

Det ”rena sjukhuset”: ett ledningsperspektiv

En diskursanalys av hantering av antibiotikaresistens på sjukhus

Lars Nordgren

Lars Nordgren, docent, Inst. för service management och tjänstvetenskap,
Lunds universitet. Affilierad till Högskolan Halmstad.

E-post: lars.nordgren@ism.lu.se, lars.nordgren@hh.se, nordgrenlars.g@gmail.com

Med stöd av diskursanalys belyser artikeln hur en sjukhusledning, med sjukhuschef, verksamhetschefer och smittskyddsläkare, hanterar antibiotikaresistens på sjukhus. En framträdande diskurs handlar om att påverka *beteendet* hos personal och patienter för att skapa renhet och engagera medarbetarna. Fraser som ”Rena händer är viktigast.” och ”Tvätta dina händer.” ingår i diskursen. Den andra, *rumsliga* diskursen, handlar om modifiering och planering av lokaler, för att öka möjligheter till isolering, ventilation och rengöring. Den handlar även om att separera patient - och anhörgvägar från personalvägar. En idé är att använda boenden för avancerad sjukvård. När sjukhusledningen kommunicerar det ”rena sjukhuset” för att motverka antibiotikaresistens krävs begripliga och tydliga råd samt ett engagerat ledarskap. Det krävs också ett ökat politiskt ansvarstagande.

By using discourse analysis as method the article highlights how a hospital management organization, including the hospital director, an operation manager and an infection control physician, manages antibiotic resistance and infection control in hospitals. A prominent discourse is about influencing the *behaviour* of staff and patients in order to create “the clean hospital” and to engage employees. Phrases like “Clean hands are most important.” and “Wash your hands.” are included in the behavior discourse. The second, *spatial* discourse, is about modification and planning of premises, in order to increase opportunities for isolation, ventilation and cleaning. Moreover, it is about separating patient and relative pathways from staff pathways. One idea is to use housing for advanced healthcare. When the hospital management communicates the “clean hospital” to counteract antibiotic resistance, understandable and clear advices as well as committed leadership are required. Increased political accountability is also required.

Introduktion

Som sjukhuschef på Länssjukhuset i Halmstad under 1990-talet fick jag ta del av problemet med antibiotikaresistenta bakterier och det hot som detta utgjorde mot sjukvården i samband med risken för att allt fler sjukdomar sprids på sjukhuset. Om det under 1980-talet pratades om att undvika beröring med personer som var HIV-smittade och om att skydda sig i sexuella relationer så handlade det under 1990-talet och framåt om att undvika spridning av infektioner och att se upp för multiresistenta bakterier. I skrivande stund, hösten 2020, under pågående Covid-19-pandemi, talas det om att hålla avstånd, tvätta händerna och att stanna hemma vid misstänkt smitta. Dessa exempel handlar alla om hur hälso- och sjukvårdens anställda medarbetare förhåller sig till frågor om bakterier och virus. Vårdanställdas kunskaper om användning av antibiotika har kartlagts av EU:s smittskyddsmyndighet ECDC, som visar att vårdanställda i Europa har goda kunskaper om rätt användning av antibiotika och om antibiotikaresistensutveckling. Dock skiljer sig kunskapsnivån åt mellan olika länder (European Centre for Disease Prevention and Control. 2019). Sverige har satsat på information om resistensutvecklingen och visar, internationellt sett, en låg användning av antibiotika både bland människor och bland djur. I denna artikel fokuseras på hur sjukhusledningen i en region leder arbetet för att motverka antibiotikaresistens genom att göra sjukhuset *rent* och därmed mer levbart för patienter, personal och anhöriga i ett läge där antibiotika riskerar att mista sin botande kraft. Renhet ses som ett sätt hantera resistens.

Bakgrund: att motverka antibiotikaresistens

Antibiotikaresistens innebär att bakterier har utvecklat resistens mot antibiotika, en resistens som orsakar såväl ökad sjuklighet och dödlighet för befolkningen som ökade kostnader för samhället. Det är främst två faktorer som orsakar antibiotikaresistens: överanvändning av antibiotika, som skapar urval av resistent bakterier, samt spridningen av bakteriestammar och resistensmekanismer mellan bakterier (Holmdahl, 2017a, sid. 25). Infektionsläkaren Torsten Holmdahl skriver i sin avhandling att ”Ett av våra främsta vapen mot allvarliga smittsamma sjukdomar i dagens sjukvård är antibiotika. Tyvärr är vi på väg mot en situation där antibiotika förlorar i verkan och effektivitet. Detta skulle få förödande konsekvenser för enskilda individer och hela samhället” (ibid., sid. 13). Utifrån den framtidsbilden gäller det att ur ett vårdhygieniskt perspektiv bygga sjukhus på ett sätt som motverkar spridning av farliga bakterier för att undvika infektioner.

