



Høgskolen i Hedmark

Campus Elverum
Avdeling for folkehelse
Institutt for sykepleie og psykisk helse

Eksamenskode: 4AVS304
Simone Maria Kienlin og Trine Lise Stårvik
Veileder: Randi Løviknes

Ren omsorg er tryggere omsorg

Clean care is safer care

Bachelor i sykepleie, kull 121

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING

- 1.1 Bakgrunn for oppgaven s. 5
- 1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling s. 5
- 1.3 Presentasjon av problemstilling s. 6
- 1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling s. 6
- 1.4 Disposisjon/Oppgavens oppbygging s. 6

2.0 METODE

- 2.1 Beskrivelse av metode s. 7
- 2.2 Litteraturstudie s. 7
- 2.3 Litteratursøk og fremgangsmåte s. 7
- 2.4 Kildekritikk med begrunnelse for den valgte litteraturen s. 8
- 2.5 Pensumlitteratur s. 9
- 2.6. Selvvalgt litteratur s. 9
- 2.7 Artikler s. 9

3.0 TEORI

- 3.1 Pasientsikkerhet s. 12
- 3.2 Smitte s. 13
- 3.3 Florence Nightingale s. 14
- 3.4 Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) s. 15

- 3.5 Kommunikasjon s. 17
- 3.6 Veiledning og undervisning s. 19

4.0 DRØFTING

- 4.1 Pasientsikkerhet s. 22
- 4.2. Veiledning og undervisning s. 25
- 4.3 Kommunikasjon med pårørende og deres barn s. 27

5.0	KONKLUSJON	s. 29
6.0	LITTERATURLISTE	s. 31
7.0	VEDLEGG	
7.1	Individuell redegjørelse kandidat 37	s. 37
7.2	Individuell redegjørelse kandidat 76	s. 39

Antall ord: 9507

FORORD

WHO har en pasientsikkerhetskampanje som heter “Clean Care is Safer Care.” Vi synes tittelen passer til vår oppgave og den sier mye om det vi har skrevet om. Derfor valgte vi å bruke denne tittelen på vår bacheloroppgave.

1.0 INNLEDNING

Hensikten med denne bacheloroppgaven er at vi skal fordype oss i et tema som er relevant for sykepleie. Vi skal arbeide metodisk og systematisk og vise faglig/vitenskapelig refleksjon og gi en selvstendig vurdering av litteraturen.

Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2011a) prevalensundersøkelse viser at 5.9 % av pasienter innlagt på sykehus har såkalt helsetjenesteassosierte infeksjon (HAI). I følge undersøkelser utført av Bernland et al (2009) kan helsetjenesteassosierte infeksjoner ha ulike årsaker, som blant annet manglende kunnskap om forebyggende tiltak hos personalet, dårlig håndhygiene, nedsatt immunforsvar hos pasientene og behandlingen pasientene får. Som på alle andre avdelinger er det også viktig å forebygge smittespredning på barneavdelinger, for å unngå unødvendig smerte og lidelse for barna og deres pårørende. Fleming & Randle (2006) påpeker i sin forskning at leker ikke alltid blir inkludert i den samme effektive rengjøring rutinen som andre gjenstander og at de kan fungere som en kilde til smitteoverføring som ofte blir oversett.

1.1 Bakgrunn for valg av tema?

Til denne bacheloroppgaven ble det utdelt tre temaer vi kunne velge å skrive om. De var “sykepleiefaglig forsvarlighet og behovet for koordinerte helsetjenester etter innføring av samhandlingsreformen,” “bruk av tvang i sykepleien til pasienter med demenssykdom” og “sykepleie og forebygging av smitte i somatiske sykehus.” Problemstillingen vår går under temaet sykepleie og forebygging av smitte i somatiske sykehus. Vi har valgt oss denne problemstillingen med bakgrunn i å styrke kunnskapen om forebyggende arbeid, og samtidig som dette er et tema vi har lyst til å fordype oss i. Vi mener at dette er relevant for vår yrkesrolle som sykepleiere, og vi ønsker begge å jobbe med barn når vi er ferdig utdannet.

Slik vi ser det er kommunikasjon med barn og pårørende et viktig ledd i å kunne forebygge smittespredning. Hygiene og forebygging av ulike smittestoffer er temaer vi må ha stort fokus på i alle deler av sykepleien. Vi skal være med på å forebygge, men samtidig kan vi også være med på å spre de helsetjenesteassosierte infeksjonene til pasientene.

1.3 Problemstilling

Hvordan bryte smittekjeden på en barneavdeling?

1.4 Avgrensning og presisering av oppgaven

Barneavdelinger kan være en arena for smittespredning, således finnes det mange muligheter og utfordringer for å forhindre spredning av smitte.

Vi har beskrevet infeksjonskontrollprogrammet i oppgaven, men på grunn av oppgavens omfang velger vi å begrense oss til tiltakene håndhygiene, alminnelig renhold og veiledning i smitteprofylakse for bryte smittekjeden, selv om vi ser klart at det finnes flere andre tiltak man er avhengig av. Innenfor dette vektlegger vi hvordan man forebygger smitte ved riktig håndtering av leker på avdelingen, samt veiledning av pårørende og deres barn. For å vise til noen eksempler på smittsomme infeksjoner har vi valgt å ta med informasjon om RS-virus og gastroenteritt. Et infeksjonskontrollprogram omfatter registrering av helsetjenesteassosierte infeksjoner, under dette registreres ikke RS-virus og gastroenteritt som en slik infeksjon. Men fordi smitten skjer under et sykehusopphold regnes det likevel som en slik infeksjon, selv om det ikke blir registrert (Helsedepartementet, 2004).

Selv om påvist infeksjon med både RS-virus og gastroenteritt krever et isoleringsregime velger vi å begrense oss til ikke å utdype hva isoleringen innebærer for både barnet og de pårørende. Når det gjelder alderen på barna har vi valgt ut aldersgruppen 3 til 6 år. Vi har valgt denne alderen fordi vi ville skrive om barn man kan kommunisere med på en slik måte at de kan veiledes i enkelte ting. Samtidig som de er så små at de er avhengig av foreldrene sine.

1.5 Oppgavens oppbygging

I innledningen viser vi til bakgrunnen for oppgaven og valg av problemstilling. Vi presenterer problemstillingen samt presiseringen og avgrensning av denne. I metoddelen beskrives metode generelt og litteraturstudie som metode, vi gjennomgår litteratursøket vårt og fremgangsmåten. Vi presenterer og analyserer den litteraturen vi har valgt å anvende i oppgaven. I teoridelen presenterer vi teorien som skal belyse vår problemstilling. Vi skriver om pasientsikkerhet, smitte og helsetjenesteassosierte infeksjoner. Videre skriver vi om hvordan sykepleiere kan forhindre spredning av smitte på en barneavdeling ved hjelp av kommunikasjon og veiledning av foreldre og barn, og vårt ansvar som sykepleiere i forhold til

rengjøring av leker på avdelingen. Vi har brukt sykepleierteori fra Travelbee og Nightingale. I drøftingsdelen diskuterer vi viktigheten av god kommunikasjon, og gode relasjoner mellom sykepleieren, barnet og deres pårørende. Dette for å kunne veilede om forebygging av smittespredning. Vi diskuterer også behovet for rengjøring av leker og hvordan dette er et viktig forebyggende tiltak på barneavdelinger for å hindre spredning av smitte. Vi avslutter oppgaven med en kort konklusjon hvor vi oppsummerer hva vi har kommet frem til i drøftingen og hva vi har lært gjennom arbeidet med oppgaven.

2.0 METODE

2.1 Beskrivelse av metode

Vilhelm Aubert (1985) beskriver metode som ”en metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Aubert, referert i Dalland, 2007, s. 83).

2.2 Litteraturstudie

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Det betyr at vi har gått systematisk gjennom litteratur som er relevant for vår problemstilling. Metoden innebærer at vi bruker kunnskap fra bøker, artikler, andre skriftelige kilder, søker og leser (Dalland, 2007). Den bygger på pensumlitteratur, offentlige dokumenter, forskning, og annen selvvalgt litteratur som er relevant for å belyse problemstillingen. Vi har gått kritisk igjennom kildene og skrevet en sammenfatning av tilegnet kunnskap, før oppgaven avsluttes med en drøfting.

En svakhet ved en litteraturstudie er at vi bruker litteratur som andre har skrevet. Noe som kan resultere i at vi tolker innholdet i teksten annerledes enn slik forfatteren hadde tenkt det, og det er ikke vi som har ”vært ute i feltet” for å finne de svarene vi leter etter.

2.3 Litteratursøk og fremgangsmåte

Litteraturen vi har benyttet er hentet fra pensum, selvvalgt litteratur og internett. På internett har vi blant annet søkt på Helsebibliotekets databaser og EBSCO. Der har vi benyttet oss av British Nursing Index, SweMed+, CINAHL og Academic Search Premier for å lete etter relevant forskning vi kunne bruke. Søkeordene vi har brukt er: ”Infections”, ”hospitalized

children” “Prevention”, “Hygiene interventions”, ”Hospital-acquired”, “Nursing”, ”Responsibility”, og “Healthcare” i forskjellige kombinasjoner.

