



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for helse- og idrettsfag

4AVS304

Heidi Charlotte Haug og Carina N. Konterud

Veileder: Wenke Moldjord

**Mangel på Kunnskap,
eller bare dårlige Holdninger?**

Lack of Knowledge, or just bad Attitudes?

Bachelor i Sykepleie

2012

Antall ord: 9694

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	3
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.....	3
1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	3
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	4
1.4 Oppgavens hensikt	5
1.5 Oppgavens oppbygging	5
2 Metode.....	6
2.1 Litteraturstudium som metode.....	6
2.2 Databaser og søkeord	6
2.3 Presentasjon av litteratur og kildekritikk.....	6
3 Teori	10
3.1 Håndhygiene før og nå	10
3.2 Holdninger.....	11
3.3 Håndhygiene.....	13
3.4 Florence Nightingale,	15
-hvilken betydning hadde hun for sykehushygiene?	15
3.5 Lover og retningslinjer	17
4 Drøfting	19
<i>"Hva påvirker sykepleierens holdninger til håndhygiene i somatiske sykehus?"</i>	19
4.1 Miljø på arbeidsplassen.....	19
4.1.1 Normer på avdelingen	21
4.1.2 Kunnskap.....	23
4.1.3 Tidspress og Tilrettelegging	26
5 Konklusjon	29
Litteraturliste	30

Vedlegg 1: Databaser og søkeord

Vedlegg 2: Presentasjon av aktuell forskning

1 Innledning

Hendene er sykepleierens viktigste verktøy og det er viktig med god kunnskap om korrekt håndhygiene. Dårlig håndhygiene er nok til at pasienten kan utsettes for sykehusinfeksjoner. Forskning viser at det er mange faktorer som påvirker vår holdning til håndhygiene som sykepleiere. Miljøet på arbeidsplassen, de ulike roller og normer på avdelingen, tid, kunnskap og hvor tilrettelagt det er på avdelingen (Whitby, et al., 2007). ”I gjennomsnitt får 7-10 % av innlagte pasienter en sykehusinfeksjon, og en vesentlig del av slike infeksjoner skyldes smitte fra omgivelsene ved overføring av mikrober fra helsearbeiderens hender” (Karoliussen, 2011, s. 250). Det er utsagn som dette som får oss nysgjerrige og til å lure. Vi har begge sett og opplevd sykehusinfeksjoner på nært hold. Vi har også erfart og observert ulike holdninger til dette med håndhygiene og lurt på hva det kommer av. En studie utført i Storbritannia bekrefter at sykepleiere er de på et sykehus som benytter seg mest av hånddesinfeksjon, men er også den største gruppen til å sluntre unna (Mckenzie et al., 2011). Hva kommer det av at håndhygiene ikke blir riktig utført og til rett tid?

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Av de tre utvalgte temaene vi fikk utdelt til bachelor oppgaven har vi valgt å skrive om ”Sykepleie og forebygging av smitte i somatiske sykehus”. Innenfor dette temaet har vi valgt å ta for oss håndhygiene og holdningene rundt dette hos sykepleiere i somatiske sykehus.

Vår problemstilling er som følgende:

Hva påvirker sykepleierens holdninger til håndhygiene i somatiske sykehus?

1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Vi begge har vært på ulike praksisplasser hvor vi har observert og reagert på mange ulike holdninger til dette med håndhygiene. Det forbauser oss at alle vet om tiltaket, men allikevel sluntrer unna. Hva kommer dette av, -er det mangel på kunnskap eller bare dårlige holdninger? Siden vi begge har reagert på dette falt det naturlig for oss å skrive om hygiene da

de ulike temaene ble utdelt. Hva kommer det av at sykepleiere på en avdeling som burde ha tilstrekkelig med kunnskap allikevel sluntrer unna? Det er dette vi ønsker å jobbe videre med, for å sikre god håndhygiene i fremtiden.

1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling

Smitte i somatiske sykehus er et omfattende tema som innebærer mange faktorer og tiltak. Det er mange ulike måter å forebygge smitte på. Vi tar utgangspunkt i eksogen smitte som kan overføres på ulike måter via: kontakt-, dråpe- og luftbåren smitte. For å bryte smittekjeden fokuserer vi på tiltaket håndhygiene. Vi velger også å se nærmere på hva som påvirker holdningene rundt dette tiltaket blant sykepleiere i somatiske sykehus. Det vi avgrenser oss til er: håndhygiene, holdninger og påvirkning.

Med håndhygiene ønsker vi å gå nærmere inn på hva tiltaket innebærer. Hånddesinfeksjon, håndvask, bruk av smykker på hendene og hansker er elementer i tiltaket vi vil ta for oss. Oppgaven skal inneholde hvordan hånddesinfeksjon og håndvask utføres, og vi tar for oss hva som er riktig og galt ved håndhygiene. Vi velger bort håndhygiene ved sterile prosedyrer, aseptisk teknikk, da dette er mer forbeholdt ved operasjoner og spesielle prosedyrer. Vi fokuserer heller på antiseptisk metode som er standard prosedyre på sengepost. Med påvirkning tenker vi på hva det er som berører deres holdninger med tanke på miljøet på arbeidsplassen, normer, kunnskap, og tidspress og tilrettelegging. Hva er det som får sykepleierne til å sluntre unna? Vi tar for oss holdninger og har valgt å ta utgangspunkt i den atferdsmessige delen som går på hva vi faktisk gjør og hvordan vi oppfører oss.

Vi nevner smittekjeden, men velger å utelukke de ulike smittemåter og de bakterier som forårsaker de forskjellige sykehusinfeksjonene. Det er mange måter å bryte smittekjeden på, men vi konsentrerer oss kun om tiltaket håndhygiene.

1.4 Oppgavens hensikt

Målet med oppgaven er å kunne belyse andre sykepleiere om viktigheten ved håndhygiene. Vi ønsker å informere og bevisstgjøre om hvor avgjørende det er med gode holdninger og kunnskap til tiltaket. Vi ønsker også for egen del å fordype oss i temaene holdninger og påvirkninger ved håndhygiene, for å styrke kvaliteten på vårt eget arbeid ved forebygging av smitte og smittevern.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven vår består av fem kapitler. Kapittel 1 er innledning som presenterer tema, problemstilling, begrunnelse for valg av tema og avgrensing. Kapittel 2 er vårt metodekapittel hvor vi beskriver metode og presenterer databaser, søkeord og kildekritikk. Presentasjon av databaser, søkeord og aktuell forskning har vi fremstilt i to ulike skjemaer som vi har lagt til som vedlegg 1 og 2. Kapittel 3 er vår teoridel hvor vi har valgt ut teori på bakgrunn av vår problemstilling samt avgrensing. Teorien starter med håndhygiene før og nå, holdninger, generelt om håndhygiene og de ulike måter å utføre tiltaket på. Videre har vi skrevet om Florence Nightingale og lover og retningslinjer. Alt dette kommer vi nærmere inn på i kapittel 3. Kapittel 4 er drøftingen hvor vi svarer på vår problemstilling. Vi har valgt å dele dette kapittelet i 4 underkapitler for å få frem de ulike diskusjonstemaer innenfor vår avgrensing. Kapittel 5 er konklusjonen hvor vi kort oppsummerer det vi har kommet frem til i vår oppgave.

2 Metode

2.1 Litteraturstudium som metode

Bachelor oppgaven er en fordypningsoppgave basert på litteraturstudie. I dette kapitlet presenterer vi hvordan vi har gått frem for å innhente litteraturen vi har benyttet oss av knyttet til vårt tema og problemstilling. Oppgaven er basert på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, aktuell forskning og egne erfaringer fra sykepleiestudiet.

2.2 Databaser og søkeord

Databaser og søkeord har vi valgt å presentere i et eget skjema som vedlegg 1. Dette fordi det gir en ryddig oversikt på våre treff og hvordan vi har gått frem hos de ulike databaser.

Vi har valgt å forholde oss til databaser vi føler oss komfortable med og har kjennskap til i fra tidligere oppgaveskriving. Dette fordi vi føler vi har fått mange gode treff til tidligere oppgaver og fordi vi har ønsket å prioritere tiden på skriving i stedet for og blir kjent med nye søkemotorer. Databasene vi har brukt er: MEDLINE, PubMed, CHINAL, OvidNursing og EBSCOhost. Søkeord som har gått igjen i våre søk er: hand hygiene, nurses, knowledge, attitude og hospital med ulike bindeord som ”or” eller ”and”. Vi har foretatt alle søk på engelsk og brukt engelske søkeord. Vi ser for oss at de fleste forskningsartikler er oversatt til engelsk uavhengig av hvilket land forskningen er utført i og hvem de er skrevet av. Engelsk er også et språk vi forstår godt og vi føler oss dyktige nok til å kunne tolke og oversette forskning på engelsk. Ved alle våre søk har vi tatt utgangspunkt i å finne ”fulltext” artikler, for å begrense søkene og for å kunne få direkte tilgang.

