



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4AVS304

Eva-Helene Kordahl og Christiane Nielsen
Randi Løviknes

Den gode hånden - et livsfarlig verktøy

The caring hand - a dangerous tool

Bachelor i sykepleie, kull 121

2012

Antall ord: 10203

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Innholdsfortegnelse:

1.0 Innledning	s. 2
1.1 Bakgrunn for valg av tema	s. 2
1.2 Problemstilling	s. 2
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling	s. 3
1.4 Hensikt med oppaven	s. 4
1.5 Oppgavens oppbygging	s. 4
2.0 Metode	s. 4
2.1 Litteraturstudium som metode og kildekritikk	s. 4
2.2 Litteratursøk og fremgangsmåte	s. 5
2.3 Presentasjon av utvalgte forskningsartikler	s. 6
3.0 Etikk	s. 10
3.1 Yrkesetiske retningslinjer – sykepleierens ledesnor	s. 11
3.2 Dydsetikk	s. 12
3.3 Holdninger	s. 12
3.4 Pliktetikk	s. 13
4.0 Historie	s. 14
5.0 Smittekjeden	s. 17
5.1 Håndhygiene	s. 17
5.2 Sykehusinfeksjoner	s. 18
6.0 Drøfting	s. 20
7.0 Konklusjon	s. 30

Litteraturliste

Vedlegg 1: Individuelt notat, kandidatnr. 24

Vedlegg 2: Individuelt notat, kandidatnr. 47

1.0 Innledning

I Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008–2012), henviser Helse og omsorgsdepartementet (2008) til at opp mot 50 000 mennesker som legges inn på sykehus, får en infeksjon.

Slike infeksjoner kan i 20-30 % av tilfellene forebygges med effektivt smittevernarbeid (ibid).

Den Nasjonale veilederen for håndhygiene (Folkehelseinstituttet [FHI], 2004) viser til at det mest effektive enkelttiltaket som kan iverksettes for å hindre smittespredning og dermed forebygge sykehusinfeksjoner, er håndhygiene. Det fremkommer av forskningen at etterlevelsen av retningslinjene for håndhygiene, er ned mot 24 % (Lankford et al., 2003). Dette viser at det er et stort forbedringspotensial for forebygging av infeksjoner ved korrekt håndhygiene.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt vår oppgave ut i fra temaet som omhandler forebygging av smitte på somatisk sykehus. I våre praksisperioder har vi opplevd at de basale smittevernrutinene ikke alltid blir fulgt. Ønsket er å øke vår egen kunnskap og kompetanse på emnet. Da kan vi møte praksisfeltet vi skal ut i med kunnskap og gode holdninger rundt infeksjonsforebygging. I denne oppgaven vil vi benytte oss av de etiske aspektene ved sykepleie for å forsøke å finne ut hvordan vi skal bidra til økt fokus på den første basale smittevernrutinen, håndhygiene. Vi stiller spørsmålstegn ved hvorfor ikke de retningslinjene og prosedyrene som foreligger, blir fulgt. Er det manglende kunnskap, manglende fokus eller andre grunner til at sykepleiere slurver med håndhygiene? Videre vil vi fokusere på hvordan vi kan øke bevisstheten og bedre håndhygienien på den enkelte avdeling. Vi benytter etiske refleksjoner som infeksjonsforebyggende arbeid. Med dette ønsker vi å få bedre kunnskap om hvordan vi kan være gode forbilder på våre arbeidsplasser og bidra til at retningslinjene i større grad blir fulgt i fremtiden enn hva som viser seg å være tilfellet i dag.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan de etiske retningslinjene bedre håndhygienien i somatisk sykehus?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Folkehelseinstituttets veileder for basale smittevernrutiner i helsetjenesten (2009) omfatter håndhygiene, hostehygiene, pasientplassering, personlig beskyttelsesutstyr, håndtering av pasientnært utstyr, renhold og desinfeksjon, avfallshåndtering av sengetøy og tekstiler, trygg injeksjonspraksis, desinfeksjon av hud, samt beskyttelse mot stikkskader. Dette er tiltak som skal redusere og forebygge overførbare, sykdomsfremkallende mikrober fra kjente og ukjente smittekilder på sykehus. Alle smittevernrutiner er viktige, men på grunn av oppgavens ordbegrensning, har vi valgt å begrense oppgaven til håndhygiene. Våre hender er et av de viktigste redskap vi sykepleiere har, dermed mener vi det er viktig å ha fokus på denne smitekilden.