Så langt i sykepleierutdanningen har vi ingen erfaring fra en barneavdeling, men i siste praksisperiode, som er medisinsk praksis, skal vi til en barneavdeling ved et sykehus i Slovenia. For å skaffe til veie informasjon om hvordan en barneavdeling er bygget opp og fungerer i praksis tok vi kontakt med et sykehus her i Norge. Der fikk vi omvisning og innsikt i hvordan de jobber for forebygge smitte. Det er noe vil bruke for å belyse praktiske eksempler på smitteforebyggende tiltak i oppgaven.

Vårt forhold til etisk forsvarlighet i eget arbeid innebærer at vi har hatt fokus på ivaretagelse av personvern, anonymisering og ivaretagelse av taushetsplikten gjennom arbeidet med oppgaven.

Gjennom veiledningsseminarer og individuelle veiledninger har vi formidlet, både muntlig og skriftlig, innholdet og fagstoffet i vår oppgave. Gjennom opponentskap og responentskap har vi både gitt og fått konstruktive tilbakemeldinger på oppgaven.

2.4 Kildekritikk med begrunnelse for den valgte litteraturen

I følge Dalland (2007) har kildekritikk den hensikt og skulle finne ut om litteraturen er gyldig og relevant, for å være med på å belyse oppgavens problemstilling. For å få så ny litteratur og forskning som mulig hadde vi satt en grense på at den ikke skulle være eldre enn fra 2006.

Men etterhvert erfarte vi at vi måtte flytte grensen, fordi vi blant annet valgte å bruke teori fra Nightingale som er utgitt i 2000 og Travelbee fra 1999. I tillegg har vi også brukt flere pensumbøker som er gitt ut før 2006. Som bøkene “*Grunnleggende sykepleie*” av Kristoffersen, Nortvedt & Skaug fra 2005 og Grønseth og Markestads “*Pediatri og pediatrik sykepleie*” fra 2005. Vi mener likevel at dette er relevant litteratur i forhold til problemstillingen og det refereres til disse bøkene i nyere litteratur.

Litteraturen vi har funnet på internett anser vi til å være gyldige og pålitelige, da vi har benyttet nettsteder fra kjente og anerkjente aktører som for eksempel Folkehelseinstituttets og WHO sine nettsider.

Noe av litteraturen vi har benyttet fra internettsider er skrevet på engelsk og vi har oversatt dette på egenhånd. Selv om våre engelskkunnskaper er relativt gode gir det et visst rom for feiltolkning.

Dalland (2007, s.79) presiserer at primærlitteratur er “den opprinnelige utgaven av en tekst,

eller senere opptrykk av den.” Vi har bevisst valgt å gå helt til primærkilden og brukt denne der det har vært mulig. At vi har valgt å bruke Nightingale *”Notater om sykepleie”*, istedet for å bruke sekundærlitteratur som er skrevet i andre bøker, er et godt eksempel på dette.

Sekundærlitteratur er når personer har tolket andres arbeid og fremstår derfor ikke like pålitelig som når det er forfatteren selv som har skrevet det (Dalland, 2007). Vi har valgt å bruke noe sekundærlitteratur som Kristoffersen et al (2005) og Grønseth og Markestad (2005). Fordi disse bøkene er pensumlitteratur som er basen av det vi skal tilegne oss gjennom studiet, mener vi de er pålitelige.

I oppgaven har vi valgt å bruke forskningsartikler istedenfor fagartikler. Forskningsartikler presenterer ny kunnskap, og her skal forskningen kunne kontrolleres og de er godkjente av forskere innen feltet. I fagartikler presenterer ikke ny kunnskap, men de har som hensikt å gjøre den allerede aksepterte kunnskapen kjent (Lerdal, 2012).

2.4.1 Pensumlitteratur

Disse bøkene har vi valgt å bruke fordi de er relevante og en del av pensumet vårt. For eksempel synes vi at Dalland’s *”Metode og oppgaveskriving for studenter”* er viktig for å skrive en god metodedel. Vi anser pensumlitteraturen som pålitelig fordi den er valgt ut av skolen for å styrke vårt studium. Vi har også funnet henvisninger til pensumlitteraturen i den selvvalgte litteraturen vi har valgt, og dette mener vi styrker holdbarheten og påliteligheten i forhold til vår problemstilling.

2.4.2 Selvvalgt litteratur

Den litteraturen vi har valgt å bruke i oppgaven har vi valgt med bakgrunn i gyldighet, holdbarhet og relevans for vår problemstilling, og dette ser vi på som nødvendig for å oppnå det resultatet vi ønsker. Vi har brukt selvvalgt litteratur som består av både bøker, artikler og nettsider. Dette har vi brukt aktivt gjennom både teorien og i drøftingen. Til sammen har vi brukt 518 sider.

2.4.3 Artikkene vi har valgt og kritisk granskning av disse

Vi har valgt å bruke forskningsartikler, som i følge Dalland (2007) bør inneholde en begrunnelse, samt en diskusjon for valgt metode, funn og resultatene av forskningsarbeidet. Disse artiklene går igjennom en referee bedømming også kalt pree review hvor de blir vurdert og godkjent av eksperter på fagområdet (ibid, 2007). I artiklene vi har valgt er det brukt både

kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode. I den kvantitative forskningen lager man hypoteser som skal testes, slik at man får kunnskaper og finner årsakssammenhenger. Metoden kan være et kontrollert eksperiment, spørreskjema eller strukturert intervju. Ulempen ved den kvantitative forskningen er at den ikke går i dybden, man er mer opptatt av f. eks et prosentantall. I den kvalitative metoden går man mer i dybden og er opptatt av f. eks hvorfor mennesker handler som de gjør, og ikke hvor mange som gjør det (Drageset & Ellingsen, 2009). Kritikk til den kvalitative forskningsmetoden er at studiene ofte inneholder få personer, og den er ikke egnet om man er interessert i å vite noe om f. eks hyppighet eller om et medisinsk tiltak er effektivt eller ikke (Malterud, 2011).

Berland, A., Berentsen, S. B. & Gundersen, D. (2009) har gjort en studie ”*Sykehusinfeksjoner og pasientsikkerhet*” (Hospital-acquired infections and patient safety) hvor hensikten var å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har i forhold til helsetjenesteassosierte infeksjoner og pasientsikkerhet. Denne artikkelen fant vi via EBSCO på Cinahl. Søkeordene vi bruke var : ”nursing”, ”infection” and ”responsibility”. Og her fikk vi opp 11 treff, hvor denne artikkelen var treff nr 6. Studie er ikke gjort på en barneavdeling, som hadde vært mest relevant for vår oppgave, men fordi den omhandler holdninger og pasientsikkerhet mener vi at studien kan være relevant for alle avdelinger på et sykehus. Metoden er kvalitativ og datainnsamlingen er gjort ved hjelp av fokusgruppeintervjuer. De valgte fokusgruppeintervju som metode fordi det er en kvalitativ metode der komplekse temaer kan analyseres og drøftes med flere. Denne metoden kan være en begrensning i studiet fordi den kan føre til likelydende svar og at avvikende meninger ikke kommer frem. Vi synes det er et pluss at studien er gjort i Norge fordi det kan gjøre forskningen mer sammenlignbar enn hvis det hadde blitt utført i et land som skiller seg betraktelig fra vår kultur. I forhold til forskningsetiske betraktninger er den sendt inn og godkjent av norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

En annen studie er gjort av Rotegård, A. (2007) ”*Children in an isolation unit – parents’ informational needs*” hvor hensikten med studiet var å identifisere behovet for informasjon og veiledning til foreldre, med barn innlagt på sykehus med RS-virus eller gastroenteritt.

Søkeordene vi brukte er: ”patient information”, ”hospitalized children”, and ”infection”. På disse søkeordene fikk vi opp 12 treff hvor treff nr 2 var denne artikkelen som ligger på Cinahl. Databasen vi bruke var EBSCO.

Metoden som er brukt i dette studiet er kvantitativ. Forfatteren har laget sitt eget spørreskjema, noe som kan være en svakhet ved undersøkelsen. Og svarprosenten på studiet var 53%, noe som er lavt. Artikkelen er noe gammel, men vi mener at behovet for veiledning av foreldre med barn innlagt på grunn av RS-virus eller gastroenteritt er like stort nå som for fem år siden.

At forfatteren har foretatt etiske overveielser i forbindelse med artikkelen ser vi på som en styrke.

Den tredje artikkelen vi har brukt er "*Toys – friend or foe?*" og den er skrevet av Fleming, K. & Randle, J. og er utgitt i 2006. Denne artikkelen tar for seg hvordan leker på barneavdelinger blir brukt til å skape et mer barnevennlig miljø og for å fremme trygghet. Men også hvordan disse lekene kan være en kilde til smittsomme sykdommer. Forfatterne ville finne ut om endringer i rutiner er nødvendig, hvordan vasking av leker eventuelt kan forbedres og til slutt komme frem til anbefalinger for sykepleierpraksis. Artikkelen fant vi ved hjelp av søkeordene "Healthcare", "infection" and "Children" på Cinahl via søkemotoren EBSCO. Vi fikk opp 11 treff hvor et av treffene var denne. Og selv om dette studiet ble utført på en intensivavdeling for barn mener vi at den er veldig aktuell for vår oppgave, fordi den belyser risikoen leker kan ha for smitteoverføring på sykehus. Metoden de brukte var å ta bakterieprøve av 12 leker, noe som er litt lite, men det gir likevel et bilde av hvor mye smitte leker eventuelt kan bære. I forhold til holdbarhet er artikkelen noe gammel, men vi velger likevel å bruke den siden vi ikke har klart å finne nyere forskning innenfor dette området.

