



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelse, institutt for sykepleiefag og psykisk helse.

4AVS304

Kandidatnr. 3 og 4

Marit Berg

Fremme helse og forebygge lidelse

Promoting health and preventing disease

Bachelor i Sykepleie, kull 121.

2012

Antall ord: 9118

Samtykker til utlån hos biblioteket:

☐ JA

☒ NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

☐ JA

☒ NEI



(Fig. 1. Florence Nightingale, s.a.)

«Man må ikke glemme at velbehaget man oppnår,
ikke er alt,
det er bare et tegn på at livskraftene har fått
ny styrke
fordi det som hemmet dem, er fjernet»

- Nightingale, 2010, s. 136.

Innhold

1 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for oppgaven	4
1.2 Problemstilling.....	4
1.3 Case	5
1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	5
1.5 Begrepsavklaring.....	6
1.5.1 Forebyggende og helsefremmende arbeid.....	6
1.6 Anonymisering	6
1.7 Oppgavens oppbygning.....	6
2 Metode.....	8
2.1 Valg av metode.....	8
2.2 Databaser og søk	8
2.3 Begrunnelse for valg av teori	8
2.4 Kildekritikk	10
2.5 Forskningsetiske overveielser	11
3 Teori	12
3.1 Hygienens utvikling i Norge og Florence Nightingale	12
3.2 Smittevern og smittekjeden	13
3.3 Sykehushygiene, antiseptikk og aseptikk.....	14
3.4 Smitteregimer og isolasjon.....	15
3.5 Brannsår og gule stafylokokker.....	16
3.6 Kommunikasjon	16
3.7 Sykepleierens rolle og funksjon:	17
4 Drøfting	19
4.1 Før og nå.....	19
4.2 Sykehus og smittevern	22
4.3 Infeksjonsforebyggende arbeid.	24
4.4 Sykepleierens rolle – pedagogisk, forebyggende og helsefremmende.	26
5 Konklusjon	29
Referanseliste	31
Vedlegg 1	32

1 Innledning

Vi er to sykepleierstudenter som her avslutter vår 3-årige skolegang med denne bacheloroppgaven. Vi fikk valget mellom tre ulike tema gjennom retningslinjene til Høgskolen i Hedmark. Vi valgte temaet: Sykepleie og forebygging av smitte i somatiske sykehus.

1.1 Bakgrunn for oppgaven

I følge Folkehelseinstituttet (2008), ble det utført en undersøkelse om prevalens av sykehusinfeksjoner. Denne viste blant annet at urinveisinfeksjoner er den mest vanlige sykehusinfeksjonen, men at sårinfeksjoner som er det vi har fokusert på i vår oppgave, også utgjør en stor del av tilfellene. Undersøkelsen viser at antallet sykehusinfeksjoner har gått ned, men denne gangen var det færre sykehus som var med på undersøkelsen. Bare 44 sykehus, i motsetning til 52 – 54 som det har vært tidligere. Basert på denne undersøkelsen, vises det at sårinfeksjoner har holdt seg ganske stabilt.

På bakgrunn av denne statistikken, økte vår interesse for å velge denne oppgaven. Gjennom vår skolegang og med erfaringer fra praksis, har vi fattet interesse for hygiene og smittevern, fordi vi vet at det er for dårlig praksis per i dag. Med all kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom tre års skolegang, har vi vanskeligheter med å forstå at hygiene blir så nedprioritert, og vi ville derfor velge denne oppgaven for å få mer informasjon og kunnskaper om hvorfor det er slik, og hvordan vi kan være med på å forbedre dette. Dette vil kunne hjelpe oss i starten av vår nye karriere som sykepleiere. Vi er begge over gjennomsnittet interessert i smittevern og hygiene, og mener dette er grunnleggende kunnskap når man er sykepleier. Vi ønsker å belyse dette tema, og skape interesse og engasjement for hvordan vi kan forhindre smitte – nemlig den forebyggende og helsefremmende rollen sykepleieren har.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan vi som sykepleiere arbeide helsefremmende og forebyggende hos en pasient med gule stafylokokker?

1.3 Case

Solveig Haugen, 41 år. Jobber til vanlig som kokk, og fikk ved et uhell kokende vann over den venstre armen fra håndleddet og oppover armen. Har vært på vår avdeling i ca. 2 uker, og har nå fått påvist *Staphylococcus aureus* (gule stafylokokker) i såret. Hun blir lagt på isolat.

1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling

Som sykepleier må man tenke helhetlig sykepleie, altså dekke alle områder som gjelder den enkelte pasient. I caset vårt med Solveig, vil dette handle om å dekke de grunnleggende behov, tenke på alt som innebærer det å ligge på isolat, smitte, medisiner og lovverk for å nevne noe. Men vi velger å avgrense oppgaven til å omhandle forebygging av smitte og hvordan vi som sykepleiere skal jobbe helsefremmende. Med fokus på Solveig og hennes brannsårl som er infisert med gule stafylokokker.

Med denne problemstillingen, ønsker vi å fokusere på sykepleierens forebyggende arbeid på sykehus i bekjempelsen av sykehusinfeksjoner og gule stafylokokker. Vi har valgt gule stafylokokker fordi dette er en vanlig bakterie overalt i samfunnet (Andersen, 2008).

Vi velger i denne oppgaven ikke å gå i dybden på alt som står i lovverket, men kun konsentrere oss om smittevernsloven. Men vi vil presisere at vi har hatt både pasientrettighetsloven og helsepersonelloven i bakhodet når vi har skrevet denne oppgaven. Men vi har fokusert på det forebyggende arbeid, og har ikke sett det som relevant for problemstillingen å fokusere på dette.

Vi har valgt å innlede teoridelen med en kort innføring i det historiske perspektivet av hygienens utvikling, men dette er kun for at leseren skal få en bedre forståelse for tema og utviklingen til hvordan det fungerer i dag.

1.5 Begrepsavklaring

Vi velger her å vise til definisjonene på begrepene «forebyggende» og «helsefremmende», og hvorfor vi har valgt å ha med sistnevnte i en oppgavetekst som fokuserer på førstnevnte.

1.5.1 Forebyggende og helsefremmende arbeid.

Forebyggende helsearbeid er tiltak vi gjør med det formål å øke mulighetene for god helse, eller å redusere risikoen for sykdom. Meningen er å fremme befolkningens helse, skape forutsetninger for høy livskvalitet og bedret hygiene (Halvorsen, 2005).

Helsefremmende arbeid knyttes opp mot det forebyggende arbeidet, som retter seg mot både det friske, det utsatte og det syke mennesket. Sykepleieren skal arbeide helsefremmende mot alle typer pasienter, og dette er et av sykepleierens funksjons - og ansvarsområder (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2008).

1.6 Anonymisering

Dette er et fiktivt case, der vi har diktet opp både situasjonen, navn og sykdom. Som sykepleier har man taushetsplikt, dette for å forsikre pasienten at sensitive opplysninger ikke kommer på avveie. Derfor kan vi ikke ta utgangspunkt i et ekte case, med en persons navn og sykdom.

1.7 Oppgavens oppbygning

Gjennom oppgaven har vi fulgt retningslinjer for Bacheloroppgaven i Sykepleierutdanningen, og selv valgt hvordan vi vil presentere teori, drøfting og konklusjon. Oppgaven vår består av fem kapitler. Første kapittelet er innledning, der vi tar for oss oppgavens tema, problemstilling, case, begrepsavklaring og begrunnelse for problemstillingen, samt hva hensikten med oppgaven er. Andre kapittel er metodedel. Her redegjør vi for litteraturen vi har brukt. Tredje kapittelet er teoridelen, der vi har skrevet underoverskrifter for å gi leseren en bedre oversikt. Her presenterer vi utvalgt litteratur for å belyse vår problemstilling. Fjerde kapittel er drøfting, her vi diskuterer teori opp mot våre meninger og funn, samt erfaringer.

Her har vi også delt inn i underoverskrifter for at det skal bli lettere å følge med på teksten. Kapittel fem er konklusjonen, der vi oppsummerer oppgaven og konkluderer våre funn. Som vedlegg har vi PICO – skjema, som er et verktøy vi har brukt i søket etter forskningsartikler.

2 Metode

En metode sier noe om fremgangsmåten vi har brukt for å kunne svare på problemstillingen og caset vårt. Vi bruker metode som et redskap for å etterprøve kunnskap, samle inn data og gi oss den informasjonen vi trenger for å løse den valgte problemstillingen (Dalland, 2007).

2.1 Valg av metode

Vi har plukket ut ulik litteratur, som vi mener er relevant for oppgaven. Dette er en litteraturstudie, som vil si at vi har samlet inn og kritisk vurdert den litteraturen vi har funnet. Vi har brukt pensum- og selvvalgt litteratur, både bøker og forskning, samt erfaringer fra praksis.

2.2 Databaser og søk

Når vi har søkt etter forskning, har vi brukt databasen Kunnskapsegget (s.a.). Denne databasen er anbefalt av skolen. Søkeordene vi brukte da vi skulle finne artikler var; «nosocomial infections, hospital infections, hygiene, hand hygiene, sanitation, dissemination, streptococcus aureus, nursing, preventing». Vi brukte de kombinert med hverandre og enkeltstående. Vi har blant annet søkt i disse databasene: UpToDate, Cochrane, Joanna Briggs, Cinahl, BestPractise, Clinical Evidence og PubMed, for å nevne noen. Vi fikk mange treff, men ingen forskningsartikler som var relevante for vår oppgave. Vi samlet inn tre forskningsartikler, men valgte kun en av disse som vi ville presentere i oppgaven. Den fant vi på PubMed med disse søkeordene: «Infection, dissemination, hygiene, nosocomial infection», og fikk 24 treff. Vi valgte til slutt tre artikler.

