

# Smitteforebygging i hjemmesykepleien: erfaringer fra sykepleieledere og sykepleiefaglige konsulenter

**Torunn Ramsem Strand**

Forskningssykepleier  
Avdeling for miljø og helse, Folkehelseinstituttet

**Jonas Debesay**

Førstemanuensis  
Oslomet – storbyuniversitetet

---

Ledelse

Smittevern

Hjemmesykepleie

Håndhygiene

Kvalitativ studie

Sykepleien Forskning 2021;16(87892):e-87892  
DOI: 10.4220/Sykepleienf.2021.87892

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Basale smittevernrutiner (BS) er infeksjonsforebyggende tiltak som bør utføres i møte med alle pasienter i helsesektoren. Selv om kravet om faglig forsvarlig praksis er hjemlet i blant annet helsepersonelloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, inneholder ikke forskrift om smittevern i helsetjenesten et spesifikt pålegg om infeksjonskontrollprogram i hjemmesykepleien. Hvordan BS praktiseres i hjemmesykepleien, er lite utforsket, men forskning fra andre land indikerer at behovet for BS er til stede i helsetjenester som gis i private hjem. Infeksjoner forbundet med behandling i institusjoner forekommer også hos pasienter som mottar hjemmesykepleie. Under covid-19-pandemien har forebygging av smitte hos hjemmesykepleiens utsatte brukergruppe blitt særdeles viktig. Det er kjent at infrastruktur, ledelse, tidspress, bemanning, kunnskap og risikoatferd hos ansatte er faktorer som ser ut til å påvirke etterlevelsen av BS.

**Hensikt:** Vi ønsket å utforske erfaringene til sykepleieledere og sykepleiefaglige konsulenter med smitteforebygging i hjemmesykepleien.

**Metode:** Studien er kvalitativ. Datamaterialet er basert på dybdeintervjuer med åtte deltakere fra kommuneadministrasjonen i to norske kommuner. Vi gjennomførte intervjuene fra oktober 2019 til mars 2020 – før og etter at covid-19-pandemien nådde Norge. Dataene analyserte vi ved hjelp av Braun og Clarkes tematiske analyse.

**Resultat:** Prosedyre for BS var utarbeidet lokalt for hjemmesykepleien i begge kommunene, men i varierende grad implementert i opplæringen av nyansatte. Innføring av arbeidstøy, nye lokaler, risikokartlegging og målrettet opplæring var tiltak som la til rette for å etterleve BS. Deltakerne opplevde imidlertid at omstendigheter som kunne hindre etterlevelsen, var manglende kunnskap, tidspress, lav grunnbemanning og gjennomtrekk av ansatte. Deltakere opplevde at prosedyrer og retningslinjer ikke alltid var tilpasset hjemmesykepleiekonteksten.

**Konklusjon:** Studien bidrar til økt innsikt i hvordan sykepleieledere og sykepleiefaglige konsulenter opplever smittevernarbeid i hjemmesykepleien. Det er behov for videre forskning i hjemmesykepleien. Vi foreslår kartlegging av sykepleieres erfaringer på tvers av kommuner og fylker for å identifisere behov for prosedyrer og nasjonale retningslinjer tilpasset tjenesten.

Den moderne hjemmesykepleien er kompleks med samhandling mellom mange aktører. Det er en økende pasient- og brukergruppe med stor variasjon i hjelpebehov på tvers av alle aldre (1). Aller mest øker antall brukere under 67 år. Eldre er likevel en betydelig del av brukergruppen (2) som er spesielt utsatt for infeksjoner (3, s. 28).

Blant mottakere av pleie- og omsorgstjenester har dessuten 90 prosent fire-fem sykdommer (4). Under opphold på sykehus og institusjoner kan pasientene bli rammet av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI). Forskning viser imidlertid at HAI også truer pasientsikkerheten i hjemmetjenesten (5-7).

I Sverige ble Global Trigger Tool-metoden benyttet i en studie for å skanne journaler for pasientskader. Forskerne fant at HAI var en hyppig pasientskadeårsak i hjemmetjenesten (5). Nasjonale undersøkelser i USA tyder på at infeksjoner som oppsto mens pasientene fikk hjemmesykepleie, var en hyppig årsak til sykehusinnleggelses (6, 7).

En studie med hjemmesykepleiebyråer i USA som ble gjennomført under covid-19-pandemien, viste at smittevernansvar kom i tillegg til andre arbeidsoppgaver. En tredjedel av de smittevernansvarlige hadde ingen formell opplæring i smittevern. Sannsynligheten var større for at det var smittevernansvarlige i urbane strøk enn på landsbygda (8).

Da pandemien nådde Norge, publiserte Folkehelseinstituttet (FHI) råd for å forebygge smitte i den norske hjemmesykepleien (9). Basale smittevernrutiner (BS) skal utøves i kontakt med alle pasienter i helsetjenesten for å forebygge kjent og ukjent smitte.