Antibiotikaresistens är således en central samhällsfråga som, liksom den under 2020 pågående Covid-19-pandemin, medför stora konsekvenser för samhället. Ibland kallas detta problem för den tysta pandemin. Politiken tvingas arbeta

under nya former och de ekonomiska konsekvenserna blir ökade kostnader för stat, regioner och kommuner. Förutom vikten av att organisera samhällsfunktioner på nya sätt visar Covid-19-pandemin och antibiotikaresistensproblematiken på vikten av att idka god hygien i offentliga miljöer, på sjukhus, äldreboenden och i umgänget mellan människor. Det handlar om att påverka människors kunskaper och beteende för att undvika smittspridning. Denna påverkan kan göras med stöd av diskurser, som handlar om hur ett visst antal människor i vissa positioner talar och skriver om en viss föreställning i olika yttranden till något enhetligt, som i sin tur påverkar andra människors sätt att tänka, tala och handla (utvecklas i nästa avsnitt).

Det tal som sjukhusledningarna ofta använder för att kommunicera hur antibiotikaresistens kan motverkas på sjukhus, ramar in av en dominerande diskurs som jag kallar att *skapa renhet*. Föreliggande text syftar till att illustrera hur denna diskurs manifesteras inom en sjukhusledning. Det görs genom analys av utsagor som cirkulerar - exempelvis i vetenskapliga artiklar, samtal och intervjuer - och som uttalas av personer i sjukhusledande positioner. Diskursen om att *skapa renhet* kopplas ofta till yttranden om rationell antibiotikaanvändning. Närmare bestämt är syftet att - med hjälp av diskursen - synliggöra och belysa hur en sjukhusledning - som här inbegriper politiker, sjukhuschef, verksamhetschef och smittskyddsläkare - leder detta arbete inom en svensk region. Det finns studier som analyserar sjukhusledning kopplad till professions- och fusionsforskning, men knappast någon, som författaren funnit, som sammankopplar sjukhusledning med antibiotikaresistens (Nordgren, 2012, 2015). Det finns således ett behov av att göra den kopplingen.

Tillvägagångssätt

Tillvägagångssättet är inspirerat av Michel Foucaults diskursbegrepp, som han lägger fram i boken *Vetandets arkeologi* (Foucault, 1972). Enligt Foucault existerar det som människor talar om aldrig ”innan” diskursen (hur man tänker och talar om ett visst ämne). Snarare är det diskursen som styr människors sätt att tänka, tala och skriva, vara och handla. Foucault talar om regler för hur diskurser bildas, sprids och binds samman och benämner dem diskursiva formationer. Synsättet påminner om begreppet paradigm, som ungefärligen betyder att man ser på världen på ett visst sätt. Inom en diskursiv formation regleras kunskapsobjektet (det som diskuteras), yttrandeformerna (till exempel hur en läkare och patient talar med varandra), begreppen (de begrepp som används vid formulering av diskursen) samt strategier (de teman och strategier som eventuellt utvecklas som följd av diskursen). Reglerna styr över vad som kan sägas inom diskursen (Foucault, 1971). Med stöd av reglerna kan forskaren analysera en empiri bestående av olika texter med stöd av följande steg:

1. Vem är det som talar eller skriver utsagor och från vilken position?
2. Identifiering av utsagor som återspeglar tongivande diskurser. I dessa utsagor analyseras de diskurser som reglerar hur en aktör uttrycker sig.
3. Identifiering av centrala begrepp i utsagorna. En del av begreppen kan eventuellt ligga till grund för att vissa teman och strategier bildas.

Som empiri använder jag ett samtal med en politiker (år 2020), en skriftlig strukturerad intervju med en sjukhuschef (år 2020), samtal med en smittskyddsläkare (år 2019 och 2020), med en verksamhetschef (år 1993), möte med en driftnämnd för Hallands sjukhus (år 2020) samt föredrag av flera olika forskare vid Pufendorf institutet vid Lunds universitet (år 2019 och 2020). Forskarna representerar medicin (infektionssjukvård, smittskydd, allmänmedicin, sociologi och antropologi. Nämnda personer har samtyckt till att bli citerade, de flesta är också anonymiserade. Vetenskapliga artiklar, avhandlingar och rapporter, böcker och inslag i massmedia har sökts med utgångspunkt i hur renhet skapas på sjukhus. En text är Torsten Holmdahls avhandling *Hospital Design and Room Decontamination for a Post-Antibiotic Era and an Era of Emerging Infectious Diseases. From a Macro to a Micro Perspective*. Information från Nya Karolinska Sjukhuset (2019–2020) hämtas från sjukhusets officiella information. Det är en fördel för forskningen om forskaren själv deltagit på fältet och fått nära kunskap, som i mitt fall. Dock är det oundvikligt att forskaren får en förförståelse av olika skeenden, vilket kan göra forskningen ensidig och subjektiv (Czarniawska, 2007). Genom att använda ett teoretiskt verktyg i analysen av texter försöker jag avskärma mig från denna förförståelse.

Artikelns struktur bygger på de olika analysstegen ovan. Med stöd av stegen börjar jag med att beskriva hur vårdrelaterade infektioner utgör ett patientsäkerhetsproblem och fortsätter med att analysera hur diskursen om att skapa renhet uttrycks i en avhandling och i information från Karolinska sjukhuset för att sedan analysera hur en sjukhusledning (Halland) arbetar med att motverka antibiotikaresistens. Slutligen diskuteras resultaten av analyserna.