2.3 Begrunnelse for valg av teori

Dalland (2007) skriver at oppgaven tar utgangspunkt i litteraturen, og som problemstillingen skal drøftes mot. Derfor må det være tydelig hvorfor den aktuelle litteraturen er valgt, og hvordan man har valgt ut denne. Kildegrunnlaget må være godt beskrevet og begrunnet, for at oppgaven skal være troverdig og faglig god.

Spørsmål og problemstillinger kan angripes med ulike metoder. Vi har brukt litteratur, forskning og refleksjon oss i mellom. Det vi har kommet frem til av teori har vi valgt på bakgrunn av at det er relevant for vårt tema og vår problemstilling. Det er også for å kunne gi leseren en bedre forståelse for hva vi skriver om. Vi vil engasjere og gjøre leseren interessert, og vi mener at blant annet teorien er med på å øke forståelsen for temaet vårt, og dermed vil det fange leserens oppmerksomhet videre.

Vi har brukt pensumlitteratur fordi denne er anbefalt av Høgskolen i Hedmark for bachelor i sykepleieutdanningen, og derfor anser vi denne som gyldig. Vi har brukt fagbøker som belyser vårt valgte tema. Videre har vi funnet selvvalgt litteratur, og her har vi måttet være kritiske til hva vi valgte å ha med i oppgaven. Vi har valgt å bruke Nightingale (2010), som er primærlitteratur, men oversatt til norsk. Denne ønsket vi å bruke for å få primærkilden, og at den ikke skulle være tolket av andre forfattere. Vi har brukt Andersens (2008) håndbok i hygiene, og vi anser denne som en god kilde da den er rettet mot smittevern i sykehus i Norge, og er utgitt av Ullevål universitetssykehus og Høgskolen Diakonova. Annen selvvalgt litteratur er, Hart (2006) som skriver om mikroorganismer, og er en god bok fordi den beskriver infeksjoner på en god måte, og er oversatt av professor ved universitetet i Oslo, Tom Kristensen.

I tillegg har vi brukt to nettsider. Smittevernloven (1995) som vi anser som gyldig fordi dette er norsk lov. Den andre nettsiden er fra Folkehelseinstituttet (2008), som vi anser som gyldig fordi Nasjonalt folkehelseinstitutt (Folkehelseinstituttet) er underlagt Helse - og omsorgsdepartementet, og er sidestilt med Helsedirektoratet, Helsetilsynet og Legemiddelverket i Norge.

Vi har også valgt å bruke Førland (2007) i vårt drøftingsarbeid. Denne boken forklarer hva drøfting går ut på og hvordan det skal gjøres. Som studenter, er alltid drøftingen den store utfordringen ved en oppgave. Denne boken har lært oss hvordan vi kan strukturere en god oppgave, og hvordan argumentere på en god måte.

2.4 Kildekritikk

I vår oppgave har vi forsøkt å forholde oss til ny litteratur, men enkelte av kildene vi har brukt er av noe eldre dato. Vi har valgt å bruke den litteraturen vi har funnet, da vi kan se at hygiene før og nå fortsatt er et problem i helsevesenet, og derfor fremdeles aktuelt. Videre fins det både primær – og sekundærlitteratur. Vi har valgt å bruke primærlitteratur, da sekundærlitteratur er tekst som har blitt tolket av noen andre enn forfatteren, og dermed kan bli farget av deres holdninger og verdier. Den ene forskningsartikkelen vi har brukt i drøftingen vår er utenlandsk. Selv om helsevesenet og systemet er annerledes der, ser vi en overføringsverdi ved temaet og har derfor valgt å ha den med i oppgaven vår.

Dette er en forskningsartikkel som omhandler innføringen av CDCs (Centers for Disease Control and Prevention) retningslinjer i 40 amerikanske sykehus. Forskningen viser at bred formidling av retningslinjene ikke var tilstrekkelig til å endre praksis. Artikkelen handler om hygiene og sykehusinfeksjoner, kostnadene av sykehusinfeksjoner både året før - og etter prosjektet ble iverksatt. Dette er en forskningsartikkel da den inneholder metode, fremgangsmåter, resultater og konklusjon av studien. Vi ser den som god da CDC er retningslinjer som brukes over store deler av verden, og at forskningen er gjort på et såpass stort antall sykehus. Sykehusene som var med i studien, var alle medlemmer av NNIS (The National Nosocomial Infections Surveillance). Det vil si at sykehusene selv rapporterte inn resultatet av hvordan hvert enkelt sykehus hadde klar seg i de to årene studien pågikk.

Vi har funnet en fagartikkel og en forskningsartikkel fra hjemmesiden til Sykepleien (s.a.), som utgir mange gode artikler.

Denne forskningsartikkelen er en pilotstudie fra sykehuset i Flekkefjord. Den omhandler et nulltoleranseprosjekt på smittevern. Prosjektet gikk ut på undervisning, sjekklistes og spørreundersøkelser til alle personale på sykehuset. Som vil si at det er en kvantitativ studie. Holdninger og kunnskap om hygiene var helt vesentlig. Mange av de ansatte mente at de hadde gode nok kunnskaper om hygiene fra før og at prosjektet var unødvendig, men etter en stund, skiftet de mening. Det de kom frem til var at økt oppmerksomhet rundt tema bidro til en sterk nedgang i sykehusinfeksjoner, og gode resultater på prosjektet (Dietrichson, 2011).

Neste artikkel er en fagartikkel som tar for seg håndhygiene på sykehus i dag. Den beskriver at hygienen per i dag er for dårlig, og at det må tas et oppgjør fordi det viser seg at helsepersonellets holdninger og vilje til å følge hygieniske prinsipper er for dårlige, tross at det er både lovpålagt og at vi har klare hygieniske retningslinjer. Artikkelen tar opp spørsmålet hvordan vi kan bli bedre, og at det blir en varig forbedring. Det besvares med økt oppmerksomhet mot bruk av klokke, smykker og armbånd. Konklusjonen viser at helsepersonell må bli tøffere til å hjelpe hverandre til å bli bedre på hygiene (Nedrebø, 2008).

2.5 Forskningsetiske overveielser

Dalland (2007) skriver at etikken dreier seg om normene for god og riktig oppførsel, den kan gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler i vanskelige avgjørelser. Ved benyttelse av forskningsresultater, må vi spørre oss selv spørsmål som vil gi svar på hvordan vi ønsker å benytte oss av resultatene. Slik at vi ikke misbruker disse, og at leseren får en korrekt forståelse av forskningen.

Vi har i denne oppgaven benyttet oss av flere kilder, og vi er nøye med å henvise kildene våre. Dette gjør vi så leseren skal kunne skille mellom litteraturen, og våre egne meninger og erfaringer.

3 Teori

I valget av teori har vi hele tiden tenkt kildekritikk. Videre har vi valgt teori som vi mener er relevant for caset og problemstillingen, og som gir leseren en bedre forståelse for faget. Dette utvalget av teori vil forhåpentligvis gjøre det lettere for leseren å forstå hva vi drøfter, og hvorfor.

3.1 Hygienens utvikling i Norge og Florence Nightingale

Det var vanlig med sykehusinfeksjoner på 1800-tallet, da hygienen ikke fungerte som den skulle. Dette førte til mange infeksjoner som igjen førte til døden. Men på midten av 1800-tallet begynte man å få øynene opp for hygienen – såpen ble oppfunnet og renslighetsbegrepet endres. Mye av denne æren hadde ungarske legen Ignaz Semmelweis. Han ble kalt ”håndhygienens far”, nettopp fordi han innførte håndvask mellom pasientkontakt og håndvask før fødsler som ga mindre dødelighet hos mor og barn. Videre kom pasteuriseringen. Dette begrepet kommer av den franske kjemikeren og bakteriologen Louis Pasteur. Han påviste at gjæring ble fremkalt av bakterier, levende organismer og gjærsopp. Han studerte også smittsomme sykdommer, og kom frem til at bakterier er en årsak til sykdom hos mennesker og dyr. En annen helsearbeider, Joseph Lister, mente at bakterier i lufta kunne være en årsak til sårinfeksjoner. Han innførte desinfeksjon av instrumenter før operasjon, antiseptisk sårbehandling og desinfeksjon av lufta over operasjonssåret. Da ble, naturligvis, postoperative sårinfeksjoner betydelig redusert (Stordalen, 2009).

Florence Nightingale var dyktig sykepleier, spesielt innen hygiene. Hun var med på å organisere bedre rengjøringer og generell bedre hygiene i militærsykehus under Krimkrigen, noe som reduserte dødeligheten. Hun fant tidlig ut at strenge krav til renslighet var viktig for god sykepleie. Tross dette, ble det hun mente om hygiene møtt med stor motstand, spesielt håndvask mellom hver pasientkontakt. På 1870-tallet skiftet det norske samfunnet syn på renslighet. De mente at renslighet gjorde godt for både psyken og det sosiale. Epidemier og smittsomme sykdommer ble holdt i sjakk, nettopp fordi hygienen fikk større fokus. I 1875 kom de første skriftlige retningslinjene for håndhygiene. De anbefalte først og fremst håndvask, som i dag er like effektivt. Vi har også en annen metode for å rengjøre hendene i

dag, nemlig hånddesinfeksjon. I 2002 ga CDC retningslinjer som anbefalte hånddesinfeksjon ved håndhygiene (ibid).