BS omfatter håndhygiene, hostehygiene, pasientplassering, personlig beskyttelsesutstyr, håndtering av pasientnært utstyr, renhold og desinfeksjon, avfallshåndtering, håndtering av sengetøy og tekstiler, trygg injeksjonspraksis, desinfeksjon av hud og beskyttelse mot stikkskader (10).

I publikasjonen «Situasjonsbeskrivelse av smittevern i Norge» slår FHI fast at det finnes lite kunnskap om praktisering av BS i den norske hjemmesykepleien (11). Studier fra svensk hjemmesykepleie avdekket at tidspress og lav grunnbemanning hindret etterlevelsen av BS (12, 13).

En systematisk oversiktsartikkel viste at faktorer som kunne påvirke etterlevelsen av BS, var mangel på nødvendig utstyr, dårlige romforhold, type pasientkontakt og utilstrekkelig opplæring og kunnskap (14, 15). Organisatoriske kampanjer hadde imidlertid positiv innvirkning på holdninger og atferd som gjaldt infeksjonskontroll og forebygging av infeksjoner (15).

Vi har funnet noen få norske kvalitative studier som beskriver faktorene for etterlevelse av smittevern. I en fokusgruppestudie fortalte sykepleiere i hjemmesykepleien om mangel på oppdaterte prosedyrer i hjemmesykepleien og at det ikke ble prioritert av lederne (16).

En studie basert på en spørreundersøkelse blant helsepersonell i sykehjem og hjemmesykepleie anså bemanning som en risikofaktor for pasientsikkerheten (17).

En rapport (18) om bemanning og kompetanse i hjemmesykepleie og sykehjem viste at sykepleiere og helsefagarbeidere ble erstattet av ufaglærte ved sykdom. Opptil 22 prosent av vaktene med sykepleiefravær ble dekket av ufaglærte. Andelen ufaglærte var spesielt høy i helgene, om kveldene og i feriene (18).

Forskrift om smittevern i helsetjenesten inneholder ikke et spesifikt pålegg om infeksjonskontrollprogram i hjemmesykepleien (19), men kravet om faglig forsvarlig praksis i hjemmetjenesten er hjemlet i helsepersonelloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (20, 21).

FHIs smittevernveileder om forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer er også klar på at BS skal følges i møte med alle pasienter i helsetjenesten (3, 10).

Hensikten med denne studien var å utforske hvilke erfaringer sykepleieledere og sykepleiefaglige konsulenter hadde med prosedyrer og rutiner som er utarbeidet lokalt i kommunen, samt hvilke behov og utfordringer de identifiserte i forbindelse med BS.

## **Metode**

Studien hadde et kvalitativt beskrivende design (22) og omfattet dybdeintervjuer med sykepleiere som var ansatt i administrasjonen i hjemmebaserte tjenester, og av smittevernhelsesykepleieren fra faggruppe for smittevern sentralt i kommunen. Siden BS i hjemmesykepleien er lite undersøkt, ønsket vi å gå åpent ut for å utforske ansattes erfaringer i hjemmesykepleien.

### ***Intervjuer***

Den semistrukturerte intervjuguiden inneholdt spørsmål om BS som gjaldt prosedyrer og opplæring av ansatte (figur 1). Den ble utarbeidet på bakgrunn av tidligere forskning om etterlevelse av smittevern (14, 15, 23, 24).

Undersøkelsen var basert på sju dybdeintervjuer med åtte deltakere. Ett av intervjuene ble gjennomført med to deltakere samtidig etter deres eget ønske. Intervjuene varte fra 40 til 70 minutter.

De fire første intervjuene fant sted på deltakernes arbeidsplass, mens de tre siste var telefonintervjuer på grunn av covid-19-restriksjoner i den første nedstengingsfasen i mars 2020. Alle intervjuene ble gjennomført av førsteforfatteren, som var masterstudent på daværende tidspunkt.

Vi testet intervjuguiden på kollegaer fra hjemmesykepleien og justerte den før oppstart av studien. Intervjueren hadde selv bakgrunn fra hjemmesykepleien og er kvinne, i likhet med deltakerne.

## Figur 1. Intervjuguide

- 
- Kan du fortelle meg om kommunens prosedyrer for smittevernrutiner?
  - Hvordan tilrettelegger dere for hygieniske prinsipper (utstyr, infrastruktur, opplæringsmateriell, utstyrsekker o.l.)?
  - Hvordan legger dere til rette for opplæring i basale smittevernrutiner for nyansatte?
  - Hvilke tiltak har dere for å forbedre etterlevelsen av de basale smittevernrutinene?
  - Hvilke utfordringer opplever du når det gjelder hygiene og smittevern i hjemmetjenesten?