3.0 TEORI

3.1 Pasientsikkerhet

Vi velger å starte teoridelen med pasientsikkerhet fordi dette er et veldig sentralt tema i sykepleieryrket, og det har i de siste årene blitt lagt stort internasjonalt fokus på dette. WHO sin internasjonale pasientsikkerhetskampanje “World Alliance for Patient Safety” inneholder blant annet en kampanje som heter “Clean care is safer care.” Denne kampanjen fokuserer på helsearbeidernes håndhygiene og omfatter også Slovenia hvor vi skal i praksis. Den norske utgaven av denne pasientsikkerhetskampanjen heter “I trygge hender” og ble startet opp i 2011 og skal avsluttes i 2013. Dette er et initiativ fra helse – og omsorgsministeren som ble utarbeidet av helsedepartementet. Den har som mål å sette pasientsikkerheten i helsetjenesten i fokus og å forbedre pasientsikkerheten i Norge (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010). Denne kampanjen viser at pasientsikkerhet er et dagsaktuelt tema, og hvor viktig det er at pasientene er i trygge hender.

Det Nasjonale kunnskapssenter for helsetjenesten (2010, s. 13) beskriver pasientsikkerhet som “Pasienter skal ikke utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme”. Helsepersonelloven (2012) er blant annet med på å sørge for at dette ikke skal skje, og loven beskriver forsvarlighet på følgende måte ”helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.” Hjort (2007) hevder at sykehusinfeksjoner er en risiko man må regne med innenfor sykehusets virksomhet. Dette fordi både pasientene og de ansatte bærer sine bakterier og i tillegg skal alt av sykehusets utstyr holdes helt rent, noe som er vanskelig å gjennomføre.

De yrkesetiske retningslinjene er regler og retningslinjer for sykepleiere som handler om etisk akseptabel atferd for hvordan man skal utøve sykepleie. Disse er laget fordi sykepleiere trenger interne retningslinjer samtidig som samfunnet skal vite hva de kan forvente av sykepleieren (Slettebø, 2009). Gjennom retningslinjene har vi sykepleiere et godt redskap som beskriver idealer for praktiske og moralske gjerninger innenfor sykepleie. Det er viktig å følge retningslinjene for å ivareta pasientsikkerheten. Det første punktet i retningslinjene som vi har valgt å ta med sier noe om vårt ansvar for å utøve sykepleie som forebygger sykdom og fremmer helse. “2.1 Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og

forebygger sykdom.” Det andre punktet omhandler pårørendes rett til informasjon og sykepleiers ansvar for å gi informasjon gjennom veiledning og undervisning. “3.1 Sykepleieren bidrar til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt” (Yrkesetiske retningslinjer, 2011).

3.2 Smitte

For å kunne forebygge smitte må vi ha kunnskap om smittestoff, normalfloraen og hvordan smitte kan forebygges ved å bryte en smittekjede.

Smittsom sykdom defineres av Smittevernloven (1994) som:

”en sykdom eller smittebærertilstand som er forårsaket av en mikroorganisme (smittestoff) eller del av en slik mikroorganisme eller av en parasitt som kan overføres blant mennesker. Som smittsom sykdom regnes også sykdom som er forårsaket av gift (toksin) fra mikroorganismer.”

Nasjonalt Folkehelseinstituttet (2004) påpeker viktigheten av at helsepersonell har kunnskap om hvilke risiko det kan medføre med mikrober på hendene, og hvordan smittespredning kan forebygges med god håndhygiene. Men en tilstedeværelse av mikroorganismer som bakterier, virus, sopp eller protozoer trenger ikke å bety at de er sykdomsfremkallende og at det foreligger en infeksjon. Først når mikroorganismene invaderer vev blir det en infeksjon (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005). I helseinstitusjoner er risikoen for smitte større enn i hjemmet til en pasient fordi det kan være en opphopning av smittestoffer. I tillegg har pasientene ofte en grunnsykdom som kan gi dem et svekket immunforsvar slik at de kan bli lettere mottakelig for å utvikle en infeksjon (ibid, 2005).

På oss mennesker og i miljøet rundt oss finnes det utallige mikroorganismer. Det finnes over 1500 ulike arter som lever på huden, slimhinner og i fordøyelseskanalen. Disse lever i en naturlig balanse med oss mennesker og kalles for normalfloraen (Steen & Degré, 2009).

Normalfloraen kan deles inn i to grupper:

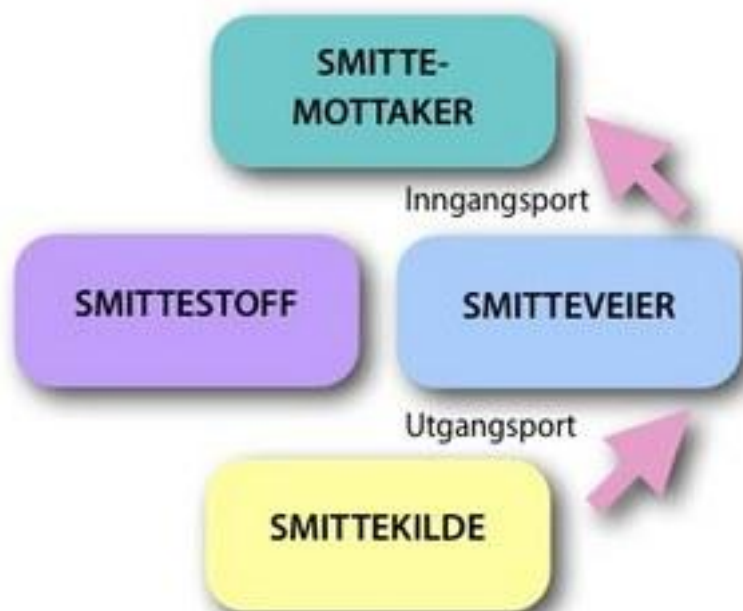
-Den permanente som er menneskets mikrobiologiske hudflora. Dette er de bakteriene som til enhver tid kan påvises i huden. Disse lar seg ikke fjerne av håndhygiene og anses å være gunstig for mennesket (FHI, 2004).

-Den forbigående: er fremmede mikroorganismer som påføres huden og lever og formerer seg der i kortere eller lengre tid. Disse kan ha evne til å skape infeksjoner, og derfor kan de også

være sykdomsfremkallende. Den forbigående floraen lar seg fjerne ved håndvask og hånddesinfeksjon, i motsetning til den permanente floraen som ikke lar seg fjerne av dette (Steen & Degré, 2009).

I helsetjenesten er risikoen for spredning av sykdomsfremkallende mikrober større enn ellers i samfunnet. Dette fordi det er mange pasienter med svekket immunforsvar og aktive infeksjoner som lettere kan være mottakelig for infeksjon (FHI, 2004).

Smittekjeden er et helt sentralt begrep innenfor smittevern, den består av seks ledd og for at smitte skal skje må alle leddene i denne kjeden være tilstede. Således hvis man bryter ett av leddene kan smitten bli forhindret. Leddene i smittekjeden er smittestoff, smittekilde, utgangsport, smittevei (smittemåte), inngangsport og smitemottaker (Harthug, 2006).



(Smittekjeden, av Snorre Tørriseng)

3.3 Florence Nightingale

Vi har valgt å bruke Florence Nightingale fordi vi mener hennes teorier om sykepleie og hygiene er relevant for vår oppgave.

Nightingale (1820-1910), kjent som *Lady with the lamp*, var en pioner innenfor moderne sykepleie. Hun arbeidet mye med å forhøye den hygieniske standarden for å forhindre epidemier. Dette arbeidet gjorde hun blant annet på britiske militær-sykehus under Krimkrigen.

Hennes utrettelige arbeid der førte til at dødeligheten sank drastisk (Stordalen, 2009). Hun forstod tidlig at det var viktig å sette strenge hygieniske krav for utviklingen av god sykepleie. Men hennes hygieniske prinsipper møtte dessverre mye motstand, da spesielt med å få sykepleierne til å vaske hendene mellom hver pasient som ble behandlet (ibid, 2009). Nightingale (2000, s. 69) presiserer at ”god sykepleie tar ikke hensyn til smitte, bortsett fra å avverge den”. Videre mente hun at den ved hjelp av ren luft fra åpne vinduer, rent vann, effektivt avløp, lys, renslighet og god hygiene var fem viktige tiltak. Hun mente at ”klok og menneskelig håndtering av pasienten er den beste forsikring mot smitte” (ibid, s. 69).

