



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avd. for folkehelsefag

4BACH

Sara Øversveen Mobekk og Ingerid Bye Sørum

Veileder: Gunvor V. Stensrud

Rene hender kan redde liv

Clean Hands can Save Lives

Antall ord: 13 570

BASY 2011

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Sammendrag

Bakgrunnen for denne bacheloroppgaven er basert på forekomsten av nosokomiale infeksjoner og dårlig etterlevelse av håndhygiene blant sykepleiere. Konsekvensene av dårlig håndhygiene kan føre til økt forekomst av nosokomiale infeksjoner og det kan resultere i stor økonomisk belastning for samfunnet (Stordalen, 2009).

Metoden vi har brukt i denne oppgaven er en litteraturstudie. Dette vil si at oppgaven bygger på forskningsartikler, pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Vi har besvart vår problemstilling gjennom en kritisk gjennomgang av stoffet.

Florence Nightingale blir sett på som den første sykepleieteoretikeren og hun rettet et stort fokus mot det forebyggende helsearbeidet. Hennes banebrytende tanker har gjort seg gjeldene helt frem til i dag (Karoliussen, 2011). I følge samhandlingsreformen (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009) står vi ovenfor utfordringer i forhold til det forebyggende helsearbeidet og samfunnsøkonomien. Forskningsartiklene presenterer tiltak i for å bedre etterlevelsen av håndhygiene med positive resultater. Dette viser at det er et forbedringspotensial når det gjelder etterlevelsen av håndhygiene.

I konklusjonen trekker vi frem at sykepleiere ikke utøver tilstrekkelig håndhygiene. Det er i følge *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011) og lovverk sykepleierens individuelle ansvar å drive faglig forsvarlig sykepleie. Dette innebærer at sykepleieren selv er ansvarlig for å utøve korrekt og tilstrekkelig håndhygiene.

*Det arbeidet som duger,
er det som blir utført av dyktige hender,
ledet av en klar hjerne,
og inspirert av et kjærlig hjerte*

Florence Nightingale

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
1.0 Innledning.....	6
1.1 Begrunnelse for valg av tema	6
1.2 Presentasjon av problemstillingen og hensikt med oppgaven	7
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	7
1.4 Oppgavens disposisjon	8
2.0 Metode.....	10
2.1 Litteraturstudie.....	10
2.2 Innhenting av litteratur	11
2.3 Kildekritikk.....	14
3.0 Teori	15
3.1 Sykepleietenkning	16
3.2 Sykepleierens forebyggende funksjon.....	17
3.3 Florence Nightingales sykepleieteori	18
3.4 Nosokomiale infeksjoner	20
3.5 Håndhygiene	22
3.6 Sosial påvirkning	24
3.7 Lovverk.....	24
3.8 Yrkesetiske retningslinjer	26
3.9 St.meld. nr. 47.....	26
3.10 Presentasjon av forskning	27
4.0 Hvordan ivaretar sykepleiere retningslinjer for.....	29
håndhygiene?.....	29
4.1 Hvorfor blir ikke retningslinjer for håndhygiene overholdt?	29
4.1.1 Hvordan er sykepleieres kunnskaper om håndhygiene?	29

4.1.2 Virker tidspress inn på kvaliteten av håndhygiene blant sykepleiere?	32
4.1.3 Hvilke konsekvenser medfører hyppig håndvask?	33
4.1.4 Hvordan kan avdelingskulturen påvirke de ansatte?	34
4.2 Hvordan iverksette målrettede tiltak for å øke forbedringspotensialet på håndhygiene?	37
4.3 Fremtidige utfordringer?.....	39
5.0 Konklusjon	43
6.0 Referanseliste	46

1.0 Innledning

Andersen (2013) skriver at nosokomiale infeksjoner er en betydelig trussel mot pasientsikkerhet, overlevelse og den trekker med seg mange komplikasjoner både for pasienter og helsevesenet. De vanligste nosokomiale infeksjonene er i følge Børøsund (2008) urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon og infeksjon i operasjonssår. Pasientene på sykehus er i større grad utsatt og utsettes for smitte som følge av behandling, pleie og undersøkelser. I følge Andersen (2013) fikk 10 % av alle som var under behandling ved sykehus i 2011 en nosokomial infeksjon. Dette tilsvarer at om lag 90 000 pasienter ervervet en nosokomial infeksjon. Dette er kritikkverdig og tilsvarer omlag årlig pasientbehandling ved Oslo universitetssykehus (Andersen, 2013). Stordalen (2009) hevder at nosokomiale infeksjoner oftest påvises et par dager etter innleggelse og opp til 30 dager etter utskrivelse, det kan i enkelte tilfeller også påvises en infeksjon i opp til ett år etter utskrivelse. Andersen (2013) hevder at det skjer daglige avvik i forhold til nosokomiale infeksjoner og utløsende faktorer relatert til infeksjon. Stordalen (2009) argumenterer for at helsepersonell kan smittes så vel som pasienter. Det er imidlertid pasientene på sykehuset som er mest utsatt, da de i dag anses som dårligere enn tidligere på grunn av en kombinasjon av bedre medisinpraksis, økt forventet levealder, kompliserte sykdomsbilder hos eldre og redusert liggetid (Stordalen, 2009). Selv om vi står ovenfor en utfordring når det kommer til nosokomiale infeksjoner påpeker Andersen (2013) at det mangler en nasjonal oversikt over eksakt antall tilfeller. Stordalen (2009) hevder at forekomsten av nosokomiale infeksjoner kan forebygges ved bedre etterlevelse av håndhygiene. Dette er bakgrunnen for vårt valg av tema i denne bacheloroppgaven.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Vi har valgt å skrive om temaet sykepleiernes håndhygiene. Grunnen til at vi valgte dette temaet er fordi vi gjennom den teoretiske utdanningen og praksis har sett og lært viktigheten av god håndhygiene. Gjennom praksis har vi erfart både god og dårlig etterlevelse av håndhygiene og konsekvenser relatert til dette. Vi mener dette er et relevant tema innenfor vår utdanning som sykepleiere og generelt for alle i helsevesenet. Dette er noe vi ønsker å ta med oss videre ut i arbeidslivet og vi ser at dette er kunnskaper vi får bruk for uansett hvor i

helsevesenet vi arbeider. Vi har også valgt dette temaet på bakgrunn av konsekvensene vi ser ved dårlig håndhygiene. Dårlig håndhygiene fører ikke bare til store belastninger for pasientene, men også for samfunnet. Med tanke på den teoretisk og praktisk kunnskap vi har tilegnet oss og erfart gjennom fem semestre på sykepleieutdanningen, ønsker vi også å gå nærmere inn på hvorfor retningslinjene for håndhygiene ikke blir overholdt.

1.2 Presentasjon av problemstillingen og hensikt med oppgaven

Som nevnt tidligere er vårt valg av tema sykepleieres ivaretagelse av håndhygiene. Vi har valgt følgende problemstilling:

«Hvordan ivaretar sykepleiere retningslinjer for håndhygiene?»

Hensikten med denne problemstillingen og bacheloroppgaven er å belyse ivaretagelsen av håndhygiene, konsekvenser ved dårlig etterlevelse av håndhygiene og årsaker til at retningslinjene for håndhygiene ikke blir overholdt. Vi ønsker også å få frem viktigheten av å drive forebyggende helsearbeid og hvilke utfordringer samfunnet står ovenfor. Ved siden av dette lurer vi på hvorfor retningslinjer for håndhygiene ikke blir overholdt til tross for mye forskning innenfor dette temaet. I tillegg ser vi muligheten til å øke vårt kunnskapsnivå innenfor håndhygiene, noe vi vil ha utbytte av som sykepleiere.

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

I tillegg til å se på hvordan sykepleiere ivaretar retningslinjer for håndhygiene, har vi også valgt å gå enda litt videre med vårt tema. Vi vil også drøfte virkningen av målrettede tiltak som har blitt iverksatt med hensikt å forbedre håndhygiene og hvilke samfunnsmessige utfordringer vi kan se i fremtiden. Vi har valgt å drøfte iverksatte tiltak for å synliggjøre at håndhygiene kan forbedres ved å ha fokus på det. Grunnen til at vi velger å drøfte fremtidige utfordringer er for å belyse viktigheten av god håndhygiene og hvordan dette kan påvirke hele samfunnet.

I forbindelse med valgt problemstilling ønsker vi å ha fokus på sykepleiere som arbeider på sykehus. Vi vil ikke ta for oss en bestemt avdeling, men velger å se på sykehus i sin helhet. Vi

har valgt å se på utøvelsen av håndhygiene i sammenheng med nosokomiale infeksjoner og konsekvenser av dette. Dette på bakgrunn av at håndhygiene, i følge Stordalen (2009), er det viktigste enkelttiltaket for å forebygge nosokomiale infeksjoner. Vi velger ikke å gå inn på enkelte infeksjonssykdommer, men ser på nosokomiale infeksjoner i sin helhet. Samtidig vil vi også se på utfordringene i forhold til håndhygiene. I denne oppgaven har vi valgt å ha et samfunnsperspektiv. Dette vil si at vi fokuserer på det generelle ansvaret en sykepleier har ovenfor pasientene, og de samfunnsmessige konsekvensene i forbindelse med dårlig utførelse av håndhygiene og nosokomiale infeksjoner. Grunnen til at vi har valgt å ha et samfunnsperspektiv, er fordi nosokomiale infeksjoner fører til økonomiske konsekvenser for staten og samfunnet (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009).

Vi konsentrerer oss kun om nosokomiale infeksjoner som konsekvens av dårlig etterlevelse av håndhygiene. På bakgrunn av vår problemstilling og tematikk vil vi benytte det vi anser som aktuelt lovverk og vi vil spesielt benytte oss av «yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere», fordi vi vil belyse det foreliggende ansvaret sykepleierne har ovenfor pasientene. Som en supplerings til dette ønsker vi også å benytte samhandlingsreformen (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009), fordi den belyser både utfordringer og presenterer hovedgrep i forbindelse med det forebyggende helsearbeidet, som er en sentral del av vår oppgave.

1.4 Oppgavens disposisjon

Etter innledningskapittelet kommer det et metodekapittel hvor vi presenterer de forskningsartiklene som vi har benyttet oss av i denne bachelor oppgaven. Her vil vi beskrive søkehistorikken og komme med en kildekritisk vurdering av forskningsartiklene. I kapittel 3.1 presenterer og beskriver vi Henderson sin definisjon på sykepleie. Deretter fortsetter vi med kapittel 3.2 hvor vi tar for oss den forebyggende funksjonen til sykepleieren. Videre i kapittel 3.3 skriver vi om Florence Nightingale sin sykepleieteori. Etter dette går vi over til kapittel 3.4 hvor vi blant annet definerer, beskriver og ser nærmere på årsaker til og konsekvenser av nosokomiale infeksjoner. I kapittel 3.5 gjør vi rede for håndhygiene og retningslinjer i forhold til dette. I det neste kapittelet, 3.6, tar vi for oss hvordan handlinger og oppførsel kan endres som følge av sosial påvirkning. Etter dette går vi over til kapittel 3.7, hvor vi presenterer lovverk som er aktuelt i forhold til vår problemstilling. Deretter vil vi i kapittel 3.8 omtale de

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I kapittel 3.9 beskriver vi aktuelle deler av samhandlingsreformen. Til slutt i teoridelen, i kapittel 3.10, kommer en presentasjon av forskningen vi har valgt å bruke i denne oppgaven.

Kapittel 4.0 er vår drøftingsdel hvor vi analyserer teorien for å belyse og svare på vår problemstilling. Denne delen er igjen delt opp i tre, hvor vi i kapittel 4.1 begynner med å se på uttalte årsaker til utilstrekkelig håndhygiene blant sykepleiere. I kapittel 4.2 presenterer vi forskningsartikler som omhandler utprøvelse av ulike tiltak, hvor formålet med forskningen er å forbedre etterlevelsen av håndhygiene blant helsepersonell. Drøftingsdelen avsluttes med kapittel 4.3, som ser på de fremtidige utfordringene og kobler dagens situasjon opp mot Nightingale. Oppgavens femte og siste kapittel er en konklusjon på oppgaven, hvor vi oppsummerer og konkluderer.

2.0 Metode

Dalland (2012) skriver at metoden har til hensikt å frembringe kunnskap og kartlegge om påstander er holdbare og gyldige. Metoden forklarer hvordan kunnskapen har blitt hentet inn og en kan derfor kalle det et redskap for innhenting av data. Metode kan defineres på forskjellige måter og dette er definisjonen til Vilhelm Aubert: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2012, s. 111).