Laget med Datawrapper

### **Rekruttering og utvalg**

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester bisto med rekruttering til studien. Tre vertskommuner fikk e-postinvitasjon, hvorav to samtykket til deltakelse. Deltakerkommunene hadde høyt innbyggertall og flere hjemmesykepleiedistrikter med en smitteverngruppe sentralt.

Kommunene benyttet elektronisk kvalitetssystem med lokale smittevernrutiner. «Snøballmetoden» ble brukt for å rekruttere deltakere til studien, det vil si at noen som allerede hadde takket ja til intervju, bidro til å rekruttere kollegaer med relevant erfaring (22).

Utvalget besto av sykepleiefaglige konsulenter, en sykepleieleder og en smittevernhelsesykepleier (tabell 1). De ble informert om studiens formål og at intervjueren selv hadde jobbet i hjemmesykepleien.

Intervjuene var relativt lange, og deltakerne bidro med mye informasjon. Intervjuene ble gjennomført fra oktober 2019 til og med mars 2020. Deltakernes erfaringer er dermed preget av situasjonen før og etter første nedstengning som følge av covid-19-pandemien.

## Tabell 1. Demografiske data

Deltaker	Alder	Ansettelsestid	Kommune	Stillingstittel
D1*	49	Mindre enn ett år	A	Sykepleiefaglig konsulent
D2	41	Mer enn tre år	A	Sykepleiefaglig konsulent
D3	56	Mindre enn ett år	A	Smittevern helsesykepleier
D4	57	Mer enn tre år	A	Sykepleiefaglig konsulent
D5	58	Mer enn tre år	A	Leder
D6	46	Mer enn tre år	B	Sykepleiefaglig konsulent
D7	59	Mer enn tre år	B	Sykepleiefaglig konsulent
D8	44	Mer enn tre år	B	Sykepleiefaglig konsulent

*Alle deltakere jobber i administrasjon i hjemmesykepleien, unntatt D3 som jobber i faggruppe smittevern sentralt i kommunen. \* D1 = Sykepleier. D2 til D6 = Sykepleier med videreutdanning eller master.*

Laget med Datawrapper

### Analyse

Førsteforfatteren tok opp intervjuene med lydopptaker og transkriberte dem. Begge forfatterne deltok i analysen av dataene. Vi brukte Braun og Clarkes tematiske analyse for å identifisere koder og temaer av meningsbærende enheter i transkripsjonene på tvers av hele datasettet og identifiserte mønstre som belyste forskningsspørsmålene.

Analyseprosessen gjennomførte vi flere ganger før det endelige resultatet med temaer og undertemaer ble klart (tabell 2) (25).

## Tabell 2. Eksempel på analyseprosessen

Meningsbærende enhet	Koder	Undertema	Hovedtema
«Nå har jeg gått igjennom den opplæringssjekklista, og den som vi har hatt nå, har det ikke vært på en måte tema. Sånn at det blir på en måte, man tar for gitt at de vet hvordan. Når håndhygiene skal utføres og sånn. Så det er veldig dårlig. Vi har ikke noe fokus på det, nei, altfor lite.»	BS* er ikke på opplæringssjekklisen til assistenter. Tar det for gitt at de vet når håndhygiene skal utføres	Variierende systematikk i opplæringen	Prosedyrer og opplæring av nyansatte
«Jeg skulle ønske at vi hadde flere prosedyrer fordi veldig mange av de prosedyrene vi har, vi har jo veldig få. Vi har bare tre prosedyrer som er utarbeidet for hjemmesykepleietjenesten, og de har helseetaten laget. Ellers så er det de som finnes på VAR Healthcare. De er jo på en måte utarbeidet for institusjoner og sykehus, så de er ikke tilpasset hjemmesykepleien. Og jeg tenker at det er stor mangel på prosedyrer, vi trenger mange prosedyrer, og de eksisterer ikke. Ikke nasjonalt og ikke hos disse privatleverandørene som VAR.»	Få prosedyrer for hjemmesykepleien, tilpasset institusjoner og sykehus. Behov for prosedyrer tilpasset hjemmesykepleien	Prosedyrer gir ikke svar på alt	Prosedyrer og opplæring av nyansatte
«Vi har sjekklister for nyansatte. Vi har laget et sånn opplæringsprogram i hjemmesykepleien som introduksjon, et sånt hefte. Og der står det jo litt om hygiene og sånn som de får lese og gå igjennom. Også en sånn sjekklister for de som går ute med disse nyansatte, de har jo tre dager opplæring ca. Noen har fem hvis de er helt uerfarne.»	Opplæringsprogram til nyansatte, men ikke tilstrekkelig for ekstravakter. BS inngår i opplæringen	Variierende systematikk i opplæringen	Organisatoriske aspekter som påvirker etterlevelsen
«Så er det jo ikke så veldig lenge siden vi fikk arbeidstøy, det er jo to år siden. Før det gikk vi jo i privattøy. Og bare det gjorde jo til at det ble endringer. Hygieniske, i hvert fall. Det er mye jobb å snu en masse for å tenke sånn klesetikk og ikke ha med hjem og sånn for lettvinthets skyld. Men nå er det jo helt KRISE hvis det ikke er en bukse, så det er jo utrolig hvor fort man lærer seg det.»	Arbeidstøy hadde også effekt på holdninger til hygiene generelt hos de ansatte	Rom for forbedring	Organisatoriske aspekter som påvirker etterlevelse

