

Studieprotokoll: Smittevern og antimikrobiell resistens – kartlegging av dagens praksis og utarbeidelse av modell for smittevern i kommunehelsetjenesten («Smittevern i praksis»)

Maria Haukom Rosslund¹, Åshild Aa Ljosland², Maja A. Evjen², Tonje Bye Wang³, Signy Dale Holum³, Jeanette Mørch Andersson,⁴Anita Hansen,⁵ Mette Fagernes^{6,7}

¹ Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester, Vestfold

²Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester, Telemark

³Sykehuset i Vestfold, Kvalitet- og smittevernnavdeling

⁴Porsgrunn kommune

⁵Skien kommune

⁶ Nasjonal arbeidsgruppe for basale smittevernrutiner

⁷Folkehelseinstituttet, Resistens- og infeksjonsforebygging

Prosjektdata

Informasjon om prosjektet	
Prosjektnavn	Smittevern og antimikrobiell resistens – kartlegging av dagens praksis og utarbeidelse av modell for smittevern i kommunehelsetjenesten («Smittevern i praksis»)
Prosjekteier (ORG.)	USHT Vestfold
Prosjekteier (PL)	Jane Hellingsrud (USHT Vestfold)
Ansvarlig Prosjektleder (PL)	Mette Fagernes (FHI)

Revisjonsnr.	Dato	Kommentar
1.0	02.12.2025	
1.1	10.12.2025	Oppdatert styringsgruppe. Tydeliggjort målet om redusert AMR i 1.1 Hensikt og målsetting.
1.2	18.12.2025	Tilgangsstyrt lagringssted endret fra Sharepoint til TSD
1.3	12.02.2026	Oppdatert status rundt avtaleverk og DPIA (3.7), skrevet om Analytisk tilnærming (3.5) med informasjon om Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) som rammeverk.

Innhold

Innhold	2
1. Introduksjon.....	3
1.1 Hensikt og målsetting.....	3
Organisering	5
3. Metode og gjennomføring.....	7
3.1 Tilgang til felt.....	7
3.2 Tema	7
3.3 Elektronisk spørreundersøkelse.....	7
3.3.1 Utvalg og gjennomføring.....	8
3.4 Fokusgruppeintervju.....	8
3.4.1 Utvalg og gjennomføring.....	8
3.5 Analytisk tilnærming.....	10
3.6 Bruk av dataene	11
3.7 Etske betraktninger	11
4. Økonomi	11
5. Fremdriftsplan.....	12
Referanser	13

1. Introduksjon

Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) utgjør en alvorlig utfordring i alle deler av helsetjenesten. De medfører økt sykkelighet, lengre behandlingstid, hyppigere innleggelser og i verste fall død. En norsk studie viste at sykehjemsbeboere med infeksjon hadde fem ganger høyere dødsrisiko innen 30 dager enn dem uten infeksjon.¹

Det er svært begrenset med kunnskap om hvordan smittevern utføres i kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette på tross av det store omfanget av tjenestene, og at det er mange personer spesielt sårbare for infeksjoner blant tjenestemottakerne.

Prevalensundersøkelser fra sykehjem viser HAI på 3,4 % våren 2024 og 3,8 % høsten 2024.² Samtidig øker utfordringen med antimikrobiell resistens (AMR), inkludert MRSA, VRE og karbapenemaseproduserende organismer, som gjør behandling av infeksjoner stadig mer krevende.³⁻⁶ AMR er nå anerkjent som en av verdens største helseutfordringer.⁷

Vanlige infeksjoner i kommunehelsetjenesten – urinveis-, luftveis- og hudinfeksjoner – er i stor grad forebyggbare gjennom systematisk smittevern.^{2,8} Forebygging av HAI i kommunehelsetjenesten er derfor et viktig kostnadseffektivt og pasientsikkerhetsfremmende tiltak, i tråd med Rammeverket for kvalitet og pasientsikkerhet 2024–2027.⁹

Kommunehelsetjenesten står for en betydelig andel av antibiotikaforbruket.¹⁰ Godt smittevern er avgjørende også for å begrense utviklingen av antimikrobiell resistens. I tillegg til å forebygge spredning av antimikrobielle mikrober, forebygger godt smittevern behovet for antibiotikabehandling.

