



«Æ føle vi e' reserveleger»

Asymptomatisk bakterieuri i sykehjem

En kvalitativ studie om sykepleieres erfaringer med å observere og vurdere pasienter i sykehjem, for å forebygge feilbruk av antibiotika ved asymptomatisk bakterieuri.

Ann-Iren Kildahl Kristoffersen

Masteroppgave i Master i sykepleie, SYP-3901. Levert mai 2020.

Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag.

Antall ord: 21987

Forord

Tiden som masterstudent har vært inspirerende og lærerik. Skolesamlingene på UIT har bidratt til faglig utvikling, og gitt meg nye perspektiver. En stor takk til mine medstudenter. Og til lærerne som har lagt til rette underveis, og delt av sin kunnskap, og til bibliotekarene for deres hjelpsomhet. Tusen takk til mine informanter som stilte til intervju, og deres ledelse som la til rette for oss på sykehjemmet.

Samtidig har tiden som masterstudent vært krevende og utfordrende å kombinere med jobb og aktiv familie. De minste har gledet seg til mamma skal bli ferdige med leksene, og jeg har lengtet etter å kunne svare «ja» når de ber meg bli med på noe, fremfor «dere må vente, jeg er opptatt». Og til min kjære Alf-Tore som hele tiden har tatt ansvar i heimen, så jeg har kunne satt meg ned med skolearbeidet; Tusen takk for tålmodigheten, og for at dere har ventet på meg.

Det er mange som har hjulpet meg frem som fortjener å takkes. Min uvurderlige mamma som hele veien har hatt troen på meg, og tilbudt praktisk bistand. Til min gode Janni, som hele tiden har heiet på meg og gitt meg oppmuntring, og for alle gangene du kom med oppmerksomhet på døra. Tusen takk til dere begge, for støttende ord når jeg ikke trodde jeg skulle komme gjennom dette. Tusen takk til pappa, Trine og Tobias for husly under samlinger, og takk for gjennomlesning av oppgaven, samt korrigerer av engelsk sammendrag.

Tusen takk til arbeidsplassen min, til arbeidsgiver for stipend og skrive dager. Til kollegaene mine for deres tålmodighet når jeg har vært distre og fraværende.

Og aller mest må jeg takke den viktigste, min solide veileder Ragnhild Nicolaisen. Tusen takk for alle samtaler og tilbakemeldinger, der du har veiledet og hjulpet meg frem. For din klokhet, ærlighet og omsorg.

Vi kom i mål, på tross av uforutsette hendelser. Covid-19-pandemien krevde mine tanker og tilstedeværelse på jobb, og utfordret mitt arbeid med studien.

Ann-Iren Kildahl Kristoffersen

01.05.20

Sammendrag

Bakgrunn: Asymptomatisk bakterieuri (ABU) hos eldre i sykehjem er vanlig, og skal ikke behandles med antibiotika. utfordringer med å skille ABU fra UVI kan lede til uhensiktsmessig bruk av antibiotika. Kriteriene for diagnostikk av UVI er ikke entydige og fordrer gode kliniske observasjoner og målrettet prøvetaking. Det er legens ansvar å diagnostisere eventuell UVI og forordne antibiotika, men sykepleier er viktig.

Hensikt og Forskningsspørsmål: Jeg ønsker med egen studie å utforske sykepleieres praksiserfaringer. Forskningsspørsmålet er; Hvordan erfarer sykepleiere at de observerer og vurderer pasienter i sykehjem, for å forebygge feilbruk av antibiotika ved asymptomatisk bakterieuri?

Metode: Jeg brukte en kvalitativ metode, og gjennomførte et semistrukturert fokusgruppeintervju med fire sykepleiere fra et sykehjem. Det ble på forhånd utarbeidet en veiledende intervjuguide. Intervjuet ble tatt opp på bånd, transkribert og analysert med utgangspunkt i Aksel Tjoras empirinære SDI, stegvise deduktive induktive metode. Det ble benyttet en hermeneutisk tilnærming, og Gadamer's hermeneutiske spiral har vært førende i analyse og tolkning. Resultatene diskuteres med utgangspunkt i aktuell forskning knyttet opp til ABU, og relevant sykepleieteoretisk perspektiv med Herdis Alsvåg som skriver om kunnskap, Davina Allens forskning om organiseringsarbeid, samt Florence Nightingale og Ingunn Elstads teorier om sykepleie.

Resultater: Funn viser betydningen av kunnskap, både å inneha kunnskap og å formidle kunnskap. Med økt kunnskap har det skjedd en endring i praksis. Andre funn viser sykepleiers ansvar i vurdering og behandling av ABU og UVI, gjennom å vurdere symptomer, og ta mikrobiologiske prøver, samt å følge opp prøvesvar. Samarbeid i det daglige er viktig, og informantene beskriver hvordan sykepleier samarbeider med både kollegaer, lege og pårørende. Sykepleierens observasjoner og vurderinger får betydning for videre samarbeid og faglig ledelse i avdelingene. Andre funn viser også at sykepleierne er opptatt av god sykepleie for å fremme pasientens helse og forebygge UVI.

Konklusjon: Sykepleiere har en viktig rolle med å fremme en riktigere antibiotikabruk ved ABU og UVI i sykehjem. Det som framkommer er særlig betydningen av kunnskap, faglig ledelse og god sykepleie. Det er et økende fokus på hygiene og smittevern, og den generelle sykepleien blir enda viktigere for å forebygge at pasientene får ABU og UVI.

Nøkkelord: Asymptomatisk bakterieuri, urinveisinfeksjon, eldre, sykehjem, diagnostikk, sykepleier, antibiotika.

Summary

Background: Asymptomatic bacteriuria (ABU) in the elderly in nursing homes is common, and should not be treated with antibiotics. Challenges in distinguishing ABU from urinary tract infection (UTI) can lead to inappropriate use of antibiotics. The criteria for diagnosis of UTI are not clear, and require good clinical observations and targeted sampling. It is the physicians responsibility to diagnose any UTI and prescribe antibiotics, but the nurses are important.

Aim and research question: In this study I would like to explore nurses' practice experiences. The research question is; How do nurses experience observing and assessing patients in nursing homes to prevent the misuse of antibiotics in asymptomatic bacteriuria?

Methods: I used a qualitative method and conducted a semi-structured focus group interview with four nurses from a nursing home. An interview guide was prepared in advance. The interview was recorded on tape, transcribed and analyzed based on Aksel Tjora's empirical SDI, stepwise deductive inductive method. A hermeneutic approach was used, and Gadamer's hermeneutical spiral has been important in analysis and interpretation. The results are discussed based on current research related to ABU, relevant nursing theoretical perspective with Herdis Alsvåg who writes about knowledge, Davina Allen's research on organizational work, and Florence Nightingale and Ingunn Elstad's theories of nursing.

Results: Findings show the importance of knowledge, both to possess knowledge and to impart knowledge. With increased knowledge, there has been a change in practice. Other findings show the nurse's responsibility in assessing and treating ABU and UTI, by assessing symptoms, taking microbiological tests, and following up test results. Collaboration on daily basis is important, and the informants describe how nurses collaborates with colleagues, doctors and dependents. The nurses' observations and assessments are important for further cooperation and professional management in the departments. Other findings also show that nurses are concerned with good nursing in order to contribute to better patient health and prevent UTI.

Conclusion: Nurses have an important role in promoting a more correct antibiotic use with ABU and UTI in nursing homes. What emerges is the importance of knowledge, professional management and good nursing. There is increasing focus on hygiene and infection control, and general nursing is becoming even more important in preventing patients from receiving ABU and UTI.

Keywords: Elderly, nursing home, asymptomatic bacteriuria, urinary tract infection, nursing, management, role, antibiotics.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn	2
1.1.1	RASK-prosjektet	3
1.2	Litteratursøk og tidligere forskning	4
1.3	Hensikt med studien	7
1.3.1	Forskningsspørsmål	8
1.4	Avgrensning	8
1.5	Studiens struktur	8
2	TEORETISK RAMME	9
2.1	Kunnskapsgrunnet	9
2.2	Sykepleie	10
2.3	Organisatorisk kompetanse og faglig ledelse	11
3	EMPIRISK UTGANGSPUNKT	12
4	METODOLOGI OG METODE	12
4.1	Vitenskapsteoretisk tilnærming	13
4.1.1	Hermeneutisk vitenskapstenkning	14
4.2	Metodevalg	14
4.3	Datagenerering	15
4.3.1	Utvalg og rekruttering	15
4.3.2	Intervjuguide	17
4.3.3	Fokusgruppeintervju gjennomføring	18
4.3.4	Transkribering	21
4.4	Forske i egen praksis	22
4.5	Etiske hensyn	22
4.6	Dataanalyse	23
5	RESULTATER	29

5.1	Betydningen av fagkunnskapen i sykepleien for en riktigere antibiotikabruk	29
5.1.1	Å få ny kunnskap.....	29
5.1.2	Ny kunnskap kan lede til holdningsendring	30
5.1.3	Å inneha kunnskap og å formidle kunnskap	32
5.2	Sykepleiers ansvar i vurdering og behandling av ABU og UVI	33
5.2.1	Å vurdere symptomer	34
5.2.2	Å ta mikrobiologiske prøver	36
5.2.3	Å følge opp mikrobiologiske prøvesvar	36
5.3	Samarbeid i det daglige	37
5.3.1	Å samarbeide med kollegaer	37
5.3.2	Å samarbeide med lege	38
5.3.3	Å samarbeide med pårørende	39
6	DISKUSJON	41
6.1	Kunnskapsbasert praksis.....	41
6.2	Faglig ledelse	43
6.3	Sykepleie	47
7	METODISKE REFLEKSJONER	51
8	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	53
8.1	Videre forskning	54
8.2	Implikasjoner for praksis	55
	Referanseliste	56
	Vedlegg 1	60
	Vedlegg 2	61
	Vedlegg 3	64

Tabelliste

Tabell 1 Eksempel på koding og kodegruppering	24
Tabell 2 Kodegrupper settes sammen til nye kodegrupper	26

Figurliste

Figur 1 Modell for kunnskapsbasert praksis	9
Figur 2 Bilde av Tjoras stegvis deduktive induktive metode	27

1 INNLEDNING

Med 17 års erfaring som sykepleier, hvorav de siste 11 år i sykehjem, har jeg sett at asymptomatisk bakterieuri og antibiotikabruk hos eldre er en utfordring. Gjennom studiet på master i sykepleie med fagfordypning infeksjon har jeg fått fordypet kunnskap, og fått en forståelse for at antibiotikaresistens er et omfattende problem i helsevesenet, og blant eldre spesielt. I klinisk arbeid blir det viktig å unngå unødig og uhensiktsmessig antibiotikabruk.

Mange eldre kan ha bakterier i urinen uten at det gir symptomer og sykdom utover noen forandringer i urinens karakter, det kalles *asymptomatisk bakteriuri (ABU)*. Det er ikke skadelig, og skal heller ikke behandles med antibiotika (1-3). Prevalensen av ABU øker med alderen, og det kan være vanskelig å skille ABU fra urinveisinfeksjon (UVI). Dette kan igjen lede til uhensiktsmessig bruk av antibiotika (4). Kriteriene for diagnostikk av UVI er ikke entydige og fordrer gode kliniske observasjoner og målrettet prøvetaking. Det er legens ansvar å diagnostisere eventuell UVI og forordne antibiotika, men sykepleiere er viktig med sine tilbakemeldinger om observasjon og vurdering. Sykepleiere er i en ideell posisjon til å kunne minimere antimikrobiell resistens, ved å ta en aktiv rolle i antibiotikastyringsprogrammer¹: De kan overvåke, påvirke, veilede og oppmuntre til å implementere en ansvarlig antibiotikabruk (5).

I denne masteroppgaven ønsker jeg å utforske hvordan sykepleiere observerer og vurderer pasienter med mistenkt UVI. Gjennom å intervju sykepleiere søker jeg å få svar.

Antibiotika spiller en nøkkelrolle i dagens infeksjonsbehandling. For at antibiotika også i fremtiden skal være en effektiv behandling mot alvorlige infeksjonssykdommer, må bruken av antibiotika være riktig og minst mulig. Økt antibiotikabruk øker forekomsten av antibiotikaresistens², og antibiotikaresistens er et økende problem både fra folkehelseperspektiv og til et globalt perspektiv (6).

¹ Antibiotikastyringsprogram er en organisasjonsstruktur i helseinstitusjoner som skal sikre optimal antibiotikabehandling (2).

² Resistens omhandler bakterienes motstandsdyktighet for antibiotika, slik at antibiotika ikke lenger blir like virksomme. ESBL er eksempel på en resistens (6).

Helsedirektoratet har tidligere utarbeidet en nasjonal handlingsplan *mot antibiotikaresistens* i helsetjenesten, med det mål å redusere antibiotikabruken med 30 % innen år 2020, sammenlignet med år 2012 (2).

Over 90 % av all antibiotikaforskrivning foregår utenfor sykehus, og Helsedirektoratet har i tillegg laget en nasjonal veileder for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten, der en av målsetningene er å holde totalforbruket av antibiotika nede (7).

Ifølge handlingsplanen blir antibiotika i sykehjem hyppigst brukt til forebygging og behandling av urinveisinfeksjoner. Årsrapporten til Folkehelseinstituttet (FHI) fra 2019 om helsetjenesteassosierte infeksjoner, antibiotikabruk (NOIS), og antibiotikaresistens (MSIS) viser også at antibiotikaforskrivningen er høyest til behandling og forebygging av UVI (8).

Nylig har Helse og Omsorgsdepartementet utgitt en nasjonal handlingsplan *for et bedre smittevern*, med mål om å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner 2019-2023.

Handlingsplanene er utarbeidet som en del av nasjonal strategi mot antibiotikaresistens (2015-2020) (9).

1.1 Bakgrunn

Urinveisinfeksjoner er blant de hyppigste infeksjoner på sykehjem, og fører til økt forbruk av antibiotika som videre øker faren for infeksjoner med resistente bakterier (10, 11). Det har jeg også egen erfaring med fra arbeid på sykehjem gjennom flere år.

Variasjon i mikrobefloraen som forårsaker urinveisinfeksjoner er langt større i helseinstitusjoner enn utenfor, og andelen antibiotikaresistente mikrober er størst på helseinstitusjoner og hos pasienter som har stått på gjentatte antibiotikakurer (3, 11).

Ifølge nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten skal pasienter i sykehjem med asymptomatisk bakterieuri og pasienter med urinveiskateter uten symptomer, ikke behandles med antibiotika (7).

Prevalens av både asymptomatisk bakterieuri og alle alvorlighetsgrader av UVI øker med økende alder (12). Ved alder over 80 år er forekomsten av asymptomatisk bakterieuri over 50 % hos kvinner og over 30 % hos menn i sykehjem (11).

Urinstiks er vanlig for å diagnostisere en UVI. Urinstiks er en papirstrimmel tilsatt kjemiske stoffer som dyppes i urinen. Hvis det for eksempel er bakterier, blod eller sukker i urinen, vil strimmelen skifte farge. Den kan fortelle oss om det er leukocytter eller nitratt i urinen, men

skiller ikke mellom en UVI og en ABU (13). Dyrkning/baktus av urinen innebærer en urinprøve som videre dyrkes på mikrobiologisk laboratorium for å finne hvilken mikrobe, og antall bakterier pr ml urin. Urin til dyrkning forutsetter en mest mulig ren prøve, for å unngå å få med forurensede bakterier (14).

Som sykepleier på sykehjem kan det være vanskelig å skille mellom ABU og UVI, og jeg har egne erfaringer at det er utbredt bruk av Urinstiks som diagnostisk verktøy for UVI, også ved uspesifikke symptomer³. Og at en positiv urinstiks som oftest fører til at lege blir kontaktet, og at det resulterer med at pasienten starter opp med antibiotikabehandling for mistenkt UVI.

1.1.1 RASK-prosjektet

Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) er et nasjonalt kompetansesenter etablert i 2006 og har fått en nøkkelrolle som faglig rådgiver i gjennomføringen av flere tiltak i «Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten», der et av målene var å redusere den totale antibiotikabruken med 30 % (15).

Med bakgrunn i dette oppdraget startet ASP en antibiotikaintervensjon, RASK, rettet mot kommunale institusjoner (sykehjem og KAD-avdelinger), som baserer seg på modellene kollegabasert terapiveiledning og antibiotika styringsprogram⁴.

Intervensjonen RASK (Riktigere Antibiotikabruk i Sykehjem i Kommunene), startet opp i 2016, og per februar 2020 er det ni fylker som har fullført. Flere fylker har pågående prosjekt og andre ventes i 2021 (16). Intervensjonen besto i å samle kommunale institusjoner til en oppstartskonferanse der gjeldende retningslinjer for antibiotika i sykehjem skulle gjennomgås. Dernest skulle det fokuseres blant annet på korrekt diagnostikk og forebygging av infeksjoner, da spesielt urinveisinfeksjoner og asymptomatisk bakteriuri. Målet var en bevisstgjøring og opplæring av riktigere diagnostikk og antibiotikabruk (16).

Etter NOIS-registerforskriften er alle sykehjem pålagt å gjennomføre prevalensregistrering av helsetjenesteassosierte infeksjoner som blant annet symptomatisk UVI, og systemisk antibiotikabruk. Sykehjemmene som har deltatt i RASK har flere registreringer i året (17).

³ Se nærmere beskrivelse av uspesifikke symptomer i punkt 1.2

⁴ Antibiotikastyringsprogram er en organisasjonsstruktur i helseinstitusjoner som skal sikre optimal antibiotikabehandling (2).

Undersøkelser har vist at mikrobiologisk prøvetaking ikke alltid gjennomføres før oppstart av antibiotika for mistenkt urinveisinfeksjon (18).

1.2 Litteratursøk og tidligere forskning

I arbeidet med prosjektskissen søkte jeg etter artikler og studier som omhandlet asymptomatisk bakterieuri og urinveisinfeksjon i sykehjem, da i hovedsak norske tidsskrifter som for eksempel Sykepleien forskning og Tidsskriftet Den norske legeforening. Det ble brukt norske søkeord som *asymptomatisk bakterieuri, urinveisinfeksjon, eldre, sykehjem, diagnostikk, observasjon, sykepleier, vurdering, antibiotika*. Ordene ble søkt på enkeltvis, men også i ulike kombinasjoner.

I arbeidet med selve masteroppgaven har jeg utvidet søkene til også å gjelde internasjonale databaser. I løpet av februar 2020 søkte jeg i databasen Cinahl og fant flere relevante artikler og studier som omhandlet asymptomatisk bakterieuri i sykehjem og bruk av antibiotika. For hver aktuell artikkel, gjennomgikk jeg referanselisten og søkte videre på nye artikler, den såkalte «snøballmetoden». Jeg brukte MESH-termer for finne synonymer og relevante søkeord. Engelske søkeord ble brukt i internasjonale databaser, og ble også søkt på som enkeltord og i ulike kombinasjoner med hverandre. Jeg brukte søkeordene *elderly, nursing home, asymptomatic bacteriuria, bacteriuria, urinary tract infection, nursing, management, role, antibiotics, clinical observation*.

Jeg fikk hjelp av bibliotekar til å spesifisere og avansere søkeprosessen, og videre søkte jeg i Svemed+ og Embase, med samme søkeordene som beskrevet ovenfor. Søkene resulterte i 14 artikler. I det følgende har jeg forsøkt å sammenfatte essensen av funnene som er relevant for oppgaven.

Flere av forskningsartiklene peker på utfordringen med å skille ABU fra UVI hos eldre i sykehjem, og at det ofte leder til unødvendig antibiotikabruk. Skotnes (2012) viser til Hooton m.fl. (2010) og Nicolle (2003) når hun skriver at hos pasienter med inneliggende kateter vil bakterieuri utvikles etter tre dager, og videre at ABU er intermitterende og halvparten av pasientene med ABU spontanhelbredes etter ett år (19). Å behandle med antibiotika til eldre med ABU har ikke vist effekt på sykdom eller dødelighet, men kan derimot forårsake

uønskede bivirkninger, forstyrre kroppens normalflora⁵, og føre til økt resistensutvikling (4, 20-22).