2.3 Presentasjon av litteratur og kildekritikk

Her tar vi for oss hvilken litteratur vi har valgt å benytte oss av og går grundig inn på hvorfor. Av pensumlitteratur har vi valgt ut bøker fra alle våre tre år som sykepleiestudenter. Det er mye relevant litteratur innenfor våre pensumbøker, og vi ser på dette som sikre og troverdige kilder fordi det er sykepleiefokusert og anbefalt av Høgskolen i Hedmark.

Av selvvalgt litteratur har vi funnet bøker i fra Høgskole biblioteket via søkemotoren BIBSYS, noe fra Asker bibliotek og noe privat. Bøkene er rettet mot helsefag og sykepleie. Bøkene vi valgte ut da vi skrev om håndhygiene før og nå og om Florence Nightingale er ikke tidsaktuelle, men vi har valgt å bruke dem på grunn av at historie ikke forandrer seg. Vi er selvfølgelig klar over at nye oppdagelser i historien kan forekomme, men vi velger å tro at denne historien er holdbar ettersom vi har brukt flere bøker hvor historien har gjentatt seg. Det har også vært knapt med de nyeste utgavene på biblioteket grunnet flere studenter som også skriver bachelor, og hvor ”førstemann til mølla-prinsippet” gjelder. Florence Nightingales bok som heter ”Notater om Sykepleie” er også en eldre bok, men som inneholder hennes syn på sykepleie. Boken er oversatt og vi har forståelse for at oversetteren kan ha tolket Florence Nightingales teori annerledes enn hun ønsket å få den frem. Det er slike hensyn man må ta når bøker blir oversatt.

En av bøkene vi har brukt i oppgaven er vi er klar over at finnes i nyere utgave, men denne var dessverre utlånt. Boken er ifra 2005, men vi valgte å bruke den allikevel. Hadde det vært en bok vi ville ha brukt mye i oppgaven, hadde vi sørget for å få tak i den nyeste utgaven. Vi har kun lest oss opp i den og så vidt inkludert den i drøftingen. Våre resterende bøker ifra selvvalgt litteratur er sykepleierelatert. Den ene er om konflikthåndtering hvor vi har fått mye bidrag til temaet holdninger. Den andre har fokus på profesjonell sykepleie og er basert på utfordringene man kan møte i yrket som sykepleier. Den tredje er om Florence Nightingales arv og den nye forståelsen av sykepleie slik den er i dag. Dette er tre tidsaktuelle og gode bøker som vi har fått mye god teori ifra med tanke på vår problemstilling.

Vi har og valgt å bruke kjente nettsider som Folkehelseinstituttet, Lovdata, World Health Organization (WHO) og Norsk Sykepleieforbund. Dette mener vi er pålitelige organisasjoner med tyngde. De har faglig og kunnskapsbasert innhold på sine nettsider som er svært anerkjent og tidsaktuelt. Folkehelseinstituttet sine nettsider inneholder mye sykepleie relatert, for eksempel veiledere og rapporter som vi har valgt å benytte oss av. Lovdata inneholder de Norske lover og er derfor sannferdig i våre øyne. WHO er en verdenskjent- og omspennende organisasjon. WHO er også FNs særorganisasjon for helse og jobber for å oppnå bedre helsetilstand for verdens befolkning. Vi ser derfor på denne nettsiden som ærlig og trygg. Norsk sykepleieforbund er et forbund rettet mot sykepleiere og er basert på nyttig sykepleierelatert stoff vi har stor interesse av. De yrkesetiske retningslinjene vi har referert til i

vår oppgave er også en del av pensum, og er rettet mot helsepersonell og sykepleiere og er derfor relevant med tanke på gode holdninger.

Forskningsartiklene vi har tatt for oss har vi valgt å presentere i et eget skjema som vedlegg 2. Dette for å få frem det viktigste ved hver artikkel som hensikt, metode, deltakere og hovedfunn. Den første artikkelen vi har presentert i skjema er skrevet av norske forfattere. Den omhandler bruk av ringer blant helsepersonell i norske sykehus og vi har valgt å bruke den fordi den er tidsaktuell og gir bekreftende svar i vår drøfting. På den andre siden gir den oss ikke klare resultater ved forekomst og overføring av bakterier via hender med og uten ringer. Dette hadde vært positivt å få sett tall på, men vi velger å bruke den fordi den allikevel bekrefter at forekomsten av bakterier er høyere på hendene til helsepersonell med ringer.

Vår andre artikkel omhandler bruken av alkoholbasert hånddesinfeksjon og eventuelle konsekvenser huden kan få ved jevnlig bruk. Artikkelen er fra 2011 og er derfor tidsaktuell og vi anser den som holdbar da den bekrefter våre egne erfaringer fra praksis. Vår tredje artikkel handler om online læring som metode for å bedre kunnskapen og holdningene til helsepersonell på sykehus vedrørende tiltaket håndhygiene. Artikkelen er fra 2010 og er derfor tidsaktuell. Den bekrefter at det er en nyttig, effektivt og en god metode og lære på, mye på grunn av at læringsprogrammet kan utføres når det passer den enkelte.

Den fjerde artikkelen vår er en review, fra 2006. Den inneholder sammendrag fra ulike forskning om håndhygiene og hud reaksjoner ved tiltaket. I en review diskuterer forfatterne innholdet av forskningen. Vi velger derfor å bruke dette fordi det støtter oppunder vår drøfting. Den femte artikkelen er også en review og belyser håndhygenes utfordringer i helsevesenet. Den er ifra 2007 og vi ser på denne som både tidsaktuell og gyldig fordi den bekrefter våre erfaringer og svarer til vår problemstilling med tanke på påvirkning og holdninger.

Vår sjetten artikkel er ifra 2011, og fremstiller viktigheten med et godt kunnskapsgrunnlag om håndhygiene. Det har blitt forsket på at sykepleiestudenter ikke kan nok om tiltaket håndhygiene når de kommer ut i praksis. Vi vet at forskningen er fra Slovakia og at skolesystem samt pensum kan skille seg fra norske studieplaner. Vi velger allikevel å benytte oss av denne forskningen fordi det er ifra et europeisk land og den er aktuell i forhold til vår

problemstilling. Vår sjuende og siste artikkel er også en review. Den er noen år eldre enn de andre vi har, men vi har valgt å bruke den grunnet relevant innhold og god informasjon. Artikkelen er ifra 2001, men vi ser at innholdet inneholder mye av det samme som forskning viser i dag. Forskningen er ikke presentert i vedlegg 1, fordi vi ikke fant den via noen av søkemotorene, men igjennom referanselisten til en annen artikkel vi har brukt.

3 Teori

I dette kapittelet har vi valgt ut teori på bakgrunn av vår problemstilling. Vi har delt opp i fem underkapitler som vi mener er relevante med tanke på videre drøfting i kapittel 4.

3.1 Håndhygiene før og nå

Utviklingen av håndhygien og utførelsen av det har forandret seg mye igjennom tidene. Stordalen (2009) skriver at det var høy hygiensik standard i oldtidens kultursamfunn, men på grunn av manglende kunnskap og forståelse om viktigheten av hygiene gikk denne standarden etter hvert i glemmeboken. Det er i løpet av de siste 200 årene det igjen har blitt fokus på håndhygiene og spredning av smitte (ibid.).

Ingaz Philip Semmelweis (1818-1865) kan regnes for å være håndhygienens far (Stordalen, 2009). Han jobbet ved fødselsavdelingen i Wien hvor barselbeberer herjet. Ved sine undersøkelser fant han ut at legene ikke vasket hendene etter at de hadde foretatt obduksjon, og før de foretok undersøkelser på de fødende. Semmelweis innførte nye ordensregler for sin avdeling. Legene fikk ikke forlate obduksjonssalen uten å ha vasket hendene med såpe og klorvann. Selv om dødligheten gikk ned med mer enn 10%, var det mye skepsis og motarbeidelse til tross for resultatet. Sjefen ble redd Semmelweis skulle gjøre lykke med sin oppdagelse og avskjediget ham. Semmelweis lyktes ikke å bryte igjennom muren av motstand i legeverdenen, og barselbeberer fikk fortsette å herje (Schøyen, 2002).

Joseph Lister (1827 - 1912) innførte den antiseptiske sårbehandlingen. Han opplevde i begynnelsen mye av samme motstand som Semmelweis, men fikk oppleve antiseptikkens gjennombrudd (Schøyen, 2002).