Kartlegginger av smittevernpraksis i kommunale helse- og omsorgstjenester viser betydelig variasjon i organisering og utførelse.¹¹ Det rapporteres fra praksis om mangelfull opplæring, fravær av infeksjonskontrollprogrammer og utilstrekkelig tilgang på smittevernutstyr, særlig i hjemmetjenestene og i mindre kommuner. Denne variasjonen kan ha direkte konsekvenser for forekomsten av infeksjoner, og på feil- og overforbruk av antibiotika.

Viktigheten av godt smittevern i helsetjenesten også utenfor institusjonene, og forskning på faktorer som kan bidra til dette, løftes frem som et avgjørende tiltak for å begrense smittespredning, og for å opprettholde lavt forbruk av antibiotika i den norske helsetjenesten.¹²

Samtidig er ressursituasjonen i kommunehelsetjenesten presset. Det er behov for forskning som gir valid kunnskap om ressurseffektiv organisering av smittevernet i hele bredden av de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

1.1 Hensikt og målsetting

Prosjektets overordnede hensikt er å styrke smittevernet i kommunehelsetjenesten gjennom kartlegging og utvikling av kunnskapsbaserte anbefalinger for organisering, kompetanse og struktur. Ved å undersøke dagens praksis i kommunene i Vestfold og Telemark, er målet å bidra til tryggere tjenester, redusert forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI), mer målrettet og effektiv ressursbruk, bedre antibiotikastyring og redusert utvikling av antimikrobiell resistens (AMR).

Prosjektet retter seg mot hele bredden av kommunale helse- og omsorgstjenester til voksne, inkludert hjemmetjenester, tjenester til personer med rus- og psykiske lidelser, tjenester til personer med utviklingshemming og helseinstitusjoner. Ved å inkludere ulike tjenestetyper og kommunestørrelser søker prosjektet å gi et helhetlig bilde av smittevernarbeidet, inkludert arbeid for redusert utvikling av antimikrobiell resistens, og identifisere lokale behov og forbedringsmuligheter. Formålet møtes ved å besvare følgende studiespørsmål:

- Hvordan er smittevernarbeidet organisert i ulike deler av kommunehelsetjenesten, og hvilke faktorer påvirker valg av organisasjonsmodell?
- Hvilke organisatoriske, strukturelle og kulturelle faktorer fremmer god smittevernpraksis, og hvilke barrierer hindrer effektiv implementering?
- I hvilken grad etterleves basale smittevernrutiner i praksis, og hvilke områder har størst forbedringspotensial?
- Hvordan opplever ansatte og ledere holdninger til smittevern i egen enhet, og hvilken betydning har dette for etterlevelse?
- Hvilken kompetanse har ansatte og ledere om smittevern og antibiotikastyring, og hvordan vurderes dagens opplæringsystemer og tilgjengelighet til skriftlige rutiner?
- Hvordan opplever ansatte og ledere tilgjengelighet til smittevernutstyr og ressurser, og hvilken betydning har dette for smittevernarbeidet?
- Hvilke tiltak foreslås av ansatte og ledere for å styrke smittevernet, forbedre antibiotikastyringen og redusere AMR, samtidig som ressursene utnyttes best mulig?
- Hvordan kan en kunnskapsbasert modell for smittevern utvikles og tilpasses ulike deler av kommunehelsetjenesten (helseinstitusjoner, hjemmetjenester og bemannede boliger innen ulike deler av helsetjenesten)?