Vårdrelaterade infektioner

I detta avsnitt visar jag hur smitta i sjukvården orsakar infektioner på sjukhus trots sjukhusens mål om att skapa renhet. Mängden vårdrelaterade infektioner, som är en viktig indikator på patientsäkerhet i sjukvården, tycks visa att så är fallet. Vårdrelaterade infektioner utgör nämligen drygt en tredjedel av de vårdskador som uppkommer i sjukvården, med åtföljande lidande för patienter och ökade kostnader för sjukhusen (Holmdahl, 2017a, sid. 27-28). Enligt en rapport gjord av Sveriges Kommuner och Regioner drabbas 57 000 patienter årligen av infektionerna, varav 1300 avlider (Sveriges Kommuner och Regioner, 2020).

Vanliga skador är enligt rapporten vårdrelaterade urinvägsinfektioner och postoperativa sårinfektioner. Det är också vanligt att patienter med en vårdrelaterad infektion har andra skador, som trycksår och kirurgiska skador. Kostnaden för den extra tid (nästan 400 000 extra vårddygn per år) som de smittade patienterna får tillbringa på sjukhus beräknas till närmare 4,4 miljarder kronor, motsvarande cirka 6 procent av kostnaden för somatisk sjukhusvård. Enligt rapporten borde ett framgångsrikt förebyggande arbete, som *handhygien*, kunna minska antalet vårdrelaterade infektioner väsentligt och därmed reducera kostnaden varje år alternativt att frigöra vårdplatser till annan vård. Då de flesta patienter med en vårdrelaterad infektion behandlas med antibiotika är det även ur antibiotikaresistenssynvinkel viktigt att minska risken för smittspridning och att förebygga infektioner. Handhygien ses som den åtgärd som kan ge mest effekt.

Varje månad görs det för Hallands sjukhus en uppföljning av patienters vårdskador på sjukhuset. För vårdrelaterade infektioner görs punktprevalensmätningar, som redovisas för den politiskt valda Driftnämnden för sjukhuset. I ”Preliminär månadsrapport oktober 2019 Hallands sjukhus” står det: ”Vid vårens punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner (VRI) hade 12,4 procent av patienterna som vårdades på Hallands sjukhus en vårdrelaterad infektion. Hallands sjukhus resultat vid förra årets mätning var 7,3 procent. Resultatet för riket vid denna mätning var 9,2 procent. Mätningarna kan dock vara osäkra. (Driftnämnden för Hallands sjukhus, 2019). Vi ser att andelen patienter med vårdrelaterade infektioner överstiger 10 procent. Mätningen är dock gjord vid ett måttillfälle. När sjukhuset har analyserat resultatet visar det sig att det finns en ökning av patienter med behandling som hämmar immunsystemet och medför en ökad risk för infektioner. Flera av dessa patienter hade vid mätningen en vårdrelaterad infektion, vilket sjukhuset i nästan samtliga fall inte kunnat förhindra. Några patienter hade fått sin vårdrelaterade infektion på en annan avdelning eller annat sjukhus. Motsvarande mätningar görs för alla sjukhus i Sverige en gång per år och visar en prevalens (det relativa antalet sjuka i en sjukdom inom en viss del av befolkningen vid en viss tidpunkt) på cirka 9% (Holmdahl, 2017a, sid. 28).

Beträffande infektionskliniken vid Skånes Universitetssjukhus i Malmö säger infektionsläkaren Torsten Holmdahl att ”en stor andel av alla patienter har en infektion” och att ”Förekomsten av vårdrelaterade infektioner gör det farligt att vistas på sjukhus”, vilket påvisar vikten av att förebygga infektioner (ibid., sid. 28). I ett avsnitt som behandlar vårdrelaterade infektioner lyfter Holmdahl (ibid., sid. 30) fram implikationer för design av sjukhuslokaler och utrustning som följd av risken för vårdrelaterade infektioner: ”Det är viktigt att komma ihåg mekanismer (karaktären på) för spridningen av antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner när man överväger organisation av sjukvård och byg-

gande av nya lokaler för medicinsk verksamhet. Exempel på negativa faktorer som bör undvikas är överbeläggning, underbemanning och patientflöden med blandning av smittsamma och icke-smittsamma patienter.” Holmdahl skriver att kliniken preventivt bör arbeta med olika renhetsskapande faktorer som ”enkelrum”, ”hantering av isolering”, möjlighet till handhygien på strategiska platser på kliniken och korrekt klädkod. Han trycker också på att kvaliteten på renhållningen av sjukhus är en kritisk faktor. Därför måste det vara enkelt att städa ytor (ibid.) Utsagorna handlar om att det är farligt att vistas på sjukhus på grund av infektionsrisken. Således gäller det att sätta in renhetsskapande åtgärder som enkelrum, isolering m.m., det vill säga att befinna sig inom diskursen att skapa renhet.