På 1800 tallet var det å ta seg et bad fortsatt svært uvanlig og sykehusinfeksjoner vanlig. Operasjonsutstyret var usterilt og postoperative infeksjoner var en vanlig dødsårsak. Det var ikke kjent hvordan infeksjoner smittet (Stordalen, 2009). Louis Pasteur (1822 - 1895), var en kjemiker og bakteriolog som utførte et banebrytende arbeid innen mikrobiologien. Han påviste at det var en sammenheng mellom sykdommer og bakterier (Mathisen, 1993). På midten av 1800 tallet ble såpen oppfunnet og man så at varmt vann og såpe rensset huden. Man begynte å endre holdningene rundt hygiene og folk fikk nytt syn på renslighet. På 1870 tallet

fikk bading et nytt formål: å fjerne bakterier. Å være ren var å være fri for organismer. Håndvask ble en mani på grunn av frykt for at bakterier skulle trenge igjennom huden. Rundt 1950 tallet fant en ut at en kunne være sunn og frisk uten å vaske seg for hyppig (Stordalen, 2009).

De første retningslinjene for håndhygiene kom så sent som i 1975 av det amerikanske Centers for Disease Control (CDC). De gav ut disse retningslinjene for å redusere overføring av mikroorganismer via helsepersonellets hender. I 1990 gav Statens institutt for folkehelse de første Norske retningslinjene for håndhygiene. Håndvask med såpe og vann var det prioriterte rådet ved håndhygiene. I flere europeiske land, blant annet Sverige, Finland og Danmark hadde man allerede anbefalt hånddesinfeksjon fremfor vanlig håndvask i mange år før Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC) i 1995 diskuterte hånddesinfeksjon fremfor håndvask. Først i 2002 kom CDC ut med nye retningslinjer som anbefalte hånddesinfeksjon som foretrukket metode og to år senere fulgte Folkehelseinstituttet med nye norske anbefalinger med hånddesinfeksjon som foretrukket metode (Stordalen, 2009).

I 2008 kom World Health Organization (WHO) med retningslinjer for håndhygiene. Det er for å forbedre håndhygienen i helsevesnet. Det kom i forbindelse med kampanjen Clean Care is Safer Care (Ren Omsorg er Trygg Omsorg) for å redde flere liv og minske sykehusinfeksjoner (WHO, 2009).

3.2 Holdninger

Mens vi vokser opp, lærer vi hele veien å forstå verden og alt som foregår rundt oss på ulike vis. Til å begynne med er det naturlig at våre foreldre er de som påvirker vår forståelse mest. Vår forståelse vil også forandre seg jo eldre vi blir. Innflytelse fra venner, skole og massemedier er noen av mange kilder til vår påvirkning. Det er også i løpet av tiden vi vokser opp, at meninger, holdninger og verdier som påvirker vår opplevelse og adferd utvikles (Håkonsen, 2009).

”En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte når vi stilles overfor andre mennesker, ting eller hendelser” (ibid., s. 205).

Holdninger er noe man kan ha til omtrent hva som helst. Ofte forveksler man holdninger med meninger, men holdninger er mer omfattende enn som så (Lystad, 2006). En holdning består av tre forskjellige deler: den kognitive, den følelsesmessige og den atferdsmessige delen. Den kognitive delen omfatter det vi hører, ser og oppfatter fra omgivelsene rundt oss. Med andre ord det vi synes og det vi tenker. Den følelsesmessige delen omfatter hvordan vi reagerer følelsesmessig, både positivt og negativt. Den atferdsmessige delen kommer til syne ved måten vi er på og oppfører oss som mennesker. Hvordan vi handler og hvordan vi reagerer. Vi omgås mennesker vi liker, vi spiser den maten vi synes er god og vi velger utdanning og jobb ut i fra hvilke holdninger vi har til yrket (Håkonsen, 2009).

”Holdninger er evaluerende – vurderende eller dømmende – i positiv eller negativ retning” (Håkonsen, 2009, s. 205). Holdninger kan også være nøytrale. Det handler mye om innstilling og oppfatninger vi gjør oss over tid. Er man positiv ovenfor den eller det, det gjelder viser man det ved å være interessert, man er lydhør, åpen og fordomsfri. Er man nøytral er det ofte at det skjuler seg en negativ holdning bak. Man unnlater å ta parti og holder seg nøytral. For noen er dette en måte å være på om de ikke er interessert og ikke bryr seg (Lystad, 2006).

Det er ikke alltid man er sine holdninger bevisst, og vet hvorfor man har de holdningene man har. Ofte har man heller ikke tenkt igjennom hvorfor man gjør, føler eller tenker som man gjør. Uten å si noe kan kroppsspråk, måten man snakker på, stemmebruk og ansiktsuttrykk gi uttrykk for hva vi føler og mener (Lystad, 2006). Som sykepleiere må vi tilpasse våre holdninger og væremåte på arbeidsplassen. Vi må opptre profesjonelt, være bevisst på egen oppførsel og selv ha kontrollen over egen væremåte. Kunnskap er også viktig for å vite hvordan sine egne holdninger påvirker andre (Kristoffersen & Nortvedt, 2005).

Det er ikke alltid vi får gjort som vi ønsker og det er ikke alltid våre handlinger samsvarer med våre holdninger. ”...for det første er det alltid flere årsaker til handling, og for det andre vil det alltid være noen spesielle forhold i den situasjonen vi befinner oss, som vil ha stor innflytelse på hvordan vi oppfører oss (Håkonsen, 2009, s. 207).

Holdningene våre utvikles hele tiden. Vi blir påvirket fra ulike hold, vi tilegner oss kunnskaper og skaffer oss erfaringer. Det sies at våre holdninger utvikles gjennom tre trinn: imitering, identifisering og integrering. Imitering vil si at våre holdninger etterlignes av de andre rundt oss, som for eksempel kollegaer på jobb. Dette kan være en faktor som bidrar til at vi ikke handler i samsvar med våre holdninger fordi vi er mer opptatt av å bli godtatt. Er man for eksempel ny på en avdeling er man som regel usikker og mindre erfaren enn de andre. Imitering kan føles trygt, man gjør og mener som de andre uten og innerst inne være enige i det de gjør. Identifisering er nesten det samme som imitering, det går også ut på følelsen av å bli godtatt. ”Ved identifisering forsøker vi å vise likheter mellom våre egne og andres oppfatninger. Vi tar opp andre menneskers holdninger og gjør dem til våre egne” (Lystad, 2006, s. 28). Som liten er det vanlig å identifisere seg med sitt opphav, på jobb og i yrkessammenheng er det vanlig å identifisere seg med de andre vi jobber med. Dette fører til at man utvikler de samme holdningene noe som gir en følelse av samhørighet og trygghet. Ved identifisering er det viktig at gruppen det gjelder er mottakelige for, og har en åpen holdning til nye ansatte. Integrering av holdninger vil si holdninger som har blitt en del av oss. En holdning som har blitt en del av vår personlighet kan være vrien å endre på ved påvirkning. En integrert holdning er som regel resultatet av både imiterte- og identifiserte holdninger (Lystad, 2006).

Har man først en holdning til eller ovenfor noe eller noen, er det ingen enkel jobb å endre på den. Det sies at å forandre holdninger krever tid, arbeid og mye av den enkelte det gjelder (Håkonsen, 2009). Har man gått inn for å endre på sine holdninger er det ikke garantert at adferden også endres. Holdningers grunnlag er kunnskap, følelser og atferd, og når disse står i strid med hverandre kommer man i konflikt med seg selv. Endring av holdninger krever vilje og ansvar for egen oppførsel (Lystad, 2006).

3.3 Håndhygiene

Håndhygiene er det viktigste smittevernstiltaket som forebygger og bryter smittekjeden (Elstrøm, 2009). ”Med håndhygiene mener vi hånddesinfeksjon eller håndvask som har til hensikt å forebygge smittespredning via hendene” (Stordalen, 2009, s. 84). Hendene er vårt viktigste redskap som sykepleiere og de forurenses av alt man tar på og kommer borti. Det sies at 20-30% av alle sykehusinfeksjoner har bakgrunn i dårlig håndhygiene. Håndhygiene er

også det enkleste og rimeligste tiltaket man kan iverksette for å forebygge sykdom og lidelse hos innlagte pasienter i sykehus. Hendene våre skal være et redskap som fremmer helse og ikke påfører en unødig skade. Som sykepleier er det viktig å ha gode hygieniske rutiner ved all pasientkontakt samt kunnskap om når håndhygiene skal utføres (ibid.).