Pollakisuri og dysuri (hyppig og smertefull vannlating), samt smerter nederst i magen defineres som spesifikke symptomer på UVI. Feber likeså (23, 24). Hos den eldre populasjonen kan flere ha vansker med å uttrykke lokale symptomer, og det sees flere diffuse/ikke-spesifikke symptomer med endring i fysisk/mental tilstand som for eksempel forvirring, urolighet, irritabilitet, sinne, gråt, passivitet, ustøhet og falltendens. (23-28). I en forskningsartikkel publisert i JAGS fremhever forfatterne Chrnich, Jump og Nace (2017) at eldre ofte har atypiske symptomer på UVI. De påpeker samtidig at det er like sannsynlig at uspesifikke symptomer kan skyldes medikamentpåvirkning, dehydrering eller for eksempel smerter. Dermed bør det ved fravær av feber og spesifikke symptomer fra urinveiene i like stor grad letes etter ikke-infeksiøse tilstander (27). En prospektiv studie med 25 sykehjem og 266 pasienter med langkommet demens, av D'Agata, Loeb & Mitchell, (2013) viser hvor utfordrende det kan være å fange opp endringer i mental-status, hos pasienter som allerede har en uttalt kognitiv svikt. Selv om denne studien er gjennomført på egne demensavdelinger, mener jeg den er relevant for sykehjem med langtidsavdelinger, med tanke på at det også på langtidsavdelinger er mange pasienter med uttalt kognitiv svikt, og som ikke er i stand til å uttrykke sine plager. Det stilles spørsmål til hvilken nytte urinprøver har i det diagnostiske arbeidet hos slike pasienter, siden en stor andel av urinprøvene som ble tatt viste positiv urinstix og uricult på tross av manglende symptomer hos pasienten (23).

I tverrsnittstudien av Sundvall, Ullerud og Gunnarson (2011), har de sett på forholdet mellom bakterier i urinen og symptomer som ny/økt tretthet, forvirret, ikke være seg selv, aggressivitet, og dysuri (smerter ved vannlating). 651 urinprøver fra 32 sykehjem ble undersøkt. Studien konkluderer med at det ikke er noen direkte sammenheng mellom symptomene og bakterieuri. Ifølge forfatterne kan resultatene tolkes som enten at vanlige urinveispatogener ikke har relevans, eller at en urinkultur alene ikke er tilstrekkelig for å evaluere denne spesifikke situasjonen (25).

Urinstiks brukes ofte som diagnostisk verktøy ved spørsmål om UVI. Eriksen og Bing-Johnsen (2016) viser etter en litteraturgjennomgang, at urinstiks er lite pålitelig og skiller ikke

⁵ Normalflora består av mikroorganismer, og er en del av kroppens immunforsvar (10).

mellom en UVI og ABU (13). Det er ikke alle bakteriene som omdanner nitrat til nitritt, og leukocytose (økt hvite blodceller) er vanlige funn også ved ABU, dermed kan ikke en urinstiks alene legges til grunn for å avgjøre en UVI (3, 4).

I en forskningsartikkel av McNulty (2014) er den største hensikten med urinkulturer å identifisere bakterier og deres sensitivitet for antibiotika, og forfatteren anbefaler derfor at det bare tas urinkulturer når det skal startes opp med antibiotikabehandling (20).

I en kvalitativ studie av Walker m.fl (2000), har forfatterne intervjuet leger og sykepleiere i fokusgrupper om hva som genererer urinkulturer og oppstart av antibiotika. Funn viser blant annet at sykepleiere spiller en viktig rolle i begge tilfeller, på bakgrunn av deres nærhet til pasienten og tidlig oppdage endringer (24). Sykepleierne har vist seg å ha en viktig rolle i urinprøvetaking og oppstart av antibiotikabehandling ved urinveisinfeksjon hos eldre, og at det er viktig at de kjenner til begrensningene til urinstiks, indikasjoner for bruk av urinstiks, og hvordan man skal tolke en urinstiks (13).

Også forfatterne Travis og Lampley-Dallas (1997) fremhever sykepleiernes viktige betydning i det diagnostiske arbeidet ved ABU/UVI i sykehjem, i deres forskningsartikkel publisert i *Geriatric Nursing*. Med utgangspunkt i at det meste av forskning fraråder antibiotikabehandling ved asymptomatisk bakterieuri i sykehjem når det ikke foreligger indikasjoner på lokal eller systemisk infeksjon, blir sykepleiernes kontinuerlige observasjoner og tiltak særlig viktig (29). Forfatterne peker på at innenfor dette arbeidet har sykepleien to mål; 1. Eliminere eller redusere de risikofaktorer som bidrar til vedvarende bakterieuri, og 2. Identifisere faresignal på nærstående inflammatorisk respons. Ifølge forfatterne er spesielt det første målet synonymt med god sykepleie. Daglig oppfølging og pleie til pasientene, selv også de som er symptomfri, innebærer tilrettelegging og hjelp til god personlig hygiene, tilstrekkelig væskeinntak (minst 900-1200 ml) og oppfølging av inkontinensproblematikk, inkludert nøye og riktig stell av urinkateter (29).

Viktigheten med informasjon, veiledning og undervisning fremheves i flere av studiene. Pårørende som har et sterkt ønske om utredning og eventuell behandling bemerkes som en kjent problematikk, og det fremheves hvor viktig det er med informasjon og veiledning til både pasient, pårørende og personal. Offentlige kampanjer og opplysninger ansees å ha en positiv virkning på å fremme en bedre holdning og tilnærming til ABU og UVI (21, 24, 27, 28). I en større tilfeldig randomisert kontrollert studie av Loeb m.fl. (2005) ble det undersøkt hvorvidt en intervensjon med flytskjema som hjelpemiddel for diagnostikk og behandling, kunne bidra til å redusere antall forordnede antibiotikabehandlinger for mistenkt

urinveisinfeksjon i sykehjem (21). En overordnet anbefaling i et flytskjema er at dersom det er fravær av fastsatte minimumskriterier, samt spesifikke symptomer fra urinveiene, skal det IKKE tas urinprøve til urinkultur eller påbegynnes antibiotika. Sykehjemmene som ble valgt ut til intervensjonen ble bedt om å bruke de to flytskjemaene i det diagnostiske arbeidet av pasienter med feber eller mistenkt UVI. Konkrete hjelpemidler kan virke positivt på dette arbeidet (21). De såkalte SHEA-, McGeer-, og Loeb-kriteriene er veiledende sjekklister, utviklet og nettopp oppdatert til bruk ved overvåkning av utvalgte infeksjoner i sykehjem (20, 22, 23, 26, 30). Blant kriteriene er det også noe forskjell på om pasienter er med eller uten permanent blærekateter. Det vises til at det alltid skal foreligge en positiv urinkultur før en diagnostiserer UVI (30). McNulty skriver på sin side at det diagnostiske arbeidet bør bestå av en full klinisk undersøkelse, i tillegg til vitale mål og tegn etter kriteriene (20).

Jutahani-Metha m.fl. (2005) gjennomførte en mindre surveyundersøkelse om nettopp kjennskapen til McGeer-kriteriene blant sykepleiere og leger på utvalgte sykehjem. Studien viste at sykepleiere hadde større kjennskap til kriteriene enn leger hadde. Sykepleiernes økte kjennskap til nettopp disse ble sett i sammenheng med intern undervisning og stadig fokus på sykehjemmenes interne infeksjonskontrollprogram (26).

1.3 Hensikt med studien

Det foreligger flere nasjonale føringer som omhandler antibiotika og resistensforebygging. Forskning og fagartikler peker på at det er mye uriktig bruk av antibiotika i forbindelse med forebygging og behandling av UVI, samt at sykepleierne spiller en viktig rolle, og sammen med leger utgjør en betydning når det kommer til dette arbeidet. I tråd med hva som kommer frem gjennom tidligere forskning og egne erfaringer, kan det være utfordrende for sykepleiere å skille mellom ABU og UVI. Upålitelig urinstiks og diffuse symptomer fra pasienten kan gjøre det vanskelig å vurdere. Det er legens ansvar å stille diagnosen og avgjøre behandling, men som sykepleiere er vi et viktig bindeledd mellom leger og pasient. Vi observerer, tar urinstix, og rapporterer videre til leger, og på den måten bidrar vi i det diagnostiske arbeidet.

Blant forskningsfunnene er det lite som direkte omhandler sykepleiernes erfaringer, og jeg ønsker med min egen studie å utforske sykepleiers praksiserfaringer. Hvilke observasjoner og tiltak gjør sykepleiere for å skille mellom ABU og UVI?

1.3.1 Forskningsspørsmål

På bakgrunn av hensikten med studien er forskningsspørsmålet mitt som følger;

Hvordan erfarer sykepleiere at de observerer og vurderer pasienter i sykehjem, for å forebygge feilbruk av antibiotika ved asymptomatisk bakteriuri?

1.4 Avgrensning

Primært vil ikke denne studien omhandle verken type valg av antibiotika, ei heller forebyggende preparater.

1.5 Studiens struktur

Studien er delt inn i 8 kapitler. I kapittel 1 presenteres innledning og bakgrunn, med litteratursøk og tidligere forskning. Videre presenteres hensikt med studien, samt studiens forskningsspørsmål. Deretter oppbygning og avgrensning av oppgaven. I kapittel 2 presenteres den teoretiske forankringen, som vil omhandle kunnskap, sykepleie og organisatorisk kompetanse og faglig ledelse. Teorien vil her nevnes kort, før den drøftes mer omgående i diskusjonskapittelet. I kapittel 3 beskrives empirisk utgangspunkt. Det er ment å gi deg som leser en større forståelse for det empiriske feltet. Kapittel 4 omhandler studiens metode og metodologi. Først vitenskapeteoretisk perspektiv, deretter om fremgangsmåte for innhenting av data og etiske betraktninger, før kapittelet avsluttes med dataanalysen. I kapittel 5 presenteres funn fra datainnsamlingen, og er delt inn i tre kapitler. Videre i kapittel 6 drøfter jeg mine funn i lys av teori og forskning. Kapittel 7 omhandler metodiske refleksjoner, - gyldighet, pålitelighet og overførbarhet. Til slutt, i kapittel 8, avslutter jeg oppgaven med en oppsummering og konklusjon, tanker om videre forskning, samt implikasjoner for praksis.

2 TEORETISK RAMME

Teori gir mening til kvalitative data, og blir brukt som redskap til forståelse og innsikt (31). Sykepleierne er viktige i det daglige arbeidet med sine kunnskaper. Slik jeg forstår forskning presentert i kap. 1.2 er det nødvendig å ha kunnskap om blant annet asymptomatisk bakterieuri hos eldre i sykehjem, samt viktigheten av rasjonell antibiotikabruk.

Funn fra tidligere forskning peker på sykepleiernes viktige rolle i det daglige arbeidet i avdelingen, med observasjoner, samt å iverksette tiltak for å optimalisere den grunnleggende sykepleien til pasienten. Viktigheten med hygiene og god sykepleie er elementært i det kliniske arbeidet. For å belyse forskningsspørsmålet vil jeg trekke inn teorier som omhandler kunnskap, sykepleie og faglig ledelse. I en sykehjemsavdeling bestående av ulike profesjoner, vil sykepleierens faglige ledelse av arbeidet være av betydning.

2.1 Kunnskapsgrunnlaget

Sykepleier og professor Herdis Alsvåg har skrevet flere bidrag relatert til sykepleien, blant annet at sykepleie som profesjon hviler på ulike kunnskapssøylor; Erfaringsbasert kunnskap, teoretisert/profesjonell praksis, og vitenskapelig kunnskap. Formidlende instanser som skjønn og dannelse skaper sammenheng mellom kunnskapssøylene og hjelper oss å aktualisere og relatere kunnskapsformene til konkrete situasjoner (32). Gjennom erfaring oppøves et faglig blikk, og kombinert med teoretisk innsikt lærer vi å skjelne hva inntrykk og erfaringer kan være uttrykk for.

Sykepleiefaget er komplekst og krever derfor bruk av ulike kunnskapskilder, noe Nortvedt m.fl (2012) kaller for *kunnskapsbasert praksis (KP)* (33).



Figur 1 Modell for kunnskapsbasert praksis

KP omhandler kunnskap fra forskning, erfaring og brukere/pasienter i den konteksten man er i (33). I boka legges mest vekt på den forskningsbaserte kunnskapen, og mindre på den erfaringsbaserte kunnskapen.

Den erfaringsbaserte kunnskapen tilegner vi oss både i livet og i profesjonen, og det er denne kunnskapen jeg får frem gjennom å snakke med sykepleiere. Skjønn og bedømmelse baserer seg på flere pasientsituasjoner, på gjenkjenning, på refleksjon og på drøfting i et pleierfellesskap, på innhenting av teoretisk viten som ytterligere kan øke forståelsen av pasientsituasjonen (34).

2.2 Sykepleie

Funn fra forskning og nasjonale forskrifter vektlegger viktigheten av god sykepleie, og et godt grunnleggende smittevern (9, 29). Teori omhandlet grunnleggende sykepleie er av betydning for denne studien, og jeg vil trekke frem pioneren Florence Nightingale, og sykepleiefilosofen Ingunn Elstad som viderefører mye av Nightingales perspektiver på sykepleie.

Nightingale var opptatt av det helhetlige syn på mennesket og sykdom, og insisterte på at sykepleieren skulle lære å observere kontinuerlig og inngående. Å observere var en målrettet aktivitet for å beskytte pasienten ved å verne om livsprosessene, for å fremme helse og velvære (35). Hun var kjent for sin strenge hygiene, og hun så hygiene og smittevern som en del av grunnleggende hygiene.

Elstad (2014) viser også til Nightingale når hun skriver at observasjon er bærebjelken i sykepleien, og den viktigste praktiske kunnskapen en sykepleier kan få, og videre at det viktigste er å fange opp relevante endringer hos pasienten når det er under utvikling (36). Klinisk vurdering går ut på å observere og vurdere hvordan hele tilstanden endrer seg, i forhold til uttrykk, symptomer, tegn, målinger og prøvesvar. Observasjonene styrer sykepleiehandlingene, gir tempo og prioritering. Videre at det bare er observasjon som gir erfaring, og negative erfaringer fremmer evnen til å være i forkant. Observasjon er relevant for å oppnå kontinuitet.

Florence Nightingale var i sin tid klar på «sykepleie er å sette pasienten i den best mulige tilstand, slik at naturen kan virke på han.» Hun hevdet at symptomer som følge av sykdom svært ofte ikke skyldtes symptomer fra selve sykdommen, men heller var en følge av mangel på andre ting, som for eksempel frisk luft, vann, renslighet (37).

2.3 Organisatorisk kompetanse og faglig ledelse

I tillegg til sykepleiernes kliniske kunnskap, gjør de daglig organisatoriske arbeidsoppgaver som er viktig for å holde arbeidsflyten i gang. Sykepleiernes vurderinger får betydning for den faglige ledelsen i avdelingen. Davina Allen (2019) har gjort en større observasjonsstudie der hun har sett på sykepleiers arbeid i sykehus. Selv om boken hennes har sitt utspring fra sykepleiere på sykehus, finner jeg paralleller til sykepleiere i sykehjem. Videre kan det sees i sammenheng med hygiene og smittevern, og det å tilegne seg ny kunnskap, og spre den ut i miljøet. Jeg ser behov for at sykepleiere tar ledelsen i en avdeling, og finner Allen relevant for min studie og at hun bidrar til økt forståelse og innsikt til min studie.

Davina Allen skriver om sykepleiernes organiseringsarbeid, og beskriver det som limet i helsevesenet. Slik jeg ser det omhandler det faglig ledelse. Alt det ikke-kliniske praktiske arbeidet og koordineringen som sykepleiere gjør. Sykepleiere må ha god faglig og moralsk vurderingsevne OG forståelse for og kompetanse i å utføre de oppgavene organiseringsarbeidet består av (38). Hun omtaler dette som «sykepleiernes usynlige arbeid», og kaller deler av dette arbeidet for *Artikulasjonsarbeid*; Å sette ting sammen for å skape bevegelse. *Temporal* artikulasjon viser til arbeid for å sikre at handlinger som bidrar til en aktivitet, skjer til rett tid og i riktig rekkefølge. *Proaktiv temporal* artikulasjon handler om å tenke litt fremover, forhåndsplanlegging. *Reaktiv temporal* artikulasjon brukes om når sykepleiernes observasjoner og håndtering av endringer, fører til handling. Særlig legene er avhengige av sykepleiernes kliniske vurderinger for å få beskjed om når det er behov for å handle og behov for handling kan ha bakgrunn i hvordan pasientens tilstand utvikler seg (38).

Elstad (2014) skriver om sykepleieansvaret og handlingsansvaret. Hun viser til Kirkevold (2006) når hun beskriver praksis som sammenhengende og kontinuerlig. Blant sykepleiere brukes begrep som *arbeidsflyt*, og ifølge Elstad omhandler det både rutine og improvisering. Videre skriver hun at sykepleieren må få de viktigste rutinene inn i kroppen for å oppnå flyt i arbeidet. Det er nødvendig for å få oversikt og oppfatte hva som er viktig hos enkeltpasienten i et mylder av oppgaver og informasjon (36).

3 EMPIRISK UTGANGSPUNKT

Det empiriske utgangspunktet for denne studien er en norsk sykehjemsavdeling, i hovedsak med eldre pasienter over 65 år. Beboerne i sykehjem har ofte en sterkt redusert funksjonsevne. Det innebærer at de fleste ikke er i stand til å gå uten assistanse, de trenger hjelp til personlig hygiene, til å kle på seg og ofte også til å spise, og de er delvis eller helt inkontinente. I sykehjem har flere med somatisk sykdom hukommelsessvikt eller moderate demenssymptomer i tillegg, selv om aldersdemens ikke er hovedårsaken til hjelpebehovet. Forstyrrelser i de nedre urinveier opptrer ofte hos gamle, og forekomsten øker med alderen (19). Pasienter med sykdom eller aldersrelaterte forandringer i urinveiene, nedsatt allmenntilstand, diabetes mellitus, redusert immunforsvar og immobilisering er særlig disponert for å få UVI (11). Symptomer og funn ved infeksjoner hos gamle er ofte uspesifikke (39). Personalgruppa på et sykehjem er sammensatt, og vanligvis består ei pleiegruppe av både faglærte og ufaglærte. Av egen erfaring er det sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere, hjelpepleiere, assistenter, studenter og lærlinger.

Sykehjemmet i denne studien har deltatt i RASK. Gjennom prosjektet har deltagerne fått en spesiell opplæring gjennom kursforelesninger, og de er blitt presentert for konkrete verktøy som kan brukes i klinikken. Eksempler er «urinprøvesjekkliste»

https://www.antibiotika.no/wp-content/uploads/2018/04/Urinprøve-sjekkliste_november-2017_Noklus_271117.pdf og «Infoskriv om asymptomatisk bakteriuri»

https://www.antibiotika.no/wp-content/uploads/2018/04/Infoskriv-ABU_Final.pdf (40, 41).

4 METODOLOGI OG METODE

Metodologi er en del av vitenskapsteorien, og omhandler grunnleggende spørsmål til hvordan en oppnår gyldig viten, og metodebegrepet omhandler de fremgangsmåter og prosedyrer som benyttes i forskning (42).

I min studie ønsker jeg å undersøke sykepleiernes erfaringer når det gjelder å observere og vurdere pasienter, for å forebygge feilbruk av antibiotika ved asymptomatisk bakteriuri og urinveisinfeksjon i sykehjem, se kap. 4.2. For å få tak i menneskers erfaringer er kvalitative metoder egnet, da det fremmer mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (43).

I dette metodekapittelet presenteres studiets vitenskapsteoretiske grunnlag og forskningstilnærming. Videre presenteres datagenerering og dataanalyse, samt etiske hensyn og tanker omkring det å være forsker i egen praksis.

Metodisk refleksivitet, kritisk vurdering, vil være et eget kapittel etter diskusjonsdelen.

4.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming

Frembringelse av ny kunnskap gjøres gjennom enten ontologiske eller epistemologiske spørsmål, altså vesenslære eller kunnskapslære om hvordan vi oppfatter verden og virkeligheten (43). I vitenskapsteori er særlig epistemologien fremtredende ved at en reflekterer over hvilke metoder som tas i bruk for å fremskaffe kunnskap (42).

Gjennom historiens løp har det vært ulike vitenskapelige tradisjoner. For medisin og helsefag har særlig det empiristiske/positivistiske paradigmet vært av stor betydning (43). *Erfaring* ble sett på som kilden til kunnskap, og typisk var observerbare og konstaterbare resultat som kunne telles, veies og måles (42). Det var i denne kvantitative forskningstradisjonen at Ignaz Semmelweis i 1847 beviste sammenhengen mellom barsel feber og håndhygiene, og Robert Koch og Louis Pasteur ved hjelp av eksperimentelle arbeider på 1860/- og 70-tallet, kunne slå fast at mikroorganismer kunne forårsake smittsomme sykdommer. Likeså når Fleming beskrev penicillinets antibakterielle effekt i 1928 (44). I en slik kvantitativ forskning var en opptatt av bevis og å finne årsakssammenhenger, i motsetning til kvalitativ forskning der en ønsker å finne erfaringer og meninger.

Menneskelig mening og erfaring kan riktig nok ikke tallfestes på en skala, og Polit og Beck bruker begrepet *postpositivisme* på en nyere variant som står sterkt i sykepleierforskningen, der forskningen ikke søker sikker kunnskap, men kunnskap som kan være almen interesse (45).