Videre var Florence Nightingale sykepleieren som gav ut mesterverket «Notes on nursing» i 1860, og denne fikk en enorm innvirkning på samfunnet. Hun gav ut i alt tre versjoner av boken, men vi velger å ikke skrive mer om dette her. Her presenterer Nightingale sine prinsipper for pleie av syke, hennes tanker om sykepleie – hva det er, og hva det ikke er. Florence satte lys på det faktum at det ikke bare er den syke som er sykepleierens ansvar, men også sykeværelset og rommet rundt pasientene. I boken, har hun egne kapiteler om blant annet ventilasjon, støy, seng og sengeklær, lys, personlig renslighet, og variasjon. Videre mente hun at målet til sykepleieren var å sette mennesket i en tilstand slik at naturens egne rehabiliterende krefter kan virke best på mennesket slik at helsen kan fremmes. Hun tar opp alle aspekter ved sykepleien, fra mat til hvordan glede den syke. Gjennom hele boken oppfordrer hun til refleksjon og ettertanke, og et av de siste kapitelenes kalles «Hva er en sykepleierske?». Florence skriver også om smitte, og at sykepleierens ansvar er å avverge den, og at renslighet og frisk luft og kontinuerlig oppmerksomhet er det eneste forsvaret en sykepleier trenger. I tillegg er klok og menneskelig håndtering av pasienten den beste forsikringen mot smitte (Nightingale, 2010).

3.2 Smittevern og smittekjeden

Med smittevern menes å hindre spredning av infeksjoner. I helseinstitusjoner omfatter smittevern alle tiltak som har som hensikt å hindre at infeksjoner oppstår og spres, og kan deles inn i tre grupper; spore opp smitte, bryte smitteveiene / smittekjeden og gjøre smitemottakeren mer motstandsdyktig. Med smitteoppsporing menes det å identifisere kildene til smitten, og behandle, sanere eller isolere dem. Å informere de rundt, altså pårørende, personale og andre pasienter, om hvordan man skal opptre er viktig slik at de ikke sprer smitten videre. Videre skal man bryte smitteveiene, og det omfatter tiltak som vil forebygge spredning av smitten. Man skal alltid hindre at det eksisterende smittestoffet i ulike smittekilder ikke kommer i kontakt med smitemottakeren. Det siste punktet dreide seg om å gjøre smitemottakeren mer motstandsdyktig. Det dreier seg da om å øke mottakerens immunitet, ved for eksempel vaksinasjon. Dette tilbudet gis generelt til befolkningen som et tiltak, for å øke deres immunitet. Også informasjon og helseopplysninger er et tiltak som er med på å bryte smitteveiene hos befolkningen (Stordalen, 2009).

I Norge har vi Smittevernloven (1995), som har som formål å forebygge og verne mot smittsomme sykdommer, og sikre at det blir iverksatt smitteverntiltak. Loven forteller at helsepersonell har ansvar for å forebygge sykehusinfeksjoner, om isolasjon og iverksettelse av ulike tiltak.

Smittekjeden består av: smittestoff, smittekilde, utgangsport, smitemåte, inngangsport, smitemottaker. For at man skal få en infeksjonssykdom må vi ha smittestoff, smittekilde, smitemåte og smitemottaker, mens skal smittestoffet komme fra smitekilden til smitemottakeren må vi også ha en inngang- og utgangsport. Smittestoff vil si alle typer mikroorganismer. De mest aktuelle smittestoffene i Norge er bakterier og virus, men det blir mer og mer vanlig med soppinfeksjoner også. For at disse skal kunne spre seg er de avhengig av noen betingelser; hardført smittestoff, smittestoff som kan formere seg og skilles ut, tilstrekkelig dose, relativt rask smittevei og mottakelig mottaker. Smittekilde kommer fra infeksjonsfremkallende mikrober, disse kan komme fra en lokal infeksjon fra et sår, eller fra tarmkanalen, munnhulen, huden eller slimhinner hos friske personer. Alle kan være smittebærere; personalet, pårørende, andre pasienter, og de kan spre smitten videre til andre, for eksempel syke pasienter på sykehus. Videre kan dyr og insekter, mat og drikke, medisinsk utstyr og legemidler være en smittekilde. Det kreves smitemåte(r) for at mikroorganismene skal komme fra en smittekilde til en smitemottaker. Smitten kan komme fra pasienten selv (endogen smitte) og fra andre personer eller gjenstander (eksogen smitte). De ulike smitemåtene er kontaktsmitte, dråpesmitte, inokulasjonssmitte, vehikkelbåren smitte, intrauterin smitte og luftbåren smitte. Smitemottakeren kan være hvem som helst, men de med svekket immunforsvar er særlig utsatt (Stordalen, 2009).

3.3 Sykehushygiene, antiseptikk og aseptikk

Nosokomiale infeksjoner eller sykehusinfeksjoner, er en infeksjon som oppstår under eller etter og som følge av et opphold på sykehus eller i en annen helseinstitusjon. Dette er svært uheldig. Ikke bare pasienter på sykehus kan få infeksjoner, men også ansatte kan påføres infeksjoner på jobb. Konsekvensene av sykehusinfeksjonene kan både være økonomiske, sosiale og medisinske. Desinfeksjon og sterilisering er viktige faktorer i forebyggelse av infeksjoner i blant annet sykehus og institusjoner. Dette kalles aseptisk og antiseptisk teknikk.

At noe er sterilt vil si at det er fritt for mikroorganismer. Sterilisering er en prosess som har som mål å drepe alle mikroorganismer, og en steril gjenstand er fri for alle former for liv, organisk materiale og partikler. Det er nødvendig at utstyr som er i kontakt med sterile områder, som for eksempel urinveier, er sterile. Ved aseptiske prosedyrer, må utstyr og gjenstand være sterile. Ved benyttelse av aseptisk metode tilstreber man å holde arbeidsområdet helt fritt for mikroorganismer. Ved antiseptiske prosedyrer, fjernes flest mulig patogene mikroorganismer. Dette kalles ren prosedyre, og her benyttes desinfeksjon til å fjerne smittestoffer og bryte smitteoverføring. Ved antiseptisk metode, desinfiseres området en skal jobbe med, for eksempel ved en injeksjon der hudbarrieren brytes. Antiseptisk metode, er desinfeksjon av både utstyr og hud (Stordalen, 2009).

3.4 Smitteregimer og isolasjon

I visse tilfeller kan det være nødvendig at pasienten isoleres. Dette kan være fordi pasienten utgjør en smitterisiko eller at pasienten selv er utsatt for smitte. Isoleringen vil da fungere enten for å beskytte andre pasienter, besøkende og personalet, eller for å beskytte pasienten selv, for eksempel ved nedsatt immunforsvar. Isolering betyr at pasienten legges på enerom, og det blir bestemt hvilket smitteregime som vil bli benyttet. De ulike smitteregimene er; kontaktsmitte (lys gul farge), dråpesmitte (oransje farge), luftsmitte (rød farge) og beskyttende isolasjon. Ved døra inn til pasienten, festes et skilt med informasjon og fargekode, slik at det er tydelig at det er et smitterom. Det er ulike regler for hvordan en håndterer alt på et smitterom, fra avfall til mat, og for å forebygge smitte er det helt avgjørende at dette følges. Ved å følge alle regler og ha gode kunnskaper om smitte og isolasjon, vil dette forebygge smitte. For å få en effektiv forebygging og kontroll av sykehusinfeksjoner, er grunnleggende infeksjonsforebyggende standardtiltak en forutsetning. Det er viktig at vi tenker over hvordan isoleringen påvirker pasienten, og at vi skal støtte, informere og veilede både pasient og besøkende best mulig, for å få til et godt samarbeid og for å kunne hindre smittespredning. Informasjon og veiledning om alt fra håndhygiene til beskyttelsesutstyr er viktig, i tillegg til hvorfor pasienten må beskytte seg selv, andre pasienter, besøkende og personale. Det er viktig å fokusere på hvordan vi tar vare på pasienten, både psykisk, fysisk og dekke de grunnleggende behov (Stordalen, 2009).

Andersen (2008) beskriver kontaktsmitte som den type isolasjon som blir brukt ved gule stafylokokker, men at luftsmitte kan være aktuelt ved store infiserte flater. Forskjellen på kontaktsmitte og luftsmitte, er bruk av munnbind, og dette vil være nødvendig hos pasienter med gule stafylokokker ved sårskift, sengereing og annen stor aktivitet i rommet.

3.5 Brannsåret og gule stafylokokker

Vi har valgt å ta for oss brannsåret til Solveig, som et mindre brannsåret. Brannsåret klassifiserer etter skadens dybde, og Solveigs sår er en dyp delhudsskade. Utseende på et slikt brannsåret vil være rødt, eventuelt med blemmer og uten kapillærgjenfylling. Det vil være en svak smerte ved berøring, og man behandler såret med kirurgi. Brannsåret heler langsomt og vil gi et arr i ettertid (Lindholm, 2008).

Staphylococcus aureus eller gule stafylokokker, er runde grampositive kokker, som lever i støv i 3-10 måneder. Det er ofte tilstede på tøy, i miljø og på utstyr, og forekommer hos mennesker på hender, nese, hals, enten periodevis eller konstant. Bakterien kan gi sykdommer som hudinfeksjoner, sårinfeksjoner, pneumoni og septikemi. Bakterien smitter ved kontakt eller luft, fra infiserte sår og bandasjer, kontaminert utstyr, helsepersonell som har bakterien på hendene eller i nesen, og andre bærere (Andersen, 2008).

Gule stafylokokker er en bakterie som utgjør en del av normalfloraen hos mange mennesker, og pasienten kan bli syk av egne bakterier. Så mange som 40 % av alle mennesker har denne bakterien. En infeksjon kan skje hvis bakterien kommer i de områdene av kroppen som normalt er sterile. Da danner gule stafylokokker flere toksiner, noen som dreper de hvite blodcellene som ellers er med på å beskytte oss, enterotoksiner som gir oppkast og toksiner som gir toksisk sjokksyndrom. Noen stammer fra *Staphylococcus aureus* har blitt resistente for antibiotika og kalles MRSA (Meticillinresistente *Staphylococcus aureus*), (Hart, 2006).