Hendene våre er fulle av bakterier og disse bakteriene kan deles i to grupper; permanent flora som er en del av vår normalflora og transient flora, også kalt forbigående flora. Den permanente floraen inneholder som regel hvite stafylokokker og noen ulike typer korynebakterier. Disse er sjeldent kilden til sykehusinfeksjoner og er heller ikke lett å få fjernet med håndhygiene. Transient flora er floraen som inneholder alle de bakterier vi påfører oss ved arbeid og kan da være en smittekilde. Den er lett å fjerne ved håndhygiene, det er derfor den også er kalt den forbigående flora (Dalheim, Herud, Jørs, Koch & Skaug, 2005).

Et viktig prinsipp ved håndhygiene er å skille mellom rent og urent. Rene hender behandler rent utstyr og omvendt. Ved alt som foregår på et sykehus, med tanke på prosedyrer, stell og rengjøring skal man alltid arbeide fra rent mot urent. Man skal alltid utføre håndhygiene før rent arbeid og alltid etter urent arbeid. Det er viktig at det gjøres riktig og til korrekt tid. Håndhygiene skal alltid utføres imellom hver pasient (Stordalen, 2009).

Hånddesinfeksjon- Dette er førstevalget ved håndhygiene. Alkohol dreper mikroorganismer mye mer effektivt enn håndvask med såpe og vann. Hånddesinfeksjon er både tidsbesparende, enkelt og hudvennlig. Hånddesinfeksjon skal foregå når hendene er tørre og synlig rene. Det finnes i skum, gel eller flytende. Det er viktig å påføre nok slik at begge hender blir dekt, minst 3ml. Sørg for å få fordelt det grundig imellom alle fingre og ut til fingertuppene, gni deretter hendene godt sammen til hendene blir helt tørre. Hele prosessen bør ta minimalt 15 sekunder, men helst 30 sekunder for at alkoholen skal få optimal effekt (Stordalen, 2009).

Håndvask- Håndvask skal alltid utføres når hendene er synlig forurenset. Håndvask utføres med såpe og vann og bør helst vare i 30-60 sekunder. Start med å fukte hendene samt håndledd i rennende vann. Ta såpe, fordel og gni det godt inn i hendene. Det er viktig å ta grundig mellom fingrene, på handflate, håndrygg og rundt håndledd. Skyll, og deretter tørk godt. Håndvask har samme effekt som hånddesinfeksjon, men det tar lengre tid, hendene blir fortere tørre og det er viktig at man gjør det grundig og tar seg god tid. Ved håndvask

anbefales det servanter med en hendel som kan åpnes og lukkes ved hjelp av albue, fot eller at den er fotocellestyrt. Det samme med håndsåpen. Det er en fordel at de kan anvendes uten berøring med hendene. Rundt servanten er det fuktig og perfekt grobunn for bakterier, så det er viktig at man tar på minst mulig for å unngå unødig forurensing av hendene når man skal utføre håndvask (Stordalen, 2009).

Smykker og negler- God og riktig håndhygiene går ut ifra at man unngår bruken av smykker som ringer, armbånd og armbåndsur. Det samme gjelder påstøpte og lange negler, og negler med neglelakk. Under ringer, armbånd, på og under armbåndsur, under negler og i neglelakkens sprekker er det optimal grobunn for mikroorganismer. Det er både varmt og fuktig, altså det perfekte miljø for videre utvikling av bakterier (ibid.). ”Smykker umuliggjør dermed optimal håndhygiene” (Stordalen, 2009, s.96). Alt av smykker skal derfor tas av når man skal på jobb som sykepleier (ibid.).

Hansker- Hansker skal ikke brukes i stedet for å utføre hånddesinfeksjon eller håndvask, det er heller noe man bruker i tillegg som en sikkerhet. Hansker er ingen barriere, men en ekstra beskyttelse (Dalheim, et al., 2005). Ved bruk av hansker skal man alltid utføre håndhygiene før og etter bruk. Hanskene skal også tas direkte av etter utført prosedyre og kastes. Brukte hansker er forurenset og er like mye en smittekilde som forurensete hender (Stordalen, 2009).

Hendene våre er en vandrende smittekilde om man ikke sørger for å utføre håndhygiene til korrekt tid og sted. På et sykehus er det høyt tempo og man møter, hilser på og er i kontakt med mange forskjellige pasienter hver dag. Utfordringene er store, og med disse slitesterke mikroorganismene som har evne til å overleve utenfor kroppen er det viktig med god og riktig utførelse av tiltaket håndhygiene (Elstrøm, 2009).

3.4 Florence Nightingale,

-hvilken betydning hadde hun for sykehushygiene?

12.mai 1820 ble Florence Nightingale født i byen Firenze i Italia mens hennes foreldre var på bryllupsreise. Hun ble født inn i en svært rik familie og var en intelligent og dyktig jente. Florence Nightingale også kalt ”The Lady with the lamp” er i dag kjent som

overklassekvinnen som valgte å gå egne veier (Karoliussen, 2011). Florence Nightingale bidro den gang til at sykepleien ble et selvstendig fag og ble etter hvert selv en selvstendig, bestemt og dyktig sykepleier, administrator, forsker og forfatter. Florence Nightingale ble også verdenskjent på grunn av sine strenge krav til den hygieniske standarden og rensligheten hun innførte i sykehusene, spesielt under Krimkrigen (1853-1856) (Mathisen, 1993).

Florence Nightingale ville hjelpe mennesker. Hun valgte å reise rundt både til inn- og utland for å besøke ulike sykehus og institusjoner for å lære og å observere. Hun så og opplevde mye og det særegne med Florence var at hun på hvert sted noterte seg alt hun observerte og opplevde statistisk (Mathisen, 1993). Florence Nightingale ble tidlig klar over ut ifra egne observasjoner og rapporter at krav til hygiene og renslighet var grunnleggende med tanke på det å kunne utøve god sykepleie (Stordalen, 2009).

”Gjennom hele sitt liv var hun overbevist om at god rengjøring, frisk luft, rene klær, rent drikkevann og gode toalettforhold var av største betydning for å bevare helsen” (Mathisen, 1993, s. 147). Dette viste seg å ha stor betydning for soldatene under Krimkrigen og for sykepleiefagets utvikling generelt på denne tiden. Florence Nightingale var kvinnen som ledet og administrerte sykepleien for soldatene sammen med 38 andre sykepleiere. Forholdene var elendige og alt var et eneste stort kaos. Det var her Florence Nightingale og hennes talent virkelig fikk vist seg frem. Hun organiserte, administrerte, opparbeidet seg tillit og gjorde virkelig en innsats for de skadete under krigen. Hennes største utfordring var blant annet å administrere alle sykepleierne, men det viktigste for henne var å forbedre den hygieniske standarden på sykehuset. Hun sørget for at de skadete fikk rent drikkevann, bedre toalettforhold og rene klær. Resultatet av dette var at dødsprosenten sank (Mathisen, 1993).

“Florence Nightingale (1820-1910) var en hygieniker av klasse” (Stordalen, 2009, s. 31). Å bedre den hygieniske standarden ble en stor utfordring for henne gjennom hele hennes karriere, -spesielt vanskelig var det å få alle sykepleierne til å utføre håndvask mellom hver pasient (Stordalen, 2009).

3.5 Lover og retningslinjer

”Helsemyndighetene anser at håndhygiene er et sentralt tiltak for å forebygge smittespredning og sykehusinfeksjoner...” (Nasjonal veileder for håndhygiene, 2005, s.6). Dette er derfor nedfelt i en rekke lovverk og retningslinjer. Lovene og retningslinjene forsikrer at det blir utøvet pasientsikkerhet og smittevern i helsetjenesten. Pasientrettighetsloven, smittevernloven, helsetilsynsloven, spesialisthelsetjenesteloven, helsepersonelloven, forskrift om vern av arbeidstakere mot biologiske faktorer og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er lovverk og retningslinjer som skal sørge for dette. I tillegg er det administrative organer som blant annet Statens helsetilsyn, som sørger for oppfølging og har det overordnede faglige tilsynet med helsetjenestene her i landet (ibid.).

I 2004 kom det en ny og oppdatert Nasjonal veileder for håndhygiene. Denne veilederen gir kortfattede og klare anbefalinger om håndhygiene til alle ansatte innenfor helsevesenet, statlig, kommunal eller privat sektor. Det har blitt et økende fokus på smittevern i helsetjenesten på grunn av oppdagelsen av nye og mer motstandsdyktige mikrober og sykdommer som byr på nye utfordringer. Veilederen kom som svar på dette og fordi det ble et økende behov for å ha klare retningslinjer på håndhygiene og fordi hånddesinfeksjon var en relativ ny måte å utføre håndhygiene på. Det var nødvendig med nye retningslinjer (ibid.).