3.4 Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI)

Helsedepartementet (2004) definerer helsetjenesteassosierte infeksjoner (sykehusinfeksjon) som ”en infeksjon som oppstår under eller etter, og som følge av opphold i sykehus eller annen helseinstitusjon”. Ordet sykehusinfeksjon blir ofte brukt, men det kan være misvisende fordi man kan tro at det er infeksjoner som kun har oppstått på sykehus. I virkeligheten omfatter det infeksjoner som kan oppstå i alle helseinstitusjoner (Steen & Degré, 2009). Å være med på å forebygge infeksjoner og å fremme god hygiene er en stor del av en sykepleiers hverdag. Stordalen (2009, s.65) definerer sykehushygiene som ”Med sykehushygiene menes all den virksomhet som tar sikte på å holde de helsetjenesteassosierte infeksjonene under kontroll ved å forebygge og begrense dem.”. I en undersøkelse gjort av Nasjonalt Folkehelseinstituttet (2011a) viste det seg at 5.9 % av pasientene på sykehus får en sykehusinfeksjon. Forskning viser at utviklingen av helsetjenesteassosierte infeksjoner kan ha ulike årsaker, som blant annet manglende kunnskap om forebyggende tiltak hos personalet, dårlig håndhygiene, nedsatt immunforsvar hos pasientene og behandlingen pasientene får (Bernland, et al., (2009).

Vi valgte å fokusere på de to sykdommene som opptrer oftest hos små barn når de er på sykehus og har trukket ut en virusinfeksjon og en bakteriell infeksjon Respiratorisk syncytialt virus, også kalt RS-virus er en vanlig årsak til alvorlige nedre luftveisinfeksjoner hos barn og spedbarn. Hos voksne og større barn gir viruset vanligvis en forkjølelse (Steen & Degré, 2009). Det kan også gi bronkopulmonal obstruksjon og kan klinisk opptre som astmaanfall. Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2011) påpeker at det ofte kan forekomme utbrudd av viruset på barneavdelinger hvor det ofte er søsken som selv ikke blir syke, men som overfører smitte til barnet som er innlagt. Hoste, feber, slappet, utmattelse og forlenget hvesende ekspirium er symptomer på infeksjonen. Virusets smitter via kontakt- og nærdråpesmitte (ibid, 2011).

Kontaktsmitte er den mest vanlige smitteåten der smittestoffet overføres ved direkte kontakt mellom smitekilden og smittemottakeren. Ved god håndhygiene kan vi forhindre slik smitteoverføring mellom mennesker, som for eksempel mellom sykepleier og pasient (Steen & Degré, 2009).

Gastroenteritt er en infeksjon i mage- tarmkanalen som ofte begynner med kvalme, oppkast, feber og magesmerter. Den har varierende alvorlighetsgrad og forløp, og er en av de hyppigste sykdommene hos barn. Dette skyldes ofte infeksjoner med rota-, noro- eller adenoviruset. Det er viktig å opprettholde væske- og elektrolyttbalanse fordi det kan være fare for dehydrering spesielt hos de minste barna som har oppkast, feber og diaré. Sykdommen smitter i hovedsak ved at gjenstander barnet tar i munnen inneholder smitte. Eksempel på dette kan være når et barn har tatt på en leke og putter enten fingrene eller leken i munnen. Noen virus smitter også gjennom spytt, som f. eks rotavirus. Forebygging av smitte i institusjoner skjer ved isolering og gode smittevernrutiner (Grønset & Markestad, 2005).

For å forhindre smitte i helseinstitusjoner har det blitt utviklet flere lover og forskrifter. Den viktigste er: *Lov om vern mot smittsomme sykdommer* og forskriftene som har kommet til denne loven. For helsetjenesten er *Forskrift om smittevern i helsetjenesten (2011)* aktuell. Forskriften pålegger alle å ha et infeksjonskontrollprogram. Og det defineres som ”et program som omfatter alle nødvendige tiltak for å forebygge og motvirke infeksjoner i institusjonen, og for håndtering og oppfølging ved utbrudd av slike infeksjoner” (Folkehelseinstituttet 2006, s. 7). Ved hjelp av denne kvalitetssikringen er målet å redusere forekomsten av infeksjoner.

§ 2-2. Infeksjonsforebygging

Alle infeksjonskontrollprogram skal inneholde skriftlige retningslinjer for generelle smitteverntiltak, herunder for:

- håndhygiene,
- bruk av arbeidstøy,
- bruk av beskyttelsesutstyr, herunder hansker, munnbind og beskyttelsesfrakk,
- forebygging av yrkesbetinget smitte hos helsepersonell, veiledning i smitteprofylakse og vaksinasjon,
- alminnelig renhold,
- håndtering, rengjøring og desinfeksjon av tekstiler, senger og sengeutstyr,
- håndtering av avfall,
- håndtering og transport av smittefarlig materiale, inkl. Pasientprøver

- håndtering, rengjøring, desinfeksjon og sterilisering av utstyr,
- sterilforsyning, herunder innkjøp, lagring og transport, renhetsgrad før sterilisering, pakking før sterilisering
- innkjøp og kontroll av medisinsk utstyr.

(Forskrift om smittevern i helsetjenesten, 2011)

3.5 Kommunikasjon

Som et av tiltakene for å forhindre smittespredning på en barneavdeling har vi valgt å skrive om kommunikasjon, og hvordan vi ved hjelp av den kan oppnå best mulig samarbeid barnet og de pårørende. Eide & Eide (2007) påpeker at for å forklare kommunikasjon på en enkel måte kan man si at det er en utveksling av tegn og signaler mellom mist to parter. I alle møter mellom sykepleier, pasient og pårørende foregår det kommunikasjon. Kommunikasjonen kan være både verbal og nonverbal, gjennom kroppsspråk, holdninger og uttrykk med mer.

Kommunikasjon er en gjensidig prosess som kan skje ubevisst og bevisst og som sykepleieren bruker for å gi og søke informasjon.

Travelbee er kjent for sin sykepleierteori og hun har en definisjon på sykepleie som vi mener passer vår tankegang i forhold til oppgaven. Travelbee fokuserer og spesielt på de mellommenneskelige aspektene ved sykepleie, samt kommunikasjon (Kristoffersen et al, 2005). Travelbee (1999, s.29) definerer sykepleie slik: ”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleie- praktikerer hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene.” Vi har valgt å legge vekt på kommunikasjonsdelen ved Travelbee sin sykepleierteori. Hvordan man gjennom den kan skape et menneske-til-menneske-forhold til pasienten og pårørende. Og for å danne et godt samarbeid for å oppnå våre mål, som er å hjelpe enkeltindivider og familie med å forebygge, mestre sykdom og lidelse (ibid, 1999). Travelbee (1999, s. 135) presiserer at “kommunikasjon ikke er et mål i seg selv, men et middel i en prosess for å oppfylle sykepleierens mål og hensikt”.

For å bli kjent med barn og oppnå deres tillitt, er kommunikasjon nøkkelen. Det er en forutsetning for å forberede og informere barnet, samt hjelpe dem å bearbeide opplevelser (Grønseth & Markestad, 2005). Det finnes ikke en klar fasit for hvordan man skal kommunisere med barn, fordi alle er veldig forskjellige. Hvert individ og hver situasjon de

befinner seg i er forskjellig. Det kan utfordre oss som sykepleiere. Aldersfase er noe vi må ta hensyn til når vi kommuniserer med barn. Men det er ikke bare denne faktoren som spiller inn på deres evne til å forstå og oppfatte. Andre faktorer er egenskaper man er født med, om man er utviklet sent eller tidlig, sosial trening og det man opplever i forhold til sin sykdomssituasjon. I belastende situasjoner vil barnet kunne ha noe lavere funksjonsnivå enn alderen sin (Eide & Eide, 2007). Det beste er å bruke et naturlig og dagligdags språk. Barn mister fort konsentrasjonen hvis de voksne bruker babyspråk eller snakker langsomt. Det er også viktig at den nonverbale og verbale kommunikasjonen samsvarer med hverandre. Man må også respektere at noen barn er mer tilbakeholdne enn andre (Grønseth & Markestad, 2005). Sykdom hos barn som medfører sykehusinnleggelse kan oppleves som en krise for både barnet og de pårørende. Det er ikke uvanlig at barnet kan være redd og usikker i en slik situasjon. Vanlige rutiner brytes, nye personer kommer inn i bildet og foreldre kan oppføre seg annerledes enn de vanligvis gjør. Det er viktig at vi som helsepersonell gjør klart hvilken rolle man selv tar, og hvilken rolle de pårørende skal ha. Trygghet er spesielt viktig for barn da de mangler den kunnskapen og erfaringen vi voksne har. Vi må derfor skape mest mulig trygghet i den ukjente situasjonen barnet befinner seg i slik at de føler de har kontroll. Barn trenger å bli sett og de trenger hjelp til å sette ord på det de opplever. De trenger enkle forklaringer, korte samtaler og fysisk nærhet (Eide & Eide, 2007). Det å skape et tillitsforhold til barn kan være vanskelig. En av grunnene til dette er at barn ofte kan være skeptiske til personer de ikke har møtt før. Selv om vi som sykepleier opptre tillitsvekkende og imøtekommende, bruker avledningsmanøvre for å få fokuset bort fra det som barnet opplever som skummelt, kan det allikevel være det negative ved situasjonene som får barnets oppmerksomhet. Det kan være lurt å holde litt avstand til barnet i begynnelsen ved å kommunisere med omsorgspersonen først og deretter gradvis kommunisere med barnet. Dette er viktig for at barnet skal kunne observere og bli gradvis vant til sykepleieren. Å bøye seg ned på barnets nivå, lytte til hva de har å si, og spørre og vise interesse for ting de kanskje har med seg hjemmefra, er viktige elementer for å skape kontakt (Grønseth & Markestad, 2005). Følg barnets tempo i samtaler, vær oppmerksom på hva det er opptatt av, men husk samtidig på hva formålet med samtalen er. Samtaler med barn kan ta lang tid, og med stor endring i temaer (Eide & Eide, 2007). Barn i denne alderen har ikke evnen til å sette seg inn i hva andre personer tenker, samtidig har de et egosentrisk perspektiv som gjør det vanskelig for dem å forstå at den de snakker med ikke alltid skjønner hva de sier eller mener. Derfor er det den voksnes ansvar at samtalen blir hensiktsmessig. Man må ta utgangspunkt i barnets virkelighetsforståelse, bidra til at barnet