Empirisk forskning går mye ut på å utvikle og bearbeide empiri, og ved hjelp av metodiske kriterier blir kunnskapen utviklet fra personlige erfaringer og meninger, til en mer felles og gyldig vitenskap. Elstad (2014) mener empirisk forskning er særlig viktig innenfor helsefagene der en handler i et mangfoldig verd, slik jeg forstår som en mangfoldig praksis (36). Ved å bruke empirisk forskning i min studie kan jeg få kunnskap og innsikt i sykepleiernes erfaringer.

4.1.1 Hermeneutisk vitenskapstenkning

Hermeneutikk betyr læren om fortolkning av skrifter (36). I nyere tid har hermeneutikk utviklet seg fra en *lære om tekstfortolkning til en allmenn teori om fortolkning og forståelse i vid forstand* (46).

Den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer regnes som den mest sentrale innen hermeneutisk teori, og er ofte brukt i sykepleieforskning (36, 46). Gadamer sier at den som vil forstå en tekst vil lage seg en slags første-forståelse når en leser teksten første gang, men utkastet og forståelsen vil forandre seg etter hvert som en trenger lenger inn i meningen (47).

Et kjent uttrykk i hermeneutikken er *hermeneutisk sirkel*, men selve begrepet er noe kritisert fordi det gir assosiasjoner til repetisjon, og at noe gjentar seg på akkurat samme måte. Spiral, derimot, assosierer til en videre bevegelse der hver omdreining bidrar til økt forståelse (42).

Denne studien tar utgangspunkt i hermeneutisk tenking. Jeg har med meg min forforståelse når jeg startet på prosjektet. I arbeidet har jeg dreid omkring temaet, og gjennom blant annet å søke forskning, gjennomføre intervju, og bearbeide ulike typer kunnskapskilder har jeg utviklet ny kunnskap, og den hermeneutiske arbeidsmåten har vært gjennomgående i oppgaven.

4.2 Metodevalg

Forskningsmetoder er metoder/teknikker for å strukturere en studie, og valg av metode legger føringer for hvordan forskeren skal innhente og analysere data som er relevant for forskningsspørsmålet (45).

Jeg vil undersøke sykepleieres erfaringer med å observere og vurdere pasienter i sykehjem, for å forebygge feilbruk av antibiotika ved ABU og UVI, og det vil jeg ha best forutsetning for å gjøre ved å samtale med dem. Ifølge Malterud (2017) er kvalitative metoder egnet for å få tak i menneskers erfaringer, da det fremmer mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (43). Jeg valgte fokusgruppeintervju fordi det utforsker flere erfaringer og meninger samtidig. Deltagerne har felles erfaringer som de kan diskutere og dra veksel av hverandre, og jeg vil kunne dra nytte av samhandlingen mellom dem. Malterud (2017) skriver også at fokusgrupper et godt egnet design dersom jeg vil utforske erfaringer og synspunkter hos helsepersonell, og få fram et meningsmangfold, som i denne studien vil være sykepleiere (43).

Kan hende at individuelle intervju ville fremmet mer ærlige svar, ved at informantene muligens er mer ærlig og tør å ytre sine meninger når ingen kollegaer hører på. Samtidig tror jeg at jeg sitter igjen med et rikere materiale ved å gjøre fokusgruppeintervju. Å frembringe interaksjoner gir et mer levende materiale, og gjenspeiler sammenhengen utsagnene utspilles i (48). I kapittel 4.3.3 beskrives gruppedynamikken og interaksjonene.

4.3 Datagenerering

Fokusgruppeintervju er en effektiv form for datagenerering i form av å få et større mangfold og flere syn, og måten å intervju på kan ha en stimulerende og mobiliserende effekt på informantene. Videre kan det virke mindre truende for deltagerne ved at man sitter flere sammen og slipper å få hele fokuset på seg selv (48)⁶.

4.3.1 Utvalg og rekruttering

Jeg ønsket å intervju sykepleiere som arbeider på sykehjem. Sykepleiere i sykehjem har, som nevnt i kap. 1.2, en viktig rolle i samarbeid med lege, samt ved prøvetaking og administrering av antibiotika. Siden denne studien spør om sykepleieres erfaringer, ble sykepleiere valgt som informanter.

Innenfor metodelitteraturen kalles det for strategisk utvalg, en velger deltagere som ut fra en målgruppe der en kan samle mest nødvendig data. Utgangspunktet er dermed ikke *representativitet*, men *hensiktsmessighet og relevans*. Det ble viktig å tenke på hvilket datamateriale som kunne gi nok informasjon til å svare på problemstillingen (49).

Jeg hadde i utgangspunktet tenkt å gjennomføre to fokusgruppeintervju med fire sykepleiere i hver. Inklusjonskriteriene var sykepleiere med minimum to års arbeidserfaring. Det var ønskelig at flest mulig hadde deltatt i RASK (kap.3.1.) siden de har fått en spesiell opplæring gjennom kursforelesninger, og er blitt presentert for konkrete verktøy som kan brukes i klinikken. I tilfelle sykehjemmet pr da ikke hadde noen ansatte som hadde deltatt i RASK, og for å ikke utelukke mine muligheter for å få informanter, skrev jeg at det ikke var en nødvendighet at de hadde deltatt i RASK.

⁶ Negativ innvending på fokusgruppeintervju diskuteres i kap.7.

Jeg var forberedt på at det kunne bli en utfordring å klare å samle alle fire, og tok derfor høyde for at det kunne bli frafall med en person.

Det er delte meninger om hvor detaljerte spesifikasjoner som kreves for at en gruppediskusjon kan kalles for fokusgruppe. En tommelfingerregel er at utvalget skal være stort nok til å belyse problemstillingen. Hensikten med kvalitative intervjuer er fyldige beskrivelser, slik at problemstillingen kan belyses fra flere sider (49).

Johannesen m.fl. skriver om minigrupper, små grupper med tre til fem deltagere. Det kan være flere fordeler med minigrupper, som blant annet at det er lettere å fylle opp en liten enn en stor gruppe, det kan være enklere å ta ordet i en liten gruppe, og hver enkelt får mer snakketid (50).

Det var ikke aktuelt å intervjuer bekjente, eller gjennomføre studien på eget sykehjem. Jeg ville unngå at min egen nærhet til feltet skulle påvirke fortolkningen.

For å rekruttere informanter valgte jeg først hvilke sykehjem jeg ønsket å sende forespørsel til. Samtlige vurderinger og avgjørelser som ble tatt i forhold til datainnsamlingen, var med utgangspunkt å få bredest mulig informasjonsstyrke. Jeg kontaktet prosjektleder for RASK for å finne ut hvilke sykehjem som hadde deltatt i prosjektet. Deretter valgte jeg tre relativt store sykehjem å sende forespørsel til, med en antagelse om at større sykehjem gav en mulighet for økt insidens av pasienter med mistenkt UVI.

September 2019 søkte jeg tilgang til forskningsfeltet ved å sende mail til enhetsleder for sykehjemmet, der jeg kort presenterte meg selv og mitt prosjekt, og viste deretter til vedlegget (Se vedlegg nr 1). Det var viktig å forankre prosjektet hos leder, for å få hjelp med rekruttering ut fra mine inklusjonskriterier med to års arbeidserfaring og gjerne deltagelse i RASK.

Etter noen henvendelser fikk jeg positiv respons fra ett sykehjem. I dialog med enhetsleder tilbydde han seg å levere ut informasjonsskrivet til sine avdelingsledere, som igjen distribuerte ut til sine sykepleiere (se vedlegg nr 2). Avdelingslederne skulle også samle inn samtykkeskjema. I informasjonsskrivet kunne aktuelle kandidater lese om studiens overordnede formål, at det var frivillig å delta, og at de når som helst, og uten grunn, kunne trekke seg fra studien. Dette omhandlet noen av forutsetningene til «informert samtykke» (51).

Etter ca. fjorten dager og ytterligere henvendelser, hadde fire sykepleiere svart at de ville delta og dette var tilstrekkelig til å gjennomføre fokusgruppeintervju. Videre fikk jeg en

kontaktperson å forholde meg til. Sykehjemmet la godt til rette for at vi skulle få gjennomført fokusgruppeintervjuet, og det ble satt opp et tidspunkt der alle fire informantene var på jobb samtidig. Det var hensiktsmessig at intervjuet ble gjennomført på sykehjemmet for å enklest klare å samle alle deltagerne.

Jeg fikk navn og mailadresse til de fire informantene som hadde takket ja, og sendte dem en mail noen dager i forveien for å minne dem om avtalen, og forhåpentligvis vekke noen tanker angående temaet mitt.

Etter at jeg hadde sendt ut forespørsel til sykehjemmene, fikk jeg tilbakemelding fra et annet sykehjem om en kandidat som hadde meldt seg, men han var foreløpig alene. Lenge ble det vurdert å gjennomføre et individuelt intervju med denne ene sykepleieren, siden det til å begynne med var manglende respons. Etter fokusgruppeintervjuet viste det seg at jeg satt med et rikt, relativt omfattende materiale, og valgte derfor å ikke intervju den ene sykepleieren som først meldte sin interesse. I ettertid tenker jeg det kunne vært positivt for studien og inkludert den første likevel, og at individuelle erfaringer fra en mannlig sykepleier kunne gitt andre perspektiv.

4.3.2 Intervjuguide

Det kan stilles mange spørsmål til en tekst, og ulike spørsmål fører til ulike meninger i teksten (51). Et semistrukturert intervju har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt, mens temaer, spørsmål og rekkefølge kan varigere (49).

Med utgangspunkt i studiens forskningsspørsmål, ble intervjuguiden utarbeidet med temaer og spørsmål jeg ønsket å finne svar på (se vedlegg nr 3). Intervjuguiden var bygd opp med en innledning, hoveddel og en avslutning, og ble en kvalitetssikring for meg på at jeg fikk stilt de spørsmålene jeg ønsket å få svar på. Under selve intervjuet var det likevel et par underspørsmål som jeg jeg unnlot å stille fordi det ikke følte naturlig, eller fordi vi allerede hadde snakket om det. Intervjuspørsmålene har en deskriptiv form, med hovedsakelig hva- og hvordan-spørsmål. For mange hvorfor-spørsmål kan hemme spontaniteten og dreie intervjuet fra å være beskrivende til å bli forklarende og forsvarende (52). Også ja/nei spørsmål må unngås siden det ikke innbyr til beskrivelse, men er lukkende. Det var viktig at spørsmålene skulle formuleres på en slik måte at de var åpne for informanten å besvare. Malterud anbefaler å starte med enkle spørsmål som er lette å svare på, og heller spørre mer fokusert temaer etter hvert (53).

For selve studien valgte jeg å ha et vidt forskningsspørsmål, og heller en mer spesifikk intervjuguide for å omslutte de spørsmål og temaer jeg var opptatt av. Det syns jeg fungerte godt.

4.3.3 Fokusgruppeintervju gjennomføring

Selve intervjuet var planlagt å være utpå formiddagen da flest kunne komme fra sine gjøremål i avdelingen, og det var satt av 1,5 time. På morgenen den aktuelle dagen, fikk jeg mail fra kontaktpersonen ved sykehjemmet, at den ene informanten var syk, bare tre kunne møte. Jeg hadde på forhånd bestemt at tre informanter var tilstrekkelig. Det viste seg imidlertid at kontaktpersonen hadde rekruttert en sykepleier til, slik at gruppa besto av fire.

Intervjuet foregikk i et møterom utenfor avdelingen der informantene jobbet. Jeg møtte opp litt tidligere for å gjøre i stand møterommet, samt forberede nødvendig utstyr. Jeg hadde ordnet med kaffe, juice, sjokolade, og pappkopper, og valgte «stille» mat og kopper, for at det ikke skulle bli et forstyrrende element i lydopptaket. Aksel Tjora skriver at det er viktig å tilrettelegge for en avslappet stemning og skape trygghet, og at intervjuet gjerne være på egen arbeidsplass (48).

Min veileder gjennom forskningsprosjektet var med som sekretær. Hun tok notater og sørget for replikkfesting basert på informantenes forbokstav. Malterud skriver blant annet at sekretærens oppgave er å følge med på hva som foregår i intervjuet, og samtidig ta feltnotater (53).

Jeg hadde laget navnelapper til oss alle sammen, der seks grupperegler var skrevet opp på baksiden, slik at hver og en kunne se dem; *Kun èn snakker om gangen, vi må snakke klart og høyt for å få med det som blir sagt på lydopptaket, det er ingen riktige eller gale svar, ikke vær redde for å være ærlige, det er viktig at alle slipper til, og det er viktig at alle synspunkt kommer frem.*

Presentasjon av informantene.

Jeg veksler mellom å bruke ordene informanter, sykepleiere og deltakere. De betyr alle det samme. Det var fire kvinnelige sykepleiere. Sykepleier A var 43 år. Hun hadde videreutdanning, to ulike fordypninger men begge relevant for arbeid på sykehjem. Hun

hadde også vært på flere kurs som omhandlet medikamenter, deriblant antibiotika og resistensutvikling. Sykepleier B oppga ikke alderen sin. Hun hadde utenlandsk opprinnelse, noe som preget språket litt. Jeg kommer nærmere inn på det når jeg beskriver transkriberingen. Sykepleier C var 38 år, og sykepleier D var 58 år. Informantene hadde ulik bakgrunn, men alle hadde de flere års arbeidserfaring fra sykehjem. Kun èn av informantene hadde deltatt i RASK, likevel var de andre deltagerne kjent med informasjonen som var kommet derifra.

Informantene arbeidet på ulike avdelinger på sykehjemmet, slik at alle avdelinger på sykehjemmet var representert. At de arbeidet på ulike avdelinger kunne gjøre at informantene gav bredde og nyanser i erfaringene de hadde med seg.

Beskrivelse av gruppedynamikk

Det var stort engasjement i gruppa, og det var på ingen tidspunkt stillhet, eller pinlige situasjoner. Jeg opplevde at informantene hadde tillitt og gjensidig respekt til hverandre. Selv om samtalen gikk løst, var de flinke til å la hverandre få ordet. De påpekte selv at de hadde et fint samarbeid, og det var en anerkjennende tone. Jeg registrerte at det tidligere hadde vært noen faglige uenigheter som også senere framkommer i kap. 5.1.2, der en av informantene beskriver å bli motarbeidet. Men under selve intervjusamtalen var det stor enighet i gruppa. Informantene skjenket seg kaffe og spiste sjokolade underveis i samtalen. Det var en uformell og avslappende tone.

Selv om det var noe ulik erfaring, var informantene ofte veldig enige i det som ble sagt, ved å bekrefte for hverandre underveis når den enkelte sa noe. Spesielt èn av dem uttrykte i stor grad sin enighet ved å hyppig gi en bekreftelse ved å si «ja», og kunne også avbryte utsagn ved å supplere egen mening eller erfaring.

Samtlige informanter tok i stor grad ordet, men sykepleier B var mer reservert.

Min rolle som moderator.

Jeg hadde på forhånd tenkt mye over min rolle som moderator, og vet at jeg har en tendens til å prate for mye, og for fort. Siden jeg var kjent i forskningsfeltet og naturligvis hadde flere meninger og tanker om temaet jeg skulle snakke om, var jeg bevisst på at jeg ikke skulle

fremme noe av det under intervjuet. En moderator styrer samtalen mellom deltagerne og sørger for at den avsatte tiden brukes hensiktsmessig i forhold til studiets forskningsspørsmål (53). Malterud påpeker også moderators viktige evne til å lytte, at en ikke må snakke for mye og for eksempel ikke melde inn egne synspunkter (53).

Jeg satt på enden av bordet, imens de fire informantene ble sittende overfor hverandre to og to på langsiden, og slik hadde jeg øyekontakt med alle. Sekretæren satt på motsatt side som meg, men litt lenger vekk fra bordet slik at hun var litt mer tilbaketrukket enn oss andre. Hun tok notater under intervjuet. Ved å plassere oss alle på denne måten ble jeg og informantene sittende tett som en gruppe, samtidig som fokus ble mellom informantene. Ved et par anledninger henvendte jeg meg direkte til sykepleier B for at hun ikke deltok like mye, og for å sikre at alle fikk sagt sitt. Det gjorde jeg ved å spørre for eksempel om hun hadde noen tanker, suppleringer, innvendinger på det som nettopp var snakket om. Ifølge Malterud må moderator sikre at flest mulig deltagere kommer til ordet, med mest mulig nyanserte og personlige innspill (53).

Selv om det er et fokusgruppeintervju, var jeg opptatt av at det mer skulle være en uformell samtale, noe som også sto i informasjonsskrivet. Videre i denne oppgaven veksler jeg mellom ordene intervju og samtale.

Etter innledende informasjon om studiet og presentasjon av meg selv, gjennomgikk jeg gruppereglene. For å sikre anonymitet valgte jeg å gjennomgå innledningen, der blant annet presentasjon av deltakerne, alder og arbeidserfaring, og eventuell kjennskap til RASK, FØR jeg startet båndopptakeren. Sekretæren tok notater. I tillegg repeterte jeg kort om frivillig informert samtykke, og viste for øvrig til informasjonsskrivet de hadde fått. Jeg forsøkte å bruke kort tid på innledningen siden jeg kun hadde ei gitt tid til disposisjon.

For å få samtalen i gang ble selve intervjuet startet med et åpent spørsmål. Videre brukte jeg intervjuguiden som et hjelpemiddel underveis for å kvalitetssikre at jeg fikk vært innom alle spørsmålene. Der det var nødvendig kom jeg med oppfølgende spørsmål som blant annet; Kan du forklare nærmere, hva mener du med, kan du utdype det? Jeg tok feltnotater underveis i intervjuet, ved at jeg noterte ned enkelte ord eller fraser som ble nevnt som gav meg umiddelbare tanker mot en analyse og fortolkning.

I tråd med anbefalinger fra Malterud, gjorde jeg informantene oppmerksomme på at intervjuet nærme seg slutten, ved å si at det var ti minutter igjen (53). Når intervjuet var over takket jeg

igjen for deres deltagelse. Jeg spurte også om jeg kunne kontakte dem i ettertid for oppklarende spørsmål dersom det ble behov. Det har ikke vist seg nødvendig. Jeg hørte gjennom lydopptaket samme dag for å sjekke at kvaliteten var bra, og noterte samtidig eventuelle merknader og umiddelbare tanker som dukket opp.

4.3.4 Transkribering

Å transkribere betyr å omforme noe, skifte fra en form til en annen (54).

Når intervjuet var over, transkriberte jeg lydopptakene til en skriftlig tekst for at materialet skulle bli bedre egnet for analyse. Jeg finner støtte hos Kvale som skriver at det er lettere å få oversikt over datamaterialet når det transkriberes, og struktureringen i seg selv er en begynnelse på analysen (51).

Ved intervju av en eller flere personer, vil svarene som framkommer ha personlige preg. Når intervjuet transkriberes og skal analyseres, blir det personlige anonymisert og funnene forsøkes videre å gjøres mer allment. På den måten blir kunnskapen utviklet fra personlige meninger, til felles, mer gyldig vitenskap (36).

Transkriberingen var tidkrevende, men gjorde meg samtidig godt kjent med materialet, og jeg fikk en større nærhet til materialet enn om jeg ikke hadde transkribert selv. Underveis noterte jeg dersom det dukket opp ord eller uttrykk som stimulerte tanker rettet mot en analyse og fortolkning.

Jeg transkriberte hele intervjuet, helt ordrett og med riktig punktsetting, så godt det lot seg gjøre. Aksel Tjora anbefaler å beholde mest mulig materiale frem til analyseprosessen (54). I likhet med Tjora anbefaler også Kvale å transkribere nøyaktig avskrift, med korrekte ord og bruk av hjelpeord og punktsetting. Dette fordi utsagn kan få ulik betydning, etter hvordan punktsetting gjøres (51).

For å anonymisere markerte jeg de ulike informantenes utspill med kun første bokstav i navnet deres. Lydopptaket var av god lyd kvalitet. Selv om de innimellom pratet i munnen på hverandre var det greit å skille ut de ulike stemmene. Samtidig var det utfordrende å fange opp alle ordene til sykepleier B siden det språklige ikke var helt korrekt, som for eksempel utydelige ord, feil bruk av ord eller manglende ord. Jeg spilte gjennom opptaket flere ganger der det var vanskelig å høre hva som ble sagt, for å forsøke å få det med meg. Jeg mener selv

at jeg fikk essensen, og synes likevel at de ordene jeg ikke klarte å fange opp ikke nødvendigvis var meningsbærende i setningen.