Forskningsmetodene kan deles inn i kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode. Med den kvalitative forskningsmetoden ønsker man å innhente ikke-målbar data. Dalland (2012) mener med dette at man ønsker å innhente opplevelser, meninger og forståelse innenfor et bestemt tema. Dette kan skje gjennom for eksempel intervju. Gjennom den kvantitative forskningsmetoden ønsker man å finne målbar data. Dalland (2012) skriver at man gjennom kvantitativ forskning kan beskrive forekomster og se sammenhenger mellom variabler. Dette gjør man gjennom innhenting av tall og statistikk, metoden gir en forklaring, men ikke en forståelse. Forskjellen mellom disse forskningsmetodene er altså at man gjennom kvalitativ metode får data i form av forståelse innenfor et tema fra en liten gruppe intervjuobjekter. Mens man gjennom kvantitativ metode får målbar data, som tall og statistikk, ved bruk av undersøkelse på en større gruppe mennesker.

2.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven er en litteraturstudie som bygger på forskning, pensum og selvvalgt litteratur. Litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av litteraturen i forhold til den valgte problemstillingen. Man skal begrunne hvorfor man har brukt den valgte litteraturen og hvordan selve utvalget har blitt gjort (Dalland, 2012). Det skal også være en kritisk gjennomgang av kunnskapen kildene presenterer og en diskusjon.

2.2 Innhenting av litteratur

Flere av bøkene vi har valgt å benytte oss av har stått på vår pensumliste i løpet av sykepleieutdanningen, og forfatterne til de utvalgte bøkene har sykepleiefaglig og tverrfaglig bakgrunn. De som har utarbeidet fagplanen for studiet har valgt ut disse bøkene til pensumbøker, derfor vil vi vurdere disse som holdbare kilder. Vi tar allikevel forbehold om at hver enkelt forfatter kan ha personlige interesser og meninger som kan påvirke innholdet i bøkene. Det kan være kritikkverdig grunnlag at noen av bøkene er redaktørverk. Dette på bakgrunn av at det er hver enkelt redaktør som velger ut sine kapitelforfattere (Dalland, 2012). Men med dette tatt i betraktning, så ser vi at bøkene bygger på forskning og viser til annen sykepleiefaglig litteratur. Derfor vil vi allikevel vurdere disse kildene som gyldige.

I vårt litteratursøk har vi benyttet oss av Høgskolen i Hedmark sin søkemotor, som heter Oria. Denne søkemotoren gir oss tilgang til alle bibliotekets samlede ressurser. Ved siden av dette har vi også søkt i helsebiblioteket, Google Scholar, PubMed, OvidNursing og Cinahl. Vi vil nå kildekritisk gå igjennom de ulike artiklene som vi skal bruke videre i oppgaven.

«Impact of a team and leader-directed strategy to improve nurses` adherence to hand hygiene guideline: A cluster randomised trial» (Achterberg, Donders, Grol, Huis, Hulscher, & Schoonhoven, 2012). Denne forskningsartikkelen fant vi gjennom å bruke søkemotoren Oria inne på Høgskolen I Hedmark sine hjemmesider. Vi brukte søkeordene «hand hygiene» og «finger ring». Da fikk vi 11 treff og denne artikkelen kom opp først. Dette er en kvantitativ forskningsartikkel som omhandler en studie hvor målet var å se om de kunne bedre håndhygiene ved å iverksette tiltak både for ansatte og ledere. De ønsket å kartlegge om leders etterlevelse og engasjement for håndhygiene påvirket de ansattes utøvelse av håndhygiene på en positiv måte. Tallene fra studiet ble hentet inn gjennom observasjoner. Som Achterberg et al. (2012) selv påpeker kan man stille seg kritisk til studien. I artikkelen blir det nevnt at Hawthorne effekten kan ha vært med å påvirke resultatet, samt at det var et stort fokus på hygiene i media den perioden studiet foregikk.

«Effects of Hospital Care Environment on Patient Morality and Nurse Outcomes» (Aiken, Cheney, Clarke, Lake, & Sloane, 2009). Vi brukte Google Scholar da vi fant denne forskningsartikkelen. Her brukte vi søkeordene «care environment» og «nurse outcome». Da fikk vi ca. 752 000 treff, deretter begrenset vi søket vårt slik at vi utelukket artikler som var av eldre dato enn 2008. Dette førte til at vi fikk omtrent 16 100 treff og denne artikkelen var den

første som kom opp. Dette er en kvantitativ forskningsartikkel som ønsker å se på effekten av sykepleieutøvelsen og hvordan dette kan påvirke pasientene. Artikkelen påpeker at de positive resultatene kan være kortvarige og at tallene de viser til er grovt regnet og at man derfor må se på det med varsomhet.

«*Mentor`s hand hygiene practices influence student`s hand hygiene rates*» (Alder, White Jr, Snow, & Stanford, 2006). Vi fant denne forskningsartikkelen ved å bruke Oria. Her brukte vi søkeordene «nosocomial infection», «student», og «hand hygiene». Da fikk vi 249 treff og denne kvantitative forskningsartikkelen kom opp som nummer tolv på listen. En av hensiktene til denne forskningsartikkelen var å finne ut hvordan veileders utøvelse av håndhygiene kan påvirke sykepleiestudentenes utøvelse av håndhygiene. Tallene ble hentet inn gjennom observasjoner av veiledere og studenter. Artikkelen viser selv til at de ikke observerte metode og teknikk, men bare om håndhygiene ble utført eller ikke. I tillegg viser artikkelen til at det er forskjell på utførelsen av håndhygiene blant kvinner og menn. Dette kan ha påvirket resultatene i denne studien da det var noen få mannlige veiledere i første periode, men ingen mannlige veiledere i den andre perioden.

«*Compliance With Antiseptic Hand Rub Use in Intensive Care Units: The Hawthorne Effect*» (Behnke, Bessert, Eckmanns, Gastmeier, & Rüden, 2006). Denne forskningsartikkelen fant vi ved å bruke søkemotoren Google Scholar. Vi valgte å bruke søkeordet «Hawthorne effect». Dette resulterte i ca. 194 000 treff, før vi avgrenset det til treff etter 2005. Da fikk vi 24 900 treff og denne kvantitative forskningsartikkelen kom opp som nummer to. Hensikten med denne artikkelen er å bekrefte at Hawthorne effekten kan påvirke utførelsen håndhygiene blant helsepersonell. Selv i denne studien kan tallene ha blitt påvirket av Hawthorne effekten, dette blir man også gjort oppmerksom på i forskningsartikkelen.

«*Sykehusinfeksjoner og pasientsikkerhet*» (Berentsen, Berland, & Gundersen, 2008). Vi anvendte søkemotoren som heter Oria. Ved å bruke søkeordene «sykehusinfeksjoner» og «pasientsikkerhet» fikk vi to treff og artikkelen kom opp som den første av disse to. Denne kvalitative forskningsartikkelen gjør rede for sykepleieres tanker og opplevelser rundt de hygieniske retningslinjene og nosokomiale infeksjoner. Dette blir gjort via fokusgruppeintervjuer. Man kan stille seg kritisk til resultatene fra denne studien fordi det var frivillig deltakelse og at gruppeintervjuer kan føre til at man ikke får avvikende synspunkter på grunn av gruppedynamikk. Det blir i tillegg påpekt at førsteforfatterens forforståelse kan ha påvirket tolkningen av funnene.

«*Infection-free surgery: how to improve hand-hygiene compliance and eradicate methicillin-resistant Staphylococcus aureus from surgical wards*» (Davis, 2010). Denne forskningsartikkelen søkte vi opp ved hjelp av søkemotoren Google Scholar. Søkeordene vi brukte var «infection-free», «nosocomial infection» og «hand hygiene». Dette førte til 327 treff, men etter at vi avgrenset søket til artikler etter 2012 reduserte vi antall treff til 81. Forskningsartikkelen til Davis (2010) kom opp som den første av disse. Hensikten med dette kvantitative studiet var å vise hvordan enkle tiltak kan være med på å øke bruken av desinfeksjonsmiddel. Data ble innhentet ved bruk av kamera. Fordelen ved bruk av kamera er at de som blir observert mest sannsynlig ikke er klar over dette og man kan utelukke Hawthorne effekten. Det blir nevnt i forskningsartikkelen at flere faktorer kan ha vært med å påvirke resultatet. En av faktorene kan være at helsepersonellet hadde tenkt til å utføre håndhygiene etter at de entret avdelingen og derfor ikke utførte håndhygiene ved inngangen.

«*Reduction in nosocomial infection with improved hand hygiene in intensive care units of a tertiary care hospital in Argentina*» (Guzman, Rosenthal, & Safdar, 2005). Denne artikkelen fant vi ved hjelp av Oria og vi brukte søkeordene «nosocomial infection» og «hygiene» og fikk med dette 7492 treff. Vi begrenset søket til bare å gjelde artikler og da fikk vi 6421 treff og denne kvantitative forskningsartikkelen var nummer fire av disse. Hensikten med denne artikkelen var bedre etterlevelse av håndhygiene gjennom opplæring og tilbakemeldinger. De kom frem til sine resultater ved hjelp av observasjon. Grunner til å se kritisk på resultatene fra dette studiet er at deltakerne visste at de skulle bli observert og det var frivillig deltakelse. Derfor kan resultatet ha blitt påvirket av Hawthorne effekten.

«*Hand Hygiene among Physicians; Performance, Beliefs, and Perceptions*» (Hugonnet, Perneger, Pessoa-Silva, Pittet, Sauvan, & Simon, 2004). For å finne denne forskningsartikkelen søkte vi på søkeordene «hand hygiene» «physicians» på søkemotoren Oria. Dette resulterte i et litteraturreff på 11041 og forskningsartikkelen til Hugonnet, Perneger, Pessoa-Silva, Pittet, Sauvan og Simon (2004) kom opp som nummer to. Hensikten med denne kvantitative forskningsartikkelen var å se på utførelsen av håndhygiene blant leger. Studien påpeker selv at man skal være kritisk til funnene. Dette på bakgrunn av at tallene kan variere fra sykehus til sykehus og at selv om observatørene var diskrete, kan det ha vært en mulig Hawthorne effekt.

2.3 Kildekritikk

I følge Dalland (2012) brukes kildekritikk for å fastslå om en kilde er valid. Vi har hatt et kritisk blikk på våre utvalgte forskningsartikler for å sikre at disse er pålitelige. Gjennom litteratursøk har vi funnet mye interessant forskning. Vi valgte å bruke de åtte forskningsartiklene som presenteres ovenfor i vår bacheloroppgave. Bakgrunnen for dette valget er basert på forskningsartiklenes gyldighet, holdbarhet og relevans i forhold til vår problemstilling.

Forskningsartiklene er relevante for vår oppgave fordi de belyser viktigheten av god håndhygiene og fordi de beskriver hvordan håndhygiene påvirkes av forskjellige faktorer. I og med at artiklene er sykepleieforskning som er ment for sykepleiere, er dette noe som styrker artiklenes gyldighet. Forfatterne bak artiklene viser godt grunnlag for bakgrunn og formål med artiklene. Studiene vi har valgt å benytte oss av er fra 2004 og helt frem til 2012. Vi anser den eldste forskningen som valid, da nyere forskning underbygger deres funn. Alle artiklene gjør grundig rede for brukte metoder og de gir en detaljert presentasjon av resultater.

Vi kan allikevel stille oss kritiske til vår egen tolkning av forskningsartiklene. De fleste artiklene vi har valgt å bruke er på engelsk, dette er fordi det finnes mer engelskspråklig forskning enn for eksempel norsk. Det engelske språket har større og mer beskrivende ordforråd, noe som kan bety at det kan være mangler i vår oversettelse av forskningsartiklene til norsk. Studiene er også utført i forskjellige land og dette kan påvirke overførbarheten til helsevesenets situasjon i Norge.

Fordelen med en litteraturstudie er at man får et bredt perspektiv og man får fordypet seg i relevant teori. I vår oppgave får vi også kombinert teoretisk kunnskap og erfaringsbasert kunnskap. Ulempen med en litteraturstudie er at det forutsetter at forskerne har et kritisk blikk på eldre forskning og litteratur. En litteraturstudie er også en tidkrevende prosess (Dalland, 2012).

3.0 Teori

Vi vil i dette kapittelet presentere teori som er bakgrunnen og som legger grunnlaget for vår drøftingsdel. Vi har valgt denne teorien for å belyse og svare på vår problemstilling.

Kapittel 3.0 er teoridelen i vår oppgave og her vil vi først presentere Henderson sin definisjon på sykepleie og sykepleiens forebyggende funksjon. Deretter vil vi gjøre rede for Nightingale sin sykepleieteori, hvor hygiene og sanitære forhold er sentralt. Dette etterfølges av en teoretisk fremstilling av nosokomiale infeksjoner med risikofaktorer og konsekvenser. Deretter følger et kapittel som omhandler håndhygiene og retningslinjer for håndhygiene. Etter dette gjør vi rede for den sosiale påvirkningen som kan skje mellom mennesker. I det følgende kapittelet vil vi presentere det aktuelle lovverket i forhold til oppgaven. Videre beskriver vi de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere og utfordringene som samhandlingsreformen belyser. Til slutt i vår teoridel vil vi presentere de forskningsartiklene vi har mest fokus på i forbindelse med vår problemstilling.