finner mening i budskapet ved at man forklarer og hjelper, samt bidra til at barnet føler seg kompetent i samtalen. Tenkemåten deres kan ofte gi grunnlag for misforståelser som kan føre til engstelse og tanker de føler er skumle. Det er derfor viktig at sykepleieren er klar over dette, og at man da kan korrigere feiloppfatninger. Barn forstår best og kommuniserer lettest når ord kombineres sammen med handlinger. Det finnes en rekke hjelpemidler man kan bruke i samtaler med barn. Som tegninger, leker, bilder, eventyr, sanger, regler og metaforer (Grønseth & Markestad, 2005).

3.6 Veiledning og undervisning

Et av våre ansvarsområder som sykepleiere er veiledning og undervisning. Som et av tiltakene i forebyggingen av smittespredning har vi derfor valgt å fokusere på dette.

I rammeplanen for sykepleie står det at "Sykepleiere har ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6).

Veiledning er "...en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingspross som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier" (Tveiten, 2008a, s.71). Undervisning handler om å formidle kunnskap, og her har den som underviser bestemt på forhånd hva som formidles videre, i dette tilfellet er temaet å hindre spredning av smitte (Tveiten, 2008b).

Tveiten (2008a) deler veiledning inn i fire faser:

1. Planleggingsfasen er der hvor veilederen som i dette tilfelle er oss, skal forberede oss på hvordan vi skal gjennomføre veiledningen, og på å være helt til stede og konsentrert under de neste fasene.
2. Bli kjent/bli trygg fasen starter når man møtes, og har stor betydning for å skape en god relasjon med den som skal veiledes. Eide & Eide (2007, s. 17) definerer relasjon som "...forhold, kontakt eller forbindelse mellom to mennesker..." I denne fasen må det klargjøres hva som er hensikten med samarbeidet og hvordan vi skal tilrettelegge for å nå målet (Tveiten, 2008a). Sykepleier må prøve å lage en atmosfære som inneholder tillit, forståelse og åpen kommunikasjon (Hummelvoll, 2004).
3. I arbeidsfasen skal vi gjennomføre selve arbeidet. Innholdet i veiledningen kan være relatert til hva som er viktig nå eller den kan være mer fremtidsrettet med å fokusere på hva som vil bli kommende utfordringer. I forhold til vår problemstilling vil det være å veilede om å forebygge smitte her og nå, samtidig å forebygge fremtidige smitteoverføringer. Veilederen

kan spørre spørsmål og legge til rette for at pasienten eller pårørende reflekterer selv, eller oppdager hva det er som er viktig (Tveiten, 2008a). Det er viktig at vi ikke tar helt over styringen, men sammen med pårørende kommer frem til hvordan vi på best mulig måte kan forhindre og forebygge smitte.

4. I avslutningsfasen er hensikten å oppsummere og evaluere veiledningen og eventuelt legge til rette for fortsettelsen av prosessen. Gjennom å spørre spørsmål kan vi finne ut om forventningene ble innfridd, og hvorfor målene ikke ble nådd (ibid, 2008).

Tveiten (2008a, s. 157) påpeker at “veiledning og undervisning har til hensikt å legge til rette for å styrke mestringskompetansen, fremme helse, forebygge sykdom, mestre konsekvenser av sykdom og behandling, og for medvirkning”. I sykepleierpraksis kan det være hensiktsmessig å kombinere undervisning og veiledning, som både kan rettes mot syke mennesker, friske mennesker som er utsatt for helsesvikt og selvfølgelig pårørende (ibid, 2008). Eide & Eide (2007, s. 332) påpeker at ”en veileder er en ledsager på veien, en som går sammen med pasienten og som hjelper pasienten til å se sin egen vei og sine egne mål klarere”, videre mener de at vi skal være en profesjonell samtalepartner og hjelpe pasienten å se muligheter og veier frem mot gjennomføringen av sitt endringsprosjekt. Vi har ansvar for at veiledningen ikke bare er en samtale, men en mulighet for bevisstgjøring for å få til en ønsket endring. I forbindelse med en sykehusinnleggelse har pasienten og pårørende behov for relevant undervisning og veiledning for hvordan de bør forholde seg til selve sykdommen, og i dette tilfelle også om smitteprofylakse (Tveiten, 2008b).

Som Tveiten (2008a, s. 194) påpeker ”er foreldre barnets pårørende, og et helhetssyn på sykepleie tilsier at foreldre er en målgruppe for sykepleie”. Hun presiserer også at det ikke finnes noe entydig svar på hvordan veiledningen skal foregå, fordi den er avhengig av flere faktorer. Vi må ta hensyn til hvilken situasjon foreldrene er i, og hva som er målet eller hensikten med veiledningen. Utgangspunktet for veiledningen bør være å møte foreldrene der de er, og gjennom en god kommunikasjon finne ut hva de har behov for, og forventer av veiledningen (ibid, 2008a). Forskning foretatt av Rotegård (2007) viser at passende informasjon til foreldre vil gi dem en trygghets- og kontrollfølelse og påpeker viktigheten av at sykepleieren vet hvilken informasjon som er nødvendig gjennom sykdomsperioden. Gjennom veiledningen og undervisning av foreldre skal vi styrke foreldrenes kompetanse, i denne sammenheng om smitteforebygging, og legge til rette for godt samspill mellom barn og foreldrene (Tveiten, 2008a). Det kan være aktuelt å veilede og undervise foreldre i

håndhygiene og ulike tiltak for å bryte smittetekjeden. For barn i aldersgruppen 3-6 år kan veiledning og undervisning ved hjelp av bilder og en samtale på deres premisser være mest hensiktsmessig (ibid, 2008a)

4.0 DRØFTING

I drøftingen vil vi forsøke å svare på problemstillingen:

Hvordan bryte smittekjeden på en barneavdeling?

En av sykepleierens viktigste oppgaver er å iverksette tiltak for å bryte smittekjeden på avdelingen. Ved riktig håndtering av leker og veiledning av pårørende og deres barn kan vi redusere smittespredning.

4.1 Pasientsikkerhet

Som sykepleiere har vi ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Yrkesetiske retningslinjene. 2.1). Det betyr at vi må respektere og følge de hygieniske retningslinjene. Berland et al. (2009) har påvist at respekten for de hygieniske retningslinjene ble betydelig redusert over tid og kunne true sikkerheten til pasientene. Er det slik at helsepersonell tror at god hygiene kommer av seg selv, og at sykehusinfeksjoner er et tilbaketrukket problem 150 år etter at Nightingale fremmet håndhygienens viktighet? For i virkeligheten er sykehusinfeksjoner et stort problem når så mange som 5,9 % av pasienter innlagt på sykehus har dette (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2011a). Det viser at det kreves engasjement og stadig forebygging. Hjort (2007, s. 105) påpeker at sykehusinfeksjoner er en ”uheldig hendelse som i prinsippet ikke skal forekomme ettersom den skyldes svikt eller uheldige hendelser som ikke skulle vært der.” Men kan disse uheldige hendelsene forebygges slik at de blir fjernet helt? Selv om man setter i gang smitteregimene og følger prosedyrene slik man skal, kan det likevel oppstå nettopp det som kalles ”en uheldig hendelse”. Dette er noe vi ikke alltid kan forebygge eller forhindre. Hjort (2007, s. 68) presiserer også at sykehusinfeksjoner kan skyldes svikt av helsepersonell som går over grensen for det som er forsvarlig. Hva betyr forsvarlighet for oss sykepleiere? Helsepersonelloven (2012, § 4.) skriver dette om forsvarlighet: ”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.” I dette ligger det altså at vi skal bruke den kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom utdanningen til å gi forsvarlig sykepleie til våre pasienter, som her gjelder barn på barneavdelingen. Dette betyr at vi ikke skal utsette de for unødig smitte, og da forventes det av oss at vi følger de retningslinjene vi har om

smitteforebygging. Det betyr også at vi må følge det vi har lært om for eksempel å ikke bruke smykker på jobb. Smykker kan være en stor smittekilde og dermed kan det være vi som viderefører og smitter barn på avdelingen. På den måten mener vi at man ikke opprettholder pasientsikkerheten, fordi man kan utsette pasientene for unødig sykdom, stress og smerter. I Berland's (2009) forskning påpeker hun at "sykepleierne pekte på betydningen av å være gode rollemodeller for hverandre. De var opptatt av den enkelte kollega sitt ansvar for selv å ivareta hygieniske retningslinjer." Dette underbygger viktigheten av at man skal gå foran som et godt eksempel og at man tar ansvar for egne handlinger.