Helsetilsynsloven (1984) § 3 lyder: “Enhver som yter helsetjeneste skal etablere internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter”. Alle aktører i helsetjenesten har et påbud om å drive i overensstemmelse med helselovgivningen. Internkontroll sørger for at helsetjenesten som blir gitt er forsvarlig. For å kunne utøve forsvarlig arbeid er helsepersonell avhengig av tilrettelagte forhold i arbeidssituasjonen. Skal en virksomhet innen helsetjenesten oppfylle forsvarlighetskravet, forlanges det at driften planlegges og organiseres slik at det skjer på en forsvarlig måte, og at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Bjørø & Kirkevold, 2005).

Ifølge helsepersonelloven (1999) § 4 Forsvarlighet, skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav, til faglig, forsvarlig og omsorgsfull hjelp, som kan forventes ut fra

helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig...”. Det pålegger helsepersonell å utføre arbeidet sitt forsvarlig, hvilket betyr at også håndhygiene må bli utøvet til enhver tid (Stordalen, 2009) hvis de ikke skal begå lovbrudd. Helsepersonelloven (1999) § 16 inneholder bestemmelser som pålegger virksomheter å tilrettelegge forholdene slik at helsepersonell kan utføre sitt yrke forsvarlig. Det innebærer at arbeidsgiver skal organisere virksomheten slik at sykepleiere og annet helsepersonell gis handlingsrom til å kunne overholde juridiske og faglige krav. Det betyr at sykepleieren har krav til at det er tilgjengelighet og mulighet til å utføre håndhygiene. På samme måte som helsepersonell har plikt til forsvarlig yrkesutøvelse, har eiere og ledere av helsevirksomheter plikt til å drive forsvarlig (Bjørø & Kirkevold, 2005). Også i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) punkt 2.1 blir det sagt at sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom hos pasienten.

Lov om vern mot smittsomme sykdommer (1994), § 1-1, har som hensikt å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land. Smittevernloven og de andre overnevnte lover og retningslinjers begreper er viktig for sykepleiere å ha kjennskap til.

4 Drøfting

”Hva påvirker sykepleierens holdninger til håndhygiene i somatiske sykehus?”

I dette kapittelet skal vi drøfte vår problemstilling med utgangspunkt i introdusert litteratur, aktuell forskning og egne teoretiske og praktiske erfaringer fra sykepleiestudiet. Vi har valgt å dele kapittelet inn i fire underkapitler: miljø på arbeidsplassen, normer på avdelingen, kunnskap, og tidspress og tilrettelegging. Dette bidrar til å påvirke våre holdninger som sykepleiere.

4.1 Miljø på arbeidsplassen

Vi har av egen erfaring opplevd praksissteder hvor de ansatte har hatt klare roller og steder hvor de har hatt uklare roller og har sett hva dette gjør med de ansattes miljø og holdninger. Det er viktig med god struktur og dette støtter Hilde Larsen Damsgaard (2010) ved at hun skriver at et godt arbeidsmiljø avhenger av en avdeling med klare roller, normer og en avdelingsleder som tar initiativ og med fokus på godt samarbeid. Observasjoner vi har gjort på avdelinger hvor det er uklare roller, fører til dårlig organisert og ustrukturert arbeid på avdelingen, man blir usikker og dette påvirker igjen vår atferd. Med uklare roller mener vi mangel på struktur, fordeling av arbeidsoppgaver og lite samarbeid. Vi har erfart at dette resulterer i både slurv og at ting blir halvveis utført, som for eksempel ved tiltaket håndhygiene. Vi tolker det dit hen at gode rutiner, klare roller og god samarbeidskultur på en avdeling er en nødvendighet. Er man usikker, er det fort gjort å ta etter de andre på avdelingen som kanskje ikke har de holdningene man selv ønsker (Lystad, 2006). Det er dette vi bør unngå, for det er det å opprettholde de gode holdningene vi er ute etter.

Som Kjell Magne Håkonsen (2009) bekrefter er et arbeidsmiljø avhengig av tydelige roller for å sikre klare arbeidsfordelinger. Han skriver videre at i en gruppe er det viktig med roller både for gruppens helhet og individet selv. Dette gjør at det blir enklere å forholde seg til hver enkelt. Dette har vi selv erfart at fungerer godt i praksis. Å vite hvem som gjør hva og når, bidrar til trygghet og godt samarbeid. Det positive med roller er at i situasjoner som er uklare

og stressende, vet man allikevel hvem som gjør hva og når, og man vet også hvordan de andre vil forholde seg i forhold til hverandre. Håkonsen (2009) understøtter dette, og skriver: ”Roller medfører gjensidige forventninger til atferd mellom de ulike gruppemedlemmene, og dermed blir gruppens aktiviteter mer forutsigbare og organisert” (s.208). Vi tolker det dit hen at tydelige roller og et organisert arbeidsmiljø bidrar til positive holdninger.

I en gruppe er det naturlig at noen automatisk vil fremtre som leder. På et sykehus er det alltid en avdelingsleder. Å være avdelingsleder er også en rolle, og en leder er en person med autoritet. ”En spesiell form for sosial påvirkning ser vi når individer gjør som autoriteter bestemmer” (Håkonsen, 2009, s.208). Se for eksempel på Florence Nightingale. Vi velger å se på henne som en kvinne med sterk autoritet. Hun bestemte, administrerte og ledet sykepleien og alle de andre sykepleierne under Krimkrigen. Hun hadde klare retningslinjer og så hele veien mulighet til forbedringer. Både leger og de andre sykepleierne ble påvirket av Florence Nightingale sitt arbeid og hennes syn på sykepleie og hygiene, og de gjorde som hun bestemte. Krigen vill ha kostet dem flere liv, hadde det ikke hadde vært for Florence Nightingales strenge krav og retningslinjer til hygiene. Hun mente den hygieniske standarden på sykehuset var det som forårsaket flere dødsfall i forhold til de skader soldatene hadde blitt påført under krigen (Mathisen, 2006). Her kommer vi inn på arbeidsoppgaver vi mener er viktige for en avdelingsleder. En leder må som Mette Karoliussen (2011) påpeker ”...lede organiseringen av arbeidet og beskytte pasientens miljø” (s.243). Vi ser på Florence Nightingale som en god rollemodell for avdelingsledere, dette fordi hun hadde klare hensikter, hun tilpasset seg situasjonen og deltok i miljøet. Damsgaard (2010) samtykker dette ved at hun skriver ”God ledelse knyttes...til å være strukturert, flink til å organisere og til å etablere hensiktsmessige rutiner” (s. 158).

Erfaringer og opplevelser fra praksis har vist oss at avdelingsledere har stor påvirkning på de ansatte i avdelingen. De som er opptatt av de ansatte, tar del i miljøet og er tydelig på hvordan avdelingen skal fungere bidrar til positiv påvirkning hos de ansatte. En avdelingsleder som er opptatt av gode holdninger, korrekt bruk av smykker og arbeidsantrekk, bidrar til å skape en avdeling som er mer bevisst på hva som er riktig og galt. Dette er i våres øyne bra arbeidsmoral og den riktige måten å motvirke dårlige holdninger, -men hva kommer det av at noen er mer opptatt av hva som er riktig og galt enn andre? Vi tolker det dit hen at vi alle

vokser opp med ulik bakgrunn og påvirkning gjennom livet og sitter derfor igjen med blandet forståelse av kunnskapen.

Folkehelseinstituttet (2005) foretok en undersøkelse blant helsepersonell hvor de kom opp med ulike alternativer for å bedre rutineene ved håndhygiene på de ulike avdelingene. Dette for å øke fokuset på holdningene til tiltaket og styrke kunnskapen. Fordelene med dette er å strukturere og forbedre den hygieniske standarden på avdelingene og sørge for at personalet blir mer bevisst på sine handlinger. På den andre siden krever dette tid, engasjement og tillit til tiltaket fra de ansatte. Forskning viser også at helsepersonell kvier seg for å utføre tiltaket grunnet hud problemer de mener oppstår som følge av håndvask og hånddesinfeksjon (McKenzie et al., 2011). Dette er jo negativt i den forstand at det går utover korrekt utførelse av tiltaket, men det er faktisk noe vi kan si oss enige i. Av egen erfaring har vi selv opplevd å få tørre, såre og sprukne hender etter utført håndhygiene. På grunnlag av dette er ikke tørre hender en unnskyldning ettersom det i dag finnes så mange forskjellige typer håndsåper og hånddesinfeksjonsmidler. I følge forskning er det også faktisk i dag bekreftet at det finnes flere typer hånddesinfeksjoner med fuktighets givende midler (Pittet, & Boyce, 2001). Det gjelder å finne det som passer hver enkelt best og bruke håndkrem flittig om det er nødvendig. En annen faktor er årstidene som påvirker huden vår og kan ha betydning for hvordan vi reagerer på håndhygiene (Larson et al., 2006). Det vi tenker angående dette, er at avdelingen må bli enige og komme frem til hvilket produkt de trives best med og som forårsaker minst hud problematikk. Vi ser ikke på dette som noen hindring for at korrekt håndhygiene ikke blir utført.