3.6 Kommunikasjon

Profesjonell kommunikasjon i helseyrket skal være faglig og til hjelp for pasienten. Kommunikasjonens kunst er å anerkjenne den andre, lytte aktivt, være åpen og direkte, men også observere, tolke, formidle, skape en relasjon og samarbeide om både et forståelig og tydelig språk, men også om forholdene seg til følelser, spørsmål, beslutninger og løsninger. Omsorgsprofesjonalitet innebærer at en må trene opp observasjonsblikket for å kunne finne ut

hva pasienter og pårørende har behov for. Det kan karakteriseres med tre stikkord: empati, fagkunnskap og målorientering. Den utgjør forutsetningen for god, profesjonell kommunikasjon og omsorg. Empati er evnen til å lytte, sette seg inn i den andres situasjon og forstå andres følelser. I den profesjonelle kommunikasjonen, trekker vi inn sykepleieprosessen som er en av helsepersonellets problemløsende metode. Sykepleieprosessen brukes til å samle informasjon, systematisere denne, og verifisere data og konklusjoner sammen med pasienten. Men også å finne essensen av pasientens problem og behov, utvikle relevante sykepleiediagnoser, og sammen med pasienten finne det forventede resultatet, basert på pasientens behov, styrker og ressurser. Sentralt i sykepleieteori er fokuset på at sykepleie er en samhandlingsprosess (Eide & Eide, 2009).

3.7 Sykepleierens rolle og funksjon:

Sykepleieren har mange ulike funksjons - og ansvarsområder. Sykepleieren har en forebyggende og helsefremmende funksjon, i tillegg til å skulle være behandlende, lindrende, rehabiliterende, undervisende, administrativ og fagutviklende. Med sykepleierens pedagogiske funksjon, menes at det innebærer alt som har til hensikt å legge til rette for læring, mestring, vekst og utvikling hos pasienter, pårørende og kolleger m.m. Det kan være informasjon, undervisning, veiledning osv. Det er store krav til sykepleierens pedagogiske funksjon, og særlig i samfunnet der mennesker nå har mer og mer kunnskap selv.

Sykepleieren må møte pasienten der han er, i forhold til behov, egne ressurser og mestring. Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alt som sykepleieren har ansvar for, fra vurderinger, gjøremål og handlinger til å legge til rette for mestring, læring og utvikling hos både pasienter, pårørende, studenter og kollegaer. Hensikten med sykepleierens pedagogiske funksjon, er å kunne bruke kunnskap i møte med enkelt mennesker. Sykepleieren må også bidra til at pasienten kan tilegne seg ny kunnskap, ferdigheter og holdninger og mestre sin situasjon i større grad, slik at livskvaliteten øker. Det er viktig å fokusere på mestring, mestringsmuligheter og mestringshjelp, og løse problemer og samarbeide. Hele tiden må sykepleieren gjøre vurderinger og valg, og være bevisst eget kompetanseområde (Tveiten, 2008).

Sykepleieren har i sitt arbeid flere funksjoner, men i vår oppgave har vi valgt å ha fokus på den helsefremmende og forebyggende funksjonen. Denne funksjonen er direkte rettet mot pasienter og deres pårørende. Sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon skal

ta seg av friske personer, personer som er spesielt utsatt for helsesvikt og mennesker som er utsatt for komplikasjoner. Man skiller også mellom primær-, sekundær- og tertiærforbyggende tiltak innenfor begrepet forebygging.

Sykepleierens forebyggende arbeid kan være alt fra å smøre hæler til å informere pasienter før prøver og undersøkelser. Med dette forebygger vi de konsekvensene som er uønskelige i den situasjonen pasienten er i (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2008).

4 Drøfting

Solveig Hansen er innlagt på avdelingen vår på sykehuset. Hun har et brannsårl som har blitt infisert med gule stafylokokker i løpet av oppholdet. Det vil da si at hun har fått en nosokomial infeksjon, eller en sykehusinfeksjon. Vi som sykepleiere vil da ta tak i hvordan vi kan hindre smittespredning til andre og forebygge at Solveigs tilstand ikke forverres. Vi skal her drøfte oss frem til hvordan vi som sykepleiere kan arbeide helsefremmende og forebyggende hos en pasient med gule stafylokokker.

4.1 Før og nå.

Fokuset på hygiene har forandret seg mye de siste 200 årene. Fra 1800 tallet der sykehusinfeksjoner var et stort problem, til man fant ut hva bakterier er og hvordan man kan bekjempe disse. Allerede før 1860 hadde Florence Nightingale strenge krav til renslighet og mente dette var nødvendig for å kunne utøve god sykepleie. Hun kjempet for at alle leger og sykepleiere skulle utføre håndvask mellom hver pasient. Dette var den tiden hvor dette ikke ble sett på som nødvendig, og hun møtte mye motstand. Fra 1870 tallet, endret synet på renslighet seg til det bedre i Norge, og man fokuserte mer på håndhygiene. I tillegg til hygiene generelt.

Stordalen (2009) sier at håndhygiene og beskyttelsesutstyr er det viktigste tiltaket for å forebygge smitte.

Vi har funnet en fagartikkel som tar for seg håndhygiene på sykehus i dag. Den beskriver at hygienen pr i dag er for dårlig, og at det må tas et oppgjør fordi det viser seg at helsepersonellens holdninger og vilje til å følge hygieniske prinsipper er for dårlige, tross at det er både lovpålagt og at vi har klare hygieniske retningslinjer. Det daglige smittevernsarbeidet burde nå ha høy standard, og vi vet at kunnskap er viktig i bekjempelsen mot sykehusinfeksjoner. Artikkelen tar opp spørsmålet om hvordan vi kan bli bedre, og få en varig forbedring. Det besvares med økt oppmerksomhet mot bruk av klokke, smykker og armbånd. Konklusjonen viser at helsepersonell må bli tøffere til å hjelpe hverandre til å bli bedre på hygiene (Nedrebø, 2008).

Som både historien og fagartikkelen beskriver, har hygienen bedret seg i løpet av de siste århundrene, men det er fremdeles ikke god nok. Det oppstår fortsatt sykehusinfeksjoner til tross for all kunnskapen vi innehar fra både skole, samfunn og faglige oppdateringer som ny forskning og fagbøker. Selv all kunnskap vi har om dette, så møter vi motstand den dag i dag, slik som Florence Nightingale gjorde. Vi har hatt ulike opplevelser fra praksis som beviser nettopp dette. Vi hadde begge en pasient som kom inn med brannså, og hun hadde gjennomgått flere kirurgiske inngrep. Hun lå på smitterom, men dette var grunnet mistanke om annen blodsmitte. Vi reagerte begge på at sykepleierne utførte totalt forskjellige sårskift, både med tanke på hygiene, bandasjer, rent/urent, sårstell det vil si hvordan de gjennomførte prosedyren, i tillegg til kommunikasjon med pasienten. Dette opplevde vi som svært skremmende, da dette lett kunne utviklet seg til en sykehusinfeksjon, fordi sykepleierne ikke samarbeidet og ikke fulgte de hygieniske prinsippene til punkt og prikke. Det virket heller ikke som det hadde blitt bestemt hvilken prosedyre som gjaldt for denne pasienten. Det var også veldig utfordrende med tanke på isolering, da pasienten hele tiden ønsket å gå ut å røyke og reise på permisjon. Mange av sykepleierne tillot dette, noe som igjen strider med hva vi mener er korrekt, som igjen blir presentert i denne oppgaven.

Vi spør oss selv om dette er fordi sykepleierne mangler kunnskap, skal være effektive eller fordi de ikke har fokus på hygienen. Som vi har lært, skal vi som sykepleiere være effektive, men grundige – og god hygiene er grunnleggende og elementært i vårt yrke. I alle våre praksisperioder har også temaet økonomi og innsparing hatt en stor plass, fordi de ansatte gjerne har snakket mye om dette. Frustrasjon, sinne og irritasjon har preget hverdagen til mange og dette vil også gå ut over pasientene. Økonomi og innsparing betyr også større arbeidsbelastning for de ansatte, som igjen øker faren for spredning av bakterier og nosokomiale infeksjoner. Sykehusinfeksjoner blir et faktum.

Vi mener at god hygiene skal stå i fokus, samtidig som vi må tenke helhetlig. Vi forstår at dette kan bli en utfordring for nåtidens sykepleiere. Dagen sykepleiere må tenke både på å dekke pasientens behov og være omsorgsgivere, samtidig som de skal være effektive, økonomiske, løsningsorienterte og har mange administrative oppgaver. Sykepleierens overordnede plikt er å fremme helse og forebygge sykdom. Det å pådra pasientene sykehusinfeksjoner, skal ikke skje. Så hvorfor skjer det? Som caset vårt beskriver, har Solveig dessverre pådratt seg en sykehusinfeksjon. Historien har lært oss utviklingen og viktigheten

av god hygiene, spesielt god håndhygiene, og her har tydeligvis dette sviktet. Det kan være ulike årsaker til hvorfor Solveig har fått denne sykehusinfeksjonen, og vi mener at som sykepleiere er dette vårt ansvar. Både hvordan og hvorfor det skjedde, men også hva vi skal gjøre videre. Det vil si å forebygge at Solveig får flere uønskede sykehusinfeksjoner, men også forebygge at andre kan få gule stafylokokker fra henne. Som enten vi som helsepersonell eller besøkende kan spre videre.