Gjennom utdanningen har vi vært i praksis på ulike avdelinger og der var vi dessverre vitner til akkurat dette, at sykepleiere brukte smykker på jobb. Som snart ferdig sykepleiere tenker vi, er det virkelig mulig? Som snart nyutdannede sykepleiere har vi gjennom praksisperiodene og gjennom teoretisk kunnskap lært oss gode vaner rundt bruk av smykker. Det er viktig at vi bevarer kunnskapene om hygiene og hele tiden arbeider med å holde oss oppdaterte, dette påpeker også de yrkesetiske retningslinjene " 1.4 Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis (Yrkesetiske retningslinjer, 2011) og i Helsepersonelloven (1999) som presiserer at sykepleiere skal jobbe ut fra krav til faglig forsvarlighet.

Dette innebærer at vi sykepleiere ikke bare har et faglig, men også etisk ansvar for å ta del i smittevernarbeidet og å følge våre retningslinjer. Men som forskning av Berland et al. (2009) viser blir respekten til retningslinjene vi skal følge mindre med tiden man jobber. Hva kan vi gjøre med det? Når vi som nyutdannede sykepleiere kommer til en ny avdeling kan det være lett å følge den kulturen som er på avdelingen, ved og for eksempel begynne å bruke smykker på jobb fordi mange andre gjør det. Men vi må ta vare på de prinsippene vi mener er viktige og tørre å stå på det vi mener er riktig. Slik som det også står i de yrkesetiske retningslinjene (2011) skal man ta opp brudd på faglige eller etiske grunnprinsipper, men på en respektfull måte. Nightingale (2000, s. 60) påpeker at "klok og menneskelig håndtering av pasienten er den beste forsikring mot smitte", men man kan vel trygt si at å bruke smykker på jobb er ikke en klok avgjørelse. Våre hender er vårt ansvar, men er kollegers hender vårt ansvar, eller deres? Gjennom praksis har vi erfart hvor vanskelig det kan være å formidle ny kunnskap til erfarne sykepleiere som har jobbet lenge ved en avdeling. Men vi mener at det faktisk er vårt ansvar å si ifra om eventuelle brudd på faglige retningslinjer. Og da må vi som rollemodeller tørre å veilede om den oppdaterte kunnskapen vi har om håndhygiene og smitteforebygging.

Nasjonalt Folkehelseinstituttet (2009, s. 2) påpeker at “i barnehager bør leker av plast og tre vaskes regelmessig, helst en gang i uken og oftere hvis det er påvist smitte”. Tøyleker kan vaskes i vaskemaskin. Hvis dette gjelder for barnehager kan man vel regne med at det samme gjelder for barneavdelinger? Finnes det retningslinjer for denne regelmessige vaskingen?

Fleming & Randle (2006) påpeker i sin forskning at leker ikke alltid blir inkludert i den samme effektive rengjøringsrutinen som andre gjenstander, og at de kan fungere som en kilde til smitteoverføring som ofte blir oversett.

I sin studie fant de stafylokokker, enterokokker og koliforme bakterier på barnas egne leker, mens de på avdelingens leker fant de stafylokokker, bacillus-arter og mikrokokker. I alt viste funnene flere mikroorganismer på barnas egne leker enn på avdelingens leker. Dette underbygger viktigheten av at det ikke bare er avdelingens leker som må rengjøres, men også barnas. Det er spesielt viktig med klare retningslinjer for vask av leker slik at man unngår smittefaren disse utgjør på en barneavdeling.

Nasjonalt Folkehelseinstituttet (2004) skriver i sin veileder for håndhygiene at informasjon og undervisning er nøkkeltiltak i arbeidet med å motivere helsearbeidere når det gjelder god håndhygiene i helseinstitusjonene. Er det slik at motivering må til for at helsepersonell skal vaske hendene, eller må vi bli minnet på det? Fleming & Randle (2006) presiserer nettopp dette i sin studie at helsepersonell, som for eksempel sykepleiere, trenger å bli minnet på de riktige prosedyrene for desinfisering av hender. Videre påpeker de at dette også gjelder leker, og med tanke på de mikroorganismene som har blitt funnet på lekene i deres studie, så har forfatteren rett.

Nasjonalt Folkehelseinstituttet (2011b) påpeker at det ofte kan forekomme utbrudd av virus på barneavdelinger, og at “antagelig spres viruset med større barn, ofte søsken, som selv ikke blir syke” (ibid, 2011b). For å kunne forhindre dette er det viktig med god kommunikasjon med de pårørende. Dette presiserer også Fleming & Randle (2006) at for å minimere infeksjonsrisikoen trenger familiemedlemmer veiledning for å utføre korrekt håndhygiene, renhold av leker og valg av passende leketøy til deres barn. Er det foreldrenes ansvar å velge passende leketøy? Man kunne velge å tro at foreldre har kunnskap som gjør at de forstår at det er viktig med leker som kan vaskes, men på en annen side kan dette være noe de ikke tenker over når de er i en stressende situasjonen med barn innlagt på sykehuset. Da er da vår oppgave å gjøre de pårørende oppmerksomme på akkurat dette som Fleming & Randle påpeker nemlig

at leker helst skal være barnets eget, eller laget av et materiale som er enkelt å rengjøre. Og å forklare viktigheten av å minimere delingen av leker barn imellom.

Hvis det på en barneavdeling har blitt påvist RS-virus eller gastroenteritt, som er de to mest vanlige helsetjenesteassosierte infeksjoner på barneavdelinger blir barna og de pårørende isolert (Steen & Degré, 2009). Det betyr også at lekene de bruker, både barnet egne og avdelingens, ikke kommer ut av isolasjonsrommet. Det er i den tiden før infeksjonen blir påvist at det kan være kritisk å dele leker med andre barn hvis de ikke blir rengjort i mellomtiden. Fleming & Randle (2006) påpeker at RS-virus kan spres med mangelfull håndhygiene og ved leker som ikke renholdes tilstrekkelig, og mener at sykepleiere bør ha nok kunnskap om RS-virus for å sette i gang nødvendige tiltak for å forhindre spredning.

4.2 Veiledning og undervisning

Nightingale (2000) forhindret smittespredning ved hennes fem enkle prinsipper. Som tidligere nevnt i teorien er et av disse prinsippene renslighet og god hygiene. Allerede den gangen greide hun å bryte smittekjeden som førte til redusert dødelighet. Smittekjeden har siden da vært veldig sentral i forebygging av smittespredning. Å bryte et av leddene er nok til å hindre at smitte sprer seg, men hvordan kan vi sørge for at dette blir gjort i praksis? Det er ikke bare sykepleierens rene hender og gode hygiene som er svaret på dette, men også foreldrene og barna må bli inkludert i det forebyggende arbeidet, og det er vår jobb å inkludere dem i dette. I de yrkesetiske retningslinjene (2011) står det at “ 3.1 Sykepleieren bidrar til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt.” Dette er noe vi hele tiden må jobbe for å oppfylle på en hensiktsmessig måte, slik at foreldrene på en barneavdeling aldri skal føle seg uvitende om hva som skjer. Både når det gjelder behandling, diagnose og forebygging.

Foreldrene kan kanskje tenke, hvilken rett har de som sykepleiere til å veilede oss foreldre til å vaske hendene bedre? Og kanskje tenker de at de vet hvordan man vasker hender og vet hvordan man skal forebygge å bli smittet? Men vår intensjon er å veilede dem med den kompetansen vi har, og at vi legger til rette for at de kan bli enda bedre til dette. Det er viktig at vi forklarer foreldrene at det er essensielt med god hygiene på et sykehus fordi smittefaren er større der enn mange andre steder, og at vi med det ikke mener at de har dårlig hygiene. Veiledning av foreldre er en del av god sykepleie. Rotegård (2007) påpeker at å gi tilstrekkelig undervisning og veiledning anses viktig fordi det bidrar til å forbedre effektivitet og kompetansen i sykepleie. Som Tveiten (2008a, s. 194) påpeker ”er foreldre barnets pårørende, og et helhetssyn på sykepleie tilsier at foreldre er en målgruppe for sykepleie”. Men hvordan

skal vi veilede og undervise foreldrene? Dette er det ikke noe entydig svar på, for som det også gjelder for veiledning av alle andre pasientgrupper, avhenger veiledningen av hvordan foreldrene er. Hvordan tenker de, hva de har behov for, hvilke erfaringer de sitter inne med, hvordan veilederen er og hva hensikten med veiledningen skal være. Dette underbygges også av Rotegård (2007) som presiserer at vi sykepleiere har ansvar for å gi individuell tilpasset informasjon. Som nevnt i teorien kan vi bruke Tveitens (2008a) sine fire veiledningsfaser som et utgangspunkt for veiledningen. Tveiten (2008a) påpeker at det er viktig at vi på forhånd har bestemt for hvordan vi vil legge opp undervisnings- og veiledningssituasjonen, og hva som er hensikten med den. Hvis vi ikke har gjort dette kan vi fremstå som usikre, noe som igjen kan påvirke både barnet og de pårørende.