4.4 Forske i egen praksis

Å forske i egen praksis gjorde at jeg hadde en forståelse for det jeg ville undersøke, og jeg hadde både meninger og tanker omkring det. Med det mener jeg at jeg er kjent hva arbeid som sykepleier på sykehjem kan innebære, og vet noe om hvilke problematikker som kan oppstå der. Det var aldri aktuelt å gjennomføre studien på eget sykehjem, men i samme type virksomhet et annet sted. Også Malterud skriver at erfaring fra feltet vil være en viktig ressurs for forskeren i et prosjekt som krever strategisk utvalg (43). På samme tid har jeg har forsøkt å være bevisst min forforståelse underveis i hele prosessen, og særlig i analysen. Det var blant annet en av grunnene til at jeg transkriberte ordrett, og valgte Tjoras empirinære tilnærming når jeg startet på dataanalysen, se punkt 4.3.4 og 4.6.

På en annen side kan det å forske i egen praksis ha gjort meg litt blind, i den grad at jeg unnlot å stille oppklarende spørsmål til utsagn som min forforståelse tok for gitt at det var slik jeg tenkte. Paulgaard (1997) kaller dette kulturblindhet (55), og kom til syne for meg når jeg skrev frem resultatene og noen av utsagnene kunne framstå ufullstendig. På samme tid var jeg mer åpen for ny innsikt gjennom intervjuet, siden jeg allerede hadde med meg min forforståelse og kjennskap til feltet. Paulgard skriver at forskerens subjektive forforståelse ikke sees på som en feilkilde som sperrer for innsikt, men som en forutsetning for innsikt (55).

4.5 Etske hensyn

En sentral forskningsetisk forpliktelse er at forskeren ivaretar konfidensialitet, og klargjør sin egen rolle i studien (52).

Godkjenning fra REK, regional etisk komite, var ikke nødvendig siden denne studien ikke behandler pasientopplysninger. Siden jeg innhentet informert samtykke med underskrift fra informantene og har brukt lydopptak, og dermed behandlet personopplysninger, ble det søkt godkjenning fra NSD, norsk senter for forskningsdata (56). Studien er godkjent fra NSD med referansenummer 113609.

Informert samtykke er i dag standard i all helseforskning, og innebærer flere alminnelige krav for at et samtykke skal være gyldig (57). Informantene i studien ble informert om studiens overordnede formål, at det var frivillig å delta, og at de når som helst, og uten grunn, kunne trekke seg fra studien. Dette er også etter gjeldende retningslinjer fra Helsinkideklarasjonen og REK (58, 59).

I tillegg til informert samtykke, er både fortrolighet, konsekvenser og min rolle som forsker, viktige momenter til en ramme av etisk vurdering (51). Fortrolighetsprinsippet kan i min studie omhandle hvordan jeg behandler datamaterialet. Både lydopptaker, samtykkeskjema og det transkriberte materialet ble oppbevart i en kodebeskyttet koffert. Så snart jeg var ferdig med transkribering og analyse, ble lydopptaket slettet. Dokumentene på min kodebeskyttede pc, var lastet opp i skolens sikkerhetsdatabase. I tillegg var det viktig å presisere for informantene at publisering av datamaterialet vil være anonymt og ikke kan spores tilbake til dem, og at datamaterialet slettes etter publisering.

Når det gjelder konsekvenser, kan det sees i lys av det etiske prinsippet om velgjørenhet, og det er svært liten risiko for at informantene skal komme til skade. Studiens tema kan ha en nytteverdi ved at deltagerne, gjennom å samtale og utveksle erfaringer om tema kan få ny kunnskap. Når intervjuet var over takket samtlige deltagere for at de fikk være med i studien, og uttrykte at det hadde vært fint å være sammen og snakke om fag.

4.6 Dataanalyse

I dette kapittelet redegjør jeg for hvordan jeg har analysert datamaterialet. I analysen skal ulike empiriske data legges sammen og systematiseres til et større puslespill. Som nevnt i kap.4.4 var det viktig at ikke egen forforståelse skulle få meg til å trekke premature løsninger, og jeg ville at empirien skulle vise seg for meg. I analysearbeidet har jeg latt meg inspirere av Aksel Tjoras empirinære analyse, og hans stegvis-deduktive-induktive (SDI) metode har vært gjennomgående i arbeidet mitt (54).

Den kvalitative analysen har som mål å gjøre det mulig for en leser av forskningen å få økt kunnskap om temaet det forskes på, uten selv å måtte gå gjennom de data som er generert i løpet av studien (48).

Etter beskrivelse av fremgangsmåten har jeg laget en skjematisk fremstilling for å enklere vise hvordan jeg har arbeidet.

Første steg i analysen er koding. Jeg delte det transkriberte materialet opp i små avsnitt, og jobbet gjennom avsnitt for avsnitt for å lage tekstmære koder. Tjora er opptatt av at kodingen skal være empirinær, og at det gjerne skal brukes ord og uttrykk som allerede finnes i datamaterialet.

Andre steg i analysen er å gruppere kodene tematisk. Jeg arbeidet gjennom de 145 kodene jeg hadde funnet, og grupperte kodene tematisk etter hva de handlet om. Nå var det forskningsspørsmålet i studien som styrte de ulike grupperingene. Kodene som jeg ikke anså relevant for forskningsspørsmålet ble ikke tatt med, og de kodene hvor jeg var usikre på relevansen ble satt i en egen gruppe.

Tabell 1 Eksempel på koding og kodegruppering

Transkribert materiale	Koding	Kodegruppering
Det e blidd ei vesentlig endring der. Før fikk æ omtrent daglig...Det begynner å ro sæ inn et system. ...det e nokka med å endre på det som sitt i veggan	<ul style="list-style-type: none"> • Blidd ei endring • Begynner å ro sæ inn et system • Å endre noe som sitt i veggan 	Holdningsendring
Klage over svie nedentil, svie når dem tisse, dem ønske å gå på do veldig ofte, lukt!.....For mæ e det ofte en kombinasjon av delir, lukt	<ul style="list-style-type: none"> • Klage over svie når dem tisser • Går veldig ofte på do • Lukt • Delir 	Symptomer
og rapportering fra assistenta og hjelpepleiera om at beboern klage på at det svir når dem tisser. Det e jo di samme symtoman....også e det observasjonan fra di andre pleieran	<ul style="list-style-type: none"> • Rapportering fra assistenta og hjelpepleiera • Observasjonan fra andre pleiera 	Rapport/tilbakemelding fra medpersonal

<p>Vi e blitt drevne på å argumentere og reflektere på egen observasjon og fagkunnskap...</p> <p>Vi må ha kunnskap for å informere, det er ikke alltid vi skal TA stiks.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vi argumenterer og reflekterer mer over egen observasjon og fagkunnskap • Vi må ha kunnskap for å informere 	<p>Kunnskap</p>
--	--	-----------------

<p>Før når vi kontakta legevakta så.... For legevakta e blidd strengere.</p> <p>Vi har en fantastisk lege som vi kan ringe tel når som helst...Førr han kjenne jo pasientan. Han e her tre ganga i uka</p> <p>...Og legen starte ei behandling ut i fra ka vi sykepleieran sei.....I realiteten føle æ vi e reserveleger.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Legevakta e blitt strengere • Vi har en fantastisk lege vi kan ringe tel • Legen vår kjenne pasientan • Legen starte ei behandling ut fra ka vi sykepleieran sei • Æ føle vi e reserveleger 	<p>Samarbeid med lege</p>
<p>Hvis vi skal ta urinprøve....prøve å vaske så godt som overhodet mulig nedentil.... Nån ganga får man ikje tatt prøve.</p> <p>De med kateter tar vi jo aldri stiks av...</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vasker godt nedentil ved urinprøvetaking • Nån ganga får vi ikje tatt prøver • De med kateter tar vi aldri stiks av 	<p>Prøvetaking</p>
<p>...vi får dem som plo-melding, så går vi gjennom resultatn, som vi alltid skal.</p> <p>...Det tar jo tid manga ganga med den dyrkninga...så mange ganga ringe æ og etterspør prøvesvaret.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vi får prøvesvar som plo-melding, og behandler dem. • Ringer og etterspør prøvesvar 	<p>Mikrobiologen</p>
<p>...før behandlet vi pårørende FØR pasienten.</p> <p>.....Så snart pårørende trør over dørstokken starte vi med tillitsskapende arbeid</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vi behandlet pårørende • Vi jobber tillitsskapende med pårørende 	<p>Pårørendebehandling</p>

<p>Å gi oss faglig oppdatering e det viktigste leder kan gjøre.. Å gi oss mulighet til å være med på fagdager og kurs. for arbeid ut i avdelingen, bidra med at foten settes litt ned....trygge ramman rundt ansatte. Vi får mailer fra leder om nye kurs og retningslinjer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Å gi oss faglig oppdatering • Gi mulighet til fagdager og kurs • Sette foten ned i avdeling, lage trygge rammer • Sende mail om nye kurs og retningslinjer 	<p>Leders rolle</p>
---	---	---------------------

Jeg var oppmerksom på å lage empirinære koder som gjenspeilet hva informanten faktisk SA, og ikke hva informanten snakket OM. Tjora anbefaler å gjøre en kodetest, for å sikre en god induktiv koding som presist gjengir den empiriske teksten. Etter kodegrupperingen gikk jeg gjennom den usikre kodegruppa for å se om noen av kodene kunne passe inn en av de nye gruppene. Omtrent halvparten av kodene ble nå tatt med i grupper.

Etter kodegrupperingen satt jeg igjen med ni grupper, det syns jeg ble for mange til å klare å se hva dette egentlig handlet om. Jeg finner støtte hos Tjora som skriver at kodegruppene som en hovedregel vil danne utgangspunkt for hvilke temaer en vil utvikle i analysen (54).

Arbeidet med kodegrupperingen strukturerte med andre ord undersøkelsens resultatdel, som endte opp i kapitler, som jeg etterpå vil redegjøre for. Jeg arbeidet meg gjennom gruppene for å se om det var noen som sa noe om det samme. Nedenfor vises en skjematisk oversikt over dette arbeidet. Aksel Tjora skriver også at det i noen tilfeller kan være hensiktsmessig å gjøre et neste steg av gruppering dersom man får for mange kodegrupper, og at 3-5 kodegrupper egner seg fint som kapitler i for eksempel en masteroppgave.

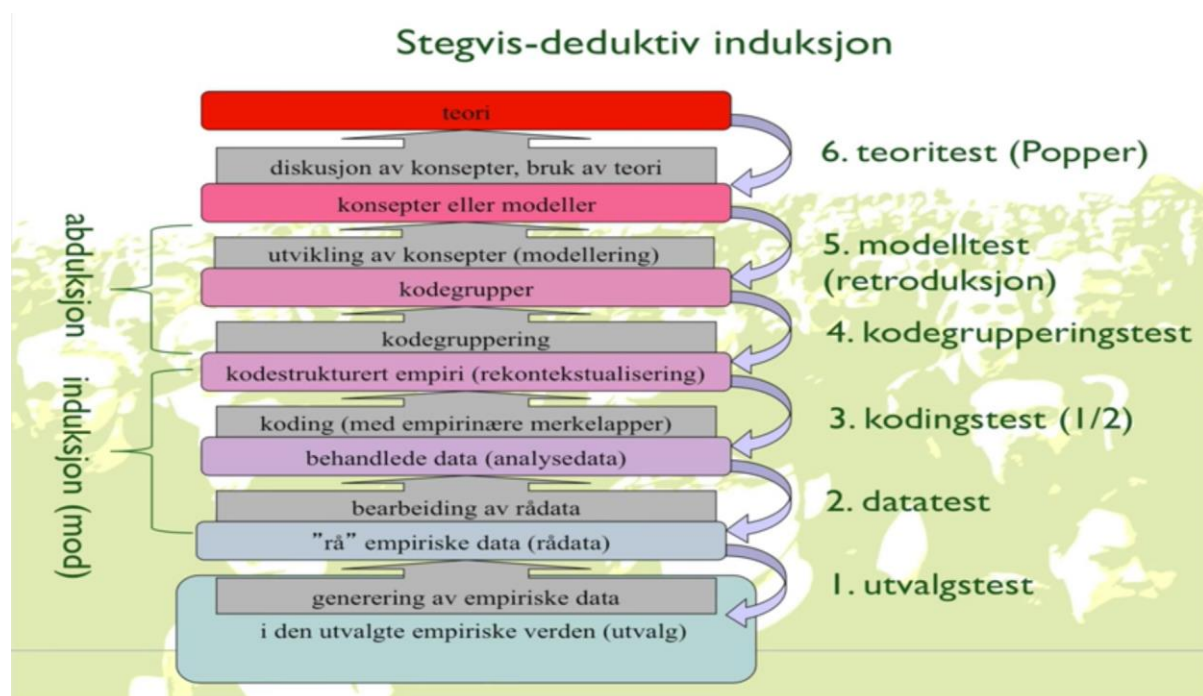
Tabell 2 Kodegrupper settes sammen til nye kodegrupper

Gamle Kodegrupper	Ny kodegruppe
Rapport/tilbakemelding fra medpersonal	Samarbeid
Samarbeid med leger	
Pårørendebehandling	

Symptomer	Diagnostikk
Prøvetaking	
Mikrobiologen	

Med utgangspunkt i analysematerialet arbeidet jeg stegvis fra rådata til teorier. Modellen kan beskrives som en «oppadgående» prosess som er induktiv, der jeg arbeidet fra empiri mot teori, og en «nedadgående» prosess som er deduktiv, der jeg arbeidet fra teori mot empiri. Denne metoden kan også sees i sammenheng med abduktiv metode, der en veksler mellom empiri og teori i forskningsprosessen (48). Som en beskrivelse på hvordan jeg brukte modellen, startet jeg med utvalget og gjennomførte intervju. Transkripsjonen kan sees på som rådata. Fra transkripsjonen kontrollerte jeg tilbake til utvalget at jeg hadde transkribert rett. Videre i analyseringen laget jeg koder, og gjorde kodetester underveis ved å gå tilbake til rådata og kontrollere kodene. Videre grupperte jeg kodene, og gikk et steg tilbake for å teste at jeg grupperte kodene etter hva som var hensiktsmessig for forskningsspørsmålet. I denne studien var det ikke aktuelt å utvikle konsepter eller modeller, men jeg har støttet meg til relevant teori. Med de ulike kodegruppene kunne jeg se hvilke teorier som sa noe om det samme. Også her ble det viktig å gjøre en teoritest, der jeg gikk tilbake til empirien og kontrollerte at det faktisk var dette det handlet om.

Figur 2 Bilde av Tjoras stegvis deduktive induktive metode



Mens koding bryter ned en tekst i mindre enheter, kan meningstolkning utvide den opprinnelige teksten ved å legge til hermeneutiske lag som muliggjør forståelse. Gjennom hermeneutisk meningsfortolkning har jeg arbeidet i en prosess frem og tilbake mellom deler og helhet. Den hermeneutiske spiralen som åpner for en stadig dypere forståelse av meningen har vært gjennomgående i analysen. Imens Kvale skriver at ulike spørsmål kan føre til ulike svar i teksten, viser Nilssen til Gadamer som snakker om horisont. At mangel på horisont fører til at vi ikke ser langt nok utover det som er nært (31, 51). Når jeg bruker hermeneutisk meningsfortolkning kan det også sees i sammenheng med det som Tjora kaller for *abduksjon*. Ved å starte ut med egen forforståelse, har jeg stadig vekslet mellom deler og helhet. Fra empiri, mening, teori, ny forståelse og tilbake igjen som en slags spiral.

Gjennom analysearbeidet ble det etter hvert tydelig for meg hvilke hovedtema jeg ville presentere i resultatdelen. I utvikling av disse hovedtemaene forlater jeg analysearbeidet som empirisk styrt, og forsøker å se hvilke teorier og perspektiver som kan belyse mine tema i større grad, og som jeg vil bruke i diskusjonen.

Etter koding og kodegruppering, velger jeg å skrive frem tre tema;

- Betydningen av fagkunnskapen i sykepleien for en riktigere antibiotikabruk
- Sykepleiers ansvar i vurdering og behandling av UVI og ABU
- Samarbeidet i det daglige

Under disse tre temaene har jeg samlet de ulike resultatene i tre underoverskrifter. Ved å kategorisere det i temaer og underoverskrifter vil innholdet i resultatene være systematisk og oversiktlig. For at innholdet skal bli pålitelig og troverdig for leseren vil jeg presentere direkte sitater fra informantene.

5 RESULTATER

I dette kapittelet presenterer jeg resultatene fra dataanalysen. Av hensyn til konfidensialitet vil informantenes utsagn i liten grad være navngitt eller tallgitt, slik at det ikke kommer frem hvem som «snakker». Av samme årsak vil det ikke framkomme hvem av deltakerne som har deltatt i RASK, siden det bare er den ene av dem. Jeg har likevel valgt å beholde dialekt for å gjøre materialet mer levende. I det videre bruker jeg både ordet sykepleier, informant og deltaker, og de betyr alle det samme; sykepleier som deltok i fokusgruppeintervjuet.

For å forebygge feilbruk av antibiotika ved ABU i sykehjem vektlegger alle informantene at kunnskap er viktig. Informasjon og undervisning gjennom kurs og fagdager har bidratt til å økt kunnskap, og informantene fremhever viktigheten med god informasjon og undervisning til andre pleiere⁷ og pårørende. Andre funn viser sykepleiers ansvar i vurdering og behandling av ABU og UVI. Sykepleierne vektlegger nødvendigheten med observasjon, og god hygiene.

5.1 Betydningen av fagkunnskapen i sykepleien for en riktigere antibiotikabruk

Et viktig funn i studien var sykepleiernes refleksjoner omkring betydningen av å inneha kunnskap, og å formidle kunnskap, og det viste seg å gå igjen i samtlige tema.

5.1.1 Å få ny kunnskap

Selv om alle informantene hadde flere års arbeidserfaring, var det ikke alle som hadde kurs og fordypet utdanning. Sykepleier A synes det var for lav kunnskap om antibiotika generelt blant personalet. Informantene forteller at de har tilegnet seg kunnskap de siste årene på forskjellige måter, blant annet gjennom prosjektet RASK, nye retningslinjer og nasjonale anbefalinger, og kunnskapsutveksling i kollegiet. Videre nevner informantene ved flere anledninger at det i løpet av det siste året er blitt endringer til det bedre, blant annet på grunn av nye retningslinjer fra sykehuset, mikrobiologisk avdeling, og nasjonale anbefalinger fra RASK-prosjektet. Informanten som hadde deltatt i RASK sa; «*Vi fikk masse informasjon når va vi på kurs. Masse opplysning om antibiotika, om ABU og UVI, om korsn man skal ta urinstiks, og om*

⁷ I denne oppgaven defineres «andre pleiere» som hjelpepleiere, helsefagarbeidere, assistenter, studenter og lærlinger (min anmerkning).

NÅR man skal ta det.» Prosjektet har bidratt til ny kunnskap. En annen informant forteller at hun selv ikke har vært med i RASK, men at hun bruker informasjonen som kommer derfra. Hun sier videre at de har to plansjer på medisinerrommet som blant annet omhandler kunnskap om ABU, så hver gang hun trykker koden for å komme seg inn på medisinerrommet så ser hun på plansjene. Hun forteller at de prevalensregistrerer, det vil si at de noen fastsatte dager i året registrerer all antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) på sykehjemmet. De synes det er gøy for det viser at de har mindre infeksjoner enn tidligere. Både plansjer og prevalensregistreringer bidrar til at det blir økt oppmerksomhet på infeksjoner og bruken av antibiotika.

Informantene uttrykker at det er viktig for sykepleierne å ha en møteplass for å dele erfaringer og kunnskap med hverandre, og de synes de har for lite tid til det i hverdagen. En av informantene sier at dette fokusgruppeintervjuet har gitt dem anledning å snakke om dette temaet; *«Man blir jo bevisst på ting når man sett å prate. Det e sånn her føra vi treng. Det e jo også litt tverrfaglig å se kordan ulike momenta kan vinkles og sees. For i utgangspunktet e vi enig, men vi ser ting fra forskjellig ståsted. Og da e det så mye lettare og se detaljan på KOFFØR e det som det e, og kor vi har mulighet til å forbedre oss».*

Grappa fremhever leders rolle i å tilrettelegge for faglig læring og økt kompetanse, ved å gi de ansatte mulighet til å være med på fagdager, oppdateringskurs, og sende mail om nye retningslinjer. En av informantene eksemplifiserer med de ansatte som hadde deltatt i RASK; *«Som du ser... dem va på kurs, og det har vært ei kjempestor endring fra at vi alltid hadde en eller to UVI-kura gåanes kontinuerlig et eller anna sted på avdelinga HEILE tida. Dem som va på kurs kom tilbake med ny kunnskap, og via osmose så har det liksom spredt sæ».*

5.1.2 Ny kunnskap kan lede til holdningsendring

Grappa fremhever at ny kunnskap gjennom kurs og retningslinjer har bidratt til ei endring, og at det er blitt mye bedre på sykehjemmet det siste året. Slik jeg forsto mine informanter omhandlet forbedringen både økt kunnskap, holdninger, rutiner for urinprøvetaking, antall infeksjoner, samt samarbeidet i personalgruppa, med lege og med pårørende.