4.1.1 Normer på avdelingen

På en avdeling er det også normer som bidrar til å påvirke våre holdninger som sykepleiere. Håkonsen (2009) sier at: ”Våre normer er et system av verdier og oppfatninger som bringer *orden og forutsigbarhet* inn i miljøet vårt” (s.208). Sammen er roller og normer avgjørende for organiseringen av hvordan en gruppe og individet tilpasser seg hverandre (ibid.). Vi forstår det dit hen at normer kan sammenlignes med regler og retningslinjer vi som sykepleiere må samarbeide om å forholde oss til. Hilde Eide & Tom Eide (2007) mener at et godt samarbeid avhenger av et godt miljø, og vi forstår det slik at Håkonsen (2009), sikter til at et godt miljø krever normer som er tydelige på hva som er akseptabel adferd og ikke.

”Normer har klare sosiale funksjoner” (Håkonsen, 2009, s.208). De bidrar til regulering av gruppens sosiale aktiviteter og spiller inn på hvordan hver enkelt i gruppen skal og burde oppføre seg i de ulike situasjoner som kan oppstå (ibid.). Eide & Eide (2007) skriver at det å ha forventninger til hverandres arbeidsinnsats og arbeidsform ikke er til å unngå når man jobber sammen i en gruppe. At det blir uenigheter og konflikter blant gruppemedlemmene og kollegaer på jobb er helt naturlig. Man har forskjellige ønsker og meninger om hvordan ting bør utøves (ibid.). Det å ha klare retningslinjer og normer på avdelingen om hvordan korrekt utførelse av for eksempel håndhygiene skal foregå har stor betydning for trivsel og kvaliteten på arbeidet (Elstrøm, 2009). Etter hva vi har erfart har vi aldri opplevd å komme på en avdeling hvor de har klare regler og retningslinjer vedrørende standardtiltak som for eksempel håndhygiene. Dette synes vi er rart grunnet alle retningslinjer og kampanjer som viser til viktigheten ved utførelse av dette tiltaket. Det er så lite som skal til. Å gjennomføre tiltak er lettere når man trives og miljøet rundt er bra. Eide & Eide (2007) bekrefter dette ved at det å nå mål fungerer best ved samarbeid. Det motsatte fører til mindre trivsel, arbeidet blir tyngre (ibid.) og motivasjonen til å utføre tiltaket riktig, svekkes.

Petter Elstrøm (2009) skriver: ”Å arbeide i et fellesskap der det er høyt fokus på fag og kvalitet, vil ofte bidra til økt yrkesstolthet og trivsel” (s.289). Det er også viktig med tilbakemeldinger når man ser og opplever kollegaer som bidrar aktivt og utfører riktig og god håndhygiene. Dette bidrar til et godt smittevern og som Elstrøm (2009) forteller: ”Arbeidsplasser som kontinuerlig driver med kvalitetsforbedring, vil i stor grad få et dyktig personale som trives i arbeidet” (s.289). I denne sammenheng lurer vi på om vi er flinke nok til å gi hverandre gode tilbakemeldinger?

Folkehelseinstituttets undersøkelse fra 2005 viste at ansatte i helsevesenet ønsket mer fokus og bevisstgjøring rundt dette. Et tiltak for å forbedre praksisen ved håndhygiene og forandre på normene rundt dette på avdelingen, er å si ifra til kollegaer når man ser og merker svikt og slurv ved tiltaket (Folkehelseinstituttet, 2005). Dette kan slå begge veier. Det kan virke negativt, det skaper et sosialt press og en kultur som kan føre til at mange gruer seg til å dra på arbeid. Man kan fort føle seg utpekt om man ikke utfører tiltaket korrekt. På den andre siden kan man snu rundt på hvordan man sier ifra. Gi hverandre komplimenter, motivere og se det positive i stedet for det negative ved utført håndhygiene (Håkonsen, 2009). Vi har selv erfart at komplimenter fra kollegaer når vi har utført håndhygiene gir en god følelse og en støttende

effekt. Dette påvirker oss positivt og kan være en medvirkende faktor til å bedre våre holdninger.

Håkonsen (2009) skriver:

”Holdninger er ikke noe som forandres på en enkel måte, men er noe vi har med oss over tid. Holdninger er derfor relativt varige. Å forandre holdninger krever ofte arbeid som både er tidkrevende og som det koster noe for den enkelte å gjennomføre” (s.205). Det er ikke enkelt å forandre hvordan vi er som personer. Det holdningene våre viser, gir uttrykk for hvordan vi er. På bakgrunn av dette er det viktig å være sine holdninger bevisst og også vite hvordan de igjen påvirker andre (Kristoffersen & Nortvedt, 2005). På den andre siden dreier holdninger seg også om innstillinger og ulike oppfatninger vi har gjort oss. Har man gjort seg opp en mening om noe blir både innstilling, følelser og adferd rundt den eller det, det gjelder negativ og det er fort gjort å bli fastlåst ved denne innstillingen. Adferden blir påvirket, noe som kan resultere i at man sluntrer unna og ikke bryr seg (Lystad, 2006). Som Anne M. Lystad (2006) skriver: ”Holdninger kan også være positive eller nøytrale. En positiv holdning gir seg ofte utslag i at vi viser interesse og er lydhøre, åpne og tolerante” (s.26). Det er disse holdningene vi vil få frem og opparbeide på avdelingene. Dette krever kunnskap (Kristoffersen & Nortvedt, 2005).

4.1.2 Kunnskap

Et av tiltakene som ble foreslått ved Folkehelseinstituttets undersøkelse i 2005 var nettopp dette med å fokusere på kunnskap og gjennomføre praktisk og teoretisk opplæring av de nyansatte. Dette for å opprettholde allerede tillært kunnskap, øke fokus på hygiene og spesielt håndhygiene. Som Florence Nightingale mente: ”...at det å bidra til bedre helse bare var mulig om man hadde tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter” (Karoliussen, 2011, s. 20).

Kunnskap påvirker våre holdninger. Da sykepleie ble etablert som studie ble sykepleierens personlige egenskaper, holdninger og grunnleggende sykepleie ferdigheter sterkt vektlagt. De teoretiske kunnskapene hadde liten plass på pensumlisten. I dag er det omvendt. Mesteparten av studiet er teori (Kristoffersen, 2005). Det vi lurer på er: Er det nok teori basert på hygiene? Er de nyutdannede klar over hva dårlig håndhygiene kan medføre? Og hva kommer det

eventuelt av at sykepleiere på en avdeling som burde ha tilstrekkelig med kunnskap allikevel sluntrer unna? Er det mangel på kunnskap eller bare dårlige holdninger? Av egen erfaring etter tre år som sykepleiestudenter synes vi at fokuset på hygiene burde ha vært bedre. 1. året på sykepleieskolen hadde vi mye om mikrobiologi, smittevern og håndhygiene. Greta Marie Skau (2005) bekrefter at dette er viktig teorikunnskaper for dette yrket. Vi mener fokuset på hygiene burde fortsette igjennom de to resterende årene på sykepleieskolen for å holde kunnskapen ved like og sørge for at vi har det friskt i minne som nyutdannede sykepleiere.

Som nyutdannet sykepleier er det fort gjort å havne i en usikker rolle. Man er i ny jobb og man ønsker å bli godtatt. Det er lett å ta etter de andre på avdelingen og gjøre som "alle andre" gjør. Det å imitere er svært vanlig og desto mer usikker og uerfaren man er, jo mer etterligner man de andre og tar etter deres holdninger. For noen kan dette føles trygt, men på den andre siden kan det få konsekvenser. Man presterer ikke med den kunnskapen man har og dette påvirker ens handlinger. Som Lystad (2006) uttaler: "Vi utvikler våre holdninger hele tiden, ut fra kunnskaper, erfaringer og påvirkning fra ulike hold" (s.27). Som vi har nevnt tidligere har det kommet frem via Folkehelseinstituttets undersøkelse fra 2005 at helsepersonell ønsker gjennomføring av både praktisk og teoretisk opplæring av alle de nyansatte på de ulike avdelingene. Flere tiltak for å bedre kunnskapen og fokuset på hygiene er også å bevisstgjøre hverandre, påminne hverandre og som tidligere skrevet gi hverandre komplimenter. Det å holde praktiske kurs og sette hygiene og spesielt håndhygiene i fokus bidrar også til økt kunnskap (Folkehelseinstituttet, 2005). Det er som Lystad (2006) skriver: "I yrkeslivet identifiserer vi oss med den yrkesgruppen vi hører til, og vi utvikler ofte felles holdninger med dem vi arbeider sammen med" (s.28). Dette kan både være positivt og negativt. Positivt fordi det skaper trygghet og samhold, og negativt fordi man fort kan ta etter de dårlige holdningene knyttet til rutinene på avdelingen. Det hele avhenger også av et godt arbeidsmiljø som lar deg slippe til som nyutdannet, uerfaren og usikker (Lystad, 2006).