Vi har valgt å ha med Virginia Henderson sin definisjon på sykepleie fordi den beskriver hvordan man aktivt må utføre de gjøremål som er nødvendig for å fremme helse. I følge Kirkevold (2012) hevder Henderson at ett av de grunnleggende gjøremålene til en sykepleier, er å unngå at pasientene blir utsatt for farer fra omgivelsene, som for eksempel en infeksjon. I denne oppgaven vil vi argumentere og gjøre rede for hvordan håndhygiene er en vesentlig del av sykepleierens gjøremål.

Vi har i tillegg valgt å se på sykepleieteorien til Florence Nightingale, fordi hun presenterer hvordan de sanitære forholdene rundt pasienten kan ha innvirkning på pasientens helse. Dette er aktuelt i forhold til vår problemstilling. I følge Karoliussen (2011) hadde Nightingale et mål om å bedre folkets helse, sunnhet og hygiene gjennom forebyggende helsearbeid. Videre hevder Kirkevold (2012) at man kan se samsvar mellom Nightingales sykepleieteori fra 1800-tallet og dagens teorier om infeksjoner og smitte.

3.1 Sykepleietenkning

Vi skal nå presentere og beskrive Virginia Hendersons definisjon på sykepleie. I følge Kirkevold (2012) så var Virginia Henderson en av de første amerikanske sykepleieteoretikere som lagde en definisjon og forklaring på hva sykepleie er. Vi vil nå presentere Hendersons definisjon på sykepleie fordi den er fundamental for eget ståsted som sykepleiere og er i tråd med egen tenkning:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig. (Kirkevold, 2012, s. 101).

Henderson beskriver altså sykepleierens funksjon og ansvarsområdet (Kirkevold, 2012). Det er spesielt tre ting som kommer frem i denne definisjonen. Det første Henderson poengterer er at for å ha en god helse og for å helbrede er det noen konkrete gjøremål som er nødvendig, og det andre er at mennesket selv normalt tar ansvar for disse gjøremålene. Det tredje Henderson påpeker er at en som sykepleier har som mål at pasienten skal gjenvinne sin selvstendighet (Kirkevold, 2012). I følge Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) har Henderson særlig fokus på livsområder som sykepleien er rettet mot, altså å ivareta menneskers grunnleggende behov.

Samtidig beskriver Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) i sin bok sykepleie som fag og deres hovedfokus er på fokus, innhold og funksjon i sykepleie. Det sentrale fokuset ligger på pasienten som mennesket og på pasienten sin helsetilstand. Sentrale mål i den forbindelse er pasientens helse, livskvalitet, mestring og omsorg. Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) argumenterer videre at innholdet i sykepleien består av verdier og fagkunnskaper, og gjennom sykepleierutdannelsen så får man et samfunnsmessig ansvar for å ivareta og fremme det idealet som tjenesten tilsier. De sier videre noe om de etiske reglene vi som sykepleiere skal følge. I forhold til innholdet i sykepleiefaget er det viktig at våre handlinger som sykepleiere er faglig forsvarlig. Det vil si at sykepleierens kunnskapsgrunnlag skal være basert på anerkjent fagkunnskap. Denne kunnskapen er i kontinuerlig utvikling og sykepleiere må derfor holde seg oppdatert på ny kunnskap. Funksjonen til sykepleiere kan ses på som handlinger og gjøremål som sykepleiere har, som for eksempel å drive helsefremmende og

forebyggende arbeid, undervise, drive fagutvikling og lignende (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2005). Ut i fra vår problemstilling vil det derfor være naturlig å presentere sykepleierens forebyggende funksjon.

3.2 Sykepleierens forebyggende funksjon

Vi har valgt å presentere sykepleierens forebyggende funksjon fordi dette er fundamentalt for å hindre at nye komplikasjoner oppstår. I følge Kirkevold (2012) mente Nightingale at forebyggende arbeid er både grunnleggende sykepleie og et mål i seg selv. Dette fordi sykepleieren skal legge til rette for naturens iboende helbredende og helsefremmende krefter, samtidig som man skal fjerne hindringer for god helse.

Som det står i de *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011) er sykepleierens fundamentale plikt å fremme helse, forebygge sykdom og lindre lidelse. I følge Mæland (2005) handler forebyggende helsearbeid om å legge til rette for best mulig helseutvikling, styrke pasientenes motstandskraft mot helsetruende forhold og bidra til best mulig livskvalitet. Mæland (2005) hevder at målsetningen med sykdomsforebygging er å forhindre eller utsette sykdomsforløp, eller hindre at en sykdom utvikler seg videre eller markerer seg på nytt. I pasientpleien handler det om å forebygge komplikasjoner relatert til behandling, sengeleie og sykdom. For sykdomsforebyggende utøvelse trengs teoretisk fagkunnskap, forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap og faglig skjønn (Alvsvåg, 2012).

I følge Johannessen (1995) er kjernen i sykepleie omsorg og nestekjærlighet. Sykepleie som utøves skal alltid resultere i en endring i positiv retning, fremme helse og forebygge helsesvikt.

Den *forebyggende* sykepleierfunksjonen er orientert mot friske mennesker og de som er spesielt utsatt for helsesvikt eller mennesker som er utsatt for komplikasjoner av ulik årsak. Den har som mål å forhindre eller redusere helsesvikt hos friske og utsatte individer og grupper ved å fjerne årsaker eller risikofaktorer som kan føre til helsesvikt. Videre er målet å hindre at komplikasjoner oppstår ved akutt sykdom og skade eller ved undersøkelser og behandling, og å hindre at nye helseproblemer oppstår hos mennesker med kronisk sykdom eller funksjonssvikt. (Johannessen, 1995, s. 18)

I følge Alvsvåg (2012) har sykepleiere kunnskaper og makt ovenfor pasienten. I utøvelse av sykepleie skal makten utøves på en forsvarlig måte. I denne sammenheng vil det si å redusere faktorer som truer helsen, og styrke faktorer som fremmer helse. Med dette kan man se likheter mellom Mæland (2005), Johannessen (1995) og Alvsvåg (2012), da de alle presiserer sykepleierens ansvar for å drive forebyggende sykepleie.

I følge Mæland (2005) skjøt forebyggingsarbeidet fart fra midten av 1800-tallet. Etter at mikrober og smittemåter ble kjent, ble det etter hvert stort fokus på infeksjonsforebygging. Selv om infeksjonssykdommer ikke lenger ses på som et folkehelseproblem, er det viktig å opprettholde smittevernarbeidet. Dette fordi det, i følge Mæland (2005), stadig kommer nye alvorlige infeksjonssykdommer og fordi Stordalen (2009) hevder at stadig fler mikroorganismer utvikler resistensegenskaper mot antibiotika. I følge Johannessen (1995) er forebygging bedre enn behandling, men dessverre er det få grupper som støtter oppunder kravet om å prioritere forebyggende helsearbeid. Dette til tross for at Nightingale allerede på 1800-tallet presenterte sin sykepleierteori rundt forebyggende helsearbeid.

3.3 Florence Nightingales sykepleierteori

I dette kapitlet skal vi gjøre rede for sykepleierteorien til Florence Nightingale. I boken til Karoliussen (2011) kommer det frem at Nightingale argumenterer for at dersom en sykepleier skal bidra til bedre helse, så er det nødvendig med tilstrekkelig kunnskaper og ferdigheter. På bakgrunn av dette startet Nightingale opp den første sykepleieutdanningen. Hennes mål med dette var å utvide kunnskapssynet til studentene gjennom teori og praksis (Karoliussen, 2011). Dette er relevant fordi det er denne strukturen dagens sykepleierutdanning bygger på, med en teoretisk og en praktisk del.

Karoliussen (2011) skriver at Florence Nightingale levde på 1800-tallet og at hun blir omtalt som den første sykepleieteoretikeren og den moderne sykepleierens grunnlegger. Nightingale hadde også en visjon om et bedre samfunn, hun ønsket å forbedre befolkningens helse, sunnhet og hygiene og dette ville hun gjøre gjennom å drive forebyggende helsearbeid. Gjennom sin bok «Notes on Nursing» definerer Nightingale (2008) hva sykepleie er og hva det bør være. Nightingale var den første som definerte hva sykepleie bør være, og derfor presenteres dette sitatet:

[Sykepleie] er blitt innsnevret til ikke å bety stort mer enn å gi medisiner og legge grøtomslag. Det burde bety riktig utnyttelse av frisk luft, lys, varme, renslighet, ro og riktig sammensetning av kosthold - alt uten at pasientens livskrefter blir mer belastet enn nødvendig. (Kirkevold, 2012, s. 89)

Nightingale mente det var for stort fokus på behandlingen av pasientene og hun ønsket å flytte mer fokus over på det forebyggende aspektet i sykepleie (Kirkevold, 2012). Nightingale ønsket dette på bakgrunn av at hun så en sammenheng mellom de sanitære forholdene rundt pasienten og pasientens helse. Nightingale har fokus på menneskets natur og de naturlover vi lever under, som er avgjørende for å opprettholde liv og helse, og hvordan miljøet vi lever i kan påvirke helsen vår, både for friske og syke (Kirkevold, 2012). I den forbindelse har Nightingale satt opp fem punkter for å sikre sunnhet:

1. Ren luft
2. Rent vann
3. Skikkelig avløp
4. Renslighet
5. Lys

Kirkevold (2012) mener at Nightingale har fokuset på hygiene og de sanitære forholdene rundt pasienten og at hun vil legge til rette for å opprettholde god helse og fjerne hindringene for helbredelse. Hun ser på dette som viktige sykepleieoppgaver og hun mener at de sanitære aspektene er grunnleggende og en essensiell del når man skal utøve profesjonell sykepleie (Kirkevold, 2012).

Florence Nightingale (2008) sin teori er altså preget av å drive forbyggende sykepleie, hvor man må legge til rette for sunnhet og naturens helsefremmende krefter og, på samme tid, fjerne det som hindrer god helse. Dersom man ikke har fokus på forebyggende sykepleie og de sanitære forholdene som Nightingale (2008) trekker frem, kan man utsette pasienten for økt infeksjonsrisiko. Derfor vil vi i det neste kapittelet ta for oss nosokomiale infeksjoner.

3.4 Nosokomiale infeksjoner

Vi skal nå presentere nosokomiale infeksjoner fordi dette kan være en konsekvens av at man ikke har nok fokus på forebyggende sykepleie og de sanitære forholdene rundt pasienten.

Definisjonen på nosokomiale infeksjoner er «en infeksjon som oppstår under eller etter og som følge av et opphold i sykehus eller annen helseinstitusjon» (Stordalen, 2009, s. 55). At infeksjonen oppstår som følge av innleggelsen, vil si at infeksjonen ikke har ligget latent hos pasienten før oppholdet i institusjonen, men oppstått som en følge av oppholdet (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004). Stordalen (2009) mener det kan virke misvisende at nosokomiale infeksjoner også går under betegnelsen sykehusinfeksjoner, når den kan oppstå på andre institusjoner enn sykehuset.

Stordalen (2009) argumenterer for at det er flere årsaker til nosokomiale infeksjoner. Som følge av oppdagelsen av antibiotika har det oppstått uheldige konsekvenser i helsevesenet. Oppdagelsen av antibiotika har resultert i at infeksjonsforebyggende tiltak ble oversett, da penicillinnet raskt kunne behandle infeksjoner som oppstod. Dette førte til et høyt forbruk av antibiotika og at hygienen ved helseinstitusjoner stagnerte. Den høye og ukritiske bruken av antibiotika førte også til resistensutvikling hos enkelte bakterietyper og dette er et økende problem. Stordalen (2009) hevder at etter antibiotikabruken ble høyere på 1980-tallet, har det vært en markant økning av antibiotikaresistente bakterier. Stordalen (2009) beskriver også økende instrumentering som en årsak til nosokomiale infeksjoner. Dette betyr at alle hjelpemidler som benyttes i moderne helsevesen kan være med på å spre nosokomiale infeksjoner. Faren oppstår ved dårlig håndhygiene og ukorrekte arbeidsteknikker som bryter steriliteten på utstyret (Stordalen, 2009).

Generelt dårlig håndhygiene hos helsepersonell er altså en årsak Stordalen (2009) peker på i forhold til nosokomiale infeksjoner. Dårlig håndhygiene er den viktigste årsaken til nosokomiale infeksjoner og god håndhygiene anses som det viktigste tiltaket for å forebygge infeksjoner. Forskningen til Berentsen, Berland og Gundersen (2008) tilsier at så mye som 20-30 % av nosokomiale infeksjoner kan forebygges. Børøsund (2008) understreker at betydningen av god håndhygiene er avgjørende for å redusere forekomsten av nosokomiale infeksjoner. Det Nasjonale folkehelseinstituttet (2004) hevder at det ikke blir utført tilstrekkelig håndhygiene blant helsepersonell. Stordalen (2009) skriver at årsaker til dette kan være mangel på kunnskaper, tidspress, nedprioritering og dårlige holdninger hos ledelse og

annet personell. I følge Stordalen (2009) står vi i dag der vi var for 100 år siden når det gjelder hygiene.