Det er ikke en enkel jobb å forsøke å endre rutiner som allerede eksisterer. Sykepleier A deler sine erfaringer med å skulle endre på rutiner etter selv å ha fått ny kunnskap; *«Allerede et par år FØR man fikk satt inn et strengere regime på de tiltak som settes i verk på huset her, så har jo æ jobba førr å få gjort en del endringer. Men det har vært veldig stor motstand i fra*

sykepleiergruppa, og det handler rett og slett om kunnskap. Også e det nokka med å endre det som sitt i veggan, som e utfordranes». Å endre en praksis var ikke lett, og sykepleieren beskriver at hun følte at hun nærmest ble hakket på, og at det har gått ut over både seg selv og jobben sin. En annen informant bekrefter at det har vært en endring siste året, og forklarer det med at det har vært noe utskiftning i sykepleiergruppa.

En av informantene sier; «Ei av endringene som e kommen inn i løpet av siste året, e når vi fikk innarbeida restriksjona på KATTI vi faktisk sku ta stiks. Tidligere så va det jo heile tida tapping fra posen». Det blir umiddelbar en unison enighet, engasjement og lett latter i gruppa, og det virker for meg som at dette er noe de alle kjenner seg igjen i. En annen informant beskriver med innlevelse; «Æ ser førr mæ urinprøveglasset blir lilla bare med å tappe. Sånne krystalla. Men det va jo sånn før. Vi kunne jo bare bytte urinposen, men det va jo heller ikje rett førr den va jo ikje akkurat steril».

Informantene er samstemte om at strengere kriterier fra både legevakt og mikrobiologen har minsket ukritisk stiksing av urin, og en av dem sier; «Før tok man stiks i eningen, og satte på antibiotikakur. Nå tenke vi oss mere om, og venter. Tar en C-vitamin eller Tranebær, og gir mye drikke. Og vente et par dager»

Utsagnet om C-vitamen skaper umiddelbart en livlig diskusjon i gruppa, og de har ulike oppfatninger på trender som har vært, og virkningen av ulike forebyggende midler. De beskriver også ei tid der de brukte en slags urin-teststrimmel som skulle ligge i bleien for å påvise en eventuell urinveisinfeksjon. Gruppa er enige om at dette bare var tøv, og de er glade for at det ikke lenger er i bruk på sykehjemmet.

Informantene forteller om hvordan de tidligere omtrent daglig fikk tilbakemelding fra øvrig personal om at de hadde tatt stiks som var positiv, men at det i dag er mer opp til sykepleierne å ta en avgjørelse på om det skal tas urinprøve.

Med ny kunnskap har de en litt annen tilnærming enn tidligere. Når symptomene er uklare iverksettes innskjerpende hygienetiltak som hyppigere bleieskift og bedre renhold nedentil, samt de gir mere drikke for å få god gjennomskylling av blæra. Bedre intimhygiene fører gruppa inn i engasjerende diskusjon om ulike trender som har vært om både flergangsvaskekluter, engangsvaskekluter, våtservietter, vaskekremmer og vaskefat. De mener årsaken til ulike trender med produkter i hovedsak har vært av økonomisk karakter. En av

informantene sier hun har tro på slike våtservietter for nedentil bruk, og har til og med en oppfattelse av at det er blitt mindre UVI i avdelingen etter at de begynte med disse. En annen informant er klar på at det ikke er produktet i seg selv som har betydning, men MÅTEN en bruker produktet på. Hun sier videre at de generelt er blitt flinkere på grunnleggende hygiene. Det brukes ikke ringer, neglelakk eller lange negler, ikke ørepynt, eller smykker, i avdelingen. Gruppen påpeker også viktigheten av observasjon, og at man skal være gode observatører, og kunne forebygge FØR en situasjon eskaleres.

5.1.3 Å inneha kunnskap og å formidle kunnskap

Resultater viser viktigheten av å formidle kunnskapen videre, og sykepleierne spiller en viktig rolle i informasjon og veiledning til øvrig personal, og til pårørende. Informanten som hadde deltatt i RASK sa;

«Vi må ha den kunnskapen for å informere andre faggrupper og pleiere som vi jobber med. Det er ikke bestandig vi skal ta stiks. De som steller beboeren kan komme til meg og si at urinen lukter så sterkt. Da må vi tenke om det kan være andre ting, og jeg spør mine kollegaer om det er endring i pasientens tilstand? Er han urolig? Tisser han mere? Har han drukket nok?»

Samarbeid er viktig, og en informant forteller at de nå deler informasjon og fag på tvers av avdelingene. Hun tror også at en av årsakene til det er at de er mer opptatt av å samarbeide enn å rope høyest.

En informant sier; «Vi e blitt meget drevne på å argumentere på, og reflektere på fagkunnskapen vårres og egen observasjon. Vi kan på en helt annen måte dokumentere i dag di vurderingen vi gjør underveis. Og vi e veldig tydelig. Overfor oss sjøl, og overfor lege vi snakke med, på ka det e vi ser, og koffør vi tenke at det e sånn».

Informantene mener også at de er flinkere å ta med tidligere erfaringer når det oppstår noe med pasientene, for eksempel hvilke tiltak som fungerte forrige gang.

I denne sammenhengen fremheves det som positivt at de er blitt færre sykepleiere, og nettopp derfor har en gjennomgående hukommelse i avdelinga. Det gjør at det blir en mer stabil pleiegruppe også, og som en informant sa; *«Vi e blidd færre. Kanskje før va det flere som sku styre med alle ting. Litt for mange kokka som sku synse og mene».*

5.2 Sykepleiers ansvar i vurdering og behandling av ABU og UVI

Med bakgrunn i kunnskap viser funn at sykepleierne er bevisst på urinprøvetaking. Det er legens ansvar å diagnostisere og ta valg av behandling, men sykepleier har en aktiv rolle ved å observere og rapportere til lege. Informantene opplever å ha stor innflytelse på legens avgjørelser når det kommer til antibiotikabehandling ved spørsmål om UVI, og en informant sier; «Og legen starte ei behandling ut i fra ka vi sykepleieran sei. I realiteten så føle æ at vi e reservelega.....rett og slett»

Informantene snakker flere ganger om at ny kunnskap gjennom kurs og retningslinjer har bidratt til at de har fått et bevisst fokus på bruken av antibiotika ved ABU og UVI, og en annen informant sier;

«Vi prøve å ikke overbehandle dem, sånn bevisst egentlig. Vi prøve også å se det an, e detta symptoma som e forbipasseranes? MÅ vi behandle dem? I nån tilfella så må vi jo det fordi pasienten får kraftige symptoma, og kan også få urosepsis. Men i andre tilfella så e det sånn at vi kan få dem til å drikke mer, være flinkere med renholdet nedentil, bytte oftere bleia. Og ofte så treng man ikke gjøre nokka, treng ikke starte behandling».

Når det oppleves endringer hos en pasient, forsøkes det i første omgang å avvente til sykehjemslegen kommer på visitt. Og i de tilfeller der de velger å avvente, så blir det iverksatt tiltak i påvente av at legen kommer. Det kunne også en annen informant bekrefte; «Ja, bedre hygiene nedentil med hyppigere bytte av inkontinensutstyr. Hvis det ligg i startgropa, så kan man jo gjøre mye bare med å få skyllet gjennom blæra godt nok. Men ves det e sånn at det går forbi det stadiet, så må man selyfølgelig gå videre».

Dersom tilstanden til pasienten forverrer seg, kontakter de lege tidligere. En annen informant sier det for eksempel kan være hvis pasienten får feber og forhøyet CRP⁸, noe som kan være tegn på alvorlig infeksjon.

⁸ CRP påvises via en blodprøve, og kan stige ved en infeksjon (egen anmerkning).

5.2.1 Å vurdere symptomer

Hver informant fikk fortelle om hva det var med en pasient som gjorde at de tenkte på at pasienten kunne ha en urinveisinfeksjon, eller at det kunne være noe i gjære. De fortalte engasjert etter tur om pasientens symptomer og tegn som forvirring, klage over svie nedentil, svie når dem tisse, hyppig vannlatningstrang, lukt, forvirring, motorisk uro, og rapportering fra andre pleiere som for eksempel om at pasienten klage på at det svir nedentil når dem late vannet. Symptomene er ofte sammensatt. En av informantene nevner en utfordring med å vurdere symptomer; *«Innenfor sykehjem i dag så er 90 prosent av beboeran ramma av en demens. De fleste har en langtkommet svikt. Det e problemer med å uttrykke sæ, ka dem har av plaga. Og det vi ser av tegn på infeksjona generelt, det e jo di symptomman som allerede e nevnt»*

Grappa er kjent med at ifølge nasjonale anbefalinger er det ønskelig og få tatt mikrobiologiske prøver, og få svar på dette før det startes opp med antibiotika til pasienten. I mange tilfeller derimot, kan det være nødvendig og starte med antibiotikabehandling FØR det er kommet svar på urinprøven; *«Hvis vi ser at pasienten er veldig plaget, dårlig, må vi starte behandling.»* Og en annen sier; *«Det kan jo ha gått så langt at vi ser blod i bleia, og det e jo og symptoma»*

Å inneha kunnskap er viktig for å kunne vurdere symptomer. En informant forteller at det er kjent at mange av de eldre i utgangspunktet drikker lite, og at det er viktig å tenke på dersom en pleier kommer og sier at en pasient har mørk urin, og at den lukter. Da kan det i mange tilfeller være tilstrekkelig å gi pasienten litt ekstra drikke, så kan det hende det symptomene går over.

En annen informant deler en tilbakemelding hun fikk fra en pleier som mistenkte at en pasient hadde UVI, fordi hun ville så ofte på do og tisse. Pasienten var kjent med residiverende UVI, men hadde i tillegg diabetes, som kunne være årsak til at hun tisset ofte. Sykepleieren gir et eksempel på at symptomer og tilstander kan komme av ulike årsaker, og at de ikke må utelukke andre årsaker.

Samtlige informanter påpekte forvirring og endring i adferd som vanlige symptomer. En av dem forklarer at de er vant til å observere pasientene hver dag, og i noen helger nesten gjennom tolv timer. På den måten kjenner dem pasientene veldig godt, så når adferden endrer

seg utover det normale, er det lett å tenke at det er noe i gjære. Tidligere erfaringer og kjennskap til pasientene kan gi en fornemmelse av at det er noe på gang.

En annen informant forsøker å sette ord på hva det kan være;

«Det kan jo være det her med tid og sted. Dem vet plutselig ikke kor dem e hen og koffør dem e på sykehjemmet, til tross for at dagen før va dem helt adekvat. Å ikke kjenne igjen personal eller familien. Eller man går og tar dem opp og ska stelle dem, så trur dem det e kveld eller natt og koffør man kommer no og skal ta dem ut til måltid, eller ut i miljøet. Hvis dem har kognitiv svikt så kan man se det på adferden. Dem kan lett bli sint og irritert hvis dem får UVI».

En annen beskriver endring i adferd som at pasienten er irritert, roper, er urolig og ikke klarer å sitte i ro. Da er det nærliggende å tenke at det er noe som foregår. Er pasienten syk eller skyldes det noe annet? Det er viktig å tenke på andre mulige årsaker til forvirring hos pasienten, FØR en tenker på UVI. Som for eksempel kan han være sulten? Vil han på do? Når grunnleggende behov ikke er dekket, kan adferden endres. Hun sier også at dersom en ikke finner noe årsak til det, vil hun sjekke om pasienten har feber, og ta andre målinger⁹. En informant som arbeidet på skjermet avdeling sa;

«Æ oppleve jo at mange av di gangan kor æ blir kontakta på grunn av økt forvirring, så e oftest min tolkningat det e en del som tilhøre sykdomsbildet tel pasientan. Kor dem i utgangspunktet har en kognitiv svikt og ikke e i stand tel å kjenne sæ igjen, eller kjenne personan. Og kor den her forvirringa gjerne kan være et utslag i at dem ikke føle sæ heilt trygg eller komfortabel i den situasjonen dem e i. Så når ganga så trur æ det har med relasjonen til pleier og pasient fordi...man feiltolke pasienten. Æ ser jo i forhold til den kognitive svikten...kor velfungerende mange kan være, ilag med enkelte pleiera».

Informantene arbeider på ulike avdelinger. Naturligvis vil det være variasjoner mellom de ulike avdelingene på sykehjemmet, når det gjelder pasientenes kognitive og fysiske funksjon, samt evne til å utrykke sine plager, men gruppa samstemmer i at demens er gjennomgående på sykehjemmet, og at pasienter på sykehjem er generelt sykere i dag. Å vurdere symptomer

⁹ I denne sammenhengen menes det ofte vitale målinger som blodtrykk, puls, respirasjonsfrekvens og saturasjon (min anmerkning).

handler mye om kunnskap, og relasjonen med pasienten, og at det er ulike symptomer etter grad av kognitiv svikt.

5.2.2 Å ta mikrobiologiske prøver

Urinprøver er vesentlig i diagnostikk av urinveisinfeksjon. Som oftest går det via sykepleierne hvorvidt det skal tas urinstiks av pasienten. De andre pleierne kan gjerne komme og rapportere om endringer hos pasienten, og stille spørsmål til om det skal tas stiks.

Informantene forteller at det tidligere har vært uttalt bruk av stiks. Til tross for nasjonale retningslinjer og anbefalinger, sier de at det kan være utfordrende og få tatt gode, rette urinprøver. En av informantene beskriver;

«Realiteten e jo den at di stiksan som vi får tadd....dem VIL være forurensa. For det at vi FÅR ikkje vaska dem nedentil ordentlig, vi FÅR ikkje tadd en steril prøve, FÅR ikkje tadd en midtstrømsprøve. Skal vi få gjennomført en god prøve, så må det engangskateteriseres, og dèt vil være et overgrep for våres pasienter. Så det e urealistisk at vi skal få tatt gode prøva, og i tillegg så e det mange som HAR en oppvekst. Dem går med bleier, dem har nedsatt immunforsvar, det e lite gjennomskylling av blæra på dem. Så det vil alltid være nokka som ligg tel grunn der».

Informantene fremmer betydningen av å ha kunnskap når en skal ta mikrobiologiske prøver, og tror samtidig at dersom sykepleiere ikke er trygg nok på fagkunnskapen på *når* det faktisk er indikasjon på å ta urinprøve, kan det ende med at de tar veldig mange prøver, og kanskje også behandler mye mer enn det som egentlig er nødvendig eller forsvarlig.

De forteller at det er forskjell på urinprøvetaking hos pasienter med og uten urinkateter. De tar ikke urinstiks av pasienter med urinkateter, siden de gjerne har kronisk bakterieuri på grunn av et fremmedlegeme i urinblæren. Og hvis det likevel skal tas urinprøve, må det skiftes kateter først.

5.2.3 Å følge opp mikrobiologiske prøvesvar

Urinprøver sendes til mikrobiologisk avdeling på sykehuset for analysering. Mikrobiologiske prøvesvar sendes som elektronisk melding via et datasystem, og sykepleierne vurderer plo-

svaret om det er nødvendig å kontakte lege eller ikke, slik som en av informantene beskriver; «Vi går igjennom resultatene, som vi alltid skal gjøre. Og ves det e et ganske alvorlig prøvesvar, så bruke vi vanligvis ikke å vente til dagen etterpå, da ringe vi bare legen og får satt i gang nokka. Hvis det bare e blandingsflora, så gjør vi ikke nokka.»

En annen sier at det noen ganger kan ta lang tid med dyrkning på sykehuset, og at det hender hun må ringe og purre på for å få svar.

Det hender at pasienter må starte med antibiotika før mikrobiologisk prøvesvar foreligger. De forteller at når det da kommer svar fra mikrobiologen, kan hende det viser seg nødvendig å endre antibiotika. Det kan være dersom pasienten er satt på en type antibiotika, og det framkommer i prøvesvaret at bakterien er resistens mot den.

5.3 Samarbeid i det daglige

Informantene poengterer viktigheten med å ha et godt samarbeid både til pårørende, andre kollegaer og legetjenesten.

5.3.1 Å samarbeide med kollegaer

Tilbakemeldinger fra kollegaer viste seg å være av stor betydning, og en informant beskriver det slik; «Æ stole på pleieran mine, når dem kjem å sei at pasienten har vært litt rar i det siste, eller ikke e så adekvat som dem pleie. Da må æ følge opp med spørsmål som for eksempel om dem har gjort andre observasjon av pasienten, og vurdere om det skal taes andre målinger».

En av informantene berømmer pleierne for å komme å gi beskjed når det er noe. Hun forteller om hvordan samarbeidet har forandret seg til det bedre og gir en god skildring av det;

«Æ oppleve at vi har en helt anna ro nå. At ting har gått sæ tel. Før det va jo èn periode kor det va ganske turbulent kor mange....både assistenta, hjelpepleiera og helsefagarbeidera, hadde tatt en hel masse stiks og kom rennende. Og det blei på en måte en kamp man sto i, kor man følte at man som sykepleier ikke hadde gjort jobben sin, og at dem va nødt t å følge opp, passe på oss. Men det gikk over, så no e det en jevn, grei flyt,

og man har et anna samarbeid. Man har litt is i magen. Dem e kanskje blitt tryggere på at sykepleieran har sine vurderinge dem tar ut ifra den informasjonen som blir gitt».

De forteller at de har fått bedre kommunikasjon på tvers av avdelingene, og deler mer av informasjon og fag. En av informantene har en tanke om at sykepleierne er blitt mer samstemte, som for eksempel dersom pleierne ringer en annen sykepleier enn den som vanligvis er på avdelingen, så får de samme svaret. Videre tror hun at på bakgrunn av at sykepleiergruppa er blitt mer stabile, så er de andre pleierne også blitt tryggere. Det gir en større forutsigbarhet.

5.3.2 Å samarbeide med lege

Om legesamarbeidet sier de at de aller helst ønsker å forholde seg til sykehjemslegen, og forsøker helst å avvente med legekontakt til det er legevisitt på sykehjemmet. De har egen sykehjemslege tre ganger i uka. To dager med planlagt visitt, og en dag til akutte ting.

Informantene deler erfaringer de har med at det er forskjell å ringe sykehjemslege og legevaktslege, og en av dem sier;

«Æ føle det tar lengre tid å ringe legevakta, for først må du snakke med en sykepleier, og så ringe no endelig legevaktslegen tilbake. Når æ får ringe sykehjemslegen, så treng æ ikkje fortelle sykehistoria til pasienten, sant, førr han kjenne pasientan. Da treng æ bare gi stikkord og sånt. Det går liksom mye snarere i en travel hverdag. Som regel så avvente vi tel legen vår kommer, hvis vi ser at nokka e på gang. Så tenke vi.... I morra e jo legen her, så da avvente vi. Æ trur vi e blidd flinkere med dèt og».

Når de får en fornemmelse av at det kan være noe i gjære med en pasient, iverksetter de tiltak som for eksempel drikkelister så pasienten får i seg mer drikke slik at de kan holde det på stedet hvil til legen kommer, og de kan ta en ordentlig diskusjon på det.

Informantene hadde noe ulik oppfatning av samarbeidet med legevakten, og en forteller;

«I forhold til UVI så e det jo sjeldent og aldri at man i dag ringe legevakta. Altså da e pasienten så dårlig at du vurderer/mistenke at vedkommende snart går inn i en sepsis. Tidligere så ringte vi i tide og utide for at stiksen va positiv, også blei det satt på et bredspektra antibiotika. Men etter at det ble strengere kriterier ifra legevaktsia, så har vi nesten ikkje tatt kontakt med dem. Og når man da tar kontakt, så oppleve i hvert fall

æ at legevakta tar det veldig seriøst de observasjonen som vi har me. Og når det da startes antibiotikabehandling, så e det fordi man mene at det e..... det absolutt mest hensiktsmessige»

En annen informant syns ikke kvaliteten i legevaktbehandlingen var like bra, mest på grunn av at de ikke har den personlige relasjonen som de har med sykehjemslegen.

Hele gruppa fremmer viktigheten av den gode relasjonen og kjennskapet som sykehjemslegen har til pasientene. De opplever en trygghet, og at det forenkler samarbeidet når de ikke behøver å fortelle hele sykehistorien når de kontakter legen. Det kan oppleves som et større ansvar å ringe til legevakten siden sykepleier må sørge for at viktig pasientinformasjon kommer frem. Siden legevaktslege sjelden kjenner til pasientene, blir sykepleierens observasjoner og tilbakemeldinger lagt større vekt på.

5.3.3 Å samarbeide med pårørende

Informantene forteller at pårørende i mange tilfeller kan være en ressurs, og når en pasient flytter inn på sykehjem er det pårørende som kjenner pasienten best. Etter hvert som tiden går blir personalet godt kjent med pasienten, og er i mange tilfeller bedre i stand til å observere endringer i adferd og helsesituasjonen. På spørsmål om press/ønske fra pårørende eller pasienter selv har gjort at de har kontaktet lege, sukker en av informantene lett; *«Ja det va den evinnelige pårørendebehandlinga»*.