\*BS = basale smittevernrutiner

## **Etikk**

Før vi satte i gang undersøkelsen, gjennomførte vi en risiko- og sårbarhetsanalyse for å planlegge håndteringen av personsensitive lydfiler og dokumenter i henhold til Oslomets retningslinjer (26). Vi meldte studien til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og fikk godkjenning 19.09.2019 (referansennummer 262833).

Deltakerne fikk informasjon om studien, at de kunne trekke seg uten å oppgi grunn, og at innhentet informasjon ble aidentifisert. Alle ga skriftlig samtykke til å delta i studien.

## **Resultater**

Analysen av studiedeltakernes erfaringer med å tilrettelegge for BS i hjemmesykepleien resulterte i to hovedtemaer og fire undertemaer.

### ***Prosedyrer og opplæring av nyansatte***

Deltakernes håndtering av smitte og hygiene var i stor grad knyttet til bruk av eksisterende prosedyrer samt behov for opplæring av nyansatte. De hadde også et uttalt behov for opplæring i beskyttelsesutstyr til engangsbruk.

### **Prosedyrene gir ikke svar på alt**

Smittevern i hjemmesykepleien ble organisert ulikt i kommunene. Deltakerne i den ene kommunen medvirket i å utarbeide BS-prosedyren som en del av en videreutdanning i regi av arbeidsgiveren. I den andre kommunen ble BS-prosedyren utarbeidet av en smitteverngruppe sentralt.

Deltakerne opplevde at utviklingen av BS-prosedyren var et steg i riktig retning, og at håndhygienedagen, en egen dag der håndhygiene særlig vektlegges, medførte økt søkelys på smitteforebygging gjennom håndvask. Flere understreket samtidig at de var avhengig av godt samarbeid med de lokale lederne for å komme i mål med implementering av prosedyrene.

## **«Enkelte deltakere uttrykte frustrasjon over manglende nasjonale retningslinjer.»**

Enkelte deltakere uttrykte frustrasjon over manglende nasjonale retningslinjer og at det var få lokale prosedyrer tilstrekkelig tilpasset hjemmesykepleien. En deltaker beskrev en situasjon der hun søkte råd fra spesialisthelsetjenesten:



«Ringer man til smittevern på sykehuset og spør: ‘Vi skal sette subkutane injeksjoner’, så sier de, ‘det skal være i gule bøtter hjemme hos brukerne’. ‘Hva skal vi gjøre med de gule bøttene?’ ‘Ta dem med på kontoret’. Men vi har ingen videre levering fra kontorene. Mangler selve leddet på en måte. Så vi putter de i gjennomsiktige plastflasker hjemme hos brukerne. Det er jo et hjem» (D4).

Flere av deltakerne opplevde at rådgivning til hjemmesykepleien var krevende på grunn av manglende standarder for smittevern. De fikk ofte spørsmål om hva slags utstyr som skulle brukes og oppbevares i hjemmet. Noen ganger oppsto det nye problemstillinger, for eksempel hvordan de skulle håndtere skittentøy til en med resistente bakterier på fellesvaskeri.

### **Varierende systematikk i opplæringen**

De fleste fortalte at BS i større eller mindre grad var en del av opplæringen. Opplæringssjekklister satte rammen for innholdet. Nyansatte fikk i tillegg informasjon om BS for gjennomlesing.

En deltaker fortalte at smittevern hadde fått lite plass i opplæringen: «Jeg sjekket faktisk opplæringssjekklisten før du kom hit, og hygiene står det ingenting om. Det er altfor lite fokus på dette. Vi har undervisning to ganger i året, men langt fra alle deltar» (D2).

Flere deltakere oppfattet at opplæring av ufaglærte ikke var tilstrekkelig. Én hadde forsøkt å tilpasse opplæringen bedre til de ufaglærte:

«Vi har laget opplæringssjekklister til ufaglærte assistenter med kun det de skal ha opplæring i. Vikarene får også en tretimers undervisning der blant annet hygiene er tema. Jeg bruker Excel-skjema for å ha oversikt over hvilken opplæring som er gitt» (D8).

En annen fortalte at hjemmesykepleien forberedte seg på covid-19 med opplæring i og repetisjon av smittevernrutiner for å trygge de ansatte. Samtidig påpekte flere deltakere at opplæring ble gitt muntlig og skriftlig, men ikke praktisk utførelse av håndhygiene.