Vi har funnet en forskningsartikkel som omhandler innføringen av CDCs (Centers for Disease Control and Prevention) retningslinjer i 40 amerikanske sykehus. Forskningen viser at bred formidling av retningslinjene ikke var tilstrekkelig til å endre praksis. Det er usannsynlig at praksis vil kunne endres uten tverrfaglig samarbeid og innsats, i tillegg til administrative støttefunksjoner – for å kunne endre praksis til det bedre. Dette omhandler hygiene og sykehusinfeksjoner, kostnadene av sykehusinfeksjoner året før og etter prosjektet ble iverksatt (Larson, Quiros & Lin, 2007).

Dette understreker det vi mener om at helsepersonell må være villige til å endre sine vaner, holdninger og at det fortsatt er motstand til dette i dag – akkurat som det var på Florence Nightingales tid. I dag har pasientene ofte mye kunnskap selv, og fra vi er små lærer vi om god hygiene og det å være renslige. Solveig har derfor gode forutsetninger for å kunne overvinne denne sykehusinfeksjonen, at såret vil heles godt, og at hun skal bli helt frisk igjen. Men Solveigs innsats alene er ikke nok til å bekjempe dette. Det er vårt ansvar som sykepleiere. Som artiklene har lært oss, er det viktig at vi «tar» hverandre hvis vi ser det utføres dårlig hygiene. Dette kan være en stor utfordring fordi vi ikke ønsker å sette hverandre i et dårlig lys, og at vi så gjerne vil tro at de andre gjør alt korrekt slik vi selv ønsker at det skal gjøres. Det handler om tillit og vi må tenke på pasientenes beste. Det kan være vanskelig å skulle si ifra til kollegaer, for det blir akkurat som å si at den andre ikke er renslig, og ikke gjør jobben sin riktig. Mange kan synes det er utfordrende å skulle fortelle andre på en ydmyk og samtidig profesjonell måte hvordan de opplever situasjonen, der de ser at det gjøres feil. Vi forstår denne utfordringen. Vi har opplevd i praksis å være med sykepleiere som har arbeidet i mange år og som derfor burde ha gode kunnskaper, som gjør tydelige feil og bryter de hygieniske prinsippene. Det handler om å være en profesjonell sykepleier, og vi mener at man må klare å ta opp dette tema, og man må også tåle å høre dette. For hvis man ikke gjør dette, er man ikke engasjert nok i å gjøre en god jobb for pasientene. Det er vårt ansvar som sykepleiere å ta opp dette med kollegaer.

4.2 Sykehus og smittevern

Det første tiltaket vi vil gjennomføre i samråd med lege er å legge Solveig på isolat fordi dette alltid skal gjøres ved gule stafylokokker. Dette gjør vi for å hindre at andre på avdelingen skal bli smittet, samt ansatte og besøkende. Når Solveig ligger på isolat, vil vi bryte smittekjeden da hun er smitekilden. Solveig har blitt lagt på isolasjon med kontaktsmitte, med fargekoden lys gul. Fargekode brukes for at helsepersonell skal forstå hva slags smitte det dreier seg om. Vi setter også opp skilt til pårørende, slik at de kan henvende seg til personalet. Dette for å kunne informere om riktig bruk av beskyttelsesutstyr inne hos Solveig. Som sykepleiere har vi ansvar for både Solveig og hennes pårørende, men dette kommer vi tilbake til senere i drøftingen. Hvis Solveig ligger på isolat og vi sykepleiere, samt andre helsepersonell på avdelingen følger de hygieniske prinsippene, vil det i grunnen ikke være mulig at smitten kan spre seg til andre på avdelingen. Men da er det viktig at alle de som er inne hos Solveig har kunnskaper om hvordan smitten kan spre seg.

Alle kan være en potensiell smittefare. Både leger, besøkende, renholdspersonell og andre kan spre smitte. Vi har funnet en pilotstudie fra sykehuset i Flekkefjord, som omhandler et nulltoleranseprosjekt på smittevern. Det begynte med at hygienesykepleier på sykehuset mente at hygiene og smittevern ofte ble nedprioritert på norske sykehus, og at medisinstudentene knapt hadde smittevern på pensum. Dette ønsket hun å gjøre noe med, og dermed ble nulltoleranseprosjektet startet. Prosjektet gikk ut på undervisning, sjekklister og spørreundersøkelser på alle personale på sykehuset. Holdninger og kunnskap om hygiene var helt vesentlig. Det de kom frem til var at økt oppmerksomhet rundt tema bidro til en sterk nedgang i sykehusinfeksjoner, og gode resultater på prosjektet. Hygienesykepleieren konkluderer med at det fortsatt er mange utfordringer som gjenstår (Dietrichson, 2011).

Denne pilotstudien (og også de andre artiklene) understreker igjen det vi vil frem til, om at smittevern må få et større fokus i norske sykehus, for å kunne bekjempe sykehusinfeksjoner og at alle yrkesgrupper på et sykehus må inkluderes. Vi har erfart i praksis at blant annet legene ikke er så hygieniske, og det virker som om dette er nedprioritert. For eksempel bruker mange leger klokke og smykker, og mange glemmer å desinfisere hendene mellom pasientkontakt. Dette beviser at selv leger som har så lang utdanning med så mye kunnskap

om sykdommer og smitte, ikke nødvendigvis vet hvordan de skal bruke det i praksis. Et spørsmål vi ofte kommer tilbake til, er hvorfor helsepersonell ikke bruker den kunnskapen de har, og ”slurver” med hygienen når de vet hvor viktig det er. Det er mange aspekter som kan diskuteres, som tid, effektivitet, kunnskap og praksis, men likevel virker det som dette alltid er et stort problem. Å skape et større fokus på hygiene og smittevern, vil bidra til å forebygge infeksjoner. Dette vil igjen være både økonomisk besparende, fremme helse og bidra til bedre forebygging av sykehusinfeksjoner.

Det er ulike måter vi kan bryte smittekjeden hos Solveig på. Smittestoffet her er gule stafylokokker (*Staphylococcus aureus*), i såret. For å kunne bryte denne smittekjeden her, må vi tildekke såret. Og for at Solveig tilstand ikke skal forverres må vi jobbe aktivt med tilhelingsprosessen av såret. For å følge smittekjeden videre vil utgangsporten være såret til Solveig. Vi må bryte utgangsporten for at ikke skal kunne få en smittevei/måte. Det gjør vi ved å følge hygieniske prinsipper, retningslinjer og gjøre alt korrekt, samt ha kunnskaper og følge prosedyre. Hvis ikke vi bryter smittekjeden, vil smittestoffet kunne finne en smittevei, en inngangsport og en smitemottaker. Andre smittevernstiltak vil være å bruke engangsutstyr, som for eksempel vel matservering og sårskift, og vi vil bruke rombundet smitteposer til tekstiler og avfall. Dette igjen for å bryte smittekjeden.

Siden Solveig ligger på isolat og kun får kontakt med de som er inne hos henne, vil kanskje trangen til å gå av rommet bli stor. Som sykepleiere må vi forhindre dette, og finne en balanse mellom sosial kontakt og det å være alene. Dette for både å hindre at hun selv blir smittet, og at hun smitter andre. Hvor mye sosial kontakt en har behov for vil variere, og alle har et behov for å være uavhengig og selvstendig i tillegg til å stå andre mennesker nær. Man er utsatt for å få for liten kontakt med andre når man er fysisk isolert fra andre. Når en pasient ligger isolert på smitterom, vil den psykiske belastningen forsterkes av frykten for sykdommen, uvissheten av lengden av oppholdet og hvordan sykdommen kan påvirke andre, noe som kan være en medvirkende faktor til at Solveig vil forlate rommet. Når personale og besøkende må ha på beskyttelsesutstyr, blir dette som en barriere mellom dem og pasienten, og dette er med på å signalisere avstand (Smebye, 2008).

Men i følge Andersen (2008) kan personer med sårinfeksjoner med gule stafylokokker kunne forlate rommet og gå ut i avdelingen under visse omstendigheter. Dette krever et godt samarbeid mellom pasient og sykepleier, samt hygienesykepleier, og at pasienten har god

personlig hygiene. Pasienten må blant annet forstå og følge gitte forhåndsregler, ha rene bandasjer, gjennomføre god håndhygiene, ikke oppholder seg i fellesrom ved sykehuset, og vise god forståelse for smittespredning og smittevern.

Dette vil da si at hvis vi får til et godt samarbeid med Solveig, kan hun få gå ut av rommet hvis hygiesykepleier og vi mener dette er forsvarlig. Solveig må da vise at hun forstår alvorligheten av hennes tilstand og vise god personlig hygiene, ved blant annet god håndhygiene. Dette kan være svært positivt for Solveig, da det oppleves som vanskelig å ligge på isolat. Det at Solveig kan forlate rommet, kan vi se på som forebyggende arbeid fordi følelsen av isolasjon kan være psykisk belastende, og det kan være med på å bedre samarbeidet mellom Solveig og helsepersonellet. Det vil gjøre at hun blir mer engasjert og er interessert i få mer kunnskaper om smittevern, god hygiene og sårtilheling. Dette vil igjen kunne føre til raskere rekonvalens, som igjen vil føre til kortere liggetid på sykehuset. En annen faktor vil være at ved isolasjon kan pasienten ofte bli sengeliggende, og står da i fare for sengeleiets komplikasjoner. Pasienten vil da være mer i aktivitet, som da vil være positivt for sykdomsforløpet.

Det er klare retningslinjer og lovverk når det kommer til isolering av pasienter og smittevern. I Smittevernloven (1995) står det blant annet at vi som helsepersonell skal verne befolkningen mot smittsomme sykdommer

Det vil da si at det er vår plikt å utføre de nødvendige tiltakene for at Solveig ikke skal kunne smitte de andre på avdelingen. Hvis alle helsepersonell fulgte dette, ville vi trolig ikke hatt sykehusinfeksjoner og smittespredning. I praksis har vi erfart at dette ikke fungerer. I dag har man som sykepleier ansvar for mange pasienter, og man må være effektiv på jobb. Mye skal skje på kort tid. Dessuten må pasientene dele rom med hverandre uanhengig av sykdom, noen må også ligge på gangen. Derfor er det kanskje ikke så lett i dag å ta seg tid til disse hygieniske prinsippene, som vi vet er så viktige (Stordalen, 2009).