Delmål

1. Kartlegge eksisterende praksis innen smittevern i kommunehelsetjenesten i Vestfold og Telemark, inkludert:
 - Variasjon mellom ulike kommuner og ulike deler av de kommunale helsetjenestene.
2. Utvikle en modell for smittevern som:
 - Beskriver ulike organiseringsmodeller for smittevern for ulike deler av kommunehelsetjenesten.
 - Beskriver kompetansebehov og forslag til tiltak for kompetanseheving.
3. Bidra til at deltagende kommuner får:
 - Innsikt i egen praksis og sammenligningsgrunnlag med andre kommuner.
 - Styrket grunnlag for planlegging, kompetanseheving og ressursprioritering.
 - Økt pasientsikkerhet og bedre smittevernberedskap.

Avgrensning

Studien omfatter kommunale helse- og omsorgstjenester til voksne. Polikliniske virksomheter, legevakt, fastleger, tannhelsetjenesten og dagsenter/dagtilbud er ikke inkludert.

Organisering

Prosjektet ble initiert og eies av USHT-Vestfold. Innledningsvis ble det etablert en prosjektgruppe bestående av representanter fra de involverte prosjektpartnerne. Gruppen hadde ansvar for å bidra med faglig innsikt ved utforming av prosjektskisse, sikre forankring i egne organisasjoner og sammen med prosjekteier ha ansvar for prosjektets utvikling.

Tabell 1. Prosjektpartnere/ prosjektgruppe

Organisasjon	Deltager	Stilling/ rolle
Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester, Vestfold	Maria Haukom Rosslund	Rådgiver, prosjektkoordinator
Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester, Telemark	Maja A. Evjen	Rådgiver
	Åshild Aa Ljosland	Rådgiver
Sykehuset i Vestfold, Kvalitet- og smittevern avdeling	Tonje Bye Wang	Smittevernsykepleier
	Signy Dale Holum	Smittevernsykepleier
Porsgrunn kommune	Jeanette Mørch Andersson	Smittevernrådgiver
Skien kommune	Anita Hansen	Smittevernrådgiver
Nasjonal arbeidsgruppe for basale smittevernrutiner	Pia C. Kristiansen	Seniorrådgiver
	Hilde R. Isaksen	Smittevernrådgiver
Folkehelseinstituttet, Seksjon Resistens- og infeksjonsforebygging	Mette Fagernes (prosjektleder)	Seniorrådgiver
	Hanne-Merete Eriksen-Volle	Enhetsleder
Senter for forskning på epidemiltak (CEIR)	Atle Fretheim	Enhetsleder
Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP)	Sigurd Høye	Leder

Det er videre etablert en todelt struktur:

- **Styringsgruppe:** Styringsgruppen består av utvalgte medlemmer fra den opprinnelige prosjektgruppen samt nye nøkkelpersoner med strategisk ansvar og/eller særlig kompetanse innen smittevern i kommunehelsetjenesten. Styringsgruppen har ansvar for overordnet styring, prioriteringer, ressursallokering og forankring på ledelsesnivå, og fungerer som en viktig støtte for prosjektets strategiske utvikling.
- **Arbeidsgruppe:** Består av medlemmene fra den opprinnelige prosjektgruppen. Arbeidsgruppen har ansvar for den praktiske gjennomføringen av prosjektaktiviteter, inkludert datainnsamling, analyse og utvikling av modell.

Det vil videre etableres en høringsgruppe bestående av helsepersonell fra ulike deler av praksis i deltagende kommuner, og også knyttes en brukerrepresentant til studien. Denne organiseringen sikrer både bred faglig forankring og tydelig styring, og legger til rette for effektiv gjennomføring av prosjektet.