Gruppa fremmer viktigheten av god informasjon til pårørende, og er klar på at også samarbeidet med pårørende er blitt mye bedre etter økt kunnskap, men også etter at de har satt større fokus på informasjon og samtale.

En informant utdyper hva de mener med «pårørendebehandlingen» og hvordan dette har forandret seg;

«Vi har jo her ved sykehjemmet di siste åran hadd ei stor endring i forhold til kommunikasjon med pårørende. Og det trur æ har vært medvirkende. Tidligere så kunne pårørende være ganske så påståelige, og vi behandla pårørende FØR vi behandla pasienten. Det va ikje snakk om å egentlig motsi pårørende på nokka vis, og stillte de et krav så ble det etterfulgt fra både vår og legen si side. Men nå har vi hatt fokus på kommunikasjon med pårørende. Og æ trur vi e tryggere i samhandling med pårørende,

slik at vi i dag e mye flinkere til å legge frem SAKEN til pårørende. -Med fordeler, med ulemper, koffør vi velger å gje den behandlinga vi velger å gje, også innafor det her med behandling av urinveisinfeksjoner».

De andre i gruppa er enig, og forteller at så snart pårørende trør over dørstokken begynner de med tillitsskapende arbeid. Det er viktig at pårørende får tillit til dem for å få til et godt samarbeid.

En annen informant forteller at hun har forklart overfor pårørende om gjeldende retningslinjer for å ta urinstiks, og pårørende slo seg til ro med det. En i gruppa svarer; «*Ja i alle tilfella, informasjon er viktig. Man kjenne på det sjøl også når man e på sykehuset, og her også, kor viktig det e med informasjon.*»

6 DISKUSJON

Hovedfunnene i sykepleiernes erfaringer med å observere og vurdere pasienter i sykehjem, for å forebygge feilbruk av antibiotika ved asymptomatisk bakterieuri, har vist seg som flere temaer. Viktige tema i funnene er kunnskap, faglige ledelse og betegnelsen god sykepleie. Jeg vil i det videre bruke betegnelse sykepleie.

I dette kapitlet diskuterer jeg empirien i lys av teori og tidligere forskning.

6.1 Kunnskapsbasert praksis

Det er nødvendig med kunnskap om asymptomatisk bakterieuri, og ha en forståelse for at eldre pasienter kan ha bakterier i urinen uten at det gir symptomer.

Ulike kunnskapsformer som erfaringsbasert kunnskap, teoretisert/profesjonell praksis, og vitenskapelig kunnskap henger gjerne sammen med hverandre, og er alle nødvendige for sykepleier i sykehjem. I praksis betyr det at alle kunnskapsformene er nødvendig og avhengige av hverandre i klinisk arbeid.

Å arbeide kunnskapsbasert vil si at fagutøverne bevisst bruker ulike kunnskapskilder i praksis. Det handler om å bruke kunnskap fra forskning, erfaring og pasienter i den situasjonen man er i. Urinprøvetaking kan illustrere hvordan sykepleiere jobber kunnskapsbasert; Sykepleiere henter sin kunnskap fra forskning, for eksempel rutiner og retningslinjer om hvordan urinprøvetaking skal foregå. Hvis sykepleierne ikke har kunnskap om hvordan det tas gode mikrobiologiske prøver, vil en under dyrkning av prøvene kunne få oppvekst av normalflora¹⁰ noe som igjen kan føre til behandling på feil indikasjon. De har erfaring med at det i noen tilfeller kan være utfordrende å få tatt korrekte prøver på grunn av blant annet pasientenes mobilitet og fysiske tilstand, samt nedsatt blærekontroll og samarbeidsvilje, og sykepleierne må vurdere i hver situasjon hva som kan være mulig. Som Alsvåg (2009) beskriver er skjønn og dannelse danner en sammenheng mellom kunnskapsformene (32). Informantene viste til at noen ganger ble urinprøver tatt så riktig som mulig ut fra pasientens forutsetning, til tross for at det ikke var optimalt ut fra retningslinjene. Dersom de skulle ta en urinprøve av en pasient med permanent blærekateter, var det

¹⁰ Normalflora består av mikroorganismer, og er en del av kroppens immunforsvar (10).

nødvendig å bytte kateter først. Jeg er kjent med at mikrobiologens anbefalinger er at urinkateter skal skiftes dersom det skal tas urinprøve og kateteret har vært inneliggende i blæren mer enn 14 dager (60).

Kunnskap er nødvendig for å kunne lese symptomer, og forstå årsaker. Hvordan sykepleiere vurderer disse symptomene er ofte ikke entydige svar, og det fordrer bruken av skjønn. Observasjonen av- og kjennskapet til den enkelte pasient er en viktig del av dette, og vil bli nærmere omtalt i punkt 6.3.

Funn fra resultatene viser ulike situasjoner der sykepleierne brukte sin kunnskap for å forstå situasjoner, samt informere andre pleiere. En av informantene beskrev hvordan hun var tilkalt av en annen pleier som mistenkte at en av pasientene kunne ha UVI på bakgrunn av at hun tissa mye. Med sin kunnskap visste sykepleieren at hyppig vannlating like gjerne kunne skyldes pasientens diabetes. På samme tid er systemiske sykdommer som diabetes en risiko for å få UVI, og sykepleieren kunne ikke utelukke at det kunne skyldes UVI. En annen beskrev hvordan hun var tilkalt til en pasient der uro og forvirring var lagt til grunn for å mistenke UVI, mens sykepleieren oppfattet forvirringen og uroligheten som en del av vanlig sykdomsbilde med demenssykdom. Det er nødvendig med kunnskap for å forstå hvilke symptomer som skyldes vanlig sykdom, og hva som er endringer. Som resultatene viste kan uro og forvirring hos en pasient med demens, også komme som følge av forandring i miljø som skaper en utrygghet, eller mangel på grunnleggende behov.

Dette kan sees i sammenheng med artikkelen til Crnich, Jump og Nace (2017), om at ikke-spesifikke symptomer som uro og forvirring like gjerne kan skyldes ikke-infeksiøse tilstander, som for eksempel medikamentpåvirkning eller dehydrering (61). I begge de to nevnte pasienteksemplene ovenfor fra resultatene, vil det umiddelbart ikke kunne bekrefte/avkrefte en UVI, og det er nødvendig med god observasjon og helhetlig klinisk vurdering av pasienten.

Kunnskap om at infeksjoner generelt kan forløpe annerledes hos eldre på sykehjem er elementært for å fange opp symptomer, og samtidig vite at ikke feber er for alle, og at en da må se etter andre tegn. Dette understøttes av Travis og Lampley-Dallas (1997) som skriver at så mye som 25-30 % av eldre mennesker som får en alvorlig infeksjon har fravær av feber. Så mange som tre firedeler av sykehjemspasienter i Norge er demente. Personer med demens kan ha plager som de ikke klarer å uttrykke, og med kun generelle infeksjonstegn kan det være vanskelig å finne ut hvor infeksjonen sitter (62). Det får følger som at sykepleierne må være årvåkne for andre tegn og symptomer som tyder på forandring av den kliniske tilstanden, som

for eksempel endringer i mental status, kraftløshet, forvirring, inkontinens, magesmerter eller flankesmerter (29).

Med kliniske kunnskaper forstås blant annet innsikt i kroppens funksjoner og kroppens uttrykksformer, og denne kunnskapen henger sammen med de observasjoner en gjør. Uten visse kunnskaper kan en overse viktige uttrykk hos pasienten (34). Gjennom erfaringskunnskapen forekommer en kunnskap som ikke er artikulær. Informantene snakket om; «*No e 'det nokka på gang*», «*det e ' nokka med han*». Gjennom tidligere erfaringer får de en fornemmelse av at det er noe i gjære.

Gjennom erfaring anvendes kunnskaper, holdninger og ferdigheter, og i de ulike situasjonene overveies det hva som er riktig, altså det faglige og etiske (63). Resultater viser hvordan sykepleierne forsøker å ikke overbehandle pasientene (min antagelse at de avventer legekontakt), og forsøker å se an pasientene om symptomene er forbigående.

Noen ganger er det behov for å starte opp empirisk antibiotikabehandling¹¹. En av informantene påpekte at i noen tilfeller kunne det være nødvendig å starte opp med antibiotisk behandling dersom pasienten var veldig plaget. Juthani-Meta m.fl. (2005) viste til at det forekommer empirisk oppstart av antibiotika for å unngå bakteriemi, sepsis og i verste fall død (26).

6.2 Faglig ledelse

Resultater og teori viser hvordan sykepleierne er viktige med ansvar, ledelse og undervisning. De tar avgjørelser, følger opp tiltak og informerer og veileder øvrig personell. Allen (2019) peker på at for å opprettholde fremdrift i forløpet kreves det kunnskap og forståelse om tilknyttede aktivitetssystemer, samt at det i tillegg til den kliniske kunnskapen også er nødvendig med kontekstuell og organisatorisk kunnskap (38).

Mine resultater viser hvordan prosessen med urinprøvetaking forgår, og hvordan sykepleierne senere følger opp plo-svar¹². Videre må de ut fra plo-svaret vurdere og avgjøre neste handling.

¹¹ Valg av behandling ut fra hvilke medikamenter som erfaringsmessig er virksomme. En behandler empirisk når det må startes med antibiotika FØR det foreligger mikrobiologisk prøvesvar (10).

¹² Mikrobiologisk prøvesvar sendes som en elektronisk melding via et dataprogram (min anmerkning).

Allen (2019) kaller dette *temporal artikulasjon*, og viser til arbeid for å sikre at handlinger som bidrar til en aktivitet, skjer til rett tid og i riktig rekkefølge (38). Likeså dersom sykepleierne tilkalles for å vurdere en pasient; Hvis de for eksempel velger å avvente med å kontakte lege, kan det få betydning for hvordan de planlegger vekten og de nærmeste dager. Det kan være organisering og omfordeling av den faglige kompetansen, men også tiltak individuelt for pasienten, som drikkeliste for å fremme økt væskeinntak, og tettere oppfølging av toalettbesøk og inkontinenspleie. Det samsvarer med mine informaners beskrivelse av hvordan de valgte å sette inn tiltak som drikkeliste og forbedret intimpleie, dersom de avventet med legekontakt.

Det kan omhandle og ha en alternativ plan. Som for eksempel når det nærmer seg helg, kan det være en fordel å ligge i forkant i tilfelle forverring av symptomer. Dette kaller Allen (2019) for *proaktiv temporal artikulasjon* (38). Det er spesielt hensiktsmessig å forberede helg, da det gjerne er flere vikarer og lavere kompetanse, samt at sykehjemslegen sjelden er tilgjengelig i helger. Det kan være behov for å vurdere bemanningen med tanke på erfarne og uerfarne. Ut fra det lage en plan for kommende vakt, og vurdere behov for opplæring/undervisning av personell.

En pasients helsetilstand, eller planlagte forløp, kan endre seg, og da er sykepleierne viktig ved at de tidlig identifiserer når det behov intervensjon fra andre profesjoner, og ifølge Allen (2019) beskrives det som *reaktiv temporal artikulasjon* (38). Eksempel på det kan være en pasient som er satt på per oral antibiotikabehandling for UVI, med planlagt infeksjonskontroll om tre dager. Pasientens kliniske tilstand forverrer seg, og sykepleier kontakter lege for tilsyn/rådføring med en gang. Mine resultater viser hvordan sykepleiere i noen tilfeller har et utgangspunkt om å se pasientens symptomer an, og iverksetter tiltak som for eksempel drikkeliste i påvente av neste legevisitt. Likevel kan situasjonen forverre seg, pasienten utvikler flere symptomer og det blir nødvendig å kontakte legevakt for en vurdering og oppstart av antibiotika.

Sykepleiere har et utvidet ansvar som i utgangspunktet er legens, men som på mange andre områder overtar sykepleiere et ansvar. Kanskje handler det om oppgaveglidning, slik det står i samhandlingsreformen (64)? Mine informanter opplever å ha stor innflytelse på legens avgjørelser når det kommer til antibiotikabehandling ved spørsmål om UVI, og som den ene

sa; «Og legen starte ei behandling ut i fra ka vi sykepleieran sei. I realiteten så føle æ at vi e reservelega.....rett og slett!»

Ifølge Orvik (2015) er klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse gjensidig avhengige og utfyllende, og defineres som dobbelkompetanse (65). Det krever faglig skjønn og evne til å omstille seg og improvisere. Organisatorisk kompetanse omhandler endringskompetanse, som sammen med handlingsrettet kompetanse er nødvendig for å få til en endring. For å skape virkelig forbedring i klinisk sammenheng må endring resultere i ny praksis (65).

Smittevern er i stadig endring. Det handler om å kunne snu seg, ta ledelse og kunne informere og undervise videre. Med den nye kunnskapen de får, oppstår det et ansvar hos sykepleierne som gjør at de tar en ledelse. Ikke nødvendigvis så lett, som en av mine informanter fikk erfare; «...æ følte mæ nærmest hakka på». Sykepleieren opplevde det som utfordrende å skulle endre en praksis etter selv å ha fått ny kunnskap, og møtte en del motstand fra sine kollegaer under dette arbeidet. Likevel så viste resultatene at etter hvert som flere fikk ny kunnskap bredte det seg en annen holdning på sykehjemmet, og det ble utarbeidet nye rutiner som resulterte i ny praksis. Kunnskap gir forståelse for hvordan og hvorfor en skal handle i praksis, og uten kunnskap er det lett for at en fortsetter å gjøre slik en alltid pleier. Mine antagelser er at nytt personal trolig ikke har kjennskap til hvordan avdelingens rutiner og måte å arbeide på har vært, og har dermed enklere for å lære seg rutiner og holdninger som de lærer opp til. «Urinprøvesjekkliste» og «infoskriv om asymptomatisk bakterieuri» fremheves som gode verktøy til bruk i klinikken, og kan føre til en mer spesifikk diagnostikk, samt at infoskrivet har vært nyttig for både personal, pasienter og pårørende¹³.

Andre resultater viser at på tross av at de er en liten sykepleiergruppe på sykehjemmet, har de god oversikt og kontroll. Det er i grunn et paradoks, at på tross av færre sykepleiere så får de det bedre til. Min anmerkning her er at det er kjent at sykehjemmene har nedbannet, og det i seg selv er ikke positivt. En av informantene beskriver det som at de har en gjennomgående hukommelse i avdelingen, og gruppa fremstår positiv til at de er en liten sykepleiergruppe, og på den måten har en bedre kontroll og gjennomgående oversikt i avdelinga. De får en god

¹³ Se lenke til disse verktøyene i kap.3.

kontinuitet og arbeidsflyt. Desto viktigere blir sykepleieobservasjonen. Å være en liten sykepleiergruppe kan fordre større krav til sykepleieobservasjonen for å sikre kontinuitet.

Elstad (2014) skriver at sykepleieren må få de viktigste rutineene inn i kroppen for å oppnå flyt i arbeidet. Det er nødvendig for å få oversikt og oppfatte hva som er viktig hos enkeltpasienten i et mylder av oppgaver og informasjon. I en kontinuerlig praksis er en prosedyre ikke bare en prosedyre, men har ringvirkninger. Å lage faglige rutiner, for eksempel hygienerutiner, krever kunnskap hos personalet. Sykepleiere må arbeide kontinuerlig med rutiner, kommunisere og koordinere arbeidet i forhold til behovet til pasienten og personalressurser. Som eksempel kan det være å fordele/omfordele ressurser og kompetanse på vakt (36). Sykepleierne organiserer arbeidet, og må stadig gjøre endringer underveis ettersom pasienters behov for kompetanse kan forandre seg.

Videre forklarer Elstad at døgnkontinuerlig sykepleie er en tidskontinuitet. Den kan være løs, som når sykepleierne tilkalles til pasienten, eller tett, som når pasienter blir skjermet. Tidskontinuiteten er et hovedtrekk i fagtradisjonen til sykepleien, og også Nightingale lærte kontinuerlig sykepleie når hun våket over pasientene under krigene (36).

Den kontinuerlige tidsstrukturen i sykepleien kan også defineres som en ansvarsstruktur, også kalt sykepleieansvaret. En sykepleier kan ha ansvar for en eller flere pasienter på vakt. Ansvar er forutsatt at en har makt og evne til å handle til det beste for andre, slik også helsepersonelloven (2) §4 plikter helsepersonell til å handle faglig forsvarlig (36, 66).

I noen tilfeller kan den helhetlige vurderingen, basert på forskning, praksis og tidligere erfaringer med den enkelte pasient, bety at en skal avvente med antibiotika, mens det i andre tilfeller er nødvendig å starte behandling. Ansvar kan i like stor grad innebære å fordele ansvar og kompetanse på en vakt, som å sikre informasjonsflyt videre til neste vakt.

For at sykepleierne skal kunne oppnå en god kontinuitet i avdelingen innebærer det god informasjonsflyt mellom sykepleierne. Resultatene viser at sykepleierne er blitt bedre på samarbeid, og snakke sammen med hverandre på tvers av avdelingene. I følge Hamran (1991) sikrer rapporten kontinuitet, der den viktigste funksjonen er å overføre kunnskap og informasjon, og overføre ansvar fra vakt til vakt og fra person til person (67). I resultatene vektlegger informantene viktigheten av at sykepleierne med sin kunnskap og erfaring, underviser og veileder pleierne.

Kunnskapsspredning og artikulasjonsarbeid henger sammen. Sykepleierne samler informasjon fra en rekke kilder, som for eksempel kollegaer, pårørende, egne kliniske vurderinger og observasjoner, og iverksetter deretter tiltak. Sykepleierne samordner sitt og andres arbeid, og representerer en kontinuitet som strekker seg gjennom hele døgnet. De fører kunnskap og informasjon mellom gruppene (67). I forhold til kontinuitet og arbeidsflyt påpeker Nightingale (1997) at ethvert resultat av god sykepleie kan skades eller forringes ved dårlig administrasjon. Det vil si at det du gjør når du er på vakt, må også følges opp når du ikke er der. Dette gjenspeiler det helhetlige perspektivet på sykepleierens betydning innenfor det kliniske og organisatoriske arbeidet (37).

I tråd med de yrkesetiske retningslinjer har sykepleierne et faglig og etisk veiledningsansvar i kollegiet, i for eksempel hvilke symptomer de skal observere ved mistanke om UVI, og riktig gjennomføring ved urinprøvetaking. Videre skal sykepleierne bidra til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt (68). Resultatene viser hvordan sykepleierne var opptatt av tillit og god kommunikasjon med pårørende, og hvor viktig det var med god informasjon.

Observasjon og vurdering handler om hvordan sykepleiere forstår tegn og symptomer hos pasienten. Det er som sagt ikke entydige kriterier det er snakk om, men diffuse symptomer som kan bety mange ting (uro og forvirring, demens, diabetes osv) og da er sykepleiers kunnskap og erfaring avgjørende. Bruk av skjønn gjøres ofte i et fellesskap og informantene i studien min etterlyser faglige fora å diskutere fag, og forstå observasjonene sammen. Å legge til rette for dette er også faglig ledelse.

6.3 Sykepleie

Resultatene viser at sykepleierne er opptatt av grunnleggende sykepleie, der viktigheten med god observasjon fremheves for å iverksette nødvendige tiltak. Florence Nightingale (1997) var i sin tid klar på at «Sykepleie er å sette pasienten i den best mulige tilstand, slik at naturen kan virke på han.» Hun hevdet at symptomer som følge av sykdom svært ofte ikke skyldtes symptomer fra selve sykdommen, men heller var en følge av mangel på andre ting, som for eksempel frisk luft, vann og renslighet (37). I Elstads (2014) videreføring er observasjon bærebjelken i sykepleien, og den viktigste praktiske kunnskapen en sykepleier kan få, og videre at det viktigste er å fange opp relevante endringer hos pasienten når det er under

utvikling (36). Resultatene beskriver hvordan sykepleiernes tiltak og økt fokus på grunnleggende sykepleie kan bidra til at symptomer kan være forbigående, i noen tilfeller når noe er under utvikling.

Å observere endringer ut fra *allmenntilstanden*, er et uttrykk fra klinisk praksis, som Elstad (2014) forklarer som å følge med det samlede kroppslige uttrykket til pasienten. Observasjon av pasienten genererer sykepleietiltak (36).

Resultatene viser at symptomene er sammensatt, og at det i utgangspunktet ofte dreier seg om endringer utover det normale. Pasienter har ulik grad av kognitiv svikt, og i mange tilfeller omhandler disse symptomene kognitive endringer som forvirring og uro. Studien til D'Agata, Loeb og Mitchell (2013) understøtter den utfordrende klinikken hos pasienter med uttalt kognitiv svikt. I deres studie var feber og endring i mental-status vanlige symptomer på UVI. Følgelig blir endring i mental status særlig utfordrende å oppdage når mange har uttalt svikt i utgangspunktet, og spesielt med kunnskapen om at flere eldre ikke får feber ved infeksjon (23, 29).