Som Stordalen (2009) hevder kan nosokomiale infeksjoner føre til både økonomiske, sosiale og medisinske konsekvenser. Andresen (2013) hevder at nosokomiale infeksjoner resulterte i ekstra kostnader på flere milliarder kroner for staten i 2011, blant annet for de ekstra liggedøgn, reinnleggelser, overføring til sykehjem, etterkontroller og lignende. En konsekvens er altså økt liggetid på sykehuset og i følge Andersen (2013) førte nosokomiale infeksjoner til 450 000 ekstra liggedøgn på sykehus i Norge i 2011. Stordalen (2009) sier at det også vil bli høyere kostnader i forbindelse med økt bruk av utstyr, medikamenter, undersøkelser og lignende. Alt dette medfører redusert behandlingsskapasitet for sykehusene.

Ved nosokomiale infeksjoner vil pasientene bli utsatt for unødvendige lidelser, som for eksempel feber og smerter (Stordalen, 2009). I verst tenkelig scenario kan en nosokomial infeksjon ende med dødsfall. Tall hentet fra Stordalen (2009) sier at 10 % av pasientene som erverver en nosokomial infeksjon, dør i løpet av sykehusoppholdet. Flere nosokomiale infeksjoner vil igjen føre til økt bruk av antibiotika, som kan resultere i resistensutvikling hos mikroorganismer. Stordalen (2009) hevder at en større resistensutvikling mot antibiotika kan føre til flere nosokomiale infeksjoner.

Andersen (2013) hevder at problematikken rundt nosokomiale infeksjoner mest sannsynlig vil øke i framtiden. Dette på bakgrunn av at samhandlingsreformen vil resultere i større mobilitet og smitterisiko mellom helsenivåene, da det blir en større pasientflyt mellom for eksempel kommune- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg belyser Andersen (2013) risikoen som kan oppstå ved nedskjæringer i somatiske sykehus og dermed overbelegg og korridorsenger. Overbelegg og korridorsenger er ofte forbundet med økt risiko for nosokomiale infeksjoner (Andersen, 2013).

Stordalen (2009) hevder at det fremdeles er stor utbredelse av nosokomiale infeksjoner i dag. Dette truer pasientsikkerheten, medfører stor økonomisk belastning for staten og lengre behandlingsforløp for pasientene. I følge Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004) er håndhygiene det viktigste enkelttiltaket for å forebygge nosokomiale infeksjoner. Derfor vil vi gå nærmere inn på håndhygiene i det neste kapitlet.

3.5 Håndhygiene

Vi velger her å presentere et kapittel som omhandler håndhygiene fordi dette er en sentral del av forebyggingsarbeidet mot nosokomiale infeksjoner.

Hendene er i følge Stordalen (2009) det viktigste redskapet en sykepleier har, men de kan også være en smittevei for bakterier dersom sykepleieren ikke utøver korrekt håndhygiene. Håndhygiene anses for å være det mest effektive infeksjonsforebyggende tiltaket, samtidig er det den billigste og enkleste metoden å forebygge infeksjoner på (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004). Stordalen (2009) sier at hensikten med god håndhygiene er å forebygge smittespredning ved å bryte smittekjeden.

Stordalen (2009) forklarer at hendene forurenses i kontakt med pasienter, gjenstander og i kontakt med oss selv, ved berøring av nese, hår eller ved at vi klør oss. Det vil si at forurensing skjer i de fleste situasjoner, også uten at sykepleieren er bevisst på det. Til tross for at Stordalen (2009) hevder at håndhygiene er det viktigste tiltaket for å forebygge kryssinfeksjoner mellom pasienter og personell, viser undersøkelser fra Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004) at helsepersonell bare utfører håndhygiene i 50 % av de tilfellene hvor det anses som nødvendig.

Stordalen (2009) belyser at manglende kunnskaper om når håndhygiene skal utføres, kan være en av årsakene til at håndhygiene ikke utføres i tilstrekkelig grad. Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004) sier at hånddesinfeksjon skal utføres blant annet før og etter direkte kontakt med pasienten, mellom hver pasient, mellom uren og ren kontakt med samme pasient, før håndtering av rent utstyr, legemiddelhandtering og matlevering, etter kontakt med medisinsk utstyr i pasientens nærhet, håndtering av mikrobiologisk prøvemateriale og før og etter bruk av beskyttelsesutstyr som for eksempel hansker.

Hånddesinfeksjon er førstevalget da hendene er synlig rene (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004). Dette fordi hånddesinfeksjon er mer effektiv mot mikrober og anbefales derfor i større grad enn håndvask. Stordalen (2009) sier at ved siden av å være mer effektivt, er hånddesinfeksjon tidsbesparende, enkelt og mer skånsomt mot hendene. I følge nasjonale retningslinjer for håndhygiene anbefales håndvask kun i de tilfeller da hendene er synlig tilsølt (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004). Dette fordi gjentatt håndvask med såpe og vann forhøyer hudens pH og reduserer hudens naturlige fettstoffer. Resultatet av dette er i følge

Stordalen (2009) eksem, tørre, såre og oppsprekte hender og dermed grobunn for bakterier. Som Stordalen (2009) videre skriver er det hensiktsmessig at håndvaskfasilitetene er utstyr på en slik måte at hendene i minst mulig grad kommer i kontakt med dispensere, hendel og liknende. Dette fordi enkelte bakterier trives godt i fuktige miljøer, som i vaskeservanter, og ved berøring kan hendene lett forurenses av disse bakteriene (Stordalen, 2009).

I følge Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004) er det ofte områder på hendene som forblir forurenset selv rett etter utført håndhygiene. Dette gjelder fingertuppene, mellom fingrene, tomlene og håndbaken. Det er de samme områdene som oftest er i kontakt med pasienter og utstyr. Viktige kriterier ved hånddesinfeksjon er tilstrekkelig mengde desinfeksjonsmiddel, at middelet påføres alle flater og over tilstrekkelig tid (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004).

Tall hentet fra Spilling (2009) tilsier at 1 av 3 sykepleiere bruker helsefarlig pynt. I følge Stordalen (2009) vil det selv etter nøye håndhygiene, være bakterier under ringer som ikke tas av. Det vil si at bruk av smykker umuliggjør optimal håndhygiene. Bakterier og andre mikroorganismer formerer seg ikke direkte på ringen, men ringen danner grobunn og gode formeringsvilkår ved at de ikke er rene og skaper et fuktig miljø på undersiden som bakterier fort formerer seg i. I følge Stordalen (2009) vil det derfor allerede kort tid etter utført håndhygiene, spre seg bakterier som stammer fra ringen, på begge hendene. Spilling (2009) hevder at bruk av ringer øker sykdomsfremkallende bakterier på hendene og dermed utsettes pasientene for økt infeksjonsrisiko. I følge Spilling (2009) er det en klar sammenheng mellom bruk av helsefarlig pynt som ring og pasienter som blir smittet med nosokomiale infeksjoner.

I følge Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004) skal bruk av hansker redusere bakterieoverføring fra personell til pasient og omvendt, og dermed redusere risikoen for kryssinfeksjoner. Hansker skal i følge Stordalen (2009) benyttes før kontakt med kroppsvæsker, slimhinner, ikke-intakt hud eller forurensete gjenstander. Det er imidlertid viktig å vite at hansker ikke er en sikker beskyttelse mot forurensing av hendene. For det første kan hanskene ha mikroskopiske hull eller perforeres under arbeidet. Stordalen (2009) påpeker at det klamme og varme klimaet som skapes i en hanske er meget gunstig for en rask formering av mikroorganismene. Selv kortvarig bruk av hansker kan skape en stor oppvekst av bakterier. Det er derfor svært viktig å utføre håndhygiene også rett etter bruk av hansker (Stordalen, 2009).

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004) presenterer retningslinjer for korrekt utførelse av håndhygiene for å redusere risikoen for nosokomiale infeksjoner. Allikevel hevder Stordalen

(2009) at helsepersonell ikke utfører tilstrekkelig håndhygiene. En av grunnene til dette er i følge Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004) blant annet mangel på gode rollemodeller. Derfor velger vi i neste kapittel å presentere hvordan mennesker påvirkes av hverandre.

3.6 Sosial påvirkning

Schilling (2004) hevder at den sosiale påvirkningen blant mennesker kan endre holdninger og oppførsel, derfor ser vi det som hensiktsmessig i forhold til vår problemstilling å presentere dette. Den sosiale påvirkningen blir videre omtalt i drøftingsdelen.

I følge Schilling (2004) påvirkes mennesker av hverandre og dette kalles sosial påvirkning. Dette er noe man kan se når mennesker er samlet i en gruppe og det kan foregå både bevisst og ubevisst (Karlsen, 2012). Schilling (2004) skriver at holdninger er basert på permanente tanker, følelser og atferdstendenser som er med på å påvirke våre sosiale interaksjoner. Men som følge av sosial påvirkning kan man komme til å endre både holdninger og oppførsel slik at den blir lik gruppens (Schilling, 2004).

I følge Karlsen (2012) så er en rollemodell en person man ønsker å lære av og en person som man ser opp til og som man derfor kan komme til å imitere og etterligne. Hummelvoll (2012) hevder at en rollemodell har en type maktposisjon som gjør at vedkommende kan påvirke mennesker rundt seg. Rollemodeller kan derfor ha autoritet og ansatte ved en arbeidsplass kan ha lydighet ovenfor autoriteter, som for eksempel en leder som gjennom sin stilling kan ses på som en rollemodell (Schilling, 2004).

Selv om Schilling (2004) og Karlsen (2012) presenterer hvordan mennesker påvirkes av hverandre, pålegger Helsepersonelloven (1999) at alle sykepleiere skal utøve forsvarlig sykepleie, dette innebærer blant annet god håndhygiene.

3.7 Lovverk

Sykepleieryrket er regulert av forskjellige lovverk som man er nødt til å forholde seg til og overholde. Vi har valgt å se nærmere på Pasient- og brukerrettighetsloven (1999),

Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Fordi disse lovverkene gir pasienter rettigheter og helsepersonell retningslinjer og «plikter» i forbindelse med hygiene og faglig forsvarlig sykepleie (Brinchmann, 2008). I følge Brinchmann (2008) stilles det krav til sykepleiere om å være oppdatert på lovverket.

Formålet med Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er å sikre befolkningen lik tilgang på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Pasient- og brukerrettighetslovens (1999) hensikt er å fremme sosial trygghet og ivareta respekten for pasientens integritet og menneskeverd.

Helsepersonellovens (1999) formål er å ha kvalitet i helsetjenesten, bidra til sikkerhet for pasienten og tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten i sin helhet. Videre i Helsepersonelloven (1999) står det at arbeidet som utføres av helsepersonell skal følge krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp ut i fra kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen. Det står også at helsepersonellet ikke skal påføre pasienten, helseinstitusjon, trygden og andre unødvendige utgifter og tidsbruk (Helsepersonelloven, 1999).

I Spesialisthelsetjenesteloven (1999) er formålet å fremme folkehelsen og samtidig hindre sykdom, skade og lidelse. Det skal også bidra til kvalitet av tjenesten og ressursene skal utnyttes på en best mulig måte. Spesialisthelsetjenesteloven (1999) sier også at helsehjelpen som blir gitt skal være forsvarlig og at helsepersonell skal overholde sine plikter slik at pasienten får en helhetlig tjeneste.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), Helsepersonelloven (1999) og Spesialisthelsetjenesteloven (1999) er lovverk som er med på å sikre pasientene forsvarlig sykepleie og å pålegge sykepleierne å utøve faglig forsvarlig sykepleie. Det er ikke bare lovverket som forplikter sykepleiere til å utøve forsvarlig sykepleie. De *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, som er utarbeidet av Norsk Sykepleierforbund (2011) sier noe om det etiske fundamentet i sykepleien. Vi vil derfor se nærmere på de *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

3.8 Yrkesetiske retningslinjer

De *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011) beskriver sykepleierens etiske ansvar ovenfor pasientene. Den forplikter sykepleieren til å ta ansvar for egne handlinger og at de utøver faglig forsvarlig sykepleie.

I *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011) kartlegges bestemmelser om holdninger og hvordan profesjonen skal utøves. Det å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død, er fundamentale plikter i sykepleieprofesjonen. De profesjonsetiske pliktene som beskrives i *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011), gjelder alle mennesker fra fødsel til død. Sykepleierens grunnlag skal være kunnskapsbasert og bygge på barmhjertighet, omsorg, respekt for mennesket og menneskerettighetene. Utøvende sykepleie skal baseres på respekt for pasienters liv og verdighet. Sykepleieren er selv ansvarlig for at sykepleien som utøves er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Videre har hver enkelt sykepleier ansvar for å kjenne sine begrensninger i faget og søker veiledning i vanskelige situasjoner. Sykepleieren har ansvar for å ivareta pasienters rett til helhetlig sykepleie. Det er viktig å merke seg at alle sykepleiere som utøver sykepleie, har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom. Det foreligger altså et individuelt ansvar for hver enkelt sykepleier (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

De *yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* som er utarbeidet av Norsk sykepleierforbund (2011) har fokus på blant annet forebyggende helsearbeid. Dette er også i tråd med det forebyggende perspektivet som presenteres i samhandlingsreformen (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009). Dette skal vi nå gå nærmere inn på.