Tabell 2. Styringsgruppe

Deltager	Organisasjon	Stilling/ rolle
Jane Hellingsrud (prosjekteier)	USHT-Vestfold	Konst. leder
Heidi Johnsen	USHT- Telemark	Leder
Heidi Larsen	Porsgrunn kommune	Stabsleder Helse og omsorg
Maja Kristin Foss	Skien kommune	Leder for tjenestekvalitet og kompetanseutvikling, Helse
Kristin Liset	Sandefjord kommune	Kommunalsjef
Anita Archer	Færder kommune	Kommunalsjef
Dagfinn Skaare	Sykehuset i Vestfold, Kvalitet- og smittevernnavdeling	Smittevernoverlege
Hanne-Merete Eriksen-Volle	Folkehelseinstituttet, Resistens- og infeksjonsforebygging	Enhetsleder
Sigurd Høie	Antibiotikasenteret for primærmedisin	Leder
Brynhild Braut	Kragerø, Telemark	Kommuneoverlege,
Jan Henning Lunde (brukerrepresentant)	Sandefjord kreftforening, ung Sandefjord kreftforening	Leder Styremedlem

Tabell 3. Arbeidsgruppe

Deltager	Organisasjon	Stilling/ rolle
Mette Fagernes (prosjektleder)	Folkehelseinstituttet, Resistens- og infeksjonsforebygging / Nasjonal arb.gr. for basale smittevernrutiner	Seniorrådgiver
Maria Haukom Rosslund	Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester, Vestfold	Rådgiver
Maja A. Evjen	Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester, Telemark	Rådgiver
Åshild Aa Ljosland	Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester, Telemark	Rådgiver
Tonje Bye Wang	Sykehuset i Vestfold, Kvalitet- og smittevernnavdeling	Smittevernsykepleier
Signy Dale Holum	Sykehuset i Vestfold, Kvalitet og smittevernnavdeling	Smittevernsykepleier
Jeanette Mørch Andersson	Porsgrunn kommune	Smittevernrådgiver
Anita Hansen	Skien kommune	Smittevernrådgiver
Petter Langlete (Analyse)	Folkehelseinstituttet, Seksjon Resistens- og infeksjonsforebygging	Seniorrådgiver

3. Metode og gjennomføring

Studien er utforskende, og benytter en kombinasjon av kvantitative og kvalitative metoder for å sikre både bredde og dybde i datagrunnlaget.

Innsamling av data vil gjennomføres ved bruk av elektronisk spørreskjema og fokusgruppeintervju. For å få et bredt bilde av eksisterende praksis og faktorer som påvirker implementering og etterlevelse av smitteforebyggende tiltak i kommunehelsetjenesten, er det ønskelig å kartlegge erfaringer fra ansatte og ledere i helseinstitusjoner, hjemmetjenester og bemannede boliger i Vestfold og Telemark.

CFIR (Consolidated Framework for Implementation Research) vil benyttes som rammeverk ved utforming av spørreskjema og intervjuguide, samt for å strukturere analysene.

3.1 Tilgang til felt

Alle kommuner i Vestfold og Telemark vil forespørres om å delta i studien per e-post til kommunalsjef for helse- og omsorgstjenestene (eller tilsvarende) i den enkelte kommune, med utviklingssentrene kommunekontakter på kopi. Kommuner som ønsker å delta i studien vil bli bedt opp å utnevne en kontaktperson som kan bistå arbeidsgruppen med informasjon om struktur på helsetjenesten i kommunen (organisasjonskart), samt navn og e-post til ledere på alle nivå.

3.2 Tema

Respondentene vil forespørres om hvordan smittevernet er organisert og utføres ved egen avdeling/enhet, samt hvilke forhold de tror påvirker praksisen. Eksempler på tema som vil berøres er:

- Organisering av smittevern ved enheten
- Skriftlig rammeverk (hva finnes, hvor tilgjengelig er det, hvor kjent er det)
- Systemer for opplæring av ansatte
- Etterlevelse i praksis (det vil velges ut markører som for eksempel håndhygiene, rengjøring og avfallshåndtering)
- Fagstøtte og samarbeid
- Holdninger til smittevern ved enheten
- Antibiotikastyring (eksempelvis urinveisinfeksjoner)
- Vaksinerings av ansatte og beboere/pasienter

3.3 Elektronisk spørreundersøkelse

Det vil bli utarbeidet elektroniske spørreskjemaer tilpasset de ulike gruppene av respondenter. Skjemaene vil baseres Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), og inneholde spørsmål med både åpne og lukkede svaralternativer, og utformes ved bruk av [«Nettskjema»](#).