Två diskurser framträder: den ’rumsliga’ och den ’beteendemässiga’

Inom hälso- och sjukvården sätts det mål för renhet. I detta kapitel ska dessa mål betraktas som olika diskurser om renhet som påverkar planering och organisering av sjukhus. Jag lyfter fram två diskurser där ”det rena” framträder extra tydligt och analysera hur dessa utsagor tar form. Som underlag för analysen har jag utgått från ett studiebesök vid Skånes Universitetssjukhus i Malmö (år 2019), en avhandling (Holmdahl, 2017a), vetenskapliga artiklar samt information från Karolinska Universitetssjukhuset.

Isolera och fördela patienter – den rumsliga diskursen

Talet om det rena sjukhuset illustreras i planeringen av en ny infektionsklinik på Skånes universitetssjukhus i Malmö. I Torsten Holmdahls avhandling ingår artikeln *Design for the Post-Antibiotic Era: Experiences from a New Building for Infectious Diseases in Malmö* (Holmdahl, & Lanbeck, 2017b). I denna beskrivs grunderna för planering av en ny infektionsklinik i Malmö. Planeringen startade år 2005, vid en tid då hoten om tilltagande antibiotikaresistens och uppdykande infektioner som SARS, pandemisk influensa och vinterkräksjuka tilltog (Holmdahl, 2017a, sid. 14). Holmdahl argumenterar för att sjukhusbyggnation skall baseras på forskning på samma sätt som medicinska behandlingar (ibid). Bland annat handlar det om att vägar in till kliniken planeras så att smittspridning undviks. Lösningen är att patienter, besökare och material slussas in och ut via uppvärmda balkonger på utsidan av byggnaden. Holmdahl hävdar att ”Akutmotagningar bör ha isoleringsrum för patienter med individuella ingångar från utsidan. Transport av patienter från en akutavdelning till en avdelning för infektionssjukdomar kan organiseras utomhus, och ingångar till patientrummen kan ske från en yttre balkong i hus med flera våningar” (Holmdahl, 2017a, sid. 81).

Ett annat exempel som illustrerar det rena sjukhuset är hur vårdbyggnaden

har planerats med enkelrum på Nya Karolinska Sjukhuset Solna. Det nybyggda universitetssjukhuset är avsett för de patienter som är svårast sjuka och skadade. I en informationstext *Karolinska Universitetssjukhuset informerar* skrivs: ”Alla 630 patientrum är enkelrum med en extrabädd för närstående, med egen dusch och toalett. Det nybyggda sjukhuset har därmed 630 vårdplatser. [...] Förutom högre integritet bidrar enkelrummen till att minska smittspridning och vårdrelaterade infektioner. Rummens utformning och storlek skapar förutsättningar för vårdpersonalen att arbeta i team med undersökning och behandling direkt hos patienten” (Karolinska Universitetssjukhuset, 2019). Enligt flera forskningsstudier beskrivs enkelrum vara fördelaktiga i att kontrollera (Holmdahl, 2017a, sid. 41). Enkelrumsmodellen anses ha ökat kostnader för verksamheten och för investeringar i byggnader. Modellen utgör ett begrepp i nutida planering av sjukhus, särskilt i USA (Holmdahl, & Lanbeck, 2017b). Vid ett studiebesök på Infektionskliniken på Skånes Universitetssjukhus i Malmö berättar en infektionsläkare att ”enkelrum är en filosofi” och att ”det gäller att kunna isolera och fördela patienter” (Infektionsläkare på Skånes Universitetssjukhus i Malmö, 2019). Denna filosofi uttrycker en *rumslig diskurs* om att *isolera och fördela patienter*.

Patienter vistas inte enbart på vådrummen utan även på mottagningar, laboratorier och i operationssalar. Mellan dessa olika enheter krävs det därför transportvägar. Ett vanligt uttryck för patientens vägar är flöden (Holmdahl, & Lanbeck, 2017b, sid. 45). Särskilt gäller det ”att möjliggöra aktiv separering av smittsamma patienter från övriga patienter” (ibid). Flödet måste starta redan när patienten anländer till sjukhuset, vanligen till en akutmottagning, som är en startpunkt för spridning av smittsamma bakterier och virus, till andra patienter och till vårdavdelningar (Holmdahl, & Lanbeck, 2017b, sid. 45-46). Hur patienter *separeras och isoleras* på vådrum, och via särskilda transportvägar, samt genom separat *ventilation* för hela patientflödet för att undvika risker för spridning av farliga bakterier och virus, utgör vanligt förekommande begrepp i ”det rena sjukhuset” (Brown et al, 2019). Organisering av lokaler och transportvägar på sjukhus är alltså processer, som behöver inkludera hygienaspekter.