3.9 St.meld. nr. 47

St.meld. nr. 47 (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009), også kjent som samhandlingsreformen, trådte i kraft i 2012 og har til hensikt å styrke helsevesenet slik at fremtidens helsevesen blir bedre. På grunn av fokuset på forebygging som legges frem i samhandlingsreformen har vi valgt å presentere den i vår oppgave.

Samhandlingsreformen (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009) fremhever tre hovedutfordringer som samfunnet står ovenfor. Den første utfordringen er at de koordinerte tjenester ikke er godt nok bevart for pasientene. Den andre er at det er for liten innsats på å forebygge og begrense sykdom, og den tredje utfordringen går på at de demografiske endringene i sykdomsbilde truer samfunnets økonomi (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009). Det kommer frem at helsetjenesten i dag har et stort fokus på behandling og eventuelle senkomplikasjoner og derfor blir forebyggingsarbeidet mer nedprioritert (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009). Vi velger å fokusere på hovedutfordring nummer to og tre, da disse belyser forebyggingsarbeidet og økonomiske konsekvenser, noe som er relatert til vår problemstilling.

Samhandlingsreformen (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009) presenterer også noen hovedgrep for å bedre de utfordringene vi har. Ved å ha fokus på å forebygge og hindre sykdom vil en fremme helse og samtidig spare samfunnet for større økonomisk belastning enn nødvendig (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009). Fordi håndhygiene angår alle som jobber i helsevesenet og fordi det er det enkleste og billigste tiltaket for å forebygge nosokomiale infeksjoner, har vi valgt å se på studier som viser at håndhygiene kan forbedres ved å iverksette målrettede tiltak.

3.10 Presentasjon av forskning

Her vil vi presentere noen forskningsartikler som viser hvordan forskjellige tiltak kan være med på å øke etterlevelsen av håndhygiene. Studiene har også vist hvordan påvirkning kan ha betydning for utførelsen av håndhygiene.

Alder et al.(2006) gjennomførte en studie hvor de blant annet ønsket å forske på sammenhengen mellom veileders håndhygiene og studentens håndhygiene på sykehus. Resultatet fra studiet viser at veileders utøvelse av håndhygiene virket å ha stor påvirkning på studentenes håndhygiene. Tallene Alder et al. (2006) fikk fra studiet, viser at det var større sjanse for at studenten utførte håndhygiene dersom veilederne var flinke til å ivareta egen håndhygiene.

Gjennom sin studie ønsker Achterberg et al.(2012) å se hvordan ledere og overordnede kan påvirke håndhygiene til de ansatte på avdelingen. Resultatene fra studiet viser at når ledere

og overordnede går foran som gode eksempler i forhold til utførelse av håndhygiene, vil dette virke positivt på de ansattes utførelse av håndhygiene (Achterberg, Donders, Grol, Huis, Hulscher, & Schoonhoven, 2012).

Hugonnet et al.(2004) ønsket gjennom sin studie og se om det var sammenheng mellom legers utøvelse av håndhygiene og sykepleieres utøvelse av håndhygiene. Svarene fra studiet viser at legers utførelse av håndhygiene kan påvirke sykepleiernes utøvelse av håndhygiene, både i positiv og negativ retning.

Davis (2010) utførte en studie hvor han så på utførelse av håndhygiene før helsepersonell entret en avdeling på sykehuset. Davis (2010) sin studie viser hvordan man kan bedre etterlevelse av håndhygiene gjennom å sette i gang et enkelt og billig tiltak.

Bakgrunnen for studiet til Guzman et al.(2005) var å se om man kunne bedre etterlevelsen av håndhygiene ved å implementere undervisning, opplæring og tilbakemeldinger til de ansatte på en avdeling. Disse målrettede tiltakene så ut til å ha en positiv effekt på utførelsen av håndhygiene blant de ansatte.

Achterberg et al. (2012), Hugonnet et al. (2004) og Guzman et al. (2005) presenterer at det kan ha vært en mulig Hawthorne effekt i forbindelse med deres studier. Det vil si at mennesker kan endre oppførsel når de vet at de blir observert.

4.0 Hvordan ivaretar sykepleiere retningslinjer for håndhygiene?

Her vil vi gi en analyse av den allerede skrevde teorien som drøfter og belyser problemstillingen. For å kunne belyse vår problemstilling har vi valgt å dele opp drøftingsdelen i tre underproblemstillinger. Under kapittel 4.1 ser vi på uttalte årsaker til at retningslinjene for håndhygiene ikke blir overholdt. Først diskuterer vi påstanden om mangelfulle kunnskaper om og rundt utførelsen av håndhygiene. Deretter tar vi for oss påstanden om at tidspress påvirker utførelsen av håndhygiene. Etter dette diskuterer vi utsagnet om at hyppig håndvask fører til såre hender. Til slutt i kapittel 4.1 drøfter vi om avdelingskulturen kan ha påvirkning på utførelsen av håndhygiene. I kapittel 4.2 kommer en analyse av studier med målrettede tiltak for å bedre håndhygiene og en påfølgende diskusjon rundt dette. Deretter kommer kapittel 4.3 hvor vi presenterer utfordringer samfunnet kan stå ovenfor i fremtiden. Her vil vi avslutte med å trekke linjer tilbake til Nightingale.

4.1 Hvorfor blir ikke retningslinjer for håndhygiene overholdt?

I følge Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004) trekker sykepleiere selv frem mulige årsaker til at de ikke utfører tilstrekkelig håndhygiene. De nevner blant annet manglende kunnskaper, mangel på tid, såre og tørre hender og mangel på rollemodeller blant ledere og kollegaer (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004). For å få en bedre struktur i dette kapitlet har vi valgt å dele det opp i fire underkapitler. Her drøfter vi uttalte årsaker til at retningslinjer for håndhygiene ikke blir overholdt.

4.1.1 Hvordan er sykepleieres kunnskaper om håndhygiene?

I følge Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004) uttrykker sykepleiere at en av årsakene til utilstrekkelig håndhygiene, er manglende kunnskaper. På bakgrunn av denne påstanden vil vi i dette kapitlet drøfte om det finnes belegg for dette.

Stordalen (2009) hevder at det kan være en kunnskapssvikt i når håndhygiene bør utføres, som for eksempel før og etter hanskebruk, før og etter direkte pasientkontakt, før rene prosedyrer og etter urent arbeid. Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004) skriver blant annet at hansker kan gi en falsk følelse av trygghet og at dette kan gå på bekostning av nødvendig utførelse av håndhygiene. Undersøkelser har også vist at håndhygiene ikke alltid blir utført på korrekt måte (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004). Her menes det at hendene forblir forurenset selv etter utført håndhygiene. I følge Stordalen (2009) er det viktig at alle flater på hånden blir vasket for å redusere mikroorganismene. Steder som ofte forblir forurenset er tommelen, fingertuppene, håndbaken og mellom fingrene (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004). I følge Berentsen et al.(2008) er også bruk av ringer en faktor som kan påvirke kvaliteten på håndhygiene. Dette fordi bruk av ringer blant helsepersonell umuliggjør optimal håndhygiene da bakterier fra under ringen vil spre seg på hendene. Videre kan det også være svikt i tidsbruken når det kommer til håndhygiene. Her anbefaler det Nasjonale folkehelseinstituttet (2004) at man bruker 15-30 sekunder på hånddesinfeksjon og 30-60 sekunder på håndvask med såpe. Undersøkelser viser at de anbefalte tidene ikke alltid overholdes. Stordalen (2009) skriver at tidsbruken ved håndvask er helt nede i 5-8 sekunder. Resultatet er at bakteriefloraen kun reduseres med 50-75 %. Erfaringsmessig har vi også sett at det ikke alltid blir brukt nok tid til verken håndvask eller hånddesinfeksjon i praksis. Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004) skriver at helsepersonell selv mener at manglende kjennskap til retningslinjer er en årsak til at hygiene ikke blir overholdt.

I følge Kunnskapsdepartementet (2008) skal sykepleiere etter endt sykepleierutdanning ha kunnskap om helsefremmende og forebyggende tiltak og kunne se sammenheng mellom sykdom og helse. Dette vil si at i løpet av utdanningen skal studenten tilegne seg tilstrekkelige kunnskaper om hygiene og hvordan dette kan ha innvirkning på helsen. Vi har selv erfart at det er et stort fokus på hygiene i løpet av vår sykepleierutdanning og føler at vi har fått god og grundig informasjon om viktigheten av god håndhygiene og konsekvenser relatert til dårlig håndhygiene.

I løpet av sykepleiestudiet har vi blitt kjent med aktuelt lovverk som gjelder for alle profesjoner som utøver helsehjelp. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har som formål og sikre befolkningen helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Det vil si at helsehjelpen blant annet skal være helsefremmende og forebyggende. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal være med å sikre at pasientene får helsehjelp som er faglig forsvarlig fra helsepersonell. Derfor skal pasienter kunne forvente at sykepleiere utøver god håndhygiene

og ikke utsetter dem for unødvendig smitte og risiko for nosokomiale infeksjoner, som kan forekomme som følge av dårlig håndhygiene. Helsepersonelloven (1999) sitt formål er å sikre at helsetjenester som ytes av helsepersonell er av god kvalitet. Helsepersonelloven peker på at helsepersonell er pliktig til å utøve faglig forsvarlig helsehjelp og at det er sykepleierens ansvar å handle faglig forsvarlig. Som sykepleier er vi derfor personlig lovpålagt å utøve god håndhygiene og ikke påføre pasienten eller staten unødvendige utgifter og tidsbruk.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) skal sikre tjenestetilbudets kvalitet gjennom å fremme helse og å hindre skade, sykdom og lidelse. Det vil si at ved å ha tilstrekkelig håndhygiene kan man hindre at pasienter erverver en nosokomial infeksjon. Både Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), Helsepersonelloven (1999) og Spesialisthelsetjenesteloven (1999) har fokus på pasientsikkerhet ved at sykepleiere skal drive helsefremmende og faglig forsvarlig sykepleie.

I følge *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011) har sykepleieren plikt til å drive helsefremmende og forebyggende sykepleie. Sykepleieren er personlig ansvarlig for å drive kunnskapsbasert sykepleie. Det vil si at vi som sykepleiere er ansvarlige for å ha de kunnskaper som er nødvendig for å utøve korrekt håndhygiene, slik at en kan forebygge nosokomiale infeksjoner. De *Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011) pålegger sykepleiere å være faglig oppdatert og at sykepleien som utøves bygger på ny forskning. Det vil si at sykepleieren må holde seg faglig oppdatert på forskning som omhandler hygiene og nosokomiale infeksjoner. For eksempel så viser forskning at en kan se en sammenheng mellom økt etterlevelse av håndhygiene og reduksjon i forekomsten av nosokomiale infeksjoner (Guzman, Rosenthal, & Safdar, 2005).

Stordalen (2009) hevder at utilfredsstillende håndhygiene kan skyldes manglende kunnskap, men *Rammeplan for sykepleierutdanning* (Kunnskapsdepartementet, 2008),

Helsepersonelloven (1999), Pasient- og brukerrettighetsloven (1999),

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) og *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011) er alle utarbeidet for å sikre forsvarlig sykepleie. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011) og lovverk viser til at

utøvende sykepleie skal være basert på ny forskning. Sykepleierutdanningen legger til rette for at sykepleiestudenter skal tilegne seg gode kunnskaper om håndhygiene. Lovverket lovpålegger sykepleiere å ha tilstrekkelig kunnskaper om håndhygiene og yrkesetiske retningslinjer plikter sykepleiere til å holde seg oppdatert på forskningsbasert kunnskap om håndhygiene. Karoliussen (2011) hevder at Nightingale mente at man som sykepleier må

tenke selv og gjøre faglige vurderinger, men at en forutsetning for dette var at man måtte ha tilstrekkelige kunnskaper. Men hvorfor mener sykepleiere i dag at de mangler kunnskaper når det gjelder håndhygiene, da det har vært fokus på dette i det forebyggende arbeidet i lang tid?

4.1.2 Virker tidspress inn på kvaliteten av håndhygiene blant sykepleiere?

Stordalen (2009) presenterer tid som en av faktorene som spiller inn for at håndhygiene ikke utføres i tilstrekkelig grad. Derfor vil vi i dette kapitlet drøfte denne påstanden.

Med dette menes det, på grunn av høyt tempo i avdelingen og arbeid under tidspress, at helsepersonell derfor ikke har tid eller tar seg tid til å utføre nødvendig håndhygiene.