### **Organisatoriske aspekter som påvirker etterlevelse**

Kort brukertid, lav grunnbemanning og lavere kompetanse på kveldstid og i helger kunne være til hinder for BS. Midlertidige ansettelses vanskeliggjorde kontinuiteten i tjenesten, og smittevernsspørsmål ble løst ulikt. Det krevde gode rutiner å få informert aktører uten tilgang til journalsystemet om smitte.

## **En kompleks tjeneste med tidspress og lav grunnbemanning**

Stram tidsramme på brukertiden pasientene fikk tildelt, oppfattet deltakerne som et hinder for grundig håndhygiene blant de ansatte. Kutt i grunnbemanningen førte også til ubesatte vakter på kveldstid og i helger:

«Noen av avdelingslederne har sagt på mange ledermøter at ‘jeg kan ikke stå inne for den bemanningen som er på helg, jeg går ofte hjem med hjertet i halsen fredag’. Det er lite fagfolk på kveld og helg» (D6).

En deltaker fortalte at mange av de ansatte hadde midlertidige stillinger. Dette vanskeliggjorde å ha faste ressurspersoner med ansvar for eksempelvis fag og kvalitet. Tidligere hadde en fagkonsulent ansvaret for et helt distrikt, men det ble krevende å følge opp alle hjemmesykepleiegruppene godt nok.

De lokale hjemmesykepleiegruppene hadde også en avdelingsleder og en assisterende avdelingsleder. For å sikre bedre kvalitet har de assisterende avdelingslederne nå endret funksjon og blitt fagansvarlige ute i de lokale hjemmesykepleiegruppene i tillegg til de lokale avdelingslederne.

Noen konsulenter erfarte at nødvendig informasjon ikke alltid nådde de fagansvarlige. Flere bemerket også at det var en utfordring å gi samarbeidspartnere som hjemmehjelper og ambulanspersonell informasjon om smitte ettersom de ikke hadde tilgang til journalsystemet.

## **Rom for forbedring**

Flere deltakere meddelte at de hadde fått moderne lokaler som var bedre tilpasset hjemmesykepleien. Arbeidstøy hadde kommet på plass i begge kommunene, og deltakernes inntrykk var at det førte til økt oppmerksomhet på BS blant ansattgruppen.

Deltakerne oppfattet at ansatte var opptatt av hygiene, men fortalte også om det de beskrev som risikoatferd og uvaner: «Når man observerer lange negler eller ringer på sykepleiere, da tenker jeg at det er helt krise» (D6).

Flere hadde fått tilbakemeldinger fra ansatte om at beskyttelsesutstyr til engangsbruk ble brukt flere ganger. Feilbruk og overforbruk av hansker kom frem i flere samtaler. Tilbakemeldinger fra lærlinger tilsa at ulik praksis blant ansatte skapte forvirring.

**«Håndvask var ikke alltid gjennomførbart i hjemmene siden hygieniske forhold varierte og såpe og papir ikke alltid var tilgjengelig.»**

En deltaker fortalte at de hadde rettet søkelyset mot hjemmehjelpenes kunnskap: «Vi har fått mer fokus på hjemmehjelpene ettersom de gjerne går i samme hjem som hjemmesykepleien. Vi oppdager at de ikke hadde kunnskapen vi trodde, i forhold til hanskebruk spesielt. Nå har vi fått riktig type hansker og vist filmer om riktig hanskebruk og håndhygiene» (D8).

Deltakerne beskrev rengjøring av flergangsutstyr, spesielt ukedosetter, som upraktisk på grunn av dosettene materiale og utforming, og noen ganger var det uegnede lokaler. Håndvask var ikke alltid gjennomførbart i hjemmene siden hygieniske forhold varierte og såpe og papir ikke alltid var tilgjengelig.

Alle deltakerne hadde vanligvis god tilgang på hansker og annet smittevernustyr, men de måtte rasjonere under covid-19-pandemien. Deltakerne som ble intervjuet under covid-19-pandemien, oppfattet at smittevernet var bedre enn noen gang, og at det var et økende engasjement for smittevern hos lederne. BS hadde også blitt en del av hjemmesykepleiens risikokartlegging i et distrikt.

## **Diskusjon**

Hovedfunnet i denne studien er at deltakerne oppfattet lokale prosedyrer i hjemmesykepleien som et nyttig verktøy i etterlevelsen av BS, men at prosedyrene hadde begrensninger.

Det kan ses i sammenheng med deltakernes utsagn om usystematisk arbeid med smittevern og mangelfull opplæring av nyansatte. Disse beretningene samsvarer med funn fra andre studier (12–14, 23).

### ***Deltakerne hadde tilgang til prosedyrer***

Flere av deltakerne i vår studie fortalte at de hadde tilgang til oppdaterte fagprosedyrer for BS. De som selv hadde vært med på å utarbeide BS-prosedyrer, opplevde dem som nyttige, mens andre opplevde at eksisterende prosedyrer var mer egnet for institusjoner og lite tilpasset situasjonen i hjemmesykepleien.