Ved å bruke spørreskjema kan det innhentes personlige og individuelle meninger, holdninger og erfaringer med gjennomføring av smitteforebyggende tiltak ved egen arbeidsplass, uten at disse

er påvirket av andres meninger og erfaringer. Det er en effektiv måte å samle inn større mengder data på, med mulighet til både å differensiere og sammenligne data fra ulike grupper.

3.3.1 Utvalg og gjennomføring

Ut fra listen arbeidsgruppen mottar fra kommunekontakten vil det sendes e-post til de ulike gruppene av ledere med informasjon om studien og lenke til spørreskjema. Ledere med personalansvar for ansatte som er ønsket som respondenter, vil motta en ekstra e-post med informasjon og lenke til spørreskjema med forespørsel om å videresende den til ansatte ved enheten de leder. På bakgrunn av kjennskap til at mange ansatte i kommunehelsetjenesten sjelden eller aldri leser e-post vil lederne også forespørres om å sende informasjon og lenke på tekstmelding. Det vil også oppfordres til å skrive ut informasjon om studien med QR kode til spørreskjemaet og gjøre det tilgjengelig på møtepunkter i avdelingen hvor de ansatte er tillat å ha med seg sin telefon, eksempelvis på pauserom, og å dele informasjon om studien på interne sosiale medier.

I tabell 4 gis oversikt over de ulike gruppene av ansatte det vil utformes spørreskjema til.

Det vil bli understreket at deltagelse er frivillig.

For de ansatte vil undersøkelsen være anonym, kun arbeidssted, profesjon og antall år som ansatt i helsetjenesten vil bli registrert. For respondenter som innehar roller, som ledere, smittevernkontakter og kommuneleger, vil anonymitet ikke kunne etableres grunnet rolle og avdelingstilhørighet.

Rundt 4 uker etter utsendt skjema vil den enkelte leder få antall ansatte som har svart på spørreundersøkelsen, og forespørres om å sende ut påminnelse til de ansatte om å besvare skjemaet. Ettersom undersøkelsen er anonym vil man ikke ha oversikt over hvem som har svart, påminnelsen vil derfor gå ut til alle ansatte, også de som har besvart studien.

3.4 Fokusgruppeintervju

Det vil utformes semistrukturerte intervjuguider for fokusgruppeintervju basert på Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), og tilpasset de ulike gruppene av respondenter.

Fokusgrupper er velegnet når det er ønske om å belyse felles erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler, og til å belyse forbedringsområder og forbedringsforslag. Metoden er godt egnet til å kartlegge både erfaringer og refleksjoner rundt det aktuelle temaet fra et større antall informanter.^{13,14}

Når informantene sammenligner egne erfaringer og forståelser, produseres ofte informasjon som skiller seg fra det som typisk kommer frem i spørreundersøkelser og individuelle intervjuer. Ved å bruke fokusgruppeintervju som en triangulerende metode, søker vi å få frem utfyllende data som kan supplere dataene fra spørreundersøkelsen.

3.4.1 Utvalg og gjennomføring

Gjennomføringen av den elektroniske spørreundersøkelsen vil starte opp før fokusgruppeintervjuene, og resultatene vil være med å forme intervjuguiden til fokusgruppeintervjuene samt utvalg av institusjoner og yrkesgrupper det gjennomføres fokusgruppeintervju med. Det er ønskelig å gjennomføre intervju både ved enheter hvor

respondentene opplever at smittevern er godt implementert i praksis, og enheter hvor respondentene oppgir at smittevernet er mangelfullt.