4.3 Infeksjonsforebyggende arbeid.

Som tidligere nevnt har Solveig pådratt seg et brannsår, og som nå har blitt infisert med gule stafylokokker. Som sykepleiere vet vi at det er vårt ansvar å ta vare på og behandle såret. Dette gjør vi for å forhindre forverring av sår og sykdom hos Solveig, og ikke minst for å gi henne omsorg og god sykepleie.

Gjennom erfaringer fra praksis på sykehus har vi lært at prosedyrene er det vi skal følge. Disse gir oss en oppskrift på hvordan såret skal behandles, slik at alle sykepleierne gjør likt. Prosedyrene er basert på kunnskapsbasert praksis som består av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap og brukervedvirkning (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2007).

Prosedyrer blir ofte oppdatert, slik at pasienten alltid skal få den beste behandlingen. Det er sykepleierens ansvar å sette seg inn i sykehusets prosedyrer, samt oppdatere seg faglig og på ny forskning. Men det vil ikke si at dette alltid gjøres, noe vi har erfart fra praksis på sykehus. Vi mener det er grunnleggende å kunne bruke prosedyrene på korrekt måte i arbeidet mot å forebygge sykehusinfeksjoner.

Stordalen (2009) skriver om infeksjonsforebyggende arbeid som har som hensikt å redusere risikoen for sykehusinfeksjoner. Da tenker vi tilbake på alt det vi har lært, fra trekantprinsippet, observasjoner, aseptisk og antiseptisk teknikk og andre kunnskaper vi har tillært oss gjennom skolegangen. Vi er enige med Stordalen (2009) om at infeksjonsforebyggende tiltak og -arbeid er viktig da det kommer til Solveig. Siden Solveig allerede har fått en sykehusinfeksjon, må vi som sykepleiere ha et større fokus på dette. Dette gjør vi ved å tenke smittevern og forebyggende – både for å beskytte både Solveig og de andre pasientene på avdelingen. Ved å utføre korrekt sårstell og tildekke såret, vil vi bryte smittekjeden, i tillegg til riktig håndtering av smitteavfallet.

Som Andersen (2008) beskriver, er det nødvendig med munnbind under sårstell, i tillegg til andre større aktiviteter på rommet. Som for eksempel ved sengesift.

Ved kontaktsmitte bruker vi beskyttelsesutstyr som rombundet stellefrakk og hansker. Dette brukes når vi er inne på rommet, men ved sårskift mener vi at det burde benyttes munnbind. For å beskytte Solveig mot eventuelle flere nosokomiale infeksjoner, mener vi at det burde brukes munnbind. Fordi når vi skifter på såret, og det er åpent, vil munnen vår kunne være en eventuell smittekilde. I sykehuspraksis har vi erfart at sykepleierne har ulike rutiner når det gjelder hygiene og smittevern, og når vi leser overordnede prosedyrer fra sykehuset innlandet – sier disse at munnbind ikke er nødvendig, og at det kun er for å beskytte helsepersonellet. Vi er uenige i dette, fordi vi tenker at vi også kan være en smittekilde når vi

er i direkte kontakt med såret til Solveig. Dette begrunner vi med at det er mange bakterier i munnhulen og at man er nær såret med ansiktet, og kort smittevei, i tillegg til teori nevnt ovenfor.

4.4 Sykepleierens rolle – pedagogisk, forebyggende og helsefremmende.

Sykepleieren har mange ansvarsområder, blant disse er den pedagogiske funksjonen, som har til hensikt å virke oppdagende, gi læring og vekst, legge til rette for mestring og utvikling hos pasienten. Med disse redskapene kan pasienten hjelpes til å tilegne seg ny kunnskap, nye ferdigheter og holdninger som kan gjøre at pasienten bedre mestrer sin sykdom og får økt livskvalitet. Sykepleieren hjelper til økt kompetanse og utvikling (Tveiten, 2008).

Eide og Eide (2009) skriver om omsorgsprofesjonalitet, og hva dette innebærer. Det handler kommunikasjon og samhandling, Sykepleieren må anerkjenne pasienten, trene opp observasjonsblikket og aktivt bruke sykepleierprosessen som er en av helsepersonellets problemløsende metode. Slik kan vi finne ut hva pasientene og pårørende har behov for. Empati, fagkunnskap og målorientering er tre forutsetninger for god, profesjonell kommunikasjon, og må være til stede i samarbeidet med pasienten. Dette er en samhandlingsprosess mellom helsepersonell, pasient og pårørende.

Vi som sykepleiere har en pedagogisk og en forebyggende funksjon, og med tanke på Solveig – betyr dette at vi både må beskytte, forebygge, undervise og veilede henne og alle rundt om hennes tilstand. Som tidligere nevnt, har mange pasienter mye kunnskaper i dag og internett er lett å bruke for å søke opp informasjon. Men denne kunnskapen er ikke alltid korrekt, og pasienten kan få feil informasjon og inntrykk av situasjonen. Så en utfordring for sykepleieren blir å vurdere hva pasienten/pårørende eller andre har behov for. Vi som sykepleiere benytter oss av sykepleierprosessen, datasamling og har pasientsamtaler slik at vi får et inntrykk av pasienten og deres kunnskaper. Sykepleieren må vurdere om det er nødvendig med informasjon, instruksjon, assistanse, undervisning, veiledning eller råd, og ikke minst, hva forskjellen er, og ha reflektert over dette på forhånd, i de gitte situasjoner.

Når det gjelder Solveig, må vi tilpasse informasjonen og kunnskapen til hennes nivå og behov. Å øke Solveigs bevissthet rundt dette tema og gi henne mer kunnskap, vil være med på å forebygge ytterligere sykdom og smitte. For å kunne forebygge best mulig, er det nødvendig med kunnskap. Dette kan vi understreke med vår erfaring etter 3 års skolegang, i tillegg til litteraturen vi har lest. Men det kan være en stor utfordring å skulle ta på seg en «lærerrolle»

for oss som sykepleiere, og når Solveig er syk, kan det være vanskeligere for henne å ta inn informasjon enn det hadde vært når hun var frisk. Det vil alltid være utfordringer knyttet opp til sykepleierens forebyggende funksjon. For å kunne hjelpe Solveig til ny og bedre kunnskap og økt kompetanse, må vi iverksette noen tiltak. For eksempel informasjonsskriv, samtaler, opplæring, inkludere pårørende og være tilgjengelige for spørsmål og støtte hvis Solveig har behov for dette.

Stordalen (2009) skriver at på døren til pasienter som ligger på isolat, henger det informasjon om at pårørende må henvende seg til sykepleier. Dette har vi også erfart fra praksis.

Det er da vår oppgave å undervise og veilede pårørende i korrekt bruk av beskyttelsesutstyr og viktigheten av smittevern. Dette er så viktig for å forebygge videre smitte, både for andre og Solveig selv. Videre, i vår forebyggende rolle har vi også ansvar for personalet i den forstand at man sier ifra hvis man ser dårlig praksis av kollegaer. Tveiten (2008) sier at det er viktig å ha riktig handlingsberedskap og god kompetanse hos de ansatte. Alle har ansvar for seg selv, men det å skape et miljø på arbeidet som er preget av læringsvilje og hele tiden ønske å være oppdaterte på den nyeste forskningen og de nyeste prosedyrene.

Vi har for eksempel erfart fra praksis at avdelingen arrangerte internundervisning, og dette var med på å skape interesse og engasjement for faget og jobben. At man ønsker og vil gjøre en god jobb, se fremover og være åpne for hele tiden å utvikle seg til det bedre. Ulike måter å gjøre dette på, vil være å ha jevnlig internundervisning, gå igjennom prosedyrer, repetere kunnskap om hygiene og generelt ha et stort fokus på dette området. Hver og en kan forsøke å skape et fagmiljø på sykehuset der kunnskap, innsats, profesjonalitet og erfaring står sentralt. Vi har erfart fra praksis at det kan være svært utfordrende å samarbeide med legene, og det er vanskelig å skulle være den som må si imot legen når en tydelig ser at legen gjør hygieniske eller andre typer feil, som ikke burde forekomme. For å ta et eksempel, erfarte vi at legene bare gikk inn til en mann som lå på kontaktsmitte (med sår på magen), uten å ta hensyn til hygienien i det hele tatt. De tok verken på smittefrakk eller hansker, og flere av legene spritet heller ikke hendene etter å ha vært inne på rommet. Hvordan kan legen bestemme at pasienten skal ligge på smitterom, og så tar de ikke selv hensyn til det som er bestemt? Har med tidspress og effektivitet å gjøre, eller rett og slett latskap? Dette gjelder selvsagt ikke alle leger, og selv om vi har fått noen dårlige erfaringer fra praksis, så har vi også mange gode. Vi har møtt mange flinke leger, sykepleiere, hjelpepleiere og andre, som har inspirert oss til å engasjere oss i hygiene og smittevern.

Norsk Sykepleierforbund (2011) er Yrkesetiske retningslinjer, som bygger på ICNs etiske regler og menneskerettighetene i FNs menneskerettighetserklæring. De sier noe om at sykepleie skal være kunnskapsbasert, og baseres på respekt for menneskerettighetene, omsorg og barmhjertighet. Sykepleieren har fire grunnleggende ansvarsområder: å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og lindre lidelse. Det største ansvaret sykepleieren har, er å skulle utøve best mulig sykepleie.