Å observere handler og om faglig skjønn, og Alsvåg (2013) skriver; «*Innsiktsbasert sykepleie baserer seg på kvalifisert faglig skjønn som hviler på flere ting; tilstedeværelse i situasjonen slik at sanselige uttrykk hos pasienten skaper sanselige inntrykk hos oss som skal hjelpe*» (63). Ved bruk av skjønn, og det å være sanselig og oppmerksomt til stede hos pasienten vil gjøre sykepleieren i stand til å fange opp endringer hos pasienten (36). En av informantene forklarte at med så stor andel av pasienter i sykehjem som har demens, handler det mye om relasjoner, og det å kjenne pasienten for å vurdere og tolke symptomer. I noen situasjoner blir sykepleiere tilkalt av pleiere som kjenner pasienten godt, og som rapporterer om symptomer. Da er det viktig å lytte til det.

Det går frem i resultatene at sykepleierne er få, de observerer, argumenterer og dokumenterer. Dette er viktige funn i forhold til Nightingale og sykepleieobservasjonen. Nightingale viser til at mange tror at en sykepleier som har jobbet i 10-15 år er erfaren sykepleier. Derimot så påpeker hun at det bare er observasjon som skaper erfaring, og en som ikke observerer kan jobbe i mange år med syke mennesker uten å bli noe klokere. Sykepleiere må observere endringer i helsetilstanden, spesielt om det er forverring. Det kan være både tegn og symptomer, og generelt hele det kroppslige uttrykket. Fagkunnskapen gir sammen med erfaring en bakgrunn for å fange opp det som skiller seg ut. Informantene i min studie snakket

om å *følge med* pasienten, eller få en intuisjon om at noe er under utvikling. Når en *følger med* er det mulig å fange opp tegn til endringer, som fremdeles ikke er fullført. På den måten er det mulig å sette inn tidlige tiltak, og sykepleierne kan gripe inn og forhindre at situasjonen eskalerer (36). Elstad (2014) beskriver det som at sykepleierne prøver å møte det uvisse på et faglig grunnlag. Andre beskrivelser av dette fenomenet kan være å tenke fremover (36). Ved å følge rådet til Nightingale og observere endringer under utvikling, kan vi oppfatte det som enda ikke er, og vi kan være i forkant. Det er nettopp dette som kommer frem i resultatene når informantene forteller hvordan de på bakgrunn av små endringer hos pasienten, eller en intuisjon om at det er noe i gjære, iverksetter ulike tiltak for å unngå at situasjonen utvikler seg i feil retning.

Andre resultater viser hvordan gode observasjoner fører til ulike tiltak for å unngå at pasienten utvikler UVI. I *Håndbok i hygiene og smittevern* skriver Andersen (2013) som er smittevernlege, om tiltak for å forebygge urinveisinfeksjon. Rikelig væsketilførsel (minst 1500 ml/døgn), gjerne sitrusholdige safter for å surgjøre urinen. Faste toalettider (resturin fremmer mikrobevekst), riktig bruk av inkontinensutstyr og riktig intimstell er alle faktorer som spiller en rolle (11). Dette er sykepleiekunnskap på sitt beste som også mine informanter fremmet viktigheten av. De snakker om viktigheten med rikelig drikke, toaletttrutiner og god inkontinenspleie.

Håndhygiene er det viktigste enkelttiltaket for å forebygge smittespredning i sykehjem (62). I en litteraturgjennomgang av Hocine og Temime (2015), viste samlet sett 63 % av studiene at handhygiene (HH) hadde en effekt på reduksjon av smitterisiko i sykehjem. Artikkelen viste også at de studier som inneholdt intervensjoner (som for eksempel plakater, utdanningsprogram, implementering av retningslinjer, lett tilgjengelig håndsprit), viste en mye større effekt av HH, sammenlignet med de studier uten intervensjoner (69). Dette viser at fokus på informasjon og veiledning kan fremme kunnskapsutvikling i avdelingen, og bidra til endring i praksis. Travis og Lampley-Dallas (1997) bemerker at bakterier foruten E-Coli og andre gramnegative bakterier, ofte overføres via helsepersonellens hender (29).

Mine resultater viser at sykepleierne hadde fokus på god hygiene, og da spesielt intimhygiene hos pasientene. Valg av ulike rengjøringsprodukter for intimhygiene, antas ikke å være av avgjørende betydning for å forhindre UVI. Det handler ikke om produktet i seg selv, men *måten* en bruker produktet på. Det ligger i handlingen til sykepleieren selv, og hvordan en

bruker produktet ut ifra de hygieniske prinsipp, som hyppig og grundig vask fra rent mot urent (forfra og bakover).

Informantene mine viste til prevalensregistreringen¹⁴ de gjennomførte på sykehjemmet, som på sin side viste at de hadde mindre HAI¹⁵ og lavere forbruk av antibiotika enn tidligere. Dette *kan* sees i sammenheng med økt fokus på hygiene og bevisst bruk av antibiotika, spesielt ved UVI og ABU.

I dag er smittevern og hygienetiltak blitt lovpålagte, og vi har en forskrift om smittevern i helsetjenesten som pålegger helseinstitusjoner å ha et infeksjonskontrollprogram. Gjennom et historisk perspektiv har hygienetradisjonen alltid vært relevant. Forebygging av sykdom fremfor behandling, har vært sentralt. «Å forebygge er bedre enn å behandle» er et av medisinsens slagord (70).

Fortsetter utviklingen med økende antibiotikaresistens kan vi om kort tid komme i en situasjon der infeksjonsrisikoen ved å gjennomføre vanlige operasjoner blir for stor. Vi kan komme i en situasjon der forebygging blir viktigere enn behandling, og i likhet med Nightingales tid, så blir det viktig å legge til rette for at naturen selv skal få gå sin gang.

I etterkant av det påbegynte arbeidet med en *Handlingsplan mot atibiotikaresistens i helsetjenesten 2015-2020*, har det europeiske smittevernbyrået (ECDC) gjennomgått arbeidet i norsk helsesektor og utarbeidet en rapport. Der framkommer det at vi i Norge berømmes for det gode arbeidet med å holde antibiotikaresistensen lav. Samtidig advarer ECDC mot spredning av nye multiresistente tarmbakterier, og påpeker at for noen av disse er det kun hygienetiltak som virker (71).

Helse og Omsorgsdepartementet har utarbeidet en ny *Handlingsplan for et bedre smittevern*, som inngår som en del av nasjonal strategi mot antibiotikaresistens. I den nye handlingsplanen er det et økende fokus på basale smittevernrutiner, og det vil etter hvert komme ulike tiltak og oppfølging for å styrke dette arbeidet (9).

¹⁴ Se forklaring av prevalensregistreringen i punkt 1.1.1

¹⁵ Helsetjenesteassosiert infeksjon.

Selv om ABU i sykehjem ikke skal behandles med antibiotika, betyr ikke det nødvendigvis *ingen behandling*. Om ikke annet så bør en «diagnose» med ABU, i det minste generere tettere oppfølging fra helsepersonell og større fokus på tilstrekkelig væskeinntak og intimhygiene (29). Tettere oppfølging kan fremme muligheten til å fange opp endringer gjennom observasjon og vurdering. Som Travis og Lampley-Dallas (1997) viste i sin studie så bør sykepleien ha to mål; 1. Eliminere eller redusere risikofaktorer som bidrar til vedvarende bakterieuri, og 2; Identifisere faresignal på inflammatorisk respons (29). God sykepleie er avgjørende for begge disse. Fagkunnskapen gir sammen med erfaring en bakgrunn for å fange opp det som skiller seg ut.

7 METODISKE REFLEKSJONER

I dette kapittelet vurderer jeg studiens troverdighet, ved å vurdere resultatenes pålitelighet, gyldighet og overførbarhet. Ifølge Drageset er det glidende overganger mellom disse begrepene (52).

Pålitelighet omfatter konsistens og nøyaktighet. Jeg hadde god lyd kvalitet på lydopptakeren, og intervjuet ble transkribert ordrett for å beholde det helhetlige materialet. Med utgangspunkt i egen erfaring og kjennskap til feltet, gjorde jeg et strategisk utvalg, og hadde muligheten til å stille konkrete spørsmål om det jeg ønsket å utforske.

I resultatkapittelet presenterte jeg noen direkte sitater for å føre informantens stemme frem til leseren, og dermed gjøre materialet mer levende. Pålitelighet handler om hvorvidt man kan oppfatte en klar sammenheng mellom empiri, analyse og resultater i en undersøkelse, og det mener jeg at jeg har klart i denne studien (48).

Gyldighet omhandler hvorvidt jeg har undersøkt det jeg skulle undersøke, og kan vurderes ut ifra hvordan jeg har utført og begrunnet alle mine valg i forhold i metodearbeidet. I selve metodekapittelet har jeg begrunnet alle mine valg underveis. Under selve intervjuet, dersom jeg var usikker på om jeg oppfattet informanten rett, kunne jeg stille spørsmål som; «Når du sier... Mener du da at...?» På den måten sikret jeg at jeg fikk med meg mest mulig.

Selv om jeg har beskrevet mine metodevalg for at det skal være gjennomiktig for leseren, ser jeg potensielle svakheter. Det var enhetsleder/avdelingsleder som rekrutterte informanter, og det kan da være en mulighet for at leder ut fra egen hensikt kan ha påvirket hvem som takket

ja. I tillegg kan det hende at informantene ikke snakker sant av ulike årsaker, for ikke å snakke ned om arbeidsplassen sin, eller for å fremme sitt eget arbeidssted.

Gruppen var veldig enig, det var lite diskusjoner. En vanlig innvending på fokusgruppeintervju kan nettopp være at det lett blir for stor enighet, at det for noen kan være vanskelig å komme fram med synspunkter som skiller seg fra det flertallet mener (53).

Opprinnelig hadde jeg planlagt to sykehjem, og det kunne ha gitt studien flere, og kanskje andre resultater. At jeg bare fikk kvinnelige informanter kan også være av betydning, og en mannlig informant kunne gitt andre perspektiver. Jeg reflekterer over at min intervjustil kan få frem andre svar og synspunkt, enn for eksempel en annen intervjuer ville fått. Selv om jeg hadde tenkt nøye gjennom hvordan jeg skulle fremtre, hadde jeg lite erfaring med å inneha en intervjurolle.

Refleksivitet innebærer at jeg erkjenner og overveier betydningen av mitt eget ståsted i forskningsprosessen. Filosofen Gadamer argumenterte for betydningen av hvordan menneskers forforståelse bevisst eller ubevisst påvirker tolkningsgrunnlaget (43). Selv om jeg var bevisst min forforståelse, vil den påvirke analysedelen. Til tross for at jeg ikke hadde personlig kjennskap til informantene, kan studien likevel påvirkes av at jeg kjenner til praksisfeltet og selv har vært en del av RASK-intervensjonen. Det kan tenkes at dersom studien hadde vært gjennomført av en annen person, ville analysedelen og resultatdelen fått et annet utfall. En og samme virkelighet kan alltid beskrives ut fra ulike perspektiver, og ulike fortolkere vil kunne finne ulike meninger i det samme intervjuet (51).

Dette var en kvalitativ studie, men en annen mulighet kunne vært en kvantitativ metode, med spørreskjema med veldefinerte variabler og telling. Eller jeg kunne laget en tverrsnittundersøkelse og fått svar på en forekomst eller ulike forhåndsdefinerte variabler på et gitt tidsrom (72). En spørreundersøkelse utformes for å få informasjon om utbredelse, fordeling og sammenhenger av fenomener i en befolkning eller grupper (45). Men da ville jeg ikke fått frem sykepleiernes meninger.

Kvalitativ metode forsøker ikke å gi sikker og generaliserbar kunnskap, men kunnskap som kan være overførbar (51). Mine resultater baserer seg på fire sykepleieres erfaringer fra et sykehjem, og er i så måte et lite omfang. På samme tid kan noen andre lære noe av resultatene, og det kan bidra til å kaste nytt lys i en annen praksis.

Kunnskapsgrunnlaget og kunnskapsutvikling er viktig for endring av praksis. Det kan tenkes at funnene i noen grad kan være overførbart for andre sykehjem som også har deltatt på kurs, eller andre prosjekter som for eksempel RASK, siden disse har fått en fordypet kunnskap om ABU og UVI og dermed har et mer likt utgangspunkt for å få til en endring i praksis.

8 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

«Æ føle vi e‘reservelega». Tittelen på masteroppgaven er et utsagn fra en av informantene. Jeg syns setningen gjenspeiler det store ansvaret som ligger hos sykepleierne når det reises spørsmål om en pasient i sykehjem kan ha UVI. Sykepleierens kunnskap, observasjon, vurdering og faglig skjønn ligger til grunn hvorvidt en lege blir kontaktet eller ikke, og videre om det blir oppstart av antibiotika.

Resultatene viser at sykepleiernes observasjoner og vurderinger har betydning for å forebygge feilbruk av antibiotika ved ABU i sykehjem. Symptomene som utartes hos pasientene kan være komplekse og sammensatte, og fordrer derfor målrettet diagnostikk, som igjen innebærer at sykepleierne må ha nødvendig kunnskap om ABU og UVI. Sykepleierne observerer og utfra kunnskap vurderer de pasientens behov for sykepleie. De sørger for diagnostikk og korrekt prøvetaking og oppfølging av disse. De er faglige ledere som samarbeider med andre yrkesgrupper. Ikke minst bidrar til de til god sykepleie fordi det forebygger infeksjoner og fremmer helse.

Resultatene henger sammen med det jeg har funnet blant tidligere forskning og valg av litteratur. Urinstiks er mye brukt som diagnostisk verktøy for UVI, men urinstiks skiller ikke mellom ABU og UVI. Urinprøve og urindyrkning bør dermed fortrinnsvis brukes ved indikasjon på UVI, for å finne type mikrobe og avgjøre medikamentvalg. Frembringelse av ny kunnskap kan bety ny måte å tenke på. Det er nødvendig med kunnskap om ABU og UVI, og hvordan eldre kan ha diffuse, atypiske symptomer. Mange eldre pasienter med kognitiv svikt kan ikke uttrykke lokale symptomer, og trenger derfor sykepleierne som er nær pasientene og tidlig kan oppdage endringer. Sykepleiers faglige ledelse i avdelingen er viktig for samhandling, kontinuitet og sikre god informasjon og veiledning til personal og pårørende. Selv om det er legen som er medisinsk ansvarlig og forordner antibiotika, er sykepleieren

viktig med sine observasjoner og kliniske vurdering av pasientene. Det som vurderes må forstås rett, og videre får det følger.

Selv om eldre pasienter i sykehjem med ABU ikke skal behandles med antibiotika, bør det generere tettere oppfølging av pasientens tilstand og hygiene nedentil for å unngå at tilstanden forverrer seg til en mer kritisk situasjon.

Sykepleierne i denne studien sier det er viktig at de får anledning å samles for å snakke fag og utveksle erfaringer, og savner slike fora.

Det er et økende fokus på grunnleggende hygiene, og hvordan god sykepleie kan fremme pasientens helse og bidra til å unngå at pasientene får UVI. Både resultater og tidligere forskning fremhever viktigheten og effekten av undervisning og intervensjoner for å frembringe og implementere ny kunnskap. Slik resultatene viser har både RASK og andre kurs bidratt til ny kunnskap og endring av praksis.

8.1 Videre forskning

Jeg kunne tenkt meg å beholde forskningsspørsmålet, og gjøre samme studie en gang til, med to fokusgruppeintervju og noen individuelle intervju for å få frem enda flere erfaringer og synspunkt. Det kunne vært interessant å gjennomføre en studie med Mix Methods med den kvantitative delen først. Spørreskjema kunne vært sendt ut til alle sykepleiere på alle sykehjem i for eksempel et avgrenset område/fylke. Ut fra ulike prevalenser og statistisk analyse, kan en gjennomføre utvalgte intervju for å få frem meninger, synspunkt og erfaringer. Mine resultater og tidligere forskning viser til at eldre ofte kan ha atypiske symptomer på UVI. Videre forskning kunne også vært å se nærmere på hvilke tegn og uspesifikke symptomer dette omhandler.

Mine funn har vist at informasjon og undervisning er viktig for kunnskapsutvikling. Akkurat i denne studien har intervensjonen RASK og andre kurs bidratt til ny kunnskap, og vært medvirkende for endring i praksis, men prosjektet RASK har hatt få deltakere fra hvert sykehjem. Som det kom frem i min studie, kan det være vanskelig å endre holdninger når kun et fåtall har fått fornyet kunnskap. Jeg tenker at holdningsendring og endring i praksis lar seg lettest gjennomføre når en større andel av pleierne har fått ny kunnskap. Med det som

utgangspunkt kunne det vært gjennomført studier med undervisningsintervensjoner for en hel personalgruppe innad i sykehjemmet.

8.2 Implikasjoner for praksis

For egen læring har arbeidet med masteroppgaven gitt meg ny kunnskap og nye perspektiver som jeg tar med meg videre.

Med bakgrunn i tidligere forskning, mine funn og den nye handlingsplanen, vil det være helt nødvendig med økende fokus på hygiene og smittevern. utfordringer med resistens som for eksempel ESBL (se fotnote i kap.1) er et konkret eksempel hvorfor det er viktig med godt smittevern og økt fokus på en riktigere antibiotikabruk. I tillegg til vanskeligheter med virksom antibiotika, vil ESBL i sykehjem også generere utvidet bruk av smitterverntiltak.

I stedet for å tenke behandling bør vi løfte opp og reflektere på hele det kliniske bildet.

Studien min viser at det er behov for kunnskap. Det er behov for kunnskap og fagkompetanse til å fange opp endringer, tegn og symptomer hos pasienten, og vurdere hva dette kan være et uttrykk for.

Den faglige ledelse må oppvurderes, og sykepleiere må få opplæring til å ta en slik rolle. Det trengs faglig ledelse for å ta ansvar i avdelingen, fremme et godt samarbeid med både kollegaer, pårørende og legetjeneste, og for å sikre fremdrift i pasientforløpet. Det er behov for videreutdanning for å sikre tilstrekkelig kompetanse. Det må legges til rette for kunnskapsutvikling gjennom for eksempel systematisk opplæring gjennom e-læringskurs og undervisning. Eksterne kurs og prosjekter omfatter ofte økonomiske spørsmål, men interne kurs og undervisning kan være gode alternativ. Det er for eksempel mulig å organisere kortere, og flere «vaktromsundervisninger» for å nå ut til flere ansatte.

Det er et ledelsesansvar å legge til rette for for å slik at sykepleierne kan diskutere fag og utveksle kunnskap og erfaringer. Sykepleierne i studien min uttrykte at det var for lite avsatt tid til det i hverdagen, og at bare med å delta i intervjuet fikk dem en anledning til å snakke fag.

Referanseliste

1. Steen M, Degré M, Maizels D. Mikrober, helse og sykdom. 2. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2014.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015 [Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/915655269bc04a47928fce917e4b25f5/handlingsplan-antibiotikaresistens.pdf>].
3. Nicolle L. Symptomatic urinary tract infection or asymptomatic bacteriuria? Improving care for elderly. *Clinical Microbiology and Infection*. 2019;25(7):779-81.
4. Kjølvmark C, Tschernij E, Øberg J, Pålman LI, Linder A, Åkesson P. Distinguishing asymptomatic bacteriuria from urinary tract infection in the elderly- the use of urine levels of heparin-binding protein and interleukin-6. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*. 2016;85(2):243-8.
5. Klein J. Slik kan sykepleiere redusere antibiotikabruken: Sykepleien; 2018 [Available from: <https://sykepleien.no/forskning/2018/04/slik-kan-sykepleiere-reducere-antibiotikabruken>].
6. Folkehelseinstituttet. Smittevernveilederen 2019 [Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/antibiotikaresistens/>].
7. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten 2016 [Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotikabruk-i-primærhelsetjenesten>].
8. Folkehelseinstituttet. Årsrapport 2018. Helsetjenesteassosierte infeksjoner, antibiotikabruk, antibiotikaresistens og verdens håndhygienedag.: Folkehelseinstituttet; 2019 [Available from: <https://fhi.no/publ/2019/arsrapport-2018.-helsetjenesteassorierte-infeksjoner-antibiotikabruk-nois-a/>].
9. Helse og Omsorgsdepartementet. Handlingsplan for et bedre smittevern Helse og Omsorgsdepartementet; 2019 [Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/714aa1437e2545f7bb4914a3474cd691/handlingsplan-for-et-bedre-smittevern.pdf>].
10. Tjåde T. Medisinsk mikrobiologi og infeksjonssykdommer. 4. utg. ed. Bergen: Fagbokforl.; 2013.
11. Andersen BM. Håndbok i hygiene og smittevern : sykehjem, langtidsinstitusjoner. Oslo: Akademika; 2013.
12. Antibiotikasenteret for primærmedisin. Antibiotikabruk i primærhelstjenesten 2016 [Available from: <http://www.antibiotikaiallmennpraksis.no/>].
13. Eriksen SV, Bing-Jonsson PC. Kan vi stole på urinstix ? Sykepleien Forskning 2016.
14. Grude N, Kristiansen B-E. Urinveisinfeksjoner. In: Rollag H, Müller F, Tønjum T, editors. Medisinsk mikrobiologi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2019. p. 467-71.
15. Antibiotikasenteret for primærmedisin. Antibiotikasenteret for primærmedisin [Available from: <https://www.antibiotika.no/antibiotikasenteret-for-primærmedisin-asp/>].
16. Antibiotikasenteret for primærmedisin. RASK- Riktigere antibiotikabruk for sykehjem i kommunene 2020 [Available from: <https://www.antibiotika.no/rask/#1565175789164-3d6f0ad2-65c6>].
17. Forskrift for Norsk overvåking for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS-registerforskriften), (2005).
18. Alberg T, Holen, Ø., Salvesen, H. B., Lindbæk, M., Bentele, H., & Eriksen, H. M. . Antibiotikabruk og infeksjoner i sykehjem. *Tidsskriftet den norske legeforening*. 2017;137:357-61.