Tvätta händerna – den beteendemässiga diskursen

För att smitthantering skall vara en säker process för patienter och personal krävs att olika enheter samarbetar på sjukhuset, att personalen kommunicerar med varandra och att det sker en effektiv övervakning och kontroll av det epidemiologiska läget. Målet är att förbättra hygienien för patienter och personal, vilket är centralt för att hindra smittspridning (Holmdahl, 2017a, sid. 13). För att tillgodose behovet av, och ta hänsyn till, nödvändiga detaljer behöver personal också medverka i planering av sjukhuset. I Torsten Holmdahls avhandling framhålls betydelsen av att ”vi som infektionsexperter fått vara delaktiga

i processen och vikten av att vårdhygien betraktas som en betydelsefull del i planeringen av sjukhusbyggnationer” (Holmdahl, 2017a, sid. 14). Holmdahl understryker hur viktigt det är att skapa renhet (hygien) på sjukhuset och att personalen (här infektionsexperten) får vara delaktiga i planeringen. I talet om hur personalen bör bete sig ingår även fraser som ”Rena händer är viktigast” och ”Tvätta dina händer”. I detta avsnitt framträder en beteendediskurs med fokus på att samarbeta, ha god kommunikation, medverka i planering och att vara delaktiga, men också uppmaningar som att tvätta händerna.

Hur motverkar sjukhusledningen antibiotikaresistens?

I detta avsnitt diskuteras först politikens syn på antibiotikaresistens. Därefter behandlas hur en sjukhuschef, en verksamhetschef och en smittskyddsläkare ser på antibiotikaresistens. Ytterst leder sjukhuschefen arbetet på sjukhuset på uppdrag av en nämnd. På övergripande sjukhusnivå drivs frågan om antibiotikaresistens av en smittskyddsläkare som leder smittskyddet i regionen. Därtill har varje vård-enhet på respektive sjukhus ett operativt ansvar för att hantera problemen med antibiotikaresistens medan avdelningen för Vårdhygien har ett ansvar för rådgivning, upplysning och information. Exemplet hämtas från Region Halland.

Den politiska ledningen i regionen ansvarar för att göra strategiska val, bland annat för att hindra negativa verkningar och utveckling av antibiotikaresistens. När jag samtalar med en politiker (ledamot i regionstyrelsen) om vad antibiotikaresistens betyder för hälso- och sjukvården, svarar denne att detta i första hand är en expertfråga för tjänstemännen.. På sikt berör dock frågan sjukhusplaneringen i hela Regionen, som står inför ett omfattande investeringsbehov av sjukhusfastigheter. Beträffande det ”rena sjukhuset” säger politikern att ”hygien är synnerligen viktigt och det är därför självklart att det ska planeras enkelrum för patienterna i framtiden. Inte bara viktigt utan hygien är A och O”. Politikern knyter sedan an till den pågående Covid-19-pandemin: ”detta gäller i synnerhet under pågående Coronakris, men även annars. Personalen måste vara utbildad i hygien” (Politiker, 2020). Utsagorna påminner om hur infektionsläkaren Torsten Holmdahl betonar: ”...vikten av att vårdhygien betraktas som en betydelsefull del i planeringen av sjukhusbyggnationer” (se ovan).

Sjukhuschefens och verksamhetschefens samtal på 1990-talet

Om vi fortsätter med sjukhuschefen så är detta den högsta chefspositionen inom sjukhushierarkin, men som samtidigt befinner sig i en position klämd mellan olika grupperingar och intressen. Dessutom har stat, region och professioner utvecklat lagar och regleringar, som sjukhuschefen följer. Sjukhuscheferna förmår inte uppfylla alla krav och intressen samtidigt, utan måste prioritera.

Vidare saknas ibland politiska prioriteringar av olika verksamheter, vilket ökar sjukhuschefens ansvar. För sjukhuschefen handlar villkoren för sjukhuschefspositionen om att leda organisationen i dialog med olika intressenter och att hantera möten med olika handlingslogiker. En god dialog med politiken och professionerna är grundläggande (Nordgren, 2015).

Som sjukhuschef på Länssjukhuset i Halmstad (idag Hallands sjukhus Halmstad) under 1990-talet fick jag ta del av frågan om antibiotikaresistenta bakterier och det hot som detta utgjorde mot sjukhuset. Vid de årliga utvecklingssamtalen, och vid budgetgenomgångarna, som jag hade med verksamhetschefen för infektionskliniken, ventilerades frågan om resistenta bakterier. Frågan var redan uppmärksammasad i vetenskapliga sammanhang, men hade inte ventilerats brett – varken i samhället eller på sjukhuset (Gradmann, 2013). Enligt verksamhetschefen var det viktigt att sjukhuset så tidigt som möjligt tog hotet om antibiotikaresistenta bakterier på allvar. Antibiotika skulle hanteras med omdöme. På sikt, poängterade verksamhetschefen redan på 1990-talet, utgör nämligen ”resistenta bakterier det största hotet för länssjukhuset” (Verksamhetschef, 1993).

Redan på 1990-talet gjorde alltså verksamhetschefen sjukhusledningen medveten om risken för resistensutveckling genom att upprepa utsagor om hotet från antibiotikaresistens och att förespråka det ”rena sjukhuset”. Utifrån denna diskurs växte det gradvis fram en strategi på sjukhuset som inriktades på att sprida kunskap om hur hotet från antibiotikaresistenta bakterier skulle hanteras. Ett sätt var att betona hygienens viktiga roll.

Vad skriver sjukhuschefen år 2020?

Drygt 20 år senare gjorde författaren en skriftlig intervju med nuvarande sjukhuschef vid Hallands sjukhus (Samuelsson, 2020). Tre frågor ställdes som chefen besvarade. De utsagor som innehåller begrepp som ingår i diskurser redovisas och analyseras (kursiveringar görs av forskaren).