Gjennom intervjuene til Berentsen et al. (2008) får de svar som underbygger Stordalens teori om at tidspress påvirker kvaliteten på håndhygiene. Her sier sykepleiere selv at tidspresset

på arbeidsplassen kan påvirke ivaretagelsen av håndhygiene på en negativ måte. Nasjonalt

Folkehelseinstitutt (2004) ser på dokumenterte risikofaktorer for dårlig etterlevelse av håndhygienerutiner. De trekker frem at en hektisk arbeidssituasjon som krever hyppig utførelse av håndhygiene, i seg selv er en årsak til dårlig etterlevelse av håndhygiene.

Helsepersonell mener selv at noen av grunnene til at håndhygiene ikke er tilstrekkelig skyldes mangel på tid og dårlig tilretteleggelse av vasker og underbemanning (Nasjonalt

folkehelseinstitutt, 2004). I følge Berentsen et al.(2008) kan mangel på personale føre til tidspress som igjen kan føre til økt infeksjonsrisiko for pasientene. Dette er med på å true

pasientsikkerheten ved at det er økt risiko for at pasienten kan få en nosokomial infeksjon

(Berentsen, Berland, & Gundersen, 2008). Dette viser også forskningen til Aiken et al.(2009) som indikerer at antall personell på avdelingen kan være med på å påvirke pasientsikkerheten.

I følge Stordalen (2009) er hånddesinfeksjon foretrukket da dette er mer effektivt enn

håndvask, og i tillegg er det tidsbesparende. Stordalen (2009) presenterer hvordan

håndhygiene skal utføres og nødvendig tidsbruk for både håndvask og hånddesinfeksjon. Det

er anbefalt 15-30 sekunder ved utførelse av hånddesinfeksjon. Utførelsen av håndhygiene ved desinfeksjonsmiddel kan skje mens personalet er i bevegelse da det skal masseres inn til det

tørker (Stordalen, 2009). Det vil si at sykepleiere utmerket godt kan utføre tilstrekkelig

håndhygiene på en effektiv måte uten å tape mye tid. Gjennom vår egen erfaring fra praksis

på sykehus, vil vi ikke påstå at det er dårlig tilrettelagt for nødvendig utførelse av

håndhygiene, men vi tar forbehold om at det antagelig er variasjoner i tilrettelegging på

forskjellige sykehus. Vi observerte desinfeksjonsdispensere og vaskeservanter på alle pasientrom, personalets vaktrom, ved alle toaletter, ved matserveringen på avdelingen, samt at det var plassert desinfeksjonsdispensere strategisk i korridorene. Fordi vi gjennom vår praksisperiode på sykehus observerte at det var godt tilrettelagt for å opprettholde god håndhygiene, opplevde ikke vi at tid er en faktor til at håndhygiene ikke er tilfredsstillende. I følge Alder et al.(2006) ble det gjort et forsøk ved et sykehus hvor de økte antall vasker på avdelingen. Dette resulterte i at håndhygiene faktisk ble dårligere.

4.1.3 Hvilke konsekvenser medfører hyppig håndvask?

Helsepersonell oppgir hudplager som en av grunnene til at retningslinjene for håndhygiene ikke blir overholdt (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004). Vi vil derfor i dette kapittelet drøfte om denne påstanden er valid.

I følge Stordalen (2009) er det flere sykepleiere som unnlater å vaske hendene på grunn av at hyppig håndvask kan føre til tørre og såre hender. Håndvask kan forårsake endring i hudens normalflora og kan resultere i at pH-verdien forhøyes og at hudens naturlige fettstoffer fjernes. Dette kan føre til at hendene blir tørre og såre og en kan utvikle eksem (Stordalen, 2009).

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004) underbygger Stordalens (2009) utsagn om at det er håndvask med såpe og vann som oftest fører til hudplager. Hyppig håndvask kan resultere i oppsprukne hender, dette kan skape bedre grobunn for sykdomsfremkallende bakterier og det kan igjen føre til økt infeksjonsrisiko for pasientene (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004). Fordi hånddesinfeksjonsmiddel dreper flere mikroorganismer, er det å foretrekke fremfor håndvask (Stordalen, 2009). Det er i tillegg mer hudvennlig og forårsaker sjeldent hudirritasjon. Alkoholbaserte hånddesinfeksjonsmidler har en gjeninnfettende og mykegjørende effekt og reduserer derfor faren for hudplager (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004). Stordalen (2009) hevder at hånddesinfeksjonsmiddel alltid er førstevalg, det eneste unntaket er ved synlig forurensede hender, da skal en utføre håndvask isteden for desinfeksjon. Videre skriver Stordalen (2009) at tørre og såre hender som følge av håndvask ikke er en god nok grunn for å unnlate å opprettholde tilstrekkelig håndhygiene, da hånddesinfeksjonsmiddel har størst effekt og er derfor å foretrekke.

4.1.4 Hvordan kan avdelingskulturen påvirke de ansatte?

I følge Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004) mener helsepersonell selv at mangel på gode rollemodeller blant leder og kollegaer kan føre til at retningslinjer for håndhygiene ikke overholdes. Her vil vi drøfte om man er avhengig av gode rollemodeller blant leder og kollegaer for å sikre god etterlevelse av håndhygiene og hvordan man påvirkes av hverandre.

I gruppeintervjuene til Berentsen et al. (2008) kommer det frem at sykepleiere selv ser betydningen av å være gode rollemodeller for hverandre. Sykepleierne mener at ved å være gode rollemodeller, vil pasientsikkerheten ivaretas på en bedre måte. Alle ansatte påvirker hverandre og er hverandres rollemodeller, ved at hver enkelt har fokus på nøyaktighet vil dette smitte over på andre kollegaer (Berentsen, Berland, & Gundersen, 2008).

Schilling (2004) skriver at mennesker påvirkes av hverandre og at man kan se dette i grupper, som for eksempel på en arbeidsplass. Den sosiale påvirkningen trenger ikke være en intensjon eller oppfattet bevisst fra mottaker (Karlsen, 2012). Det vil da si at sykepleierne på en avdeling påvirker hverandre, dette kan skje både bevisst og ubevisst. I følge Schilling (2004) vil mennesker ofte justere sine egne holdninger og oppførsel slik at den stemmer overens med gruppens, vi gjør som de andre gjør. På den måten overtar vi også holdninger og atferd fra gruppen. Karlsen (2012) viser til at man som sykepleier på en avdeling da vil handle likt som sine kollegaer, slik at atferden samsvarer med de andre, uten at dette nødvendigvis er planlagt. Karlsen (2012) skriver også at det innad i en gruppe vil være fordelt ansvar og dette kan medføre at det personlige ansvaret og enkeltindividets innsats vil synke. På en avdeling vil da det totale ansvaret være fordelt på alle de ansatte, og dette kan medføre at hver enkelt sykepleier tar på seg litt mindre ansvar. Det kan da bli mer uklart hvem som skal ta på seg ansvaret og at hver enkelt sykepleier får dårligere egeninnsats (Karlsen, 2012).

Som leder på en arbeidsplass blir man naturlig tildelt en spesiell rolle (Ilstad, 2007). Karlsen (2012) skriver at rollen de får er knyttet til lederens posisjon og kan bli en naturlig rollemodell for de andre på avdelingen. I følge Karlsen (2012) er en rollemodell en man ønsker å lære av, imiterer etter og etterligner. Hummelvoll (2012) hevder at man som leder og rollemodell har en maktposisjon som gjør at en kan påvirke strukturen og kulturen blant de ansatte på avdelingen. Med dette mener Hummelvoll (2012) at en leder til stor grad kan påvirke kvaliteten på arbeidet som utføres av sykepleierne.

Alder et al.(2006) ønsket å finne ut om veileders håndhygiene påvirket sykepleiestudenters håndhygiene. Dette gjorde de ved å observere veiledere og sykepleierstudenter ved et sykehus. Det ble observert hvor mange muligheter både veilederne og studentene hadde til å utføre håndhygiene og hvor mange ganger håndhygiene faktisk ble gjennomført. De undersøkte om god etterlevelse av håndhygiene hos veileder påvirket studentenes håndhygiene i positiv retning (Alder, White Jr, Snow, & Stanford, 2006). Resultatet av denne forskningen viser at veileders etterlevelse av håndhygiene hadde innvirkning på sykepleiestudentenes håndhygiene. I følge undersøkelsen så en at når en veileder utførte håndhygiene, ville studentene også utføre håndhygiene 71 % av gangene. Undersøkelsen til Alder et al. (2006) konkluderer med at veiledernes håndhygiene hadde stor innvirkning på studentene og deres etterlevelse av håndhygiene. Da veiledere praktiserte god håndhygiene fant de høyere tall på studentenes utførelse av håndhygiene. Derfor mener Alder et al.(2006) at gode rollemodeller kan være med på å bedre håndhygien.

I følge Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004) har avdelingskulturen sterk påvirkning på etterlevelse av håndhygienerutiner. Det kan være vanskelig å oppnå en positiv endring av håndhygien dersom ikke alle nivåene blir ansvarliggjort, som for eksempel øverste leder og avdelingsledelsen. Kirkevold (2012) skriver at Nightingale påpekte at ledernes arbeidsoppgaver var like viktig som sykepleierens, det er avgjørende at alle nivåene fungerer optimalt for å ivareta pasientsikkerheten på best mulig måte. Dette underbygges gjennom forskningen til Berentsen et al.(2008), som sier at den overordnedes oppfølging av hygieniske retningslinjer har innflytelse på sykepleiernes etterlevelse av hygiene. Det kommer frem at sjefer og leger har innvirkning på sykepleierne, de er rollemodeller og kan overføre både positive og negative holdninger over til de ansatte (Berentsen, Berland, & Gundersen, 2008).

Achterberg et al.(2012) sammenlignet to forskjellige strategier for å bedre håndhygiene. Studiet strakk seg over en periode på ca. 12 måneder med målinger før igangsetting av strategiene, etter 6 måneder og igjen etter 12 måneder. Strategi nr. 1 gikk ut på å gi opplæring i hygiene, gi påminnelser og å gi tilbakemeldinger til sykepleiere. Mens strategi nr. 2 gikk ut på det samme, men supplerte med å engasjere avdelingens ledelse (Achterberg, Donders, Grol, Huis, Hulscher, & Schoonhoven, 2012). Begge strategiene førte til økt etterlevelse av håndhygiene. Ved måling etter 6 måneder hadde strategi nr. 1 en økning på ca. 82 % og strategi nr. 2 hadde en økning på ca. 165 %. Tallene fra studien til Achterberg et al. (2012) viser altså en større forbedring av håndhygien ved strategi nr. 2, som også inkluderte ledelsen ved avdelingen, enn ved strategi nr. 1.

Hugonnet et al. (2004) så på håndhygienen til leger og undersøkelsen viser at de har en dårligere etterlevelse av håndhygiene enn sykepleiere. På undersøkelsen til Hugonnet et al. (2004) svarte bare 35 % av legene at de kjente til de anbefalte retningslinjer for håndhygiene. Men de viser allikevel til at det kan være en sammenheng mellom legers håndhygiene og sykepleieres håndhygiene. Det kommer frem at leger kan fremstå som rollemodeller for sykepleiere og at de derfor kan være med å påvirke sykepleiernes håndhygiene. Hugonnet et al. (2004) så tilfeller hvor sykepleiere gikk bort fra sine tillærte håndhygienerutiner i situasjoner hvor leger ikke utførte håndhygiene. Undersøkelsen viser at bare 44 % av legene var klar over at de kunne bli oppfattet som rollemodeller for sine kollegaer. Undersøkelsen konkluderer med at en kan se et forbedringspotensial i etterlevelse av håndhygiene blant sykepleiere, ved å rette tiltak mot legene (Hugonnet, Perneger, Pessoa-Silva, Pittet, Sauvan, & Simon, 2004).

Som tidligere nevnt påpeker sykepleierne viktigheten av å ha gode rollemodeller i kollegaer, da dette kan være med på å bedre håndhygienen blant de ansatte på avdelingen, og dermed redusere faren for at pasienter erverver en nosokomial infeksjon. Erfaringsmessig ser vi effekten av gode rollemodeller blant kollegaer, ledere og leger. Vi har opplevd at håndvaskkulturen blant de ansatte på en avdeling kan påvirke kvaliteten av håndhygiene. Men i følge de *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011) er sykepleieren individuelt ansvarlig for den utøvende sykepleie. Det vil si at hver enkelt sykepleier skal utøve faglig forsvarlig sykepleie som fremmer helse og forebygger sykdom, uavhengig av hva de andre kollegaene gjør. Dette ansvaret ligger på hver enkelt sykepleier. I følge de *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011) så har sykepleieren et personlig ansvar for å sette seg inn i aktuelt lovverk. Helsepersonelloven (1999) pålegger sykepleiere å utøve faglig forsvarlig sykepleie. Det vil si at sykepleieren må handle ut ifra sine faglige kvalifikasjoner, uavhengig av kollegaer.

De *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011) er et verktøy for å skape en verdibevisst hverdagskultur. Vi har derfor valgt å se på studier som har iverksatt målrettede tiltak for å bedre håndhygienen blant de ansatte på sykehus.