Vi planlegger gjennomføring av to fokusgruppeintervju med ansatte ved henholdsvis helseinstitusjoner, hjemmetjenester, tjenester til personer med utviklingshemming, tjenester til personer med rus- og psykiske lidelser, boliger innen eldreomsorg, fysio- og ergoterapitjenester, og renhold i kommunale helseinstitusjoner. Det vil i tillegg, ut fra resultatene fra spørreskjemaene, vurderes behov for fokusgruppeintervju eller samtaler med ulike rolleinnhavere. Fokusgruppeintervjuene vil bli spredd utover deltagende kommuner.

Ved avdelinger/enheter som blir valgt ut og samtykker til fokusgruppe vil avdelingsleder bli forespurt om å finne egnede deltagere blant ansatte. Frivillighet vil bli understreket. Ved negativt svar vil nye bli forespurt frem til et tilstrekkelig antall deltagere har takket ja (5-8 per fokusgruppeintervju).

Hvert fokusgruppeintervjuene vil gjennomføres av to av arbeidsgruppens deltagere. Dato for intervju bli valgt i fellesskap med leder ved gjelden enhet. Tidspunktet på dagen vil velges ut fra driften på hvert sted, fortrinnsvis i tiden rundt vaktskiftet slik at det er flere tilgjengelige informanter.

Under selve intervjuet vil hver respondent bli tildelt et nummer som benyttes ved tiltale istedenfor navn. Det vil også bli registrert type avdeling og profesjon på lappen, samt antall år vedkommende totalt har arbeidet i helsetjenesten. De demografiske dataene vil ikke knyttes opp mot utsagn fra enkeltmedlemmer, men kun benyttes til å beskrive gruppen som helhet.

Intervjuene vil tas opp på mobilappen [Nettskjemadikafon](#) og deretter transkriberes. Opptak av fokusgruppeintervjuene vil ikke bli overført til PC. Opptaket vil slettes så fort transkripsjon er gjennomført, senest innen fire uker. Rådataene (transkripsjonen fra intervjuene) vil kun være tilgjengelig for arbeidsgruppens medlemmer, i en tilgangsstyrt mappe for prosjektet. De vil makuleres når arbeidet er avsluttet, senest 5 år etter prosjektslutt.

Moderator vil lede intervjuet etter standardisert intervjuomal, mens assistenten vil gjøre notater til støtte ved transkripsjonen av lydbåndene. Av hensyn til tidsbruk for deltagerne er maksimaltid for hvert intervju satt til 45 minutter.

Tabell 4. Grupper av respondenter

Type helsetjeneste	Stilling/ rolle
Grupper med spesielt ansvar for smittevern	Kommune-/smittevernoverlege
	Smittevernsykepleiere/ smittevernrådgivere
	Smittevernkontakter
Helseinstitusjoner (både korttids- og langtids)	Øverste leder
	Leder med personalansvar (laveste nivå)
	Tilsynsleger/ sykehjemsleger
	Ansatte med pasientkontakt
	Ledere på nivå med institusjonsleder
	Leder for den enkelte bolig

Bemannede boliger (eldreomsorg, tjenester til personer med rus- og psykiske lidelser og personer med utviklingshemming)	Ansatte med brukerkontakt
Hjemmesykepleie	Ledere på nivå med institusjonsleder
	Leder for den enkelte bolig
	Ansatte med pasientkontakt
Fysio – og ergo. for hjemmeboende	Leder med personalansvar
	Ansatte med pasientkontakt
Renhold/praktisk bistand	Ledere med personalansvar
	Ansatte
Ambulante team (krefteam, demensteam, rus/psykiatri)	Ledere med personalansvar
	Ansatte med pasientkontakt

3.5 Analytisk tilnærming

Teoretisk rammeverk - The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)

The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) benyttes som overordnet teoretisk og analytisk rammeverk. CFIR består av fem domener—*Outer Setting, Inner Setting, Individuals, Process og Innovation*—som samlet gir en strukturert tilnærming til å identifisere faktorer som påvirker implementering i komplekse tjenestekontekster. Rammeverket er særlig relevant for smittevernarbeid i kommunale helse- og omsorgstjenester, der praksis formes av både eksterne føringer, organisatoriske forhold og individuelle kompetanse- og holdningsfaktorer.¹³

CFIR brukes i studien for å sikre systematikk og teoretisk konsistens på tvers av datakilder. Spørreskjemaene er bygget opp rundt utvalgte domener og konstrukt, og analysene vil struktureres i tråd med det samme rammeverket.