Det er mange forskjellige metoder som blir brukt til å spre kunnskap. Blant metodene er videokonferanser, gruppearbeid, telefonkonferanser, forelesninger, brevveksling i form av mail med mer (Alemagno, Guten, Warthman, Young, & Mackay, 2010). Forsking fra USA viser at online læring er en metode som gir gode muligheter for å tilegne seg mer kunnskap om håndhygiene. Det gir også muligheten til å evaluere seg selv om egne kunnskaper om tiltaket. Denne metoden viste seg å være svært effektiv. Det positive var at de enkelte som

benyttet seg av denne metoden hadde friheten til å utføre programmet når de hadde tid og mulighet. Det negative var at ikke alle var like datakyndige og fikk dessverre ikke samme utbytte. Resultatene viste at helsearbeidernes kunnskap om effekten ved bruk av håndhygiene gikk fra 69,5 % til 95,3 % etter gjennomgang av det 3-delte online programmet (Alemagno et al., 2010).

Vi velger å gå tilbake til spørsmålet: Mangel på kunnskap eller bare dårlige holdninger? Helsepersonelloven (1999) tilsier at vi som helsepersonell og sykepleiere skal yte forsvarlig praksis. Gjør man det ved å bruke smykker? På skolen lærer vi at korrekt håndhygiene krever hender frie for smykker og lange negler med neglelakk. Smykker hindrer god håndhygiene (Dalheim, Herud, Jørs, Koch & Skaug, 2005), og det er ingen nyhet at smykker øker faren for sykehusinfeksjoner. Konklusjonen på forskning utført av Mette Fagernes og Egil Lingaas (2009) viser at det er betydelig mer sykdomsfremkallende bakterier på hendene til helsepersonell som bruker ringer kontra de som ikke bruker ringer. Jørn Stordalen (2009) nevner også at kunstige negler og bruk av neglelakk øker smittefaren. Det mange ikke tenker over er at bruk av kunstige negler og neglelakk skjuler hva som befinner seg under neglene (ibid.). På den andre siden er det å ha både ringer, negler og for eksempel armbånd og klokker en del av deres identitet (Folkehelseinstituttet, 2004). Egne erfaringer underbygger dette. Vi begge har sett og opplevd sykepleiere som faktisk selv sier at de bruker smykker for å ”pynte” opp den hvite uniformen. Vet de egentlig hva disse smykkene kan forårsake?

Kunnskap er noe vi får rikelig av i løpet av vårt tre årige studie som sykepleiestudenter, men forskning fra Slovakia forteller oss noe annet. Der har de kommet frem til at det vi lærer ikke alltid er omfattende nok til det yrkeslivet forventer av oss. Sykepleiestudiet har de senere år fått mer fokus på tekniske kunnskaper, hvordan diagnostisere pasienter og bruken av medikamenter. Fokuset på håndhygiene har blitt mindre, som kan føre til flere sykehusinfeksjoner mener Kelčíkova, Skodova & Straka (2011).

Vi velger å tro at alt dette bekrefter de tiltak deltakerne, i Folkehelseinstituttets undersøkelse fra 2005, kom opp med er en nødvendighet. Det er viktig å bedre fokuset samt holdningene vedrørende håndhygiene. På den andre siden er det også svært viktig med en kultur på arbeidsplassen som er åpen for en nyutdannet kollega sitt riktige fokus og gode holdninger. Som Lystad (2006) skriver tolker vi det dit hen at hadde man hatt tilstrekkelig med kunnskap

om konsekvensene av feil og ukorrekt utførelse av håndhygiene ville vi både ha tenkt og handlet annerledes og våre holdninger vært mer positive.

4.1.3 Tidspress og Tilrettelegging

Vi har av egen erfaring opplevd at tidspress og tilrettelegging påvirker vår hverdag som sykepleiere. Det går utover våre holdninger når tempoet er høyt og det er flere ting vi skulle ha gjort på samme tid. Av erfaring føler vi at som sykepleiere skulle man til tider hatt et ekstra par med armer. Man føler fort at man ikke strekker til, at tiden flyr fra oss og at dagen er for kort, -men er den det? Vi mener at, er det godt tilrettelagt, hjelper dette på tidspresset.

Som Karoliussen (2011) skriver: "...tid er penger. Høyt tempo regnes som effektivitet, og alle utfører sine arbeidsoppgaver" (s.246). Vi stiller oss undrende til dette. Nå skal alt være så effektivt og rasjonelt og man skal helst utføre mest mulig alene, og gjerne i et høyt tempo. Før arbeidet man mer i fellesskap. Dette sikret kvalitet i pasientomsorgen og fokuset på tid var ikke på langt nær like stort som det er i dag (Karoliussen, 2011). Vi har erfart i praksis at tiden flyr og at tempoet til tider kan være nokså høyt. Vi har selv merket slurv ved tidspress, som igjen har gått utover vår egen utførelse av håndhygiene. Arbeidsoppgavene våre blir til tider halvferdig og det blir ofte overtid fordi man ikke har fått tid til å gjøre alt man skulle og hadde planer om. Håkonsen (2009) skriver at atferd er situasjonsstyrt. Det har mye å si hvilken situasjon man befinner seg i, og tidspress er en kjent faktor som påvirker. Som Damsgaard (2010) skriver synes de fleste sykepleierne at de arbeider i et travelt miljø. Dette fordi de har arbeidsoppgaver som hopper seg opp og det ender med at situasjonen styrer grundigheten på arbeidet som blir utført blant annet håndhygiene. Vi tolker det dit hen, at det Håkonsen (2009) bekrefter, er at vi ikke alltid handler i samsvar med våre holdninger, stemmer.

En anerkjent unnskyldning til at sykepleiere ikke utfører riktig og korrekt håndhygiene er at de ikke har tid, skriver Stordalen (2009). Forskning bekrefter dette. Å gå fra pasientens seng og bort til vasken, vaske hendene, tørke de og så gå tilbake til pasienten eller neste pasient viser seg å ta minst et minutt. Det betyr at minst ¼ del av sykepleierens tid på jobb blir brukt til å utføre håndhygiene, hvis de skulle ha gjort det som retningslinjene tilsier. På den andre siden

vil det å utføre håndhygiene med hånddesinfeksjon ikke ta på langt nær samme tid, og det gir ingen unnskyldning for og ikke utføre tiltaket (Pittet & Boyce, 2001).

Vi har selv erfart at hvis hånddesinfeksjon er tilrettelagt godt nok, tar dette kun 15-30 sekunder og man kan sprute hendene mens man går fra en pasient til neste. Dette mener vi er å bruke tiden effektivt som er viktig for sykepleiere som alltid føler de har mangel på tid. Forskning forteller oss videre at ved bruk av hånddesinfeksjon løser man tre kjente problemer: tilgjengelighet, tid og hud problemer som ofte følger på grunn av håndsåpe og vann (Pittet & Boyce, 2001). Dette har vi erfart at bidrar til bedre holdninger ved håndhygiene, fordi det er enklere å utføre samt tidsbesparende. Hånddesinfeksjon er som kjent det enkleste og mest effektive tiltaket vi utfører for å bryte smittekjeden på somatiske sykehus (Elstrøm, 2009). Det geniale med hånddesinfeksjon som vi selv har erfart er at det er lettere å benytte seg av siden det finnes i dispensere på veggene rundt omkring, både ute i avdelingen og på pasient rom, og at man i tillegg kan ha små flasker med desinfeksjon i lommene på uniformen. På den andre siden burde det være dispensere ved hver seng for å gjøre det mer tilgjengelig. På de praksissteder vi har vært har vi opplevd at det kun henger dispensere ved inngangsdøren til hvert rom. Det er fort gjort å sluntre unna på grunn av dette. Dette medfører at man "glemmer" å utføre håndhygiene mellom hver pasient, særlig på pasient rom med flere senger.