Lars Nordgren: Hur är synen på och hur diskuteras antibiotikaresistens på Hallands sjukhus?

Svar: ”Ur ett internationellt perspektiv har Sverige och Halland ett gynnsamt resistensläge, mycket tack vare strategiskt arbete och låg antibiotikaanvändning där man vinnlägger sig att i princip varje dag, *omvärdera vilken typ av antibiotika* som är den lämpligaste utifrån hur odlingssvar ser ut och hur det kliniska förloppet är. Hallands sjukhus infektionsklinik har en infektionsläkarkonsultfunktion som kan konsulteras från slutenvårdsavdelningar inom barn- såväl som vuxenverksamhet om ansvariga läkare har funderingar eller önskar råd. Infektionsläkarkonsultfunktionen bedriver även uppsökande verksamhet hos de inneliggande

patienter som har infektioner av mer avancerad karaktär [...] Även sjukhusets chefläkarkommission *bevakar frågan*, som är av uttalad patientsäkerhetsart. Under en period för några år sedan utfördes formella antibiotikaronder [...] Att genomföra antibiotikaronder är även något som rekommenderas av STRAMA [...]"

Lars Nordgren: Vilken roll spelar du, eller bör spela, som sjukhuschef i arbetet mot antibiotikaresistens (strategier, implementering etc.)?

Svar: "Utöver kunskap och förståelse i sakfrågan är det viktigt att hela ledningssystemets alla chefer *har hög medvetenhetsgrad* om denna fråga. Frågan kring antibiotikaresistens berör stora delar av vår verksamhet, medarbetare såväl som patienter.

Genom infektionskliniken finns framtagna, kommunicerade och väl kända riktlinjer kring hur man, i händelse av misstänkt livshotande infektion ("sepsis") ska *bete sig för att säkerställa* tillräcklig och rätt antibiotika utifrån klinisk bild och misstänkt bakomliggande orsak *innan* man har odlings svar och antibiotikaresistensmönster vid hand [...] detta för att reducera risk för resistensutveckling.

I våra ledningsdokument har vi lyft fram frågan kring antibiotikaresistenshotet – [...] Där understryker vi att Halland inte är, och sannolikt inte kommer vara, förskonade från utbrott av infektioner med multiresistenta bakterier och att detta utöver lidande och olägenhet också innebär en betydande kostnad. Därför är det viktigt att antibiotika fortsätter att *användas bara när det behövs och på rätt sätt*. Preventivt vårdhygienarbete kan förebygga infektioner och smittspridning och därmed minska risk för resistensutveckling. Under våren 2020 har vi i vår interkontroll "*säkerhetskultur*" som tema och här inbegrips bland annat hygienrutiner och smittspridningsprevention för att öka säkerheten för patienter såväl som medarbetare. [...]"

Lars Nordgren: Hur planeras (föreställningar, tankar) det framtida Hallands sjukhus med tanke på bland annat antibiotikaresistens?

Svar: "Vi är väl medvetna att flera av våra nuvarande sjukhuslokaler är gamla och att de därmed riskerar att inte uppfylla dagens krav på till exempel ventilation och rengöringsmöjligheter för att reducera risk för infektionsspridning [...] Isoleringsmöjligheter kommer att vara en central fråga i arbetet.

Att stärka och stödja arbetet med följsambet till basala hygienrutiner kommer fortsätta behöva bedrivas och främjas på sjukhuset genom utbildning, nudging och säkerställande av att utrustning såsom handfat, handskar, skyddsutrustning, tvål, desinfektionsmedel finns enkelt tillhanda i den kliniska vardagen.

Ur ett strategiskt perspektiv ser vi att mer av det vi idag ser som "sjukhusvård"

kommer att bedrivas närmare patienten, i hans hem eller i hans ordinarie boende. Inte minst i patientens hem. Orsakerna till dessa är flera (resursutnyttjande, demografiskt drivna förändringar av vårdbehov mm). En förmåga att vårda smittbärande patienter i deras hem har förutsättningar att minska risk för nosokomial resistensproblematik (dvs spridning av multiresistenta bakterier på sjukhus).”

Två centrala begrepp, som illustrerar beteende- respektive den rumsliga diskursen (se avsnittet ”Två diskurser framträder...”), framträder i svaren.

Det ena begreppet är effektiv *ledning*. I effektiv ledning ingår ett ledningssystem och en utvecklad organisation med infektionsläkarkonsultfunktion och riktade antibiotikaronder för att säkerställa att antibiotika används när den behövs och på rätt sätt. Vidare beskrivs hur olika rutiner, riktlinjer och ledningsdokument för att hantera antibiotika ingår i ledningssystemet. Även sjukhusets chefläkarkonsultfunktion bevakar frågan om antibiotikaresistens. Vi ser i texten att verb som omvärdera, bedriver, har, bevakar, bete sig för att säkerställa samt användas är centrala i de två första svaren. Användningen av dessa verb tyder på att en beteendediskurs är verksam.