Deltakerne påpekte også behovet for nasjonale retningslinjer for hjemmesykepleien. Utfordringene med smittevernrutiner i hjemmesykepleien er også rapportert i den amerikanske studien til Shang og medarbeidere, som viser at ansvar for smittevern, særlig under covid-19-pandemien, kom i tillegg til mange andre arbeidsoppgaver i hjemmesykepleien.

**«Flere av deltakerne i vår studie fortalte at de hadde tilgang til oppdaterte fagprosedyrer for BS.»**

Det var også større sannsynlighet for at smittevern var et klarere definert ansvarsområde i byer enn i mindre sentrale strøk (8). Selv om deltakerne i vår studie fortalte at deltakerkommunene hadde tilgjengelige fagprosedyrer, er det viktig å huske på at ikke alle norske kommuner har tilpassede fagprosedyrer for smittevern ettersom praksis varierer (8, 11).

Sykepleiere i hjemmesykepleien kan også oppleve å ha manglende rutiner og retningslinjer (16). Mye tyder derfor på at det er behov for å utvikle standardiserte retningslinjer nasjonalt.

### ***Det er omfattende å implementere nye prosedyrer***

Standardisering av helsehjelp gir helsemyndighetene mulighet til å redusere uønsket variasjon i pasientenes helsehjelp. Det er særlig viktig med tanke på faren for at fagprosedyren forblir ubrukt dersom innholdet ikke er tilpasset tjenesteområdets eller pasientens behov (27).

Stubberud påpeker hvor omfattende prosessen med å implementere prosedyrer er. For å skape en vedvarende endring bør kommunene ha en plan for implementering som er godkjent på ledernivå. Barrierer og motstand mot endring bør også klarlegges (27).

Endringer i forbindelse med forbedringsarbeidet må også være preget av samhandling innad i organisasjonen, og infrastrukturen bør understøtte endringene (27). Deltakerne i vår studie fremhevet også viktigheten av at lederne var involvert i å innføre smittevernrutiner.

Ledelsen i hjemmesykepleien spiller en sentral rolle i å implementere rutiner og prosedyrer (28), men å oppdatere prosedyrer er ikke en prioritert oppgave (16). I arbeidet med å forbedre smittevernrutiner er det derfor viktig at ledere involveres i innføringsarbeidet og sørger for gode rutiner og opplæring av personalet.

De må også innse verdien av å understøtte forbedringsarbeidet. I Sverige og USA har forskere kartlagt infeksjoner som har oppstått mens brukerne har mottatt hjemmesykepleie, og de fant at slike infeksjoner truet pasientsikkerheten i hjemmetjenesten. Disse infeksjonene bidro til redusert helse for pasientene, ekstra sykehusinnleggelser og unødvendig belastning på helsevesenet (5-7).

Kvalitetsforbedringsarbeid som tar sikte på utvikling av gode smittevernrutiner og ivaretagelse av pasientsikkerheten i hjemmesykepleien, kan derfor være helt avgjørende i fremtiden, særlig med økende multimorbiditet blant pasientene og begrensede ressurser til rådighet (4).

## **Det var vanskelig å overholde BS**

I tillegg til utfordringene med tilpasning av fagprosedyrer og manglende nasjonale retningslinjer var overholdelse av BS et sentralt problem som deltakerne fremhevet i vår studie. Deltakerne fortalte at BS ble vektlagt og lagt til rette for i noen grad, men tidspress, lav grunnbemanning og gjennomtrekk av ansatte kunne hindre etterlevelse av tiltakene.

## **«Deltakerne fortalte at BS ble vektlagt og lagt til rette for i noen grad, men tidspress, lav grunnbemanning og gjennomtrekk av ansatte kunne hindre etterlevelse av tiltakene.»**

I tillegg opplevde de manglende kompetanse og risikoatferd blant ansatte som et hinder for å overholde BS. De kvalitative studiene til Kaya (12) og Karlsson (13) viser også at tidspress hindret etterlevelse av BS i hjemmesykepleien i konkurranse med andre oppgaver (12, 13).

Det samsvarer med funn i studier fra andre helsetjenesteesettinger (14, 23). Ifølge Folkehelseinstituttet (FHI) vet vi lite om hvordan BS etterleves i hjemmesykepleien (11). Risikofaktorer for lav etterlevelse i hjemmesykepleien er imidlertid til stede, noe som er dokumentert i flere norske studier (16–18).

## **Det er mange ufaglærte på kvelds- og helgevakter**

Kvelder og helger er spesielt sårbare tidspunkter, da mange av vaktene blir dekket av mindre kompetent personell. Kaya og Nordin (12) meddeler at innleie av vikarer var viktig for å unngå stort arbeidspress på ansatte over tid.