Vi velger i denne oppgaven å behandle desinfeksjon og håndvask samlet. I det følgende vil vi derfor omtale dette som håndhygiene. Vår problemstilling handler om hvorfor det unnlates å vaske hendene uavhengig om det er såpe eller desinfeksjon. Vi mener retningslinjene er klare, det skal utføres hånddesinfeksjon som førstevalg, og håndvask benyttes ved synlig forurensing. Videre har vi valgt å avgrense mot problemstillinger knyttet til bruk av hansker og kirurgisk håndvask.

I litteraturen ser vi at sykehusinfeksjoner blir kalt nosokomiale infeksjoner, helseassosierte infeksjoner og helseervervede infeksjoner om hverandre. Vi velger å benytte oss av uttrykket sykehusinfeksjoner fordi oppgavens tematikk og problemstilling ligger til grunn i et somatisk sykehus. Selv om oppgaven begrenser seg til en somatisk avdeling, er problemstillingen relevant for all pasientkontakt, uavhengig av lokalisering. Vi har også benyttet artikler i drøftingen som ikke har blitt presentert, dette i forhold til begrensningen av ord.

I forhold til anonymisering av oppgaven viser vi til helsepersonelloven (1999) der hovedregelen om taushetsplikt er:

“Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell”. I oppgaven har vi anonymisert våre eksempler på personlige erfaringer i praksis dette for å ivareta vår taushetsplikt.

Vi har ikke eget teorikapitel om pasientsikkerhet eller om lovverket generelt, men vi viser til dette igjennom oppgaven.

1.4 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne bacheloroppgaven er at vi skal fordype oss i et tema relevant for sykepleie. Vi skal arbeide metodisk og systematisk og vise faglig/vitenskapelig refleksjon og gi en selvstendig vurdering av litteraturen. I rammeplan for sykepleierutdanningen står det at studenten etter endt utdannelse skal ha handlingskompetanse til å: “forhindre at komplikasjoner og tilleggslidelser oppstår. Ivareta hygieniske prinsipper og bidra til å skape et helsefremmende miljø” (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6).

1.5 Oppgavens oppbygning

Vi presenterer metoden, som gir et innblikk i hvordan litteraturstudiet vårt har foregått, samt en presentasjon av forskningsartikler.

Viderefremhever vi teori om etikk, historie, smittekjeden, håndhygiene og sykehusinfeksjoner. Til slutt i oppgaven vil vi drøfte teorien vi har med samt gi en konklusjon på vår problemstilling.

2.0 Metode

”Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap” (Dalland, 2007).

2.1 Litteraturstudium som metode og kildekritikk.

Oppgaven er basert på et litteraturstudium. Dette betyr at vi systematisk har gått gjennom litteratur relevant for oppgaven, for å finne svar på problemstillingen. Det handler om å fortolke meningsfulle fenomener og å beskrive vilkårene for at forståelse av mening skal være mulig. Vi har benyttet pensumlitteratur, søkt i BIBSYS etter annen relevant litteratur som omhandler smitte, infeksjoner, hygiene, sykepleietoretikere, etikk og håndhygiene.

Vi har hatt en hermeneutisk tilnærming til litteraturen. Hermeneutikk handler om å forstå og tolke grunnlaget for den menneskelige eksistens, samt å finne skulte meninger i et fenomen og tolke dem (Dalland, 2007). “Hermeneutikk er humanistisk orientert og forsøker å forstå grunnbetingelsene for menneskelig eksistens gjennom menneskenes handlinger, livsytringer og språk” Thuren (1993), Patel og Davidson (1999) (sitert i Dalland, 2007, s. 56)

Da mennesket er et tenkende, handlende, villende og skapende vesen, blir det å forklare mennesket ut fra positivistisk og naturvitenskapelig tankeskjema umulig (Dalland, 2007).