I følge yrkesetiske retningslinjer, har sykepleieren ansvaret for å forebygge sykdom og gjenopprette helse. Dette er det vi vil oppnå hos Solveig. Vi har brutt de yrkesetiske retningslinjers krav om å forebygge sykdom, ved at Solveig fikk gule stafylokokker i såret. Da dette er en sykehusinfeksjon, og uansett hvordan man ser på det, er det vår skyld. Så videre må vi forebygge ytterligere sykdom og gjenopprette helse. Dette gjør vi ved å ha gode kunnskaper om hygiene, smittevern og sykepleie, og oppdatere oss på ny forskning. Vi må bryte smittekjeden, behandle såret og forebygge videre sykdom. Tenke helhetlig sykepleie, og ha fokus på pasientens behov. Slik som Florence Nightingale gjorde.

5 Konklusjon

I denne oppgaven ønsket vi å belyse hvordan vi som sykepleiere kan arbeide helsefremmende og forebyggende. Vi ønsket å ha med begrepet helsefremmende, fordi vi mente at vi ikke bare kunne skrive om forebygging alene. Fordi forebygging er helsefremmende. Vår pasient hadde fått gule stafylokokker i et brannså, som da ble en nosokomial infeksjon, og det er vår jobb å forebygge videre infeksjoner og smitte. Vi har fått mye kunnskaper om smitte generelt, og spesielt om gule stafylokokker, og hvor viktig hygiene faktisk er.

Vi har her kommet frem til hvordan vi kan gi god forebyggende sykepleie til vår pasient. Først og fremst har vi fokus på smittevern og å isolere pasienten, slik at vi kan bryte smittekjeden. Videre er det viktig å få til et godt samarbeid mellom både pasient, sykepleiere, andre yrkesgrupper og ikke minst, pårørende. Med et godt samarbeid kan vi inkludere pasienten i det forebyggende arbeidet, som igjen vil fungere som helsefremmende. Pasienten vil forhåpentligvis bli engasjert i egen behandling, som igjen gjør det lettere å arbeide forebyggende. Vi som sykepleiere vil kunne fremme helse ved å gi henne god sårbehandling. Vi har også drøftet om at pasienten kan få gå ut i avdelingen, og hvilke forutsetninger dette innebærer. Da er det helt avgjørende med et godt samarbeid, god hygiene og sårstell. Dette vil være med på å fremme helse da det å være isolert kan få store negative konsekvenser for pasienten.

Sykepleieren har en pedagogisk rolle, som blant annet innebærer å undervise og veilede både pasient og pårørende i korrekt bruk av beskyttelsesutstyr og smittevern. Vi har kommet frem til at ved å ha fokus på dette vil vi forebygge videre smittespredning. Vi må tenke helhetlig i forhold til smittevern og dette inkluderer da undervisning av pasienter og pårørende i bekjempelsen mot sykehusinfeksjoner. Sykepleierens forebyggende arbeid handler først og fremst om å forebygge sykdom og fremme helse, og hele tiden ha pasienten i fokus.

Til denne oppgaven har vi lest og lært om hygienens historie fra tidlig på 1800 tallet til i dag, og vi har tilegnet oss kunnskaper gjennom både teori og forskning. Vi som sykepleiere er lovpålagt å arbeide med smittevern og vi innehar en forebyggende rolle. Men det forskningen vi har funnet viser, er at sykehusinfeksjoner fremdeles er et stort problem i Norge i dag og at

vi fortsatt har mye å arbeide mot. I løpet av de siste 200 år, har man gått fra kun å vite at det og vasker hende kunne forhindre sykdom til i dag hvor man faktisk vet hvorfor. Semmelweis beviste at ved å vaske hendene, gikk dødeligheten blant fødende kvinner ned, men han kunne ikke forklare hvorfor. Mens Florence Nightingale var en stor forkjemper av god hygiene blant både sykepleiere og leger, for å fremme pasientenes helse. Hun var en pioner i hygienearbeidet, selv om dette fikk stor motstand på den tiden. I dag vet vi bedre. I dag har vi mye kunnskaper om ulike mikroorganismer, hvordan de smitter og hvordan vi kan forebygge dette. Men allikevel, med all den kunnskapen vi innehar, så er sykehusinfeksjoner et vanlig problem. Dette kan vi blant annet se med den statistikken vi viste til i innledningen av oppgaven.

Vi har drøftet og diskutert om hvordan vi kan arbeide for å forhindre sykehusinfeksjoner og forebygge smitte (her, spesielt med tanke på gule stafylokokker), og kommet frem til at et økt fokus på smittevern, og skape større interesse for faget blant de ansatte kan bidra til et bedre samarbeid. Vi må belyse tema, og hele tiden oppdatere oss faglig for å kunne yte best mulig sykepleie.

Vår pasient, Solveig, har store forutsetninger for å kunne overvinne sin infeksjon. Men for å kunne gjøre dette, er hun helt avhengig av at vi som sykepleiere gjør det vi er pålagt, både med tanke på lovverk og ikke minst, de yrkesetiske retningslinjer. Dette er vårt ansvar og for å oppnå dette, må vi ha reflektert godt rundt vår rolle og funksjon, i tillegg til oppdatert kunnskap. Som sykepleier utvikler man seg hele tiden, og det skal alltid ligge et ønske om å bli bedre. Man er aldri ferdig utlært. For å kunne arbeide helsefremmende og forebyggende, må vi gå inn i oss selv. Gjøre noe med egne vaner og handlinger, og gå foran som et godt eksempel slik at man kan inspirere andre til å ville gjøre det samme. Slik som Florence Nightingale gjorde. Vi har kommet frem til at målet for å bli en god sykepleier som arbeider helsefremmende og forebyggende, er å ha pasienten i fokus – og hele tiden tenke kunnskapsbasert praksis, med at sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap.

Referanseliste

- Andersen, B. M. (2008). *Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus. Mikrober og smitteveier*. Oslo: Ullevål universitetssykehus.
- Dalland, O. (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Dietrichson, S. (2011). Bedre hygiene halverte sykehusinfeksjoner. *Sykepleien forskning*. Lokalisert på: <http://www.sykepleien.no/Content/777710/forskning%200411.pdf>.
- Eide, H. & Eide, T. (2009). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Florence Nightingale (s.a.) [Fotografi]. Lokalisert på: <http://www.biography.com/people/florence-nightingale-9423539>.
- *Folkehelseinstituttet. (2008). *Prevalens av sykehusinfeksjoner våren 2008*. Lokalisert 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=5544:70194::1:5673:1:::0:0
- Førland, T. E. (2007). *Drøft, lærebok i oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Halvorsen, K. (2005). *Grunnbok i helse-og sosial politikk* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Hart, T. (2006). *Mikroterrorister – bakterie-, virus- og soppinfeksjoner som truer vår helse*. Oslo: Tun.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2008). Om sykepleie. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (s. 13 – 27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Kunnskapsegget, (s.a.). [database]. Lokalisert på: <http://www.kunnskapsegget.no/>
- Lindholm, C. (2008). *Sår* (2. utg.). Otta: Akribe Forlag.
- *Larson, E. L., Quiros, D. & Lin, S. X. (2007). Disseminations of the CDC's Hand Hygiene Guideline and impact on infection rates. *Am J Infect Control*, 35(10):666-675. doi: 10.1016/j.ajic.2006.10.006
- *Nedrebø, J. Aa. (2008). Husk handvask. *Sykepleien* 2008 96(18):84-86, doi: 10.4220/sykepleiens.2008.0022.
- *Nightingale, F. (2010). *Notater om sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L.M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Smebye, K. L. (2008). Kontakt med andre. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3*. (s. 80 – 117). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Smittevernloven, LOV-1994-08-05 (1995). Lokalisert på: <http://www.lovdata.no/all/hl-19940805-055.html>
- Stordalen, J. (2009). *Den usynlige fare. Smittevern og hygiene* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sykepleien (s.a.). *sykepleien.no* [database]. Lokalisert på: <http://www.sykepleien.no/forside>.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs etiske regler*. Lokalisert på: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf.

Vedlegg 1

PICO skjema

Tema: Hva er det jeg ønsker å vite noe (mer) om?

Problemstilling: Hvordan kan vi som sykepleiere arbeide helsefremmende og forebyggende hos en pasient med gule stafylokokker?

P	I	C	O
Hvem vil vi vite noe om? Pasienter/grupper/mennesker	Hvilket tiltak, intervensjon, behandling ønsker vi å vite noe om?	Skal det tiltaket vi satte opp under "I" sammenlignes med et annet tiltak?	Hvilket utfall, effekt, erfaring, opplevelse, endepunkt er vi interessert i?
-Pasient med gule stafylokokker -Pasient med sårinfeksjon - Sykehusinfeksjoner -Pasient på sykehus Sykepleie til disse pasienten	-Tiltak mot smittepredning -Tiltak mot sykehusinfeksjoner -Kontaktsmitte -Forebygging av smitte -Forebyggende og helsefremmende tiltak ved smitte.	-Pasient med gule stafylokokker	-Resultater av forskning på sykehusinfeksjoner . -Sykepleierens erfaringer av smitte i sykehus. -Pasienter med gule stafylokokker som sykehusinfeksjon.

Vedlegg 2

I løpet av seks uker har min medstudent og jeg skrevet en bacheloroppgave. I denne teksten skal jeg presentere hvordan vi har jobbet disse ukene, hvordan jeg syns samarbeide oss i mellom har gått, samt med veilederen, og hva jeg har lært gjennom denne skriveprosessen. Den første uka skulle vi levere inn prosjektplan. Denne visste vi i grunn ikke hvordan vi skulle angripe, men etter samtale med lærer ble vi veiledet og forsto hensikten med prosjektplanen. I ettertid ser jeg at dette var veldig lurt å ha en prosjektplan, spesielt da man skriver sammen med noen, slik at man har en tidsplan og oversikt over arbeidet som skal gjøres. Vi planla hva vi ville skrive om, og reflekterte mye rundt temaet. Det var viktig for oss å velge en oppgave som ga oss mer kunnskaper og som vi selv syns var interessant, slik at vi var engasjert i arbeidet mot en bachelor.