Personalet var stort sett dyktige, men de beskrev kompetanseutfordringene som et problem, spesielt om sommeren når bemanningen besto av mange vikarer. De oppfattet lav kompetanse og manglende interesse for BS som en trussel mot pasientsikkerheten (12).

Hjemmesykepleiere i Norge har også tidligere uttrykt en slik bekymring (16). Realiteten er at bemanning med ufaglærte ofte blir dobbelt så høy som planlagt i den norske hjemmesykepleien (18). Å sikre at alle ansatte i hjemmesykepleien har tilstrekkelig kunnskap om BS og et godt sikkerhetsmiljø, er derfor avgjørende i det infeksjonsforebyggende arbeidet (14, 15, 23, 24).

Etterlevelse av BS i hjemmesykepleie er avhengig av flere forhold enn prosedyrer. Forankring i ledelsen og behov for et arbeidsmiljø som tillater at smittevern hensyn kan prioriteres, er sentralt.

## **Studiens styrker og begrensninger**

At hjemmesykepleiekonteksten var kjent for intervjueren, medførte forståelse i møte med deltakerne. Medforfatteren har erfaring fra flere deler av primærhelsetjenesten og har på den måten bidratt med nyttige fortolkninger av datamaterialet.

En styrke er også studiens praksisnære og aktuelle problemstilling som tidligere har vært lite undersøkt, spesielt med datainnsamling midt under covid-19-pandemien. Deltakerne representerte ulike distrikter i de to kommunene og bidro dermed til et mer nyansert bilde av hjemmesykepleien i kommunene.

Begge forfatterne har gjennomgått analysen og transkripsjonene og diskutert kategorier og temaer i fellesskap, noe som styrker studiens validitet (22).

De første intervjuene ble gjort før nedstengingen i forbindelse med covid-19-pandemien, og de siste ble gjennomført under pandemien. Svarene ville nok sett annerledes ut om alle ble gjort på samme tidspunkt. Denne antakelsen styrkes av at de siste informantene skilte mellom tiden før og «etter» pandemien.

## **Konklusjon**

Denne studien viser at sykepleieledere og sykepleiefaglige konsulenter opplever at smittevern i hjemmesykepleien er blitt bedre, men fortsatt er mangelfullt på mange områder.

Manglende nasjonale retningslinjer for BS i hjemmesykepleien, prosedyrer som ikke dekker hjemmesykepleiens behov, mangelfull opplæring av ansatte, kort brukertid, lav grunnbemanning, gjennomtrekk av ansatte og fravær av nasjonale retningslinjer er faktorer som er uheldig for etterlevelsen av BS, og kan være en trussel mot pasientsikkerheten.

Vi foreslår en kartlegging av hjemmesykepleien på nasjonalt nivå for å identifisere prosedyrebehov og retningslinjer som er hensiktsmessig for hjemmesykepleien. Et eksempel er spørreundersøkelser på tvers av kommuner og fylker.

### **Hva studien tilfører av ny kunnskap**

- Det er lite kunnskap om hvordan smittevern og basale smittevernrutiner (BS) praktiseres i hjemmesykepleien i norske kommuner. Infeksjonskontrollprogram er ikke forskriftsfestet i hjemmesykepleien slik som for institusjoner. Ettersom det ikke er noen felles nasjonale retningslinjer for BS i hjemmesykepleien, kan praktiseringen variere mellom forskjellige kommuner.

- Vi gjennomførte dybdeintervjuer av sykepleiere med fagansvar i to store bykommuner. Alle studiedeltakerne jobbet i administrasjonen, men hadde god kjennskap til praksisfeltet. Deltakernes erfaringer tyder på at organiseringen av BS kan være utfordrende i hjemmesykepleien.
- Studien bidrar med innsikt i sentrale aktørers erfaringer med organiseringen av BS i hjemmetjenesten. Denne kunnskapen kan være til nytte i kvalitetsforbedringsarbeid og opplæring i hjemmetjenesten og kan i tillegg gi beslutningstakere bedre forutsetninger for å vurdere behovene og utfordringene i denne delen av helsetjenesten.