Dalland (2007) beskriver kildekritikk som de metoder som brukes for å bestemme om en kilde er sann. I forhold til pensumbøkene velger vi å stole på at her er det gjort en faglig vurdering fra skolen av innholdet, og at innholder er relevant for oss som sykepleiere. Dette gjelder blant annet grunnleggende sykepleie bind 1-4 (2005) og Stordalens lærebok i hygiene den usynlige fare (2009). Noen av bøkene refererer og bygger på noe eldre forskning, som vi kan kritisere med at det foreligger nyere data. Det er også mye litteratur på dette temaet, noe som har gjort vårt søk etter relevant litteratur innfløkt. Det har også vært litt problemer i forhold til å få lånt den litteraturen vi har søkt etter i BIBSYS, da denne kan allerede ha vært på utlån. Dette ettersom det er flere grupper som skriver om det samme temaet som vi har valgt.

2.2 Litteratursøk og fremgangsmåte

Vi startet tidlig med litteratursøk for å finne ulike artikler og fagbøker relevant til oppgaven. Søkene etter nyere forskningslitteratur har blitt gjort på flere databaser som swemed+, pubmed, CINAHL og ovid nursing.. Databasene er anbefalt av høyskolen, og har relevante artikler innenfor sykepleieforskningen. For å finne relevant- og oppdatert litteratur gjennom databasene, søkte vi etter artikler i perioden 2002—2012. Vi har benyttet søkeord som handwashing, infection control, finger rings, hand hygiene, nursing, cross infection og compliance. Bøkene vi har brukt, er søkt frem via BIBSYS. Vi begrenset søket til bøker og artikler på nordiske språk og engelsk. I forhold til temaet og vår problemstilling i oppgaven, er det mye litteratur å forholde seg til. Det har vært en utfordring å plukke ut det som er viktig for oppgaven. Ved vurdering av hvilken litteratur som er mest relevant, har vi vært bevisst på utgivelsesår og relevans til oppgaven. Vi ønsker å basere oppgaven på oppdatert litteratur, og

dermed kan utgivelsesår ha betydning.

Vi har deltatt på veiledningsseminar der vi har formidlet fagstoff og innhold i oppgaven skriftlig og muntlig. Fått konstruktive tilbakemeldinger fra medstudenter og veileder og argumentert for egne meninger gjennom opponentskap - og respondentskap.

2.3 Presentasjon av utvalgte forskningsartikler

Her presenteres et utvalg av de forskningsartiklene vi har med videre i oppgaven. Artiklene vi har valgt er alle relevante for håndhygiene i helsevesenet.

Kilvik og Lamøy (2005) beskriver originalartikler og teoretiske artikler som primærlitteratur, og oversiktsartikler som sekundærlitteratur (referert i Dalland, 2007). Sekundærkilder er med andre ord litteratur med tolkning av en primærkilde, derfor kan noe av det opprinnelige innholdet i litteraturen være endret.

Sekundærartikler fremskaffer ikke ny teori eller presenterer en forskning for første gang, men den bidrar til å lette forståelsen for allerede utgitt forskning på feltet. De blir ikke presentert her. Dette gjelder blant annet Rafoss (2012) sin artikkelen, "Hygienetiltak har effekt", der hun vurderer forskning som allerede er presentert i vitenskapelige tidsskrifter, fra 1994-2006. Dette kan da gi oss et oversiktsbilde over forskning som foreligger på feltet. Samt Nielsen (2012), "Bakteriene kan gi pasienter alvorlige infeksjoner", som fremhever at ringer er en smitterisiko.

Rykkje, Heggelund og Harthug (2007), "Enkle tiltak gir bedre håndhygiene". I 2004 kom nye nasjonale retningslinjer for håndhygiene som stadfestet at hånddesinfeksjon var et klart førstevalg fremfor såpe og vann. Formålet til studien hadde to intervensjoner; bevisstgjøre helsepersonell om overgangen fra håndvask til hånddesinfeksjon og bedre hygienen blant personalet slik at forekomsten av sykehusinfeksjon blir redusert.