4.2 Hvordan iverksette målrettede tiltak for å øke forbedringspotensialet på håndhygiene?

I dette kapittelet skal vi presentere studier som har iverksatt målrettede tiltak med den hensikt å bedre etterlevelsen av håndhygiene. Vi vil også stille oss kritiske til resultatene av studiene og vil dermed komme inn på hawthorne effekten.

Målet for studiet til Davis (2010) var å undersøke i hvor stor grad ansatte på et sykehus utførte håndhygiene med desinfeksjonsmiddel før de gikk inn i en avdeling. Studiet varte i 12 måneder. Det ble hengt opp et kamera som var rettet mot inngangen til en avdeling, slik at en fikk bilde av hånddesinfeksjonsdispenseren og dermed kunne se om personellet utførte håndhygiene før de entret avdelingen (Davis, 2010). Kameraet var plassert på en slik måte at helsepersonellet ikke kunne se det. Opptakene ble innhentet etter 6 måneder (periode 1), og det ble telt hvor mange som utførte håndhygiene før de gikk inn i avdelingen. Deretter ble det plassert en iøynefallende rød teip langs gulvet mot avdelingen. Den røde linjen fortsatte opp veggen og ble til en pil som pekte mot desinfeksjonsdispenseren. Ved siden av dispenseren var det plassert en gul plakat med prosedyre for påføring av hånddesinfeksjonsmiddel (Davis, 2010). I løpet av de neste 6 månedene (periode 2) undersøkte de på nytt hvor mange av de ansatte som desinfiserte hendene sine før de entret avdelingen. Opptakene fra periode 2 ble hentet inn og sammenliknet med opptakene fra periode 1. Opptakene fra periode 1 viste at ca. 23,8 % av sykepleieren utførte håndhygiene før de entret avdelingen. I periode 2, etter at tiltak var iverksatt, var det en markant økning, hvor hele 75 % av sykepleierne utførte håndhygiene (Davis, 2010).

Guzman et al. (2005) har også foretatt en studie hvor de sammenliknet håndhygiene før og etter iverksatte tiltak. Studiet varte i ca. 1 år og 9 måneder hvor de foretok observasjoner jevnlig. Første periode varte i 4 måneder og andre periode varte i 17 måneder. De første 4 månedene observerte de etterlevelsen av håndhygiene uten å iverksette noen tiltak. I løpet av denne perioden viser studien at helsepersonell kun utførte håndhygiene 23,1 % av gangene (Guzman, Rosenthal, & Safdar, 2005). Det ble deretter iverksatt tiltak for de neste 17 månedene med hensikt å bedre håndhygiene. Tiltakene gikk ut på teoretisk og praktisk opplæring og tilbakemeldinger, det ble også hengt opp retningslinjer for korrekt utførelse av håndhygiene på avdelingen. Etter at den andre perioden var over, viser tall fra Guzman et al. (2005) at etterlevelsen av håndhygiene blant sykepleierne hadde steget fra 23,1 % til 64,5 %. I

sammenheng med denne studien så de også en redusert forekomst av nosokomiale infeksjoner.

Både studiet til Davis (2010) og studiet til Guzman et al. (2005) peker på forbedringspotensialet i forhold til håndhygiene hos sykepleiere ved å iverksette målrettede tiltak. Dette gjør også studiet til Achterberg et al. (2012), som nevnt tidligere, gjennom å sammenligne to forskjellige strategier. Alle disse studiene har forskjellige fremgangsmåter med felles mål om å forbedre håndhygiene hos helsepersonell. Achterberg et al. (2012) valgte i hovedsak å rette sine tiltak mot ledelsen. Resultatene av hans studie, viser at dette hadde god effekt med en økt etterlevelse av håndhygiene. Studiet til Davis (2010) viste hvordan man kan bedre håndhygiene ved hjelp av enkle og økonomiske tiltak. Gjennom studiet til Guzman et al. (2005) synliggjøres effekten av jevnlig undervisning og tilbakemelding i forbindelse med å bedre håndhygiene.

Man kan også stille seg kritisk til resultatene fra disse tre studiene. Det er flere faktorer som kan påvirke resultater fra forskning. Et eksempel på dette er, i følge Behnke et al. (2006), Hawthorne effekten. Hawthorne effekten går ut på hvordan mennesker som blir observert har en tendens til å forandre sin atferd. Det vil si at mennesker som vet at de blir observert oppfører seg annerledes enn hva de ville gjort til vanlig hvor de ikke blir observert (Behnke, Bessert, Eckmanns, Gastmeier, & Rüdén, 2006). Denne effekten kan derfor føre til at forskningsresultater ikke helt stemmer overens med de egentlige forholdene. Det betyr at forskningsresultatene som det vises til ovenfor, kan være påvirket av Hawthorne effekten og dermed ikke gi et helt korrekt bilde av situasjonen.

Achterberg et al. (2012) sitt studie ønsket å unngå Hawthorne effekten så godt det lot seg gjøre ved å ha diskrete observasjoner. Helsepersonellet ble ikke informert om at de ble observert. De begrunner dette med at de ikke ønsket at helsepersonellet skulle utføre håndhygiene oftere enn de normalt gjorde (Achterberg, Donders, Grol, Huis, Hulscher, & Schoonhoven, 2012). Studien sa at en allikevel ikke kan utelukke Hawthorne effekten helt, da det alltid var en annen person tilstede for å dokumentere da helsepersonellet utførte håndhygiene. I studien til Guzman et al. (2005) ble helsepersonell informert om at de kom til å bli observert i forhold til utførelsen av håndhygiene, men de blir ikke informert om når disse observasjonene skulle finne sted. Det kommer frem i artikkelen at man må ta hensyn til Hawthorne effekten fordi utførelsen av håndhygiene kan påvirkes av at man vet at man blir observert (Guzman, Rosenthal, & Safdar, 2005). Ut i fra dette er det derfor grunn til å stille

seg litt kritisk til resultatene som kommer frem i disse studiene. Artikkene påpeker selv at Hawthorne effekten kan være en grunn til at etterlevelsen av håndhygienen økte.

På bakgrunn av resultatene fra studiene vi har sett på, ser vi at det er hensiktsmessig å iverksette målrettede tiltak for å bedre etterlevelsen av håndhygiene blant helsepersonell. Dette er spesielt viktig med tanke på de fremtidige utfordringene helsevesenet kan stå ovenfor.

4.3 Fremtidige utfordringer?

I dette kapittelet blir det presentert utfordringer som samfunnet og helsevesenet står ovenfor, dette for å synliggjøre viktigheten av forebyggende helsearbeid. Til slutt i dette kapittelet trekker vi også frem Nightingale og ser på sammenhengen mellom hennes fokus på forebyggende helsearbeid og dagens situasjon.

Som nevnt tidligere presenterer samhandlingsreformen (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009) tre fremtidige hovedutfordringer i helsevesenet som samfunnet står ovenfor. Den første utfordringen som stortingsmeldingen peker på er å ivareta pasientenes behov for koordinerte tjenester. Med dette menes at det skal være et større fokus på et helhetlig tjenestetilbud for pasientene. Målet er å skape et bedre samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved at tjenestene skal bli bedre sammensatt (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009).

Den andre utfordringen som blir presentert i samhandlingsreformen (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009) er at det i dagens helsevesen er for lite fokus på å forebygge og begrense sykdom. De seneste årene har det vært stort fokus på å behandle og å helbrede senkomplikasjoner. Dette har ført til at forebyggingsarbeidet har blitt nedprioritert. Samhandlingsreformen ønsker å få et større fokus på det forebyggende og helsefremmende arbeidet i helsevesenet, da dette også kan føre til at en kan unngå sykdom og senkomplikasjoner (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009).

Den tredje utfordringen beskriver hvordan de demografiske og epidemiologiske endringene i sykdomsbildet er med på å true samfunnsøkonomien. På bakgrunn av at befolkningen øker og at vi lever lenger, øker også behovet for helsehjelp, noe som byr på økonomiske utfordringer

for samfunnet. I følge stortingsmelding nr. 47 (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009) er vi nødt til å utvikle nye løsninger i forhold til denne utfordringen for ikke å bryte med holdninger i det norske samfunn eller true samfunnets bæreevne.

Samhandlingsreformen (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009) legger frem forslag til hvordan man kan møte disse utfordringene. Det blir presentert hovedgrep som har fokus på å drive forebyggende og helsefremmende arbeid, da dette kan være med å hindre sykdom. Ved å ha et større fokus på det forebyggende helsearbeidet kan man hindre sykdom og eventuelle senkomplikasjoner, som igjen kan føre til at pasienter ikke nødvendigvis trenger behandling i det hele tatt. Ved å gjøre dette kan en hindre eller redusere den ekstra belastningen en sykdom kan bringe for pasienten. I tillegg kan slike forebyggende tiltak også være med på å redusere sykdomskostnadene samfunnet blir belastet med (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009). Tall fra Andersen (2013) tilsier at en av ti pasienter som er innlagt på sykehus erverver en nosokomial infeksjon. I forbindelse med nosokomiale infeksjoner er det et kjent faktum at både pasienter og staten utsettes for ekstra belastninger (Stordalen, 2009). Staten tillegges ekstra kostnader ved ekstra liggedøgn på sykehus, reinnleggelsler, etterkontroller, økt medisinsk behandling og lignende (Andersen, 2013). I følge Berentsen et al. (2008) kan hele 20-30 % av nosokomiale infeksjoner forebygges, og Børøsund (2008) viser til at en avgjørende faktor for å oppnå dette er tilstrekkelig håndhygiene. Ved å ha fokus på det forebyggende arbeidet i helsetjenesten som samhandlingsreformen (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009) peker på, kan en forebygge for eksempel nosokomiale infeksjoner. Dette kan være med på å hindre lidelse for pasienten og spare samfunnet for ekstra økonomisk belastning.

Allerede på midten av 1800-tallet så Nightingale (2008) en sammenheng mellom hygiene og infeksjoner. Dette førte til at hygiene ble en viktig del av sykepleie. Stordalen (2009) hevder at antibiotika tatt i bruk som behandlingsform mot infeksjonssykdommer på 1940-tallet ble, med meget god effekt og dette førte til høyt forbruk av antibiotika. Fordi antibiotika var en såpass effektiv måte å behandle infeksjoner på, resulterte dette i at håndhygiene og andre infeksjonsforebyggende tiltak ble nedprioritert. På bakgrunn av at håndhygiene og infeksjonsforebyggende tiltak fikk mindre fokus, førte dette til at flere pasienter ervervet en infeksjon. En konsekvens av det høye antibiotikaforbruket er at noen bakterietyper har utviklet antibiotikaresistens. I følge Stordalen (2009) utvikler stadig flere bakterier resistensegenskaper mot antibiotika og dette er et økende problem i helsevesenet i dag.

Bruk av antibiotika som behandlingsform kan bli en del av en «ond sirkel». Når pasienter blir utsatt for infeksjonsfremkallende bakterier, kan dette føre til utvikling av en nosokomial infeksjon. For å behandle den nosokomiale infeksjonen, kan pasienter behandles med antibiotika. Økt bruk av antibiotika er med på å øke forekomsten av antibiotikaresistente bakterier, som igjen fører til en enda høyere bruk av antibiotika for å få bukt med infeksjonen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Ut i fra dette er det hensiktsmessig å sette inn tiltak for å forebygge selve infeksjonen, slik at man kan unngå antibiotikabehandling og dermed også redusere utviklingen av antibiotikaresistente bakterier.

Vi kan dermed se at en av de fremtidige utfordringene er den store samfunnsøkonomiske belastningen ved nosokomiale infeksjoner. De økonomiske konsekvensene av nosokomiale infeksjoner er store og belastende for staten og samfunnet dersom de ikke forebygges. På grunn av høy og ukritisk bruk av antibiotika kan man også se utfordringer fordi det er en stadig utvikling av antibiotikaresistente bakterier. I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2008) kan man forvente en økning av nosokomiale infeksjoner på sykehus dersom det ikke iverksettes målrettede tiltak. På bakgrunn av dette blir det forebyggende arbeidet i helsevesenet sentralt for å kunne redusere forekomsten av nosokomiale infeksjoner. Som følge av forebyggingen av nosokomiale infeksjoner kan man være med å spare staten og samfunnet for unødvendige kostnader og begrense utviklingen av antibiotikaresistente bakterier (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Derfor er en av samhandlingsreformens hovedgrep om å forebygge sykdom en viktig faktor for å imøtekomme de utfordringene vi står ovenfor.

Vi vil trekke linjer tilbake til Nightingales tid med tanke på utfordringene i forbindelse med forebyggende arbeid som samfunnet står ovenfor i dag. Dette på bakgrunn av at Nightingale, i følge Karoliussen (2011), i sin tid så fordelene ved å arbeide forebyggende var vel så viktige som den behandlende delen av sykepleie. Dette kan man også se i forbindelse med hennes utvikling av sykepleieutdanningen. Karoliussen (2011) hevder at Nightingale hadde fokus på å utvide kunnskapssynet i sykepleien. Hun ønsket å oppnå dette gjennom å ha både en teoridel og praksisdel i sykepleiestudiet. Grunnen til dette var at Nightingale mente at man bare med tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter kunne bedre helse. Dette er noe man kan kjenne igjen i sykepleieutdanningen i dag, med tanke på at sykepleieutdanningen er delt opp i en teoretisk og en praktisk del. Gjennom dette får man da både teoretiske kunnskaper og praktiske ferdigheter, som samsvarer med Nightingales tanker om hvordan sykepleierutdanning burde være.