19. Skotnes LH. Forstyrrelse i de nedre urinveier hos gamle på sykehjem [Doktoravhandling]. Østersund: Mittuniversitetet; 2012.
20. McNulty C. Managing asymptomatic bacteriuria in the elderly. *Practice Nursing*. 2014;25(1):11-5.
21. Loeb M, Brazil K, Lohfeld L, McGeer A, Simor A, Stevenson K, et al. Effect of a multifaceted intervention on number of antimicrobial prescriptions for suspected urinary tract infections in residents of nursing homes: cluster randomised controlled trial. *BMJ Online First*. 2005.
22. Loeb M, Bentley DW, Bradley S, Crossely K, Garibaldi R, Gantz N, et al. Development of Minimum Criteria for the Initiation of Antibiotics in Residents of Long-Term-Care Facilities: Results of a Consensus Conference. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2001;22(2):120-4.
23. D'Agata E, Loeb MB, Mitchell SL. Challenges in Assessing Nursing Home Residents with Advanced Dementia for Suspected Urinary Tract Infections. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2013;61(1):62-6.
24. Walker S, McGeer A, Simor AE, Armstrong-Evans M, Loeb M. Why are antibiotics prescribed for asymptomatic bacteriuria in institutionalized elderly people. *CMAJ-Canadian Medical Association Journal*. 2000;163(3):273-7.
25. Sundvall PD, Ulleryd P, Gunnarsson RK. Urine Culture doubtful in determining etiology of diffuse symptoms among elderly individuals. *BMC Family Practise*. 2011.
26. Jutahani-Metha M, Drickamer AM, Towle V, Zhang Y, Tinetti EM, Quagliarello JV. Nursing home practitioner survey of diagnostic criteria for urinary tract infections. *The American Geriatrics Society*. 2005;53:1986-90.
27. Crnich CJ, Jump RL, Nace DA. Improving Management of Urinary Tract Infections in Older Adults: A Paradigm Shift or Therapeutic Nihilism? *The American Geriatrics Society*. 2017;65(8):1661-3.
28. Kittang BR, Krüger K. Struktureerte tiltak mot infeksjoner i sykehjem: Tidsskriftet Den norske legeförening; 2018 [Available from: <https://tidsskriftet.no/2018/02/kronikk/struktureerte-tiltak-mot-infeksjoner-i-sykehjem>].
29. Travis S. S, Lampley-Dallas V. Nursing Management of Elderly Patients With Asymptomatic Bacteriuria. *Geriatric Nursing*. 1997;18(3):103-6.
30. Stone ND, Ashraf MS, Calder J, Crnich CJ, Crossely K, M.fl. Surveillance Definitions of Infections in Long-Term Care Facilities: Revisiting the McGeer Criteria. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2012;33(10):965-77.
31. Nilssen VL. Analyse i kvalitative studier : den skrivende forskeren. Oslo: Universitetsforl.; 2012.
32. Alsvåg H. Kunnskapsbasert praksis er ikke noe nytt: Sykepleien Forskning; 2009 [Available from: <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/282181.pdf>].
33. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok*. 2. utg. ed. Oslo: Akribe; 2012.
34. Alsvåg H. *Sykepleie - mellom vitenskap og pasient*. Bergen: Fagbokforl.; 1997.
35. Karoliussen M. *Nightingales arv - ny forståelse : sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011.
36. Elstad I. *Sykepleietenking*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2014.
37. Nightingale F, Skretkovicz V, Mellbye S. *Notater om sykepleie*. Revidert med tillegg, samlede utgaver. ed. Oslo: Universitetsforl.; 1997.
38. Allen D, Birkeland EU. *Sykepleiernes usynlige arbeid : organisering av sykehus og pasientomsorg*. 1. utgave. ed. Bergen: Fagbokforlaget; 2019.
39. Wüller B, Aakhus S. Infeksjoner. In: Bruun W, editor. *Geriatrici - En medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2015. p. 346-54

40. Antibiotikasenteret for primærmedisin. Urinprøvesjekkliste: Antibiotikasenteret for primærmedisin,; 2017 [Available from: https://www.antibiotika.no/wp-content/uploads/2018/04/Urinprøve-sjekkliste_november-2017_Noklus_271117.pdf.
41. Antibiotikasenteret for primærmedisin. Infoskriv asymptomatisk bakterieuri: Antibiotikasenteret for primærmedisin,; 2017 [Available from: https://www.antibiotika.no/wp-content/uploads/2018/04/Infoskriv-ABU_Final.pdf.
42. Thornquist E. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag. 2. utg. ed. Bergen: Fagbokforl.; 2018.
43. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2017.
44. Rollag H. Introduksjon til medisinsk mikrobiologi. In: Rollag H, müller F, Tønjum T, editors. Medisinsk mikrobiologi. Oslo: Gyldendal Norsk forlag; 2019. p. 29-31.
45. Polit DF, Beck CT. Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
46. Thomassen M. Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag. Oslo: Gyldendal akademisk; 2006.
47. Gadamer H-G, Schaanning E, Holm-Hansen L. Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk. Oslo: Pax; 2012.
48. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 3. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017.
49. Christoffersen L, Johannessen A, Tufte PA, Utne I. Forskningsmetode for sykepleierutdanningene. Oslo: Abstrakt forl.; 2015.
50. Johannessen A, Christoffersen L, Tufte PA. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 5. utg. ed. Oslo: Abstrakt; 2016.
51. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg., 2. oppl. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
52. Drageset S, Ellingsen S. Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju: Sykepleien Forskning; 2019 [Available from: <https://sykepleien.no/forskning/2011/02/skape-data-fra-kvalitativt-forskingsintervju>.
53. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforl.; 2012.
54. Tjora AH. Viten skapt : kvalitativ analyse og teoriutvikling. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2018.
55. Paulgaard G. Feltarbeid i egen kultur : innenfra, utefra eller begge deler? Metodisk feltarbeid. Oslo: Universitetsforl., cop. 1997; 1997. p. s. 70-93.
56. Norsk senter for forskningsdata. Personvernombud 2018 [Available from: http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html.
57. Ruyter KW. Forskningsetikk : beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn. Oslo: Gyldendal akademisk; 2003.
58. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Helsinkideklarasjonen: De nasjonale forskningsetiske komiteene; 2013 [Available from: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>.
59. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Om å søke REK: Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk; [Available from: https://rekportalen.no/#home/søke_REK.
60. Grimnes G, Olsen GA. Permanente katetre og urindyrkning - endring av indikasjon og rutiner: UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE; 2016 [Available from: <https://unn.no/fag-og-forskning/fastlegenytt/permanente-katetre-og-urindyrkning-endring-av-indikasjon-og-rutiner>.

61. Crnich CJ, Jump RL, Nace DA. Improving Management of Urinary Tract Infections in Older Adults: A Paradigm Shift or Therapeutic Nihilism? [Malden, MA] :2017. p. 1661-3.
62. Akselsen PE. Smittevern i helsetjenesten. 3. utg. ed. Oslo: Gyldendal; 2018.
63. Alvsvåg H. Innsiktsbasert profesjonell praksis bør erstatte kunnskapsbasert praksis. [Oslo]: Cappelen Damm akademisk, cop. 2013; 2013. p. 185-99.
64. Helse og Omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen - Rett behandling- på rett sted- til rett tid: Helse og Omsorgsdepartementet; 2009 [Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=2>].
65. Orvik A. Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. 2. utg. ed. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.
66. Lov om helsepersonell m.v., (1999).
67. Hamran T. Pleiekulturen : en utfordring til den teknologiske tenkemåten. Oslo: Gyldendal; 1991.
68. Norsk sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: NSF; 2019 [Available from: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>].
69. Hocine MN, Temime L. Impact of hand hygiene one the infectious risk in nursing home resident. American journal of infection control. 2015;43(9):e47-52.
70. Solberg CO. Mikroorganismene slår tilbake - infeksjonssykdommene i de siste 50 år: Tidsskriftet den norske legeforening; 2001 [Available from: <https://tidsskriftet.no/2001/12/aktuelt-problem/mikroorganismene-slar-tilbake-infeksjonssykdommene-i-de-siste-50-ar>].
71. European Centre for disease prevention and control. ECDC Mission report. ECDC country visit to Norway to discuss antimicrobial issues Stockholm: ECDC; 2019 [Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/antimicrobial-resistance-country-visit-norway.pdf>].
72. Laake P. Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.

Vedlegg 1

Til leder for _____ sykehjem.

Forespørsel om rekruttering av intervjudeltagere til mastergradsoppgave

Mitt navn er Ann-Iren Kildahl Kristoffersen. Jeg studerer master i sykepleie, fagfordypning infeksjon, ved UIT Norges Arktiske Universitet.

Jeg ber om tillatelse til å intervju sykepleiere ved ditt sykehjem. Dette innebærer at jeg tar kontakt med aktuelle ledere på de ulike avdelingene, eventuelt fagkoordinator, og ber dem om å dele ut "forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt" til aktuelle kandidater.

Masteroppgavens tema:

Tema for min avsluttende masteroppgave omhandler sykepleiernes observasjoner og vurderinger ved asymptomatisk bakterieuri og urinveisinfeksjon i sykehjem. Jeg ønsker å sette fokus på sykepleiers erfaringer med observasjon og vurdering av pasienter. Det er ønskelig med sykepleiere som direkte eller indirekte har vært med i RASK-intervensjonen (Riktigere Antibiotikabruk i Sykehjem i Kommunene), men det er ingen nødvendighet. Jeg har allerede vært i kontakt med prosjektleder for RASK og fått opplyst at deres sykehjem har deltatt i intervensjonen.

Jeg vil gjennomføre intervju med fire sykepleiere i en fokusgruppe. Intervjuet vil foregå på deres sykehjem, og jeg vil i samråd med informantene finne tidspunkt som passer dem.

Inklusjonskriterier: Sykepleiere med minimum to års erfaring fra sykehjem. Det er ønskelig at flest mulig av dem har deltatt i RASK, men ingen nødvendighet.

Studien er godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). All informasjon som deltakerne gir vil bli behandlet konfidensielt og ingen enkeltpersoner, navn på sykehjem eller kommuner vil bli oppgitt i den ferdige oppgaven. Det er bare meg og min veileder som vil ha tilgang til datamaterialet. Opplysningene anonymiseres og informasjonen vil slettes når oppgaven er levert juni 2020.

På grunn av masterstudiets varighet tillater jeg meg å be om tilbakemelding innen en uke pr mail.

Håper på positivt svar.

Mvh

Ann-Iren Kildahl Kristoffersen

Student ved UIT Tromsø

Mailadresse: akr093@uit.no

Tlf: 901 03 271

Vedlegg 2

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Sykepleiers observasjoner og vurderinger av pasienter med asymptomatisk bakterieuri og urinveisinfeksjon i sykehjem»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i mitt forskningsprosjekt. I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Bakgrunn og hensikt

Jeg er sykepleier og studerer master i sykepleie, fagfordypning infeksjon, ved UiT Norges Arktiske Universitet og holder nå på med min avsluttende masteroppgave. Mitt forskningsspørsmål er;

Hvordan erfarer sykepleiere å observere og vurdere pasienter i sykehjem, for å forebygge feilbruk av antibiotika ved asymptomatisk bakterieuri ?

Forskning og undersøkelser viser at det brukes mye uriktig antibiotika i sykehjem for å forebygge og behandle urinveisinfeksjon (UVI). Eldre med asymptomatisk bakterieuri (ABU) (bakterier i urinen, uten at det gir symptomer) og pasienter med urinveiskateter uten symptomer, skal ikke behandles med antibiotika.

Det kan være utfordrende for sykepleiere å skille mellom ABU og UVI. Upålitelig urinstiks og diffuse symptomer fra pasienten kan gjøre det vanskelig å vurdere. Det er legens ansvar å stille diagnosen og avgjøre behandling, men som sykepleiere er vi et viktig bindeledd mellom lege og pasient. Vi observerer, tar urinstix, og rapporterer videre til lege, og på den måten bidrar vi i det diagnostiske arbeidet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta

Ditt sykehjem er plukket ut til å være med i forskningsprosjektet fordi dere har deltatt i RASK (Riktigere Antibiotikabruk i Sykehjem i Kommunene)

For å finne mer ut om tema ønsker jeg å intervjuer erfarne sykepleiere som arbeider på sykehjem. Det er ønskelig med sykepleiere som har deltatt direkte eller indirekte i RASK, men dette er ikke en nødvendighet. Du har minst to års arbeidserfaring fra sykehjem. Jeg ønsker å høre deres erfaringer, tanker og refleksjoner omkring mitt tema. Hva observerer dere? Hvilke observasjoner og vurderinger ligger til grunn ved oppstart/ikke oppstart av antibiotika?

Hva innebærer studien?

Intervjuet vil foregå som en uformell samtale i gruppe med tre-fire sykepleiere fra ditt sykehjem. Jeg vil benytte båndopptaker, og jeg vil ha med meg en sekretær (min veileder) som kan hjelpe meg og ta notater underveis. Intervjuet vil ta ca 1-1,5 time, og vil foregå på deres sykehjem. I samråd med dere vil jeg foreslå ulike tidspunkt for intervjuet, og vil forsøke å finne et tidspunkt som passer alle fire.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Prosjektet er godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Basert på ditt samtykke vil all informasjon som du gir bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner, navn på sykehjem eller kommuner vil bli oppgitt i den ferdige oppgaven. Det er bare meg og min veileder som har tilgang til informasjonen. Opplysninger som fremkommer på samtykkeskjemaet, båndopptaker og det nedskrevne intervjuet vil bli oppbevart i en egen dokumentmappe med kode, som bare jeg har tilgang til. Båndopptakene og samtykkeskjemaene slettes når oppgaven er levert juni 2020. Resultatene fra studien vil bli presentert i min masteroppgave. Det kan bli aktuelt å presentere mine funn i en relevant fagartikkel.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UIT, Norges Arktiske Universitet.

Institusjonens personvernombud er Joakim Bakkevold

Kontaktopplysninger til han er; Tlf; 776 46 322 og 976 915 78. Mail; personvernombud@uit.no.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i denne studien. Så lenge studien pågår kan du når som helst trekke ditt samtykke, uten å oppgi noen grunn. Du har rett til innsyn, kopi, retting, sletting og begrensning i dine opplysninger. Du har rett til å klage til datatilsynet.

Samtykke til deltagelse i studien

Før du mottar denne henvendelsen har jeg allerede vært i kontakt med din leder, og fått tillatelse til prosjektet. Dersom du velger å delta på intervjuet, ber jeg deg skrive under på den vedlagte samtykkeerklæringen, og sende den til meg pr post eller epost. Du kan og kontakte meg pr sms/epost for bekreftelse, så kan jeg få signert samtykke når vi treffes.

Jeg er takknemlig for rask tilbakemelding.

Dersom du har spørsmål kan du kontakte meg eller min veileder via telefon eller epost.

Mvh

Ann-Iren Kildahl Kristoffersen

Tlf.nr 901 03 271

Epost: akr093@uit.no

Ragnhild Nicolaisen (**Veileder**)

Tlf.nr 957 32 702

E.post; ragnhild.nicolaisen@uit.no

Samtykke til deltakelse i mastergradsprosjekt

(Signert av prosjektdeltager, sted og dato)

Har lest gjennom informasjonsskrivet og samtykker herved i å delta i mastergradsprosjektet ved å stille til intervju.

Dine kontaktopplysninger:

Navn:

Sykehjem, avdeling:

Telefon:

Epost:

Vedlegg 3

Intervjuguide til fokusgruppeintervju

Introduksjon

- Kort presentasjon av meg, og arbeidserfaring. Hvorfor jeg ønsker å skrive om dette.
- Kort informasjon om selve gjennomføringen av intervjuet. At den vil være som en samtale, og at samtalen blir tatt opp på bånd, og deretter transkribert. At det bare er meg og veileder som har kjennskap til datamaterialet. Jeg vil igjen informere om anonymitet og at de når som helst kan trekke seg fra undersøkelsen.
- Kort presentasjon av assistent.
- Kort presentasjon av alle deltakerne. Arbeidserfaring fra sykehjem. Hvem har deltatt i RASK?

Utgangspunkt

- (Hvorfor jeg ønsker å skrive om dette)
Forskning og undersøkelser viser at det brukes mye uriktig antibiotika i sykehjem, for å forebygge og behandle urinveisinfeksjon. Eldre med asymptomatisk bakterieuri (bakterier i urinen, uten at det gir symptomer) og pasienter med urinveiskateter uten symptomer, skal ikke behandles med antibiotika.

Det kan være utfordrende for sykepleiere å skille mellom ABU og UVI. Upålitelig urinstiks og diffuse symptomer fra pasienten kan gjøre det vanskelig å vurdere. Det er legens ansvar å stille diagnosen og avgjøre behandling, men som sykepleiere er vi et viktig bindeledd mellom lege og pasient. Vi observerer, tar urinstix, og rapporterer videre til lege, og på den måten bidrar vi i det diagnostiske arbeidet.

Hoveddel

Jeg vil gjerne vite hva det er med en pasient som gjør at dere mistenker en urinveisinfeksjon, eller at «det er noe»?

- Hva observerer dere, og hvilke tiltak iverksetter dere?
 - Taes det noen målinger?
 - Når taes det Urinstix ?
 - Har dere inntrykk av at urinprøver taes etter anbefalte retningslinjer?
 - Hvem er det som avgjør om det skal taes urinprøve? Hvem tar urinprøvene?
 - Når kontakter dere lege?
 - Har dere opplevd at press fra pårørende/pasienter/andre har gjort at dere har kontaktet lege?
- Har dere erfaringer med om det er annerledes hos pasienter med og uten kateter?
 - Gjøres det andre observasjoner eller undersøkelser?
- Finnes det noe verktøy dere kan bruke i vurderingen, og brukes dem?
 - For eksempel urinprøvesjekkliste?
 - Infoskriv om ABU
 - Annet?
- Blir det tatt mikrobiologiske prøver?

- Hvem tar disse prøvene
- Hvem følger opp prøvesvarene når resistensbestemmelsen foreligger? Hva gjøres med dem?
- Er det noe dere opplever som utfordrende med å vurdere en pasient?
 - For eksempel, kan det være mer «tegn», enn symptomer?
- Dersom dere beslutter å kontakte lege, har dere erfaringer om at det er forskjell dersom dere kontakter sykehjemslege eller legevaktslege? Evt. Hva?
 - Har dere noen tanker om at sykepleieren har en større betydning i dialogen med legevaktslege som ikke kjenner pasienten like godt som sykehjemslege ?
- Dersom dere vurderer å være litt avventende med både å kontakte lege, og/eller at det startes med antibiotika; Iverksettes det noen andre tiltak med pasienten?
 - Gjøres det da noen endringer eller tiltak i avdeling eller innad i personalgruppa?
 - Drikkeliste? Tettere oppfølging av fagpersonell?
- Har dere noen tanker om hvorfor det er så mye antibiotikabruk ved ABU?
- Har dere noen tanker om at dere vurderer annerledes etter å ha deltatt i RASK?
- Har dere veiledet/snakket i personalgruppa om ABU/UVI?
 - Er det fokus på dette i personalgruppa?
 - Hvilken rolle spiller leder i avdeling her ?
 - Hvordan blir dere hørt av medpersonal?
- Hva tenker dere om fremtiden? Tror dere at vi vil tenke og handle annerledes?
 - I Forhold til observasjon, vurdering og behandling.

Avslutning (beregnet 10 min)

- Til slutt; har dere noen tanker eller meninger om noe som vi ikke har snakket om? Noe dere vil si?
- Takke for at de har villet bidra, og får deres tid.