Studien ble gjennomført ved en sengepost på Medisinsk avdeling på Haukland Universitetssjukehus. Sengeposten hadde 22 sengeplasser og behandlet for det meste nyrelidelser og endokrinologiske sykdommer. Det ble utført tre registreringer av personalets håndhygienevaner. Resultatet viste helt klart forbedret håndhygiene ved kontakt med pasienter, etter kontakt med gjenstander i nærheten av pasienten og før legemiddelhåndtering.

Etter ni måneder ble personalets håndhygiene evaluert igjen. Resultatet av undersøkelsen viste at personalet stort sett opprettholdt håndhygiene på sengeposten etter prosjektets avslutning. Forbruket av hånddesinfeksjonsmiddel økte fra 16l til 26l/1000 pasientdøgn, mens håndsåpe ble redusert. Konklusjonen av denne studien viser at ved økt fokus på informasjon og bedret tilgjengelighet til hånddesinfeksjon forbedret håndhygiene seg. Metoden de benyttet var å intervju deltagerne, dette for å sikre høy deltagelse. Det kan være negativt med intervju, for respondentene kan ha en tendens til gi mer tilfredsstillende svar for å score høyt, enn ved et spørreskjema som er anonymisert. I artikkelen kommer det frem at forfatterne selv har evaluert respondentene til at de har svart ut i fra sin egen praksis og ikke svart etter å tilfredsstille undersøkelsen. En slik egevaluering kan gi usikre data, fordi man ikke kan være helt sikre på om deltagerne lever opp til sine utsagn i virkeligheten. Likevel kan denne undersøkelsen gå god for sin metode på grunn av at de viser til andre studier som har blitt gjort og kvalitetssikret undersøkelsen ni måneder etter.

Søkehistorikk:: Database: SweMed+. Søkeordet: hand hygiene ga 35 treff, fulltext 17 treff, peer reviewed 13 treff, artikkel nr. 8.

Berland, Berntsen og Gundersen (2009), "*Sykehusinfeksjoner og pasientsikkerhet.*" (*Hospital-acquired infections and patient safety*).

Dette er en kvalitativ forskning der det er foretatt fokusgruppe intervju av til sammen 23 informanter med gjennomsnittlig yrkeserfaring som spesialsykepleiere på 14 år. De brukte fokusgruppeintervju som metode, da dette er en god måte å samle data ved å diskutere og analysere komplekse temaer med flere informanter. Gjennom analysen av fokusgruppediskusjonene kom det frem at det var fem gjennomgående hovedtemaer. De hygieniske retningslinjer, tidspress, ansvarsforhold, samarbeid og vurdering av risiko. Deltakerne hadde flere fortellinger om der de hygieniske retningslinjene blir brutt. Der de peker på at respekten for retningslinjene ble betydelig redusert over tid. Informantene omtalte også kollegaer som overså uniformsreglementet, da særlig bruk av smykker, ringer og armbåndsur. Kritikk i forhold til denne artikkelen er at metoden som er benyttet, kan medføre at noen svarer likegyldig. Vi valgte denne artikkelen da den berører flere av temaene vi skal drøfte i oppgaven.

Vi fant artikkelen gjennom å søke via Chinal og databasen EBSCO. Der brukte vi søkeordene Hospital, Infection og patient safety og fikk 472 treff, fulltekst: 107 treff, 2002-2011: 100

treff, references available: 47 treff, artikkel nr 3.

I studien til Mette Fagernes & Randi Nord(2007) ”*A study of microbial load of different types of finger rings worn by healthcare personnel*”, var målet å beskrive veksten av bakterier på ringer helsefagarbeidere hadde på seg på jobb. Det ble tatt prøver av 100 glatte ringer og 52 ringer som ikke var glatte, for å telle antall bakterier. Dette ble utført gjennom en steril prosedyre. Det ble også undersøkt om bakterieantallet på ringene var forskjellig fra glatt ring til ikke glatt ring. Utvalget var fra 15 ulike avdelinger ved norske somatiske sykehus, der ringene hadde blitt båret. Det ble plukket ut en tilfeldig dag, der all personell som bar ring ble spurt om å delta. Resultat var at det ble oppdaget flere bakterier på de ringene som ikke var glatte, men mange glatte ringer hadde også høy andel av bakterier.