Kirkevold (2012) hevder at Nightingale så en utfordring i forhold til at sykdommene fremskyndes dersom man ikke griper inn i de miljømessige forholdene. Derfor hadde Nightingale et stort fokus på det forebyggende helsearbeidet. Det har gått ca. 150 år siden Nightingale startet opp den første sykepleieutdanningen og hennes arbeid ble grunnlaget for å utdanne sykepleiere og for å utvikle sykepleie til et eget fagområde. I følge Karoliussen (2011) har dette også i senere tid blitt en basis for andre sykepleieteoretikere.

5.0 Konklusjon

Vår problemstilling er som følge «*Hvordan ivaretar sykepleiere retningslinjer for håndhygiene?*».

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004) viser til at helsepersonell ikke utøver tilstrekkelig håndhygiene, samtidig som de hevder at håndhygiene er det mest effektive infeksjonsforebyggende tiltaket. I følge Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004) trekker sykepleierne selv frem blant annet fire årsaker til at håndhygiene ikke blir overholdt. Her nevner de manglende kunnskaper, tidspress, tørre og såre hender og den sosiale påvirkningen på avdelingen.

Sykepleiere uttrykker at mangel på kunnskaper er en av årsakene til at håndhygiene ikke er tilstrekkelig. Den manglende kunnskapen gjelder når håndhygiene skal utføres og hvordan det skal utføres. Men etter å ha diskutert dette utsagnet opp mot aktuelt lovverk, *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011) og *Rammeplan for sykepleieutdanningen* (Kunnskapsdepartementet, 2008), kommer det klart frem at det er hver enkelt sykepleiers oppgave og ansvar å tilegne seg de nødvendige kunnskaper for å kunne utøve faglig forsvarlig sykepleie. Det vil da si at dersom sykepleieren mener han/hun har manglende kunnskaper om håndhygiene, så er det i følge Helsepersonelloven (1999) og *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011) hans/hennes eget ansvar å tilegne seg de manglende kunnskapene. Men med tanke på Kunnskapsdepartementets (2008) rammeplan for dagens sykepleieutdanning og våre egne erfaringer som sykepleiestudenter, er det også lagt godt til rette for at man etter endt utdanning skal ha de nødvendige kunnskapene om håndhygiene.

Tidspress er også noe sykepleierne nevner som årsak til dårlig håndhygiene. Sykepleiere mener at de rett og slett ikke har nok tid til å utføre den nødvendige håndhygiene. I følge Berentsen et al. (2008) uttaler sykepleierne selv at dette går på bekostning av pasientsikkerheten. Men i følge Stordalen (2009) trenger ikke utførelsen av håndhygiene å være tidkrevende, da hånddesinfeksjonsmiddel er effektivt og kan påføres mens personalet beveger seg.

Sykepleiere oppgir også at hudplager påvirker utførelsen av håndhygiene, da hyppig håndvask med såpe og vann kan føre til såre og tørre hender. Men her hevder Nasjonalt

folkehelseinstitutt (2004) at det er desinfeksjonsmiddel som er foretrukket fremfor håndvask, fordi det fjerner flere mikroorganismer. Dessuten argumenterer Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004) for at alkoholbaserte hånddesinfeksjonsmidler har en gjeninnfettende og mykgjørende effekt og er derfor mer skånsomt mot hendene.

Sykepleiere har også uttalt at avdelingskulturen kan påvirke deres holdninger og handlinger når det kommer til håndhygiene. Schilling (2004) hevder at vi justerer våre handlinger og holdninger slik at man ikke skiller seg ut fra arbeidskollegaene. I tillegg til at kollegaer påvirker, har lederen en slik posisjon at den ofte vil bli sett på som en rollemodell. I følge Hummelvoll (2012) kan lederen ut fra sin posisjon påvirke utførelsen av håndhygiene blant de ansatte. På den annen side, som nevnt tidligere, er det den enkelte sykepleiers eget ansvar å utøve faglig forsvarlig sykepleie som forebygger sykdom, uavhengig av hva kollegaer gjør (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Med dette kan vi se at utførelsen av håndhygiene blant sykepleiere på sykehus ikke er tilstrekkelig. De uttalte årsakene som sykepleiere selv presenterer er ifølge lovverk, *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011), *Rammeplan for sykepleierutdanningen* (Kunnskapsdepartementet, 2008), Stordalen (2009) og Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004) ikke holdbare. Dette er fordi man som sykepleier har et individuelt ansvar for å drive faglig forsvarlig sykepleie, noe som betyr å utføre tilstrekkelig håndhygiene.

Vi har også presentert forskningsartikler hvor det ble iverksatt tiltak med den hensikt å bedre etterlevelsen av håndhygiene. Disse studiene iverksetter forskjellige type tiltak og alle resultatene viser forbedret utøvelse av håndhygiene. Det er ikke noe fasitsvar for hvordan man skal bedre håndhygienen blant sykepleiere, men forskningen viser at det er mulig å øke sykepleiers etterlevelse av håndhygiene ved å iverksette målrettede tiltak og ha fokus på håndhygiene. Studiene viser at man kan anvende ulike tilnæringsmåter med ulikt budsjett for å bedre håndhygienen.

I det siste kapittelet i drøftingsdelen har vi presentert utfordringer som samfunnet står ovenfor med tanke på nosokomiale infeksjoner, økonomi og det forebyggende helsearbeidet. Helse- og omsorgsdepartementet (2008) påpeker at en nullvisjon i forhold til nosokomiale infeksjoner er urealistisk, det vil alltid være en viss risiko for å erverve en infeksjon som følge av sykehusbehandling. Stordalen (2009) hevder at dårlig etterlevelse av håndhygiene står for opp til 30 % av tilfellene av nosokomiale infeksjoner. Dette vil si at en stor andel av

forekomstene av nosokomiale infeksjoner kan forebygges ved å bedre etterlevelsen av håndhygiene. For å møte de økonomiske utfordringene vi står ovenfor i dag uttrykker samhandlingsreformen (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009) at det er avgjørende å drive forebyggende sykepleie. Man kan i dag trekke linjer tilbake til Nightingales tid hvor hun også rettet fokuset mot forebyggende sykepleie, hun mente at dette var vel så viktig som fokuset på behandling. Nightingales sykepleieteori retter i stor grad søkelyset mot hygiene og sanitære forhold. I følge Karoliussen (2011) mente Nightingale at det er avgjørende å ha tilstrekkelig kunnskap for å drive forsvarlig sykepleie og at denne kunnskapen tilegner man seg gjennom teoretisk opplæring og praktiske erfaringer. Disse tankene og visjonene kan man se igjen i dagens sykepleie. Sykepleieutdanningen består av både teori og praksis, slik at vi skal tilegne oss tilstrekkelige faglige kunnskaper og få verdifulle erfaringer. Både lovverk og *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011) pålegger og plikter sykepleiere å utøve faglig forsvarlig sykepleie, noe som bare er mulig med tilstrekkelige kunnskaper. Dermed kan man se at Nightingales syn på sykepleie fremdeles står sterkt i dag. Det er også gjennom hennes sykepleietenkning at Nightingale blir omtalt som den moderne sykepleiens mor (Karoliussen, 2011). Man kan allikevel stille seg spørsmålet om hvorfor vi i dag står ovenfor de samme utfordringene som Nightingale påpekte for ca. 150 år siden?

6.0 Referanseliste

- * Achterberg, T. v., Donders, R., Grol, R., Huis, A., Hulscher, M., & Schoonhoven, L. (2012, august). Impact of team and leaders-directed strategy to improve nurses` adherence to hand hygiene guidelines: A cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies* , s. 464-474.
Sider: 11
- * Aiken, L., Cheney, T., Clarke , S., Lake, E., & Sloane, D. (2009). Effects of Hospital Care Environment on Patient Morality and Nurse Outcomes. *The journal of nursing administration*, s. 45-51.
Sider: 7
- * Alder, S., White Jr, G., Snow, M., & Stanford, J. (2006, Februar). Mentor`s hand hygiene practices influence student`s hand hygiene rates . *American Journal of Infection Control*, s. 18-24.
Sider: 7
- Alvsvåg, H. (2012). Helsefremming og sykdomsforebygging - et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I Å. Gammersvik, & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (s. 79-98). Bergen: Fagbokforlaget.
- * Andersen, B. (2013). Mangler kontroll over sykehusinfeksjoner . *sykepleien.no*, s. 54-56.
Sider: 3
- * Behnke, M., Bessert , J., Eckmanns, T., Gastmeier, P., & Rüden, H. (2006, September). compliance with Antiseptic Hand Rub Use in Intensive Care Units: The Hawthorne Effect. *The Society for Healthcare Epidemiology of America*, s. 930-934.
Sider: 5
- * Berentsen, S., Berland, A., & Gundersen, D. (2008, mai 23). Sykehusinfeksjoner og pasientsikkerhet. *Nursing Science*, s. 33-37.
Sider: 5
- Børørund, E. (2008). Sykepleie til pasienter med infeksjonssykdommer. I E. Børørund, *Sykepleieboken 3: Klinisk sykepleie* (s. 631-678). Oslo: Akribe AS.

Brinchmann, B. (2008). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .

* Davis, C. (2010). Infection-free surgery: how to improve handhygiene compliance and eradicate methicillinresistant Staphylococcus aureus from surgical wards. *The Royal College of Surgeons of England*, s. 316-319.

Sider: 4

Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement. (2008-2009). *St.meld. no. 47*. Hentet Januar 15, 2014 fra Samhandlingsreformen:
<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

* Guzman, S., Rosenthal, V., & Safdar, N. (2005, September). Reduction in nosocomial infection with improved hand hygiene in intensive care units of a tertiary hospital in Argentina. *American Journal of Infection Control*, ss. 392-397.

Sider: 6

* Helse- og omsorgsdepartementet . (2008, juni). *Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012)*. Hentet januar 28, 2014 fra
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20FHA/Nasjonal%20strategi%20infeksjoner-antibiotikaresistens.pdf>

Sider: 64

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2014).

* Hugonnet, S., Perneger, T., Pessoa-Silva, C., Pittet, D., Sauvan, V., & Simon, A. (2004). Hand hygiene among physicians: Performance, Beliefs, and Perception. *Annals of Internal Medicine*, s. 1-9.

Sider: 9

Hummelvoll, J. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .

* Ilstad, S. (2007). Sosialpsykologi. I S. Ilstad, *Generell psykologi* (s. 243-268). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Sider: 26

- * Johannessen, B. (1995). Hva er forebyggende helsearbeid og forebyggende sykepleie . I B. Johannessen, *Forebyggende sykepleie* (s. 16-33). Otta: Engers Boktrykkeri A/S.
Sider: 18
- * Karlsen, P. (2012). Vårt sosiale univers: Påvirkning, tilhørighet og samspill. I P. Karlsen, *Psykologi: inngangsporten* (s. 182-212). Oslo: Universitetsforlaget.
Sider: 31
- * Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv - ny forståelse: sykepleierens kjerne; verdier, intensjon og handling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
Sider: 293
- Kirkevold, M. (2012). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .
- * Kristoffersen, N., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2005). Om sykepleie. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie* (s. 13-27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
Sider: 15
- * Kunnskapsdepartementet. (2008, januar). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet januar 2014 fra Regjeringen.no:
http://www.regjeringen.no/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
Sider: 15
- Mæland, J. (2005). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis* . Oslo: Universitetsforlaget .
- * Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2004, oktober). *Nasjonal veileder for håndhygiene: om hvordan riktig håndhygiene kan hindre smittespredning og redusere risikoen for infeksjoner*. Hentet januar 10, 2014 fra fhi.no:
<http://www.fhi.no/dav/A670B7F77D.pdf>
Sider: 78
- * Nightingale , F. (2008). *Notater om sykepleie* . Oslo : Gyldendal norsk forlag .
Sider: 242

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* . Hentet januar 2014 fra nsf.no: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2014).

* Schilling , M. (2004). Individ og fællesskab. M. Schilling, *Menneskets psykologi* (s. 203-214). København: Munksgaard Danmark.

Sider: 12

* Schilling, M. (2004). Grupper og samarbejd. M. Schilling, *Menneskets psykologi* (s. 215-222). København: Munksgaard Danmark.

Sider: 8

Spesialisthelsetjenesteloven, LOV-1999-07-02-61. (2014).

* Spilling, T. (2009, April 23). En av tre bruker helsefarlig pynt. *Sykepleien.no*, s. 2.

Sider: 1

Stordalen, J. (2009). *Den usynlige fare: smittevern og hygiene*. Bergen: Fagbokforlaget.