Det bærende elementet for veiledningen bør være å møte foreldrene der de er. At vi gjennom en gjensidig respekt og forståelse setter oss inn i hvordan de har det i denne situasjonen med et barn på sykehuset, samt finne ut hva de har behov for. Travelbee (1999) påpeker også dette, at ved å etablere et menneske-til-menneske forhold har vi en gylden mulighet til å legge til rette for at veiledningen og undervisningen blir tilpasset individuelt til hver pasient og deres pårørende. Dette kan vi gjøre ved å bruke et helhetssyn på sykepleie og på den det gjelder, og kontinuerlig observere og evaluere hvor og når det er viktig med veiledning og undervisning. Lien (2006, s. 35) påpeker at ”veiledning dreier seg om kommunikasjon, der det grunnleggende og bærende element er relasjonen”. Altså for å kunne veilede foreldrene på en best mulig måte må vi først gjennom kommunikasjon danne en relasjon, for å bli trygge på hverandre og lære hverandre å kjenne. Nightingale (2000, s. 159) påpeker også at “god sykepleie består ganske enkelt i å ta hensyn til de små tingene som er felles for alle syke, og til de tingene som er spesielle for hvert enkelt sykt menneske.” Det er derfor viktig å ta hensyn til alle pårørende og alle pasienter er forskjellige, men at det også kan det finnes fellestrekk mellom dem. Dette kan for eksempel være at de aller fleste vil ha et behov for informasjon og oppfølging, som i vårt tilfelle kan dreie seg om at sykepleieren gir den rette veiledningen og undervisningen.

Det kan være vanskelig for noen foreldre å dele omsorgen for barnet sitt med helsepersonell. Det er viktig at vi legger til rette for at foreldrene ikke blir satt ”helt på sidelinjen,” men at de får være med på beslutninger som blir tatt og tar del i omsorgen for barnet. Gjennom å få frem foreldrenes ressurser kan vi styrke deres mestringfølelse selv om de kanskje føler seg hjelpeløse med et sykt barn som trenger omsorg av helsepersonell. Tveiten (2008a) påpeker at vi kan spørre foreldrene flere spørsmål. Som, hva kan de få til? Hvilke muligheter har de?

Gjennom disse spørsmålene kan vi få frem deres ressurser, samt det de kanskje trenger mer veiledning og undervisning om for å mestre.

Forskning foretatt av Rotegård (2007) viser at passende informasjon til foreldre vil gi dem en trygghets- og kontrollfølelse. Ved at foreldrene føler seg trygge og føler at de har kontroll over situasjonen, kan dette også smitte over på barnet og dets følelser.

Infeksjonssykdommer som RS-virus og gastroenteritt innebærer ofte en stressende situasjon for foreldre og barnet. Dette stresset kan føre til at foreldrene fort glemmer den informasjonen og undervisningen de har blitt gitt av helsepersonell (ibid, 2007). For å sikre at informasjonen har blitt forstått og ikke glemt, er det viktig at vi gjentar samtaleene med foreldrene i rolige omgivelser. For mange foreldre kan det også være nyttig å få informasjonen skriftlig, eller at de skriver det ned selv. Når det gjelder barn, presiserer Tveiten (2008a, s. 174) at "...de trenger også informasjon, men tilpasset sin alder, modenhet og utvikling." Videre er det viktig å møte barnet på barnets premisser og ta hensyn til tenkemåte og ordforråd. Det finnes ulike hjelpemidler i undervisning av barn, og for de i aldersgruppen 3-6 år kan veiledning og undervisning ved hjelp av bilder og en samtale på deres premisser være mest hensiktsmessig (ibid, 2008). Slik kan vi forsøke og formidle informasjon om håndvask ved for eksempel å sette opp bilder av dette ved matbuffeen. Når det gjelder veiledning av barn er ikke dette bare sykepleierens ansvar, men også foreldrenes. Ved at vi styrker foreldrenes kompetanse kan de formidle kunnskapen videre på en slik måte som de mener er optimalt for sitt barn.

4.3 Kommunikasjon med pårørende og deres barn

Travelbee (1999, 135) presiserer at "kommunikasjon ikke er et mål i seg selv, men et middel i en prosess for å oppfylle sykepleierens mål og hensikt". I vårt tilfelle er målet og hensikten å bryte smittekjeden ved hjelp av god kommunikasjon med pårørende og deres barn. For å oppnå denne gode kommunikasjonen er det viktig at det dannes en relasjon. Travelbee mener at det første møtet mellom sykepleieren og barnet ofte vil være preget av deres stereotype oppfatninger av hverandre (Travelbee, 2001). Det kan tenkes at barnet har vært på sykehus før eller kjenner noen andre som har vært det, og at de derfor har dannet seg et bilde av både sykepleiere og sykehus. Uansett om dette bildet er positivt eller negativt er det første møtet mellom sykepleieren og barnet viktig. Som Travelbee (2001, s.186) også presiserer er "det første møtet mellom sykepleieren og barnet er svært viktig, fordi det danner grunnlaget for etableringen av et menneske-til-menneske-forhold dem imellom". Derfor er det viktig at vi er bevisste på våre ansiktsuttrykk og vårt ordvalg samtidig som vi er bevisste på de signalene

barnet sender oss med sitt kroppsspråk. Den nonverbale kommunikasjonen må samsvare med den verbale kommunikasjonen. Hvis den ikke gjør det kan det være en ekstra utfordring å forstå hva vi prøver å uttrykke. Grønseth & Markestad (2005) påpeker også at kommunikasjon er nøkkelen for å oppnå barnas tillit og for å bli kjent med dem.

For at barnet skal ha tillit til oss mener vi at det er viktig å utstråle trygghet og ærlighet. Å bygge opp et slikt tillitsforhold mellom barnet og sykepleieren krever tid og kan være utfordrende. Kanskje barnet synes vi er skremmende ukjente mennesker i hvite klær? Hvordan ser barnet egentlig på oss? Det kan være nyttig å reflektere over hvordan vi oppfattes gjennom et barns øyne, for å få en bedre forståelse av hvordan de oppfatter oss.

For å skape tillit må vi bestrebe oss på å “se” barnet og dets egenart. Vi må ikke snakke om barnet som om det ikke er til stede, men inkludere barnet i samtalen og tilpasse språket til barnets alder. Slik kan vi unngå å gjøre situasjonen unødvendig belastende og skremmende for barnet. På en annen side må vi huske at alle barn er forskjellige, og noen kan oppfatte oss som skremmende uansett hvor forsiktig vi tilnærmer oss barnet. Da kan det være nyttig og først forholde seg til foreldrene, til barnet har blitt mer trygg på situasjonen.

Det å kommunisere med barn kan være utfordrende. På en barneavdeling ved et sykehus vil et barn befinne seg i en situasjon som kan være ukjent og vanskelig og derfor kan kommunikasjonen mellom barnet og helsepersonellet være utfordrende. Hvis pårørende er engstelige eller ikke har et godt forhold til sykepleieren, vil også dette kunne vanskeliggjøre den gode kommunikasjonen vi ønsker å oppnå med barnet. Det er dermed utrolig viktig at man danner en god relasjon med pårørende, slik at de kan brukes som en ressurs for å oppnå god kontakt med barnet. At barn har god håndhygiene er en av de grunnleggende faktorene for å forebygge smitte, og å veilede barn i dette er derfor en av sykepleierens viktigste oppgaver på en barneavdeling. Nasjonalt Folkehelseinstituttet (2004a, s. 24) presiserer at: “Pasienters håndhygiene er en viktig faktor i smittevern ved at de kan bidra til å verne seg selv mot sykehus- infeksjoner, redusere smittespredning til andre pasienter og sykehusmiljø”. Videre påpeker de at for å kunne gjennomføre riktig håndhygiene skal barnet og pårørende instrueres i dette. Vi kan gi denne informasjon til pårørende og barnet ved å henge opp informasjonsposter, dele ut informasjonsskriv og/eller informerer om det muntlig (NHIA, 2004). Det er viktig at også barnet forstår informasjonen. For å få til dette kan man ta i bruk hjelpemidler som for eksempel tegninger eller fortelle gjennom lek. Men som Eide & Eide (2007) påpeker kan samtaler med barn ta lang tid. Da er det viktig å følge barnets tempo i

samtalen, være oppmerksom på hva de er opptatt av, men samtidig huske på hva formålet med samtalen er. Som i dette tilfelle er hvordan vi kan formidle vår kunnskap om viktigheten av god håndhygiene.

Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2004a, s. 12) presiserer at “barnets reduserte forståelse for og evne til å ta de nødvendige forhåndsregler tilsier også større behov for isolater.” Barn klarer ikke å tenke på konsekvenser slik vi voksne gjør. Det er ikke så lett å forstå at man må vaske hendene, eller at man ikke kan putte fingrene eller leker i munnen fordi det kan resultere i en infeksjon. Nightingale (2000, s. 130) hevder at “ det kan ikke være nødvendig å si til en sykepleierske at hun skal være ren, eller at hun skal holde pasienten ren.” Vi må hjelpe barna og de pårørende slik at de ikke får en uønsket infeksjon på avdelingen, ved å nettopp gjøre som Nightingale sier, hjelpe dem til å holde seg “rene”. For de som ikke kan noe om smitteforebygging er det ikke lett å vite at man faktisk kan bli smittet ved å ta på et dørhåndtak, eller å putte en leke i munnen. Da er det vår jobb å informere, veilede og undervise slik at barna og de pårørende får økt kunnskap og forståelse.

5.0 KONKLUSJON

Gjennom prosessen med oppgaven har vi fordypet oss i et tema som er relevant for sykepleie. Vi har arbeidet metodisk og systematisk med å finne litteratur for så å selvstendig vurdere de funnene vi har gjort og reflektere over dette. Vi mener at vi har lært mye gjennom dette arbeidet om hvordan vi skal være kritiske til litteraturen vi har valgt. Vi har vist faglig samt vitenskapelig refleksjon og formidlet dette videre.

I vår bacheloroppgaven har vi sett på hvordan vi kan forebygge smitte på en barneavdeling ved hjelp av ulike tiltak som veiledning/undervisning av pårørende og barn, samt sykepleierens ansvar i forebygging av smitte, og hvordan dette kan gjøres ved riktig håndtering av leker på avdelingen. For å kunne forebygge smittespredning er det viktig å skape en god relasjon til pårørende for så å kunne gi dem den nødvendige informasjonen for å få til et godt samarbeid om å beskytte barnet mot smitte. Det må også foreligge klare

retningslinjer for desinfisering og vasking av leker for å bryte den smitteveien og forebygge at flere barn blir smittet. Uten dette mener vi at vi ikke kan gjøre jobben på en forsvarlig måte, siden leker er en så stor smittekilde og i våre retningslinjer står det klart og tydelig at vi skal gjøre det vi kan for å forebygge og forhindre sykdom. I oppgaven har vi kommet frem til at ved god kommunikasjon kan vi formidle de tiltakene vi har kommet frem til, samt vår kunnskap som er nødvendig for å bryte smittekjeden.

6.0 LITTERATURLISTE

*Selvvalgt litteratur er merket med en **

* Bernland, A., Berentsen, S. B., Gundersen, D., (2009). Sykehusinfeksjoner og pasientsikkerhet. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 29 (1) 33-7. (5 sider).

Lolaisert 18.01.2012 på <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0f0f5901-2521-475a-b6cd-ac5d58742fc4%40sessionmgr104&vid=7&hid=12>

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

* Drageset, S., & Ellingsen, S., (2009). Forståelsen av kvantitativ helseforskning – en introduksjon og oversikt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning – nr 2*. (s. 100-113). Lokalisert 08.02.2012 på

<http://www.ub.uit.no/baser/septentrio/index.php/helseforsk/article/viewFile/244/234>

Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

* Fleming, K.& Randle, J. (2006). Toys – friend or foe? *Paediatric Nursing*, 18 (4), 14-18. (5 sider). Lokalisert 18.01.2012 på

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=8d5e21af-a324-413a-a44b-09c56477be42%40sessionmgr110&vid=20&hid=110&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=aph&AN=20727906>

* Forskrift om smittevern i helsetjenesten. (2012). *Forskrift om smittevern i helsetjenesten* (2005-06-17). (25 sider). Lokalisert 12.01.2012 på

<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20050617-0610.html#1-3>

Grønseth, R., & Markestad, T. (2005). *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

*Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 4. (2011). (5 sider). Lokalisert 23.01.2012 på <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>

* Helsedepartementet. (2004). *Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner. 2004-2006*. (33 sider). Lokalisert 13.01.2012 på <http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hd/pla/2004/0002/ddd/pdfv/203934-sykehusinfeksjoner.pdf>

Hummelvoll, J.K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt*. (6. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

* Hjort, P. F., (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenesten*. (s. 63-80). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Hartug, S. Smittsommesykdommer fra en medisinsk synsvinkel. I Knutstad, U. (red.) (2006). *Smitte*. (s. 53-64) Oslo: Cappelen Forlag AS.

* Kunnskapsdepartementet (2008, Januar). *Rammeplan for sykepleiere*. (15 sider). Lokalisert 16.02.2012 på http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (2005) *Grunnleggende Sykepleie Bind: 1-2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Lien, T., (2006). *Veiledningens hemmelighet – læring og relasjoner*. (s. 30-43). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke

* Lerdal, A. (2012) Forskningsartikkel eller fagartikkel? *Sykepleien*, 100(02):72-73

DOI: 10.4220/sykepleiens.2012.0018. Lokalisert 20.02.2012 på

<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/823482/forskningsartikkel-eller-fagartikkel?>

* Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven), LOV-1994-08-05-55. § 1-3. (2011). (27 sider). Lokalisert 12.01.2012 på

<http://www.lovdata.no/all/hl-19940805-055.html#1-3>

* Malterud K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*, 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

* Nasjonalt Folkehelseinstituttet (2006) *Rettleiar til smittevern i helseinstitusjonar. Smittevern: 15*. (55 sider). Lokalisert 13.01.2012. på

<http://www.fhi.no/dokumenter/912976c21a.pdf>

* Nasjonalt Folkehelseinstituttet. (2004a) *Isoleringsveilederen. Bruk av isolering av pasienter for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner* (48 sider). Lokalisert 12.01.2012 på

<http://www.fhi.no/dav/A6C04CB312.pdf>

* Nasjonalt Folkehelseinstituttet, (2004b). *Nasjonal veileder i håndhygiene. Om hvordan riktig håndhygiene kan hindre smittespredning og redusere risikoen for infeksjoner*. (78 sider).

Lokalisert 13.01.2012 på

<http://www.fhi.no/dokumenter/A670B7F77D.pdf>

* Nasjonalt Folkehelseinstituttet. (2009). *Barnehager og smittevern*. (6 sider). Lokalisert 25.01.2012 på

<http://www.fhi.no/dokumenter/93d098077c.pdf>

* Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2010). *Pasientsikkerhetskampanjen "i trygge hender"*. (2 sider). Lokalisert 23.01.2012 på

<http://www.kunnskapssenteret.no/Mer+om+oss/Avdelinger+og+seksjoner/Avd.+for+kvalitets+måling+og+pasientsikkerhet+--+Nasjonal+enhet+for+pasientsikkerhet/Sekretariat+for+nasjonal+kampanje+for+pasientsikkerhet/11300.cms>

* Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2010, april). *Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet*. (1 side) .Lokalisert 24.01.2012 på

<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Kartlegging+av+begrepet+pasientsikkerhet.9269.cms>

* Nasjonalt Folkehelseinstituttet. (2011a). *Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk i sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner og helseinstitusjoner for eldre (PIAH): Våren 2011*. (9 sider) Lokalisert 15.01.2012 på

<http://www.fhi.no/dokumenter/102967f7f5.pdf>

* Nasjonalt Folkehelseinstituttet. (2011b). *RS-virusinfeksjon*. Smittevernboke. (3 sider) Lokalisert 19.01.2012 på

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,5078:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:82845:::1:6043:100:::0:0

* Nightingale, F. (2000). *Notater om sykepleie*. (s. 51-82, 49-69). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Rotegård, A. K. (2007). Children in an isolation unit – parents' informational needs. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden* 27 (4): 32-7. (5 sider)

Lokalisert 20.01.2012 på

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=8&hid=7&sid=0c0b42ed-bd30-49f8-a0cb-2ac70b3f5856%40sessionmgr10&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2009771248>

Steen, M., & Degré, M. (red). (2009). *Mikober, helse og sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Slettebø, Å. (2009) *Sykepleie og etikk* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stordalen, J. (2009) *Den usynlige fare – smittevern og hygiene* (4.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Sørensen, Unni (2007). Hygiene og smittevern. I: *Sykepleieboken 1, Grunnleggende sykepleie*. 3. utgave. Tone Elin Mekki (red.), medvirkning fra Søren Pedersen. Oslo: Akribe, side 215-251.

* Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget. Lokalisert 26.01.2012 på:

<http://www.nb.no/utlevering/nb/d79e249209f7f6e5489b01ce964c5d8f#&struct=DIV10>

* Travelbee, Joyce (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Tveiten, S. (2008a). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2.utgave). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

* Tveiten, S. (2008b). *Veiledning – mer enn ord*. (2.utgave). (s. 17-44). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Tørriseng, S. (s.a.). Lokalisert på 20.02.2012 på <http://ndla.no/nb/node/3421>

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer*. Lokalisert 20.01.2012 på https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

* World Health Organization (2012). *Patient safety Curriculum Guide*. (14 sider) Lokalisert 01.02.2012 på

http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/PSP_MPC_topic-01.pdf

* World Health Organization (2009). *Save lives, clean your hands. (A guide to the implementation of the WHO multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy)*. (47 sider).

Lokalisert 24.01.2012 på

http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.02_eng.pdf