Kombinert kvantitativ og kvalitativ analyse

Prosjektet kombinerer kvantitative og kvalitative analyser. Datakildene analyseres separat, før de integreres i en samlet fortolkning innenfor CFIRs domener og konstrukt. Integrasjonen brukes til å identifisere mønstre på tvers av nivåer og aktørgrupper.

For spørreskjemaundersøkelsen utarbeides en egen analyseplan, og skjemaene vil piloteres i forkant av studien. De kvantitative dataene analyseres deskriptivt.

Fokusgruppeintervjuene analyseres ved hjelp av deduktiv innholdsanalyse basert på CFIR. Intervjuene transkriberes og kodes først mot relevante CFIR-domener og konstrukt, med rom for å legge til nye undertemaer dersom data ikke passer inn i eksisterende kategorier.

3.6 Bruk av dataene

Prosjektet søker å fremskaffe data til lokal nytte for deltagende kommuner i Vestfold og Telemark. Det vil utarbeides en kort rapport til hver deltagende kommune med data fra egen kommune. Det vil også utarbeides en rapport med de samlede funnen fra studien. I tillegg vil det arbeides for å få dataene publisert i artikkels form i egnet tidsskrift.

Det er begrenset med forskningslitteratur om praktisk smittevern i kommunehelsetjenesten. Studien vil også gi ny og viktig kunnskap som vil kunne være av interesse både nasjonalt og globalt.

3.7 Etske betraktninger

Godt smittevern er en forutsetning for forsvarlig helsehjelp og yrkesutøvelse, og er hjemlet i Spesialisthelsetjenesteloven, Helse- og omsorgstjenesteloven og Helsepersonelloven.

Kommunene velger selv om de ønsker å delta i studien. Det vil kommuniseres tydelig til den enkelte respondent at deltakelse i spørreskjema og fokusgruppeintervju er frivillig. Samtykke gis ved innsending av spørreskjema eller ved å delta i intervju.

Opptak fra intervjuene vil bli lagret direkte i Nettskjema og vil kun være tilgjengelig for arbeidsgruppen via to-faktor innlogging. Transkribering vil bli gjennomført med integrert KI-løsning og kontrollert manuelt for ordrett gjengivelse. Opptakene vil bli slettet innen to uker etter transkribering. Transkripsjonene vil deretter bli lagret i en tilgangsstyrt mappe på TSD for videre analyse. Svar fra spørreundersøkelsen vil først bli lagret i Nettskjema og deretter overført til samme tilgangsstyrte mappe. Kun arbeidsgruppens medlemmer vil ha tilgang. Persondata vil ikke bli tatt ut av mappen og vil ikke bli delt internt eller eksternt.

Data vil bli koblet til kommune, organisasjonsenhet og avdeling, men ikke til individnivå. For ansatte vil data være anonyme; navn eller ID vil ikke bli registrert. For ledere, smittevernkontakter og andre rolle innehavere vil navn og rolle bli registrert, men publisering av data som kan identifisere enkeltpersoner vil ikke forekomme.

Rådata (transkripsjoner og spørreskjema) vil bli slettet senest fem år etter prosjektstutt. Datamaterialet i TSD og Nettskjema vil bli slettet samtidig.

Evalueringsprosjektet eies av USHT Vestfold og ledes av Folkehelseinstituttet. Sandefjord kommune har gjennomført ROS -analyse, vurdert at det ikke er behov for fullstendig personvernkonsekvensvurdering (DPIA), og godkjent studien. Folkehelseinstituttet har etablert e-protokoll (6360-6360), vurdert at det ikke er behov for fullstendig personvernkonsekvensvurdering (DPIA) og godkjent studien. Det utformes samarbeidsavtale og avtale om delt databehandleransvar mellom Sandefjord kommune og Folkehelseinstituttet. Det vil i tillegg bli innhentet godkjenning for datainnsamling i alle deltagende kommuner.