Nästa centrala begrepp är *vårdhygien*. Det skrivs ”att stärka och stödja arbetet med följsamhet till basala hygienrutiner”. Preventivt vårdhygienarbete och att lansera en ”säkerhetskultur” med hygienrutiner och smittspridningsprevention för patienter och personal lyfts fram. Vårdhygien ska förverkligas genom utbildning, nudging och säkerställande (underlättande) av att utrustning såsom handfat, handskar och skyddsutrustning finns enkelt tillhanda i den kliniska vardagen. Att bedriva och främja arbetet med följsamhet till basala hygienrutiner liksom lanseringen av en ”säkerhetskultur” illustrerar den beteendediskurs där personalens beteende ska påverkas för att minska risker på sjukhuset och i patientens boende.

Den andra, rumsliga, diskursen fokuserar på modifiering av befintliga lokaler, och planering av nya, som grundas på ökade möjligheter till isolering och krav på ventilation och rengöringsmöjligheter. Möjlighet till isolering lyfts fram som en central fråga, något som infektionsläkaren Torsten Holmdahl också gör (se ovan). Mer av det som idag ses som ”sjukhusvård” kan komma att bedrivas närmare patienten, i hans hem eller ordinarie boende.

Smittskyddsläkarens syn

På övergripande sjukhusnivå drivs, under driftnämnden för Hallands sjukhus, frågan om antibiotikaresistens av en smittskyddsläkare. Smittskyddsläkarens ansvar och uppgift är att planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet (Erntell, 2020). Beträffande smittskyddet finns det sedan 2004 en ändrad smittskyddslag, som lägger ett

ökat ansvar, utifrån tillit, på individen (Peterson, 2020). Smittskyddsläkaren stöds av avdelningen för vårdhygien.

Med början på 1990-talet, vilket även framgår av samtalet mellan verksamhetschefen och sjukhuschefen, har det enligt förre smittskyddsläkaren Mats Erntell bedrivits ett systematiskt upplysningsarbete på sjukhuset. Det har tex. handlat om hur alla läkare skulle förskriva läkemedel och hur sjukhuset skulle utveckla sitt arbete med hygien genom vägledning och handledning av personal (Erntell, 2020). Enligt Erntell fokuserar arbetet på en förståelse av olika professioners utveckling och arbetsätt. Det är avgörande att ”ledningens får med sig kliniker och vårdcentraler i det arbetet. Ledningens förmåga att styra och engagera är då av stor vikt” (Erntell, 2019). Utsagan visar, liksom sjukhuschefens ovan, på ledningens roll i att hantera antibiotikaresistens. Ledningens engagemang och förmåga att få med sig kliniker och vårdcentraler betonas. Fokus ligger på beteendediskursen. Som bärare av talet om att motverka antibiotikaresistens genom rätt förskrivning av läkemedel och att hålla hygien framstår smittskyddsläkaren som en bärare av diskursen om det rena sjukhuset.

Diskussion och slutsats

Genom diskursanalys av texter fokuserar artikeln på hur sjukhusledningen i en region leder arbetet med att organisera det ”rena sjukhuset” och därmed motverka antibiotikaresistens. Det är tydligt att talet om hotet från resistent bakterier framträdde redan på 1990-talet och sedan fortsatte. Det är också tydligt att det ur ett vårdhygieniskt perspektiv är möjligt att också diskutera hur en mer levbar framtid kan te sig med eller utan reducerad användning av antibiotika. I de flesta av texterna framstår hygien som ett centralt begrepp. En tidigare sjukhuschef för Hallands sjukhus understryker just detta: ”Det är farligt att vistas på sjukhus. Ju mer man gör det ju farligare är det. Hygien är A och O”.

Två diskurser framträder i analysen. En handlar om att påverka *beteendet* hos personalen och patienterna för att skapa renhet och att låta medarbetarna medverka i planeringen av sjukhus. Eftersom det handlar om beteende berör det hur människor kan ta ansvar för alla krav som ställs på dem. I talet om hur personalen bör bete sig ingår fraser som ”Rena händer är viktigast” och ”Tvätta dina händer”. Ett stort antal av budskapen inom beteendediskursen handlar om olika förhållningsregler. Enligt Brown et al (2019, sid. 14) har begreppet beteende dominerat i hittillsvarande samhällsvetenskaplig forskning om sjukhusplanering.

Den andra diskursen, *den rumsliga*, omfattar själva rummet. Fokus ligger på modifiering av befintliga lokaler och planering av nya, som bygger på ökade möjligheter till isolering och krav på till exempel ventilation och rengöringsmöjligheter för att reducera risker för infektionsspridning. Den handlar också

om att separera patient - och anhörigvägar samt vägar för personalen. Personalens, som vägar också är bärare av bakterier, kan separeras från patienterna för att undvika smittspridning. Det talas mest om att bygga barriärer för att skydda personalen från infekterade patienter (genom enkelrum etc.). För att öka kontrollen över smittspridningen skulle sjukhusen kunna ansvara för att "screena" personalen, något som har uppmärksammats i samband med Covid-19-pandemin. Ett sätt att minska risker för infektionsspridning är att göra hemmet eller andra boenden till rum för avancerad sjukvård, en fråga som är av politisk natur. Kommer sjukhusplaneringen att fortgå i med byggande av stora specialistsjukhus eller kommer en del av den avancerade sjukvården att vara flyttbar till hemmen eller till andra boenden?