Resultat av denne undersøkelsen vil det si at selv om det er flere bakterier på de ringene som ikke var glatte, forteller resultat oss at ringbruk øker risikoen for infeksjonsfare for pasientene.

Søkehistorikk: Database: SweMed+, søkeord: cross infection + fulltext 321 treff, AND finger rings, 1 treff.

Mette Fagernes og May-Solveig Fagermoen (2010) ”*Selvrapportert atferd og holdninger knyttet til bruk av fingerringe under klinisk arbeid. En spørreundersøkelse blant norsk pleiepersonell*”.

Undersøkelsen hadde som bakgrunn å kartlegge holdninger og adferd hos pleiepersonell på sykehus, for å finne ut om instruksjonen mot bruk av ringer bør prioriteres. Populasjonen bestod av sykepleiere, med og uten tilleggsutdannelse, hjelpepleiere og spesialhjelpepleiere. Av de 1167 som mottok spørreskjemaet, ble 936 returnert utfyllt. Artikkelen viser til at holdninger og adferd knyttet til bruk av fingerringe, påvirkes av både individuelle og eksterne faktorer.

Alder, sykehus og avdelingsenhet hadde en stor betydning for bruk av glatte giftringe, men også kulturelle og emosjonelle forhold hadde betydning. De yngre pleiepersonellet oppga at de var mindre positiv til bruk av giftringe. Forfatterne peker på at dette kan henge sammen med at det er kortere tid siden de fikk undervisning i temaet, og at de kortere tid har vært påvirket av arbeidsplassens tradisjoner. Det pekes også på at det var store forskjeller mellom sykehusene og avdelingene, dette menes det at henger sammen med prioriteringer hos ledelsen, samt at enkelte videreutdanninger har større fokus på smitterisiko.

Metoden som er benyttet var selvadministrerende spørreskjemaer, noe som kan gi rom for den spurte ikke svarer i samsvar med det som ville vært observert adferd.

Søkehistorikk: Swemed+, søkeord: hand hygiene, 35 treff, fulltekst: 17 treff, peer reviewed: 13 treff, artikkel nr:1.

Margrete Thorstad & Bjørg Marit Andersen (2008) ”*Infeksjonskontroll og håndhygiene ved sykehjem i Oslo*”, har i sin studie kartlagt ulike forhold ved kunnskap om infeksjonskontroll og praktisk tilgjengelighet til å kunne gjennomføre god håndhygiene blant ansatte på sykehjem i Oslo.

Undersøkelsen ble gjennomført i tidsrommet november 2006 til januar 2007. To respondenter med yrkesutdanning fra hvert sykehjem, deltok i undersøkelsen. 229 av de utdelte spørreskjema til pleiepersonalet ble besvart, litt over halvparten av respondentene var sykepleiere. Resultatet viste at 96 % av respondentene svarte at de kjente til at det var skriftlige prosedyrer for smittevern og hygiene. 75 % hadde lest den nasjonale veilederen for håndhygiene, og etter kontakt med smittepasienter oppga 97 % at håndhygiene ble utført. 50 % oppga at de fikk informasjon via internundervisning. Undersøkelsen viser at sykehjem i Oslo kommune har utstyr, infeksjonskontrollprogram og at de har opplæring som skal øke de ansattes kunnskap.

Studien er basert på spørreskjema, selvrappotereringen skjer anonymt og studien viser sier lite om praksis. Forfatterne viser til at svarene kan ha en mer positiv vinkling enn i virkeligheten, men at det er få fordeler med å svare usant da det er en anonym undersøkelse. Her kunne også studie blitt basert på et observasjonsstudie som hadde gitt en mer objektiv data, men samtidig kunne observasjonen påvirket deltagerens adferd. Kritikk til denne artikkelen er at denne studien er gjennomført på sykehjem og