4. Økonomi

Det er mottatt kroner 350 000 fra Statsforvalteren i Telemark og Vestfold til prosjektet for 2025. Midlene vil dekke lønn til prosjektkoordinator ved USHT-Vestfold, samt kostnader til innkjøp av

tjenester i forbindelse med utforming av materiell. Øvrige kostnader, arbeidstid og reiseutgifter for arbeidsgruppens øvrige medlemmer, dekkes av det enkelte gruppemedlems arbeidsgiver.

5. Fremdriftsplan

I tabell 5 presenteres en grov fremdriftsplan

Tabell 5. Fremdriftsplan

Fase	Måned	Aktivitet
1.	August – desember 2025	<ul style="list-style-type: none">• Databehandleravtale og godkjenninger• Utforme plan for datainnsamling• Utforme spørreskjema• Utforme informasjonsmateriell• Sende forespørsel kommuner
2.	Januar – mars 2026	<ul style="list-style-type: none">• Utforme intervjumal• Utforme analyseplan• Pilotere spørreskjema og intervjuguide• Sende ut elektroniske spørreskjema• Gjennomføre og transkribere fokusgruppeintervju
3.	April-juni 2026	<ul style="list-style-type: none">• Dataanalyse
1.	Juni-oktober 2026	<ul style="list-style-type: none">• Utarbeide rapporter• Modellutvikling. Utforme en helhetlig modell for smittevern i kommunehelsetjenesten basert på analysen.

Referanser

1. Koch, A. M., Eriksen, H. M., Elstrøm, P., Aavitsland, P., & Høiby, E. A. (2009). Severe infections in Norwegian nursing homes: A one-year prospective study. *Journal of Hospital Infection*, 71(3), 269–273.
2. Folkehelseinstituttet. Helsetjenesteassosierte infeksjoner og bruk av antibiotika i sykehjem NOIS-PIAH Resultater fra punktprevalensundersøkelsene i Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner. 2025
3. Folkehelseinstituttet. Forekomst av antibiotikaresistente bakterier og sopp. Meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA). Nettside. Lastet ned 03.11.25
4. Folkehelseinstituttet. Forekomst av antibiotikaresistente bakterier og sopp. Enterokokker resistente mot vankomycin (VRE) og/eller linezolid (LVRE/LRE). Lastet ned 03.11.25
5. Folkehelseinstituttet. Årsrapport 2024. Utbrudd av smittsomme sykdommer i Norge i 2024. Vevbasert system for utbruddsvarsling (Vesuv). Lastet ned 03.11.25.
6. Folkehelseinstituttet. Karbapenemaseproduserende organismer (CPO). Lastet ned 03.11.25
7. Helse- og omsorgsdepartementet et.al.2024. Nasjonal én-helse strategi mot antimikrobiell resistens 2024–2033
8. Folkehelseinstituttet. Kort rapport fra sykehjem: Helsetjenesteassosierte infeksjoner og bruk av antibiotika i 2020. Lastet ned 03.11.25
9. Helsedirektoratet. Rammeverket for kvalitet og pasientsikkerhet 2024–2027
10. Folkehelseinstituttet og Veterinærinstituttet. NORM og NORM-VET:Usage of Antimicrobial Agents and Occurrence of Antimicrobial Resistance in Norway. Lastet ned 03.11.25
11. Folkehelseinstituttet. 2018. Situasjonsbeskrivelse av smittevern i Norge.
12. Folkehelseinstituttet. 2020.Antibiotikaresistens - Kunnskapshull, utfordringer og aktuelle tiltak. Status 2020
13. Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). Nettside besøkt 11.02.26.