Jag har också visat att när ansvariga politiker, ledningspersoner och forskare kommunicerar det "rena sjukhuset", med hygien som centralt begrepp, i rapporter, artiklar, avhandlingar, intervjuer handlar det om att arbeta med väl avvägda råd, rekommendationer, förmaningar och tips. Omfattande insatser görs för att nå fram med kunskap till berörda befattningshavare i vården och till befolkningen. Budskapen måste vara begripliga för berörda och behöver ständigt upprepas i rätt sammanhang för att skapa en mer levbar vårdmiljö och i förlängningen i samhället. Att leda innebär i detta hänseende att kommunicera trovärdigt.

Vad kan då det "rena sjukhuset" innebära för patienterna? En vision kunde vara att sjukhusledningarna i framtiden ägnar så stor kraft åt att minska smittspridningen och därmed risker för infektioner med stöd av beteendeförändringar, modifiering av lokaler mm. i en att människor kommer att uppleva sig vara trygga när de besöker sjukhuset. Detta skulle samtidigt minska kostnaderna för samhället.

För att motverka antibiotikaresistens krävs också ett ökat politiskt ansvarstagande (en ökad politisering). Det skulle innebära att tillgång och användning av antibiotika kommer att regleras i ökad omfattning samt medföra krav på beteendeförändringar i samhället.

Referenser

- Brown, Nicholas, Gerard Francis, Buse, Christina, Lewis, Alan et al. (2 more authors). 2019. Pathways, Practices and Architectures: Containing Anti-Microbial Resistance (AMR) in the Cystic Fibrosis Clinic. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. ISSN 1461-719.
- Czarniawska, Barbara. 2007. *Shadowing and Other Techniques for Doing Fieldwork in Modern Societies*, Liber AB, Copenhagen Business School Press, Universitetsforlaget, Malmö.
- Driftnämnden för Hallands sjukhus. 2019. Uppföljningsrapport 2, Augusti 2019, sid. 15.
- Erntell, Mats. 2019-12-04. f.d. smittskyddsläkare i Region Halland, samtal.
- Erntell, Mats. 2020-03-23. f.d. smittskyddsläkare, Region Halland, bildspel på Pufendorf . Mats Erntell tjänstgjorde på Hallands Sjukhus och var förhindrad att närvara på Pufendorf.

- European Centre for Disease Prevention and Control. 2019. Survey of healthcare workers' knowledge, attitudes and behaviours on antibiotics, antibiotic use and antibiotic resistance in the EU/EEA. Stockholm: ECDC.
- Foucault, Michel. 1972. *Vetandets Arkeologi*. DDR: Bo Cavefors Bokförlag.
- Foucault, Michel. 1971. *Diskursens ordning, installationsföreläsning vid Collège de France 1970*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Symposium 1993.
- Gradmann, Christoph. 2013. Sensitive Matters: The World Health Organisation and Antibiotic Resistance Testing, 1945–1975, *Social History of Medicine*. 26 (3): 555–574.
- Holmdahl, Torsten. 2017a. *Hospital Design and Room Decontamination for a Post-Antibiotic Era and an Era of Emerging Infections Diseases. From a Macro to a Micro Perspective*. Akademisk avhandling, Institutionen för translationell medicin, Medicinska fakulteten, Lunds universitet.
- Holmdahl, Torsten & Lanbeck, Peter. 2017b. Design for the Post-Antibiotic Era: Experiences from a New Building for Infectious Diseases in Malmö, Sweden. *Health Environment Research & Design Journal*, 6 (4): 27-52.
- Infektionsläkare på Skånes Universitetssjukhus Malmö. 2019-11-11. Studiebesök på infektionskliniken.
- Karolinska Universitetssjukhuset. 2019-05-03. *Karolinska Universitetssjukhuset informerar*.
- Nordgren, L. 2012. No one wants to get stuck with the losing card - Management conditions in conjunction with hospital mergers, *The International Journal of Leadership in Public Services*, Vol. 8 (3): 144-160.
- Nordgren, Lars. 2015. Power relations between managers and politicians. The resign of managers in conjunction with university hospital mergers, *Scandinavian Journal of Public Administration* Vol. 19 (1): 83-103.
- Peterson, Olof. 2020. Den nya smittskyddslagen 2004 innebar ett perspektivskifte. DN Debatt 2020-06-09.
- Politiker. 2020-01-22. Samtal med ledamot i regionstyrelsen.
- Samuelsson, Carolina. 2020-03-03. Sjukhuschef Hallands sjukhus. Skriftlig intervju.
- Sveriges Kommuner och Regioner. 2020. Vårdrelaterade infektioner. Kostnader och konsekvenser-kortversion av SKR rapport 2019.
- Verksamhetschef. 1993-08-12. Utvecklingssamtal med verksamhetschefen vid Infektionskliniken, Länsjukhuset Halmstad.