Uke to var det tid for veiledning med lærer og medstudenter. Denne veiledningen var frivillig, men vi hadde absolutt behov for å diskutere og få litt mer innspill. Det å kunne snakke med andre studenter, var nyttig, da de hadde andre innspill og synspunkter, som kanskje ikke vi hadde tenkt på. Dette fikk meg til å tenke mer, og igjen reflektere mer rundt oppgavens tema. Min medstudent og jeg hadde begynt å lete etter relevant litteratur ved å se i pensumbøker, samt lete på det lokale biblioteket. På denne veiledningen fikk vi noen tips om teori som var lurt å ha med tanke på vårt tema.

Midt i skriveprosessen hadde vi seminar. Her skulle vi lese de andre sine oppgaver, for å gi dem innspill og tips til hva de kunne ha med videre. Til dette seminaret hadde vi valgt tema og skrevet teori-delen på oppgaven. Jeg følte jeg hadde nytte av dette, for da fikk man høre andre sine tanker og meninger om temaet som kanskje ikke vi hadde tenkt på.

Individuell veiledning fikk vi i uke fire. Dette syns jeg var mest lærerikt. Dette fordi min medstudent og jeg fikk gått igjennom oppgaven vår med veileder alene, og jeg følte vi fikk nøye igjennom denne og tid til å spørre spørsmål og reflektere sammen med veilederen. Vi hadde som sagt skrevet teoridelen, og sammen med veileder gjorde vi de endringene som måtte gjøres samt tips til mer vi kunne ta med. Etter veiledningene har min medstudent og jeg som regel gått ut og hatt masse engasjement og lyst til å skrive videre – det vil vel si vi har hatt en god veileder?

Nest siste uke hadde vi igjen seminar, og dette gikk som sist; veldig bra. Her var vi godt i gang med drøftingen og tips fra andre var fint slik at vi kunne fortsette diskusjonen og drøftingen i oppgaven vår.

Siste uke, uke seks, hadde vi individuell veiledning med veileder. Vi hadde mange spørsmål som vi ville stille, men det gikk mest på det tekniske. Oppgaven var så å si ferdig, og den siste veiledningen var nyttig da vi ville at veilederen skulle se igjennom for siste gang samt at vi fikk svar på spørsmålene vi hadde.

Slik har våre møter vært i løpet av disse seks ukene, og alle har vært veldig nyttige.

Samarbeidet mellom min medstudent og meg har gått veldig bra. Vi har jobbet jevnt og trutt med oppgaven, slik at vi alltid har ligget i rute med tanke på vår prosjektplan. Vi har møttes hos hverandre flere ganger i uka, noen ganger har vi vært effektive og skrevet masse, og andre ganger har vi snakket og reflektert. Vi har kommunisert veldig bra. Jeg syns, som sagt, samarbeidet mellom min medstudent og meg har gått supert, og jeg har aldri følt at oppgaven min har vært så strukturert og oversiktlig tidligere i studien. Jeg tror det er fordi vi har jobbet mye med den, og satt oss godt inn i oppgaven.

Jeg vil avslutte med å fortelle om hva jeg har lært av oppgaven. Som jeg tidligere sa ville jeg at jeg skulle lære noe av å skrive denne bachelor-oppgaven. Og det har jeg. Jeg har alltid vært opptatt av hygiene, og riktig hygiene. Og i våre søk fant vi fort ut av at hygienen på norske sykehus ikke er god nok. Som forhåpentligvis snart ferdig sykepleier, syns jeg dette er urovekkende. Jeg mener at en pasient som kommer på sykehus skal føle seg trygg på at hygienen blir ivaretatt slik at ikke sykehusinfeksjoner vil oppstå. Derfor vil jeg ha ekstra fokus på nettopp hygiene, for å kunne forebygge sykdom hos pasienter, slik at de kan føle seg trygge og ivaretatt på det mest grunnleggende i sykepleien. Ikke nok med dette vil jeg engasjere de jeg vil jobbe sammen med og fremstå som et godt eksempel, slik at kanskje de som har ”glemt” viktigheten av dette, trekker frem igjen kunnskapen og utfører god og riktig hygiene til sine pasienter, slik man er lovpålagt.

Vedlegg 3

Endelig var det tid for å skrive bacheloroppgave, og jeg skulle skrive med en medstudent som jeg har vært så heldig å få være med i alle praksisperioder. Jeg visste på forhånd at vi samarbeider svært godt i praktiske situasjoner, og jeg har alltid syntes at vi har hatt gode refleksjonssamtaler. Vi er begge opptatt av å yte best mulig sykepleie, og er begge over gjennomsnittet opptatt av hygiene. Derfor ble det tidlig klar at vi begge ønsket å velge oppgaven «Sykepleie og forebygging av smitte i somatiske sykehus». Jeg var glad for at min medstudent og jeg kom på gruppe sammen, og vi tok fatt denne store oppgaven som skulle avslutte vår 3 årige skolegang.

Første uken skulle vi skrive prosjektplan, og vi forstod ikke helt hvorfor vi skulle bruke en hel uke på dette i starten av skriveperioden. Men dette forstod vi raskt da vi hadde kommet godt i gang med planen, og også etter første veiledning. Prosjektplanen hjalp oss med å strukturere ukene på en god måte, og fikk oss til å reflektere mer over hva vi faktisk ønsket å ha med i oppgaven. Vi diskuterte alle de tre oppgavene, men det ble mer og mer tydelig at det var forebyggingsoppgaven vi ønsket å ha. Den første veiledningen fikk oss godt i gang, og vi fikk mye inspirasjon av både veileder og medstudenter. Å diskutere oppgaven med medstudenter, gjør at man reflekterer mer over temaene, og de kan komme med tanker som man selv ikke hadde tenkt på.

Min medstudent og jeg begynte å skrive teori og begynte å strukturere oppgaven. Vi fordelte teori mellom oss, og vi begge leste og fant pensum litteratur som passet, men også selvvalgt litteratur som vi ønsket å bruke. Vi brukte det lokale biblioteket, og tenkte hele tiden kildekritisk når vi valgte bøker. Vi skrev teori sammen, og diskuterte og reflekterte over hva vi ville ha med underveis.

Det var tid for seminar uken etter, og da skulle alle studentene som skrev oppgave, møtes. På forhånd hadde vi lest alle oppgavene, og skrevet ned kommentarer til disse. På seminaret gikk vi gjennom hver oppgave, og vi fikk mange gode kommentarer på vår oppgave som vi tok med oss videre. Seminarene er til stor hjelp, og dette er en viktig del av oppgaveskrivingen etter min mening.

Vi fortsatte å følge prosjektplanen, og fortsatte med teoridelen. På neste veiledning var det kun vår gruppe og veileder. Vi fikk god veiledning, og ble veldig engasjerte til å fortsette rett etter vi hadde vært der.

Det var igjen tid for seminar uken etter, og da hadde vi kommet mye lengre. Vi hadde begynt å drøfte, men dette er alltid den vanskeligste delen av oppgaven og vi følte at vi trengte litt input fra både veileder og medstudenter. Seminarene denne perioden har alle vært til stor hjelp, og vi fikk mange ideer til hvordan vi kunne fortsette med drøftingen.

Min medstudent og jeg bor like ved hverandre, så vi har møttes hos hverandre i tillegg til å sitte på skolen de dagene vi har satt seminar eller veiledning. Vi har hatt dager hvor vi har jobbet svært intenst med oppgaven og dager hvor vi egentlig ikke har fått skrevet noen ting, men sittet å reflektert over oppgaven og hvordan vi skulle gripe det ann videre. Jeg er glad vi har vært to når vi har skrevet, og at samarbeidet har gått så bra. Vi har diskutert hvordan vi ønsket å angripe oppgaven, og har jobbet jevnt og trutt hele tiden. Prosjektplanen har vært til god hjelp, og vi har stort sett hele tiden vært i rute med alt vi skulle gjøre i alle ukene.

Siste uken ble vi ferdig med oppgaven til siste veiledningen, og vi hadde da mest spørsmål om det tekniske på oppgaven. Vi har lært så utrolig mye om oppgaveskriving, og ikke minst det tekniske denne gangen. Jeg har hele tiden følt at vi har hatt en veldig strukturert og ryddig oppgave, og det har jeg egentlig aldri syntes før når jeg har skrevet alene. Jeg er svært fornøyd med vår oppgave, og jeg har lært så mye disse ukene. Jeg har lært om hvordan sykehusinfeksjoner påvirker sykehusene i Norge, og hvordan vi kan jobbe for å forebygge sykehusinfeksjoner. For å kunne forstå hvordan det er i dag, må en også vite historien bak. Derfor satte vi oss godt inn i hygienens historie, og fortsatte frem til i dag. Å lese statistikk og forskning / fag - artikler om hygiene, har vært svært lærerikt. Jeg har blant annet lært at selv om vi har så mye kunnskap om hygiene i dag, og at sykepleieren har plikt til å jobbe helsefremmende og forebyggende, er sykehusinfeksjoner fremdeles et stort problem, og dette er noe vi må jobbe mot. Jeg er fornøyd med oppgaven vår, og jeg er svært fornøyd med det gode samarbeidet. I løpet av oppgaveskrivingen har det blitt enda klarere for meg hvordan sykepleier jeg ønsker å bli.