## Referanser

1. Holm SG, Wiik H. Bo lenger hjemme: nye utfordringer for hjemmetjenesten. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020.
2. Bergsagel I. Stadig flere mottar hjemmesykepleie. Sykepleien; 2020. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2020/06/stadig-flere-mottar-hjemmesykepleie> (nedlastet 10.11.2020).
3. Akselsen PE. Smittevern i helsetjenesten. 3. utg. Oslo: Gyldendal; 2018.
4. Grimsmo A, Løhre A, Røstad T, Gjerde I, Heiberg I, Steinsbekk A. Disease-specific clinical pathways – are they feasible in primary care? A mixed-methods study. *Scand J Prim Health Care*. 2018;36(2):152–60. DOI: [10.1080/02813432.2018.1459167](https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1459167)
5. Schildmeijer KGI, Unbeck M, Ekstedt M, Lindblad M, Nilsson L. Adverse events in patients in home healthcare: a retrospective record review using trigger tool methodology. *BMJ Open*. 2018;8(1). DOI: [10.1136/bmjopen-2017-019267](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019267)
6. Shang J, Larson E, Liu J, Stone P. Infection in home health care: results from national Outcome and Assessment Information Set data. *Am J Infect Control*. 2015;43(5):454–9. DOI: [10.1016/j.ajic.2014.12.017](https://doi.org/10.1016/j.ajic.2014.12.017)
7. Shang J, Wang J, Adams V, Ma C. Risk factors for infection in home health care: analysis of national Outcome and Assessment Information Set data. *Research in Nursing & Health*. 2020;43(4):373–86. DOI: [10.1002/nur.22053](https://doi.org/10.1002/nur.22053)
8. Shang J, Chastain AM, Perera UGE, Dick AW, Fu CJ, Madigan EA, et al. The state of infection prevention and control at home health agencies in the United States prior to COVID-19: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2021;115:1–10. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2020.103841](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103841)

9. Folkehelseinstituttet (FHI). Råd ved helse- og omsorgstjenester i privat bolig og private hjem i samlokaliserte omsorgsboliger mv. Oslo: FHI; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/tiltak-i-hjemmetjenesten> (nedlastet 23.09.2021).
10. Folkehelseinstituttet (FHI). Basale smittevernrutiner i helsetjenesten – veileder for helsepersonell. Oslo: FHI; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/09.-basale-smittevernrutiner-i-hels/> (nedlastet 02.05.2019).
11. Folkehelseinstituttet (FHI). Situasjonsbeskrivelse av smittevern i Norge. Oslo: FHI; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/situasjonsbeskrivelse-av-smittevern-i-norge/> (nedlastet 10.05.2019).
12. Kaya A, Nordin A. Patientsäkerhet i den kommunala hemsjukvården – utifrån distriktssköterskors erfarenheter [masteroppgave]. Borås: Högskolan i Borås; 2018.
13. Karlsson E, Vilner H. «Inte byta bakterieflora mellan stugorna på bygden» – Distriktssköterskors erfarenheter om den hygieniska aspekten i samband med sårvård i hemmen [masteroppgave]. Borås: Högskolan i Borås; 2014.
14. Porto JS, Marziale MHP. Reasons and consequences of low adherence to standard precautions by the nursing team. *Revista gaucha de enfermagem*. 2016;37(2):e57395.
15. Sax H, Uçkay I, Richet H, Allegranzi B, Pittet D. Determinants of good adherence to hand hygiene among healthcare workers who have extensive exposure to hand hygiene campaigns. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2015;28(11):1267–74. DOI: [10.1086/521663](https://doi.org/10.1086/521663)
16. Berland A, Holm AL, Gundersen D, Bentsen SB. Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses. *Journal of Nursing Management*. 2012;20(6):794–801. DOI: [10.1111/j.1365-2834.2012.01461.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01461.x)
17. Ree E, Wiig S. Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:607. DOI: [10.1186/s12913-019-4456-8](https://doi.org/10.1186/s12913-019-4456-8)
18. Gautun H. En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien. Oslo: Oslomet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://hdl.handle.net/20.500.12199/6417> (nedlastet 08.11.2020).



19. Forskrift 17. juni 2005 nr. 610 om smittevern i helse- og omsorgstjenesten. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-06-17-610> (nedlastet 24.08.2020).
20. Forskrift 28. oktober 2016 nr. 119 om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250> (nedlastet 23.06.2021).
21. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven> (nedlastet 20.06.2021).
22. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg., 2. oppl. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
23. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A, et al. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Quality & Safety in Health Care*. 2005;14(1):26–33. DOI: [10.1136/qshc.2004.011155](https://doi.org/10.1136/qshc.2004.011155)
24. Kermode M, Jolley D, Langkham B, Thomas MS, Holmes W, Gifford SM. Compliance with universal/standard precautions among health care workers in rural north India. *American Journal of Infection Control*. 2005;33(1):27–33. DOI: [10.1016/j.ajic.2004.07.014](https://doi.org/10.1016/j.ajic.2004.07.014)
25. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77–101. DOI: [10.1191/1478088706qpo630a](https://doi.org/10.1191/1478088706qpo630a)
26. Oslomet – storbyuniversitetet. Personvern, ROS-analyse, dataplaner og databehandling. Oslo: Oslomet; 2020.
27. Stubberud D-G. Kvalitet og pasientsikkerhet: sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid. Oslo: Gyldendal; 2018.
28. Lindén E, Lekman J. Riskförebyggande arbete i kommunal hemsjukvård: en intervjustudie om sjuksköterskors erfarenheter [masteroppgave]. Växjö: Linnéuniversitetet; 2018.