Som Karoliussen (2010) skriver: "Sykepleierne synes det er vanskelig å ivareta mandatet sitt innenfor de rammene de har" (s.179). Hvis vi antar at kunnskapen er der vet de hva det er som skal til, men de mister mulighetene til å gjennomføre på grunn av tilrettelegging (ibid.). På den andre siden kan det å være sykepleier under tidspress kreve mye av hver enkelt. Det er mange arbeidsoppgaver som står for tur og det kan fort bli "mas" for pasientene om man hele tiden skal fly frem og tilbake inne på rommet for å utføre håndhygiene fra dispenseren som kun henger på veggen ved inngangsdøren. Som Florence Nightingale (1997) skriver i sin bok "Notater om sykepleie" at: "Hastverk eller kav og mas er ekstra plagsomt for syke mennesker"(s. 87). Vi har selv erfart at mange pasienter ønsker å ha ro rundt seg da det er mye smerter og lite søvn samt at sykehuset er et fremmed sted for dem.

Det negative med hånddesinfeksjons dispensere er at de ofte kan bli "tette", de automatiske kan gå tom for batteri, væsken som kommer ut kan sprute i feil retning og ikke ned i håndflaten som kan medføre til ødeleggelse av gulv og vegger. Mengden som kommer kan

være for liten til å dekke begge hender tilstrekkelig og at de er plassert på for få steder. Forskning utført på et sykehus i USA viser oss at det kun var 65 % av de fungerende dispenserne som ved et trykk ga tilstrekkelig desinfeksjonsmiddel (Larson et al., 2006). På den andre siden er håndvask mer tungvindt og vi forstår at det blir nedprioritert. Håndvask er like effektivt som hånddesinfeksjon, men tar lengre tid og krever mer utstyr. Det avhenger av vasker utstyrt med en hendel som ikke krever berøring av selve hånden, men av for eksempel albu, fot eller at den er fotocellestyrt. Det samme gjelder håndsåpen som skal brukes (Stordalen, 2009). På bakgrunn av dette skjønner vi at håndvask ikke er tiltaket som blir høyest prioritert. Vi velger også å tro at det ikke er holdningene våre som lar oss påvirke bruken av håndvask eller ikke. Det er rett og slett at det tar for mye tid. En annen faktor kan også være at man vet desinfeksjon er mer effektivt og er raskere å utføre.

Selv på en avdeling med høyt tidspress burde ikke våre holdninger bli påvirket. Det er viktig at det er godt tilrettelagt på avdelingen så vi ikke opplever flere komplikasjoner enn nødvendig. Som tidligere nevnt krever en avdeling god struktur og en avdelingsleder som tar ansvar og med klare retningslinjer. Dette bør innebære et godt system for håndhygiene så ingen påvirkning kan hindre oss i å utføre tiltaket korrekt og til rett tid.

5 Konklusjon

Vi har kommet frem til at det er mange faktorer som påvirker sykepleierens holdninger til tiltaket håndhygiene. Vi har lært at holdningene våre utvikles hele veien mens vi vokser opp og er stadig i endring ettersom hvem vi er sammen med og hvor vi er. Holdninger er både en del av vår personlighet og også noe vi på en måte kan ”gjemme” oss bak. Dette vises ved at vi identifiserer oss med andre fordi vi ønsker å bli godtatt på nye steder for eksempel i ny jobb med nye arbeidskollegaer. Har man først en innstilling og en holdning til noe vises det tydelig ved måten vi oppfører oss og det er ingen lett jobb å forandre på.

Miljøet på arbeidsplassen, normer på avdelingen, kunnskap, og tidspress og tilrettelegging er det vi har konkludert med at har stor påvirkning på oss og våre holdninger i hverdagen som sykepleiere. Avdelingen krever god struktur, en dyktig avdelingsleder, tydelige roller, klare retningslinjer og et godt miljø hvor samarbeid er i fokus. Normer på avdelingen bidrar til orden og at vi alle vet hvordan vi skal oppføre oss, og hvordan vi skal forholde oss til hver enkelt samt handle i ulike situasjoner.

Kunnskap er bakgrunn for gode holdninger. Med dette mener vi at har man tilstrekkelig kunnskap om for eksempel håndhygiene og vi kjenner til konsekvensene er det lettere å handle riktig og utføre tiltaket korrekt og til rett tid. Kunnskap gjør det også lettere å endre våre holdninger når man blir mer bevisst på hva som er riktig og galt. Tidspress og tilrettelegging bunner ut i at det må være godt tilrettelagt på avdelingen for at man skal få mulighet til å utføre tiltaket i en travel hverdag.

Vi konkluderer med at alle de overnevnte faktorene henger sammen og bidrar til påvirkning av våre holdninger. Vi har lært mye i løpet av tiden med skriving av bachelor oppgaven som vi skal ta med oss som nyutdannede sykepleiere for å sikre god og riktig håndhygiene i fremtiden.

Litteraturliste

*Alemagno, S. A., Guten, S. M., Warthman, S., Young, E., & Mackay, D. S. (2010). Online Learning to Improve Hand Hygiene Knowledge and Compliance Among Health Care Workers. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. Vol. 41, No.10.
doi:10.3928/00220124-20100610-06

Bjørø, K. & Kirkevold, M. (2005). Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie: Bind 4* (s. 149 - 183). Oslo: Gyldendal Akademisk

Blystad, H. & Steen, M. (2009). Smittevern - prinsipper og tiltak. I M. Steen & M. Degré (Red.), *Mikrober, helse og sykdom* (s. 267 - 285). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalheim, A., Herud, T., Jørs, M. I., Koch, A. M., & Skaug, E.-A. (2005). Hygiene. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 2* (s. 216-273). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Damsgaard, H. L. (2010). *Den profesjonelle sykepleier*. Larvik: Capplen Damm.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner,- samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Elstrøm, P. (2009). Smittevern i helsetjenesten. I M. Steen & M. Degré (Red.), *Mikrober, helse og sykdom* (s. 287-299). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Fagernes, M., & Lingaas, E. (2009). Impact of finger rings on transmission of bacteria during hand contact. *Infection control and the hospital epidemiology*, Vol.30, No.5, pp. 427-432.
doi:10.1086/596771

*Folkehelseinstituttet. (29.02.2012). Lokalisert 30.04.2012 på http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,3419:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:96094::1:5569:1:::0:0

*Folkehelseinstituttet. (2004). *Nasjonal veileder for håndhygiene*. Lokalisert på <http://www.fhi.no/dav/A670B7F77D.pdf>

*Helsetilsynsloven, LOV 1984-03-30 nr 15: § 3(2011). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no>

*Helsepersonelloven, LOV 1999-07-02 nr 64 § 4 (2011). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no>

Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv –ny forståelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk

*Kelčíkova, S., Skodova, Z., & Straka, S. (2011). Effectiveness of hand hygiene, -Education in a basic nursing school curricula. *Public Health Nursing*, Vol.29, No.2, pp. 152-159. doi:10.1111/j.1525-1446.2011.00985.x

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2005). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (s. 137-183). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Larson, E., Girard, R., Pessoa-Silva, C. L., Boyce, J., Donaldson, L., & Pittet, D. (2006). Skin reactions related to hand hygiene and selection of hand hygiene products. *American Journal of Infection Control*, Vol. 34 No.10. doi:10.1016/j.ajic.2006.05.289

*Lystad, A. M. (2006). *Håndbok i konflikthåndtering* (2.utg.). Oslo: Akribe

*Mathisen, J. (2006). *Sykepleiehistorie: ideer-mennesker-muligheter*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

- *Mathisen, J. (1993). *Sykepleiehistorie*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- *McKenzie, S. N., Turton, P., Castle, K., Clark, S. M., Lansdown, M. R., & Horgan, K. (2011). Alcohol hand abuse: a cross-sectional survey of skin complaints and usage patterns at a large UK teaching hospital. *Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports*, 2:68. doi:10.1258/shorts.2011.011034
- *Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- *Pittet, D., & Boyce, J. M. (2001). Hand hygiene and the patient care: pursuing the Semmelweis legacy. *The Lancet – Infectious Diseases*, April: 9-20. Lokalisert på <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309909702956>
- *Schøyen, R. (2004). *Mikroorganismer og sykdom. Lærebok i mikrobiologi og infeksjonssykdommer for helsepersonell* (8.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Skau, G. M. (2005). *Personlig kompetanse – i arbeid med mennesker* (3.utg.). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- *Smittevernloven, LOV 1994-08-05 nr 55 § 1-1(2011). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no>
- Stordalen, J. (2009). *Den usynlige fare – lærebok i hygiene* (4.utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- *Sykepleierforbundet (august 2011). Lokalisert 23.04.2012 på https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- *Whitby, M., Pessoa-Silva, C.L., McLaws, M.-L., Allegranzi, B., Sax, H., & Larson, E.,...Pittet, D. (2007). Behavioural considerations for hand hygiene practices: the basic building blocks. *Journal of Hospital Infection*, 65, 1-8. doi:10.1016/j.jhin.2006.09.026

*World Health Organization. (2009). Lokalisert 25.04.2012 på
http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.07_eng.pdf