. Hentet 13. april 2017 fra <http://www.fagforbundet.no/shs/barnepleier/>
- Felleskatalogen. (2017a). *Dexametason*. Hentet 16. april 2017 fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/pasienter/pil-dexametason-abcur-abcur-628473>
- Felleskatalogen. (2017b). *Hibiscrub*. Hentet 16. april 2017 fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/hibiscrub-regent-medical-559800>
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallance, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, Florida: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Fleiszer, A. R., Semenic, S. E., Ritchie, J. A., Richer, M. C., & Denis, J. L. (2016). A unit-level perspective on the long-term sustainability of a nursing best practice guidelines program: An embedded multiple case study. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 204-218. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.004>
- Flottorp, S., & Aakhus, E. (2013). Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk Epidemiologi*, 23(2), 187-196. doi: <http://dx.doi.org/10.5324/nje.v23i2.1643>
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Medisinsk fødselsregister*. Hentet 2. april 2017 fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/mfr/>
- Forretningssystemer. (2017). *Docmap*. Hentet 18. mars 2017 fra <http://www.forretningssystemer.no/produkt/docmap/>
- Forskningsetikkloven. (2006). *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning*. Hentet 9. april 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* Hentet 23. april 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Foss, C. (2016). Ufordringer med å etablere en ny praksis. *Sykepleien Forskning*, 11(59483). doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.59483
- Fossland, J., & Grimen, H. (2001). *Selvforståelse og frihet. Introduksjon til Charles Taylors filosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fretheim, A., Flottorp, S., & Oxman, A. (2015). *Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer* (Oversikt over systematiske oversikter 10-2015). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 71-86). Oslo: Universitetsforlaget.

- Grimen, H., & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 179-196). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Medical Journal of Australia*, 180(6), 57-60.
- Grol, R., & Wensing, M. (2013). Implementation of change in healthcare: A complex problem. I R. Grol, M. Wensing, M. Eccles & D. Davis (Red.), *Improving patient care: The implementation of change in health care* (2. utg.). Chichester: Wiley Blackwell BMJ Books.
- Halkier, B. (2002). *Fokusgrupper*. Frederiksberg: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.
- Hamran, T. (1991). *Pleiekulturen - en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Helsebiblioteket. (2017). *Avnavling av nyfødte*. Hentet 16. april 2017 fra <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/avnavling-av-nyfodte>
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen* (IS-2057). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017). *Metoder og verktøy*. Hentet 23. april 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/metoder-og-verktoy>
- Hovig, B. (2008). Infeksjonsepidemiologi. I M. Degré, B. Hovig & H. Rollag (Red.), *Medisinsk mikrobiologi* (3. utg., s. 457-469). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Innis, J., Dryden-Palmer, K., Perreira, T., & Berta, W. (2015). How do health care organizations take on best practices? A scoping literature review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(4), 254-272. doi: 10.1097/XEB.0000000000000049
- Institute of Medicine. (2011). *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington DC: Board on Health Care Services.
- Jacobsen, D. I. (2012). *Organisasjonsendringer og endringsledelse* (2. utg.). Oslo: Fagbokforlaget.
- Konsmo, T., de Vibe, M., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Norheim, G., . . . Vege, A. (2015), *Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid* (Notat om kvalitetsutvikling 1). Oslo: Kunnskapscenteret.
- Kunnskapsbasert praksis. (2012). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 26. april 2017 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- May, C., & Finch, T. (2016). Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline og Normalization Process Theory. *Sociology*, 43(3), 535-554. doi: 10.1177/0038038509103208
- Molander, A., & Terum, L. I. (2013). Profesjonsstudier - en introduksjon. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 13-27). Oslo: Universitetsforlaget.
- Morris, Z. S., & Clarkson, P. J. (2009). Does social marketing provide a framework for changing healthcare practice? *Health Policy* 91(1), 135-141. doi: 10.1016/j.healthpol.2008.11.009
- Nilsson, B. (2007). Gadammers hermeneutikk. *Sykepleien Forskning*, 1(4), 266-268. doi: 10.4220/sykepleienf.2007.0009
- NOIS-registerforskriften. (2005). *Forskrift om Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner*. Hentet 2. april 2017 fra https://uit.no/ub/skrive/art?p_document_id=429864
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: En arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur: Innenfra, utenfra eller begge deler? I E. Fossaskåret, O. L. Fuglestad & T. H. Aase (Red.), *Metodisk feltarbeid: Produksjon og tolkning av kvalitative data* (s. 70-93). Oslo: Gjøvik Trykkeri.
- Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W., & Miller, P. E. (2007). Factors influencing Best-Practice Guidelines Implementation: Lessons Learned fro Administrators, Nursing Staff, and Project Leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(4), 210-219. doi: 10.1111/j.1741-6787.2007.00106.x
- Ramsdal, H. (2009). Fra kunnskap til organisatorisk kompetanse. I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 169-190). Oslo: Abstrakt forlag.

- Renolen, Å., & Hjälmhult, E. (2015). Nurses experience of using scientific knowledge in clinical practice: a grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 633-641. doi: 10.1111/scs.12191
- Resar, R., Griffin, F. A., Haraden, C., & Nolan, T. W. (2012), *Using Care Bundles to Improve Health Care Quality* (IHI Innovation Series white paper). Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.
- Roland, P. (2015). Hva er implementering? I P. Roland & E. Westergård (Red.), *Implementering: Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis* (s. 19-39). Oslo: Universitetsforlaget.
- Roland, P., & Westergård, E. (2015). Metodikk for implementering. I P. Roland & E. Westergård (Red.), *Implementering: Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis* (s. 171-188). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sandvik, G. K., Stokke, K., & Nortvedt, M. W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? *Sykepleien Forskning*, 6(2), 160-167. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0098
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Hentet 23. april 2017 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3_-_§3-5
- Stirman, S. W., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F., & Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: A review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science*, 7(17). doi: 10.1186/1748-5908-7-17
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2011). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vabø, M. (2014). Dilemmaer i velferdens organisering. I M. Vabø & S. Vabø (Red.), *Velferdens organisering* (s. 11-28). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vandvik, P. O. (2009). Evidensbasert medisin, uvurderlig verktøy for klinikere. I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 111-124). Oslo: Abstrakt forlag
- Øvretveit, J., Andreen-Sachs, M., Carlsson, J., Gustafsson, H., Hansson, J., Keller, C., . . . Brommels, M. (2012). Implementing organisation and management innovations in Swedish healthcare: Lessons from a comparison of 12 cases. *Journal of Health Organization and Management*, 26(2), 237-257. doi: 10.1108/14777261211230790

Vedlegg

Vedlegg 1 Forespørsel til forskningsfeltet

Hei _____,

Jeg kontakter deg i forbindelse med at jeg er student ved Universitetet i Tromsø, flerfaglig studieretning, som inngår som en del av mastergradsprogrammet i helsefag. Jeg er nå i gang med prosjektskisse for masteroppgaven. Prosjektskissen skal leveres 20. mai 2016, masteroppgaven er planlagt slutført primo mai 2017.

I mitt arbeid som smittevernsykepleier ved _____ har jeg blitt engasjert i utfordringene knyttet til implementering av smittevernrutiner/smittevernadferd. _____ har presentert Keisersnittprosjektet, hvor deres avdeling har gjennomført et vellykket endringsarbeid. Jeg har også vært i samtale med _____ om dette. Jeg kontakter deg nå med formell forespørsel om muligheten for å benytte erfaringer fra dette prosjektet i masteroppgaven.

Hovedtema for masteroppgaven vil være smittevern og endringsarbeid. Tilnærmingen vil være kvalitativ. Hvis jeg får tillatelse til å benytte deres prosjekt som utgangspunkt, vil jeg belyse erfaringer fra de som var gjenstand for implementeringen, det vil si barnepleiere, jordmødre og leger (ikke ledergruppen). Begrunnelsen er at adferdsendring i en organisasjon skjer blant ”fotfolket”. Mulige problemstillinger:

- *Smittevern og endringsarbeid i sykehus: Hva fremmer og hemmer implementering av endrede rutiner (forklarende)*
- *Hvilke fremmende og hemmende faktorer innvirker på endring av smittevernrutiner? (problem identifiserende)*

Det er ønskelig med intervju av 4-6 informanter. Utvalget blir strategisk ut fra profesjon og kjennskap til prosjektet. Informantene vil etter muntlig forespørsel fra tredjeperson, få en skriftlig forespørsel fra undertegnede med informasjon om denne studiens formål og utfylling av samtykkeskjema. Informantene kan når som helst trekke seg fra studien. Etiske prinsipper og anonymitet vil bli ivaretatt. Prosjektet vil bli meldt til NSD før igangsettelse. Det er fint om intervjuene kan gjennomføres i august-september 2016.

Håper på positiv respons av min forespørsel.

Med vennlig hilsen

Berit Evenstad

Mastergradsstudent

Vedlegg 2 Godkjenning Norsk senter for forskningsdata



Mari Wolff Skaalvik
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 24.08.2016

Vår ref: 49275 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.07.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

49275	<i>Implementering av faglige retningslinjer og prosedyrer i spesialisthelsetjenesten</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Mari Wolff Skaalvik</i>
<i>Student</i>	<i>Berit Evenstad</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Anne-Mette Somy

Kontaktperson: Anne-Mette Somy tlf: 55 58 24 10

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 49275

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker og student følger UiT Norges arktiske universitet sine rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Vedlegg 3 Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Invitasjon til deltakelse i studien

”Implementering av faglige retningslinjer i sykehus”

Bakgrunn og formål

Faglige retningslinjer og prosedyrer (heretter kalt retningslinjer) rettet mot pasientnær praksis i sykehus, er utarbeidet blant annet for å øke pasientsikkerheten og forebygge sykehusinfeksjoner. Dersom retningslinjene følges, øker kvaliteten på praksis og gir bedre resultater for pasientene. Mindre fokus har vært rettet mot hvordan man sikrer at retningslinjer følges, og hvilke metoder som er effektive for iverksetting av retningslinjer.

På grunn av høy forekomst av postoperative sårinfeksjoner etter keisersnitt, ble ”Keisersnittprosjektet” etablert høsten 2013 i fødebarselavdelingen ved _____. Hovedfokus for prosjektet var å forebygge infeksjoner ved keisersnitt. Mange nye retningslinjer ble skrevet, og noen eksisterende retningslinjer ble forbedret. Startdato for iverksetting av de nye og oppdaterte retningslinjene var 1. februar 2014.

I denne studien ønsker vi å undersøke erfaringer knyttet til om retningslinjer fra Keisersnittprosjektet følges etter iverksetting. Foreløpig problemstilling er:

“På hvilken måte erfarer helsepersonell som arbeider med keisersnittpasienter at retningslinjer følges?”

Jordmødre, barnepleiere og leger som har arbeidet pasientnært i fødebarselavdelingen ved _____ gjennom siste 3 år, inviteres til å delta i studien. Resultater fra studien vil bli presentert i min mastergradsoppgave i helsefag ved UiT Norges Arktiske Universitet. Det kan også bli aktuelt å publisere resultatene i en faglig relevant tidsskrift. Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata, NSD.

Hva innebærer deltakelse?

Deltakelse i studien innebærer å delta på et fokusgruppeintervju sammen med 2 kollegaer. De første som tar kontakt med meg vil bli valgt ut som informanter. Fokusgruppene vil bestå av en lege, en jordmor og en barnepleier. Hensikten er at gruppesamtalen beskriver og reflekterer erfaringer ved hvordan retningslinjer fra Keisersnittprosjektet følges. Fokusgruppeintervjuet vil vare cirka 90 minutter. Data blir registrert med digital taleopptaker og notater underveis. I etterkant blir lydfilen skrevet ut (transkribert) og analysert.

Konfidensialitet og datasikkerhet

Alle personopplysninger blir behandlet konfidensielt, kun prosjektleder har tilgang til disse. Personopplysninger holdes adskilt fra øvrige data. Både personopplysninger og opptak

oppbevares forsvarlig innelåst. Lydfilen blir transkribert og lagret på passordbeskyttet enhet. Teksten anonymiseres slik at deltakere ikke gjenkjennes. Studien avsluttes etter planen i juni 2017, og senest desember 2017. Alle persondata blir da slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta. Du samtykker til deltakelse ved å underskrive samtykkeskjemaet. Du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger gitt av deg bli slettet.

Jeg håper å høre fra deg snart. Ta direkte kontakt med meg på sms eller telefon hvis du ønsker å delta, eller har spørsmål til studien. Tusen takk for at du vil delta!

Vennlig hilsen

Berit Evenstad

Prosjektleder

Mastergradsstudent i helsefag, flerfaglig studieretning

UiT Norges Arktiske Universitet

Telefon 48 11 88 09

Lill Sverresdatter Larsen

Veileder

Universitetsstipendiat/ phd-kandidat

UiT Norges Arktiske Universitet

Kirsten Gravningen

Biveileder

Regional smittevernoverlege, Phd, MPH

Kompetansesenter i smittevern Helse Nord (KORSN)

Samtykke til deltakelse i studien

”Implementering av faglige retningslinjer i sykehus”

Jeg har mottatt informasjon om studien, og ønsker å delta

.....

(navn med blokkbokstaver)

.....

(dato og signatur)

Jeg er (sett kryss) Jordmor

 Barnepleier

 Lege

Jeg samtykker til å bli kontaktet i etterkant av fokusgruppeintervju, dersom det skulle være nødvendig for å klargjøre opplysninger som er gitt i fokusgruppeintervjuet. JA NEI

Jeg vil helst bli kontaktet på e-post _____

På telefon _____

Vedlegg 4 Intervjuguide fokusgruppeintervju

Tema: Implementering av faglige retningslinjer i sykehus

Problemstilling: *“På hvilken måte erfarer helsepersonell som arbeider med keisersnittpasienter at retningslinjer knyttet til Keisersnittprosjektet følges?”*

Ved ankomst – før oppstart:

- Ønske velkommen, eventuelt litt praktisk informasjon (toalett, drikke)
- Hver informant fyller ut skjema om personopplysninger; deriblant rolle i prosjektet, hvilken profesjon, hvor lenge de har jobbet, stillingsstørrelse, osv.
- Underskrive samtykkeskjema, krysse av om jeg kan kontakte dem i ettertid

Etablere intervjusituasjonen:

- Presentasjon av moderator og sekretær
- Kort presentasjon av informanter (sikre at alle kjenner hverandre)
- Hvorfor og hvordan informanter har blitt valgt
- Gjenta sentrale momenter fra informasjonsskrivet: Tema, problemstilling og studiens formål/hvordan jeg ser for meg at studien kan benyttes. Samtykke og mulighet for å trekke seg. Konfidensialitet og datasikkerhet. Referere til yrkestittel.
- Forklare fokusgruppeintervju og hensikt: Ingen ”eksamen”, kan ta ordet, spørre hverandre, samtalen mellom dere er sentral, ikke jeg som stiller alle spørsmål.
- Intern taushetsplikt
- Vil benytte begrepet *prosedyrer* om prosedyrer/retningslinjer
- Varsle før jeg slår på digital taleopptaker. Kan slås av dersom det er behov underveis.
- Ta kontakt med meg om noe er uklart i ettertid

Tiden før og under implementering

Før vi starter med å snakke om hvordan dere anvender prosedyrene som ble innført i forbindelse med Keisersnittprosjektet (KP) i dag, gå litt tilbake i tid først: til tiden da disse prosedyrene ble arbeidet frem, og presentert i avdelinga. Det er ikke sikkert alle har vært like mye involvert, eller huske like mye. Og det kan hende at det er utfordrende å huske hvordan det egentlig var, når det nå er gått så mange år. Som dere kanskje husker, så startet prosjektet,

som etterhvert fikk navnet Keisersnittprosjektet, opp i oktober 2013. Ei tverrfaglig gruppe ble satt sammen for å se på pasientforløpet til keisersnittpasienten, i den hensikt å forebygge infeksjoner ved keisersnitt. Startdato for de nye prosedyrene som ble utarbeidet, ble satt til første februar 2014.

1. Kan dere beskrive hva dere husker fra prosessen hvor dette ble arbeidet frem, presentert og tatt i bruk i avdelingen?
 - a. Hva var bakgrunnen for at KP ble initiert? Målsettingen?
 - b. Kjenner dere til hvilke nye retningslinjer som ble arbeidet frem i forbindelse med KP? Kan dere beskrive noen av disse?
 - c. Hvordan ble disse prosedyrene gjort kjent og presentert for dere? (Workshop, internundervisning, personalmøter)
 - d. Workshopene/møtene som ble arrangert i forbindelse med KP, hvordan fungerte de? (hvem ledet dem, hva gjorde dere, hvem deltok, hvordan fungerte samarbeid på tvers av profesjon, konfliktfylt?)
 - e. På hvilken måte hadde dere påvirkningskraft til innholdet i prosedyrene?
 - f. Hvordan ble de nye prosedyrene tatt imot i avdelinga? Diskusjoner eller utfordringer til innholdet eller måten man skulle utføre praksis på? (uenig om innhold, tidspress, merarbeid)
 - g. Utenfra kan det se ut som en stor endring som fant sted da KP ble iverksatt. Hvordan opplevde dere det?

Adferdsendring:

Nye rutiner og ny praksis snakkes gjerne om som endring av adferd. Forskning visert at man må være motivert, eller skape en motivasjon, for å få ansatte til å endre adferd.

2. Kan dere beskrive hva som motiverte dere til endring av praksis?
3. Hva er det med deres avdeling eller arbeidskultur som gjør det mulig å få det til (evt ikke få det til)? (stabilt personell/turnover/vikarer, ansiennitet, samarbeidsevne)
4. Kjenner dere til hva som var målsettingen for prosjektet? Svart på i 1?
 - a. Hvordan kommuniseres måloppnåelse i avdelingen? Blir tallene fra infeksjonsovervåking (NOIS) gjort kjent for dere?

- b. Vet dere om målsettingen er nådd? (reduksjon i antall infeksjoner til nasjonalt nivå)

Her-og-nå: etterlevelse av retningslinjer:

Vi skal nå gå over til å snakke om dagens bruk av retningslinjer. Bakteppet er de prosedyrene som ble utarbeidet i forbindelse med KP. Jeg er interessert i dere erfaringer knyttet til det å følge og bruke retningslinjer. Forskning beskriver at det er utfordrende å få helsepersonell til å følge retningslinjer.

5. Hvordan opplever dere å følge rutinene fra KP? (Hvordan ser dere på denne påstanden, i relasjon til hvordan dere i dag følger/ikke følger prosedyrene som ble presentert i KP?)
 - a. Vil dere si at det like stort fokus på å følge de i dag?
 - b. Gitt at det underveis i forløpet til en keisersnittkvinne oppstår usikkerhet knyttet til hvordan pasienten skal informeres, forberedes, følges opp eller behandles. Kan dere beskrive hvordan dere innhenter eller utveksler kunnskap for å løse usikkerheten? Hvilke informasjonskilder stoler dere mest på? Kom gjerne med eksempler (Docmap, annen skriftlig samlet oversikt, internettsøk, stoler på hjelp fra kollega, eller egne erfaringer)
 - c. Kan dere beskrive hvor dere finner (informasjon om) prosedyrene fra KP? Er de lett tilgjengelig? (i Docmap, på flip-flop, oppslag, perm)
 - d. Hva tror dere kan være grunnene dersom retningslinjer fra KP ikke følges? Hvordan innvirker knapphet på tid og ei travel avdeling bruk av prosedyrene?
 - e. Har avdelingen noen pådrivere med ekstra fokus på å opprettholde fagkompetanse og allerede implementerte retningslinjer? (ildsjel/dedikerte personer/rollemodeller, eller faglig utnevnt ressursperson)
6. Hvordan innvirker fagtradisjoner og verdier som *Mor-barn-vennlig* på bruk av retningslinjer? Opplever dere at det er (eller har vært) noen verdikonflikt med å følge retningslinjer og samtidig være mor-barn-vennlig?
 - a. Hvordan løses eventuelt dette?
 - b. Har avdelingen andre verdikonflikter som kan innvirke på bruk av retningslinjer?

7. Jeg vil gjerne høre hvordan retningslinjene former den daglige praksis rundt keisersnittpasienten.
- Opplever du at prosedyrene er dekkende nok til å beskrive ønsket praksis, eller åpner de også for bruk av faglig skjønn? Kan dere gi eksempler? (Behøves retningslinjer for å oppnå beste praksis?)
 - En keisersnittpasient vil på dag 2 dusje: Hvilke råd/tiltak gis henne med tanke på bandasjen?
 - Hvordan inspiseres operasjonssåret før hjemreise? ("ved å lette på bandasjen"). Hvilken faggruppe har ansvar for dette?
 - Hvor ofte vil dere si at keisersnittkvinnens seng blir skiftet på? Hvilke faglige begrunnelser ligger bak? Hvilken faggruppe har ansvar for dette?
 - Hvordan dokumenteres effekt og vurdering av effekt av smertelindring? Hvem har ansvar for dette?

Generelt om retningslinjer:

Nå har vi fått veldig mye nyttig og viktig informasjon. Helt til slutt vil jeg spørre hvilke råd dere har til andre avdelinger som skal endre sine retningslinjer.

8. Hva tenker dere har betydning for å få helsepersonell til å ta prosedyrene i bruk, og bruke dem hver dag?
- Kan dere gi eksempler på suksessfaktorer for å lykkes med å få ansatte til å følge retningslinjer?
 - Finnes det forbedringer til hvordan retningslinjer gjøres kjent, og presenteres for andre?

Om fokusgruppeintervjuet

9. Hvordan har det vært for dere å være med på fokusgruppen?
- Noe vi har glemt å belyse, noe du ønsker å legge til eller kommentere?
 - Var noen av spørsmålene vanskelig å svare på?

Vedlegg 5 Bakgrunns spørsmål ved fokusgruppeintervju

Implementering av retningslinjer i sykehus

Disse opplysningene skal hovedsakelig danne et bakteppe for meg med hensyn til hvilken fagkunnskap og erfaring dere sitter inne med. Dersom opplysningene blir benyttet i studien, vil de bli aidentifisert og anonymisert, og kun henvist til på generelt grunnlag.

1. Fornavn _____
2. Yrkestittel _____ Stillingsstørrelse i avdelingen _____ %
3. Hvor mange år har du jobbet som henholdsvis lege, jordmor eller barnepleier?
Cirka _____ år
4. Hvor mange år har du hatt tilknytning til arbeid ved føde- og barselavdelingen?
Cirka _____ år
5. Har du i løpet av siste 3 år:
 - a. Hatt hovedtyngde av arbeidstiden din på sengeposten? Ja _____ Nei _____
 - b. hatt noe formelt ansvar tilknyttet Keisersnittprosjektet? Ja _____ Nei _____
 - c. hatt lederstilling i føde- og barselavdelingen? Ja _____ Nei _____
 - d. Hatt dedikert fagstilling eller liknende i føde- og barselavdelingen? Ja _____
Nei _____ Hvis ja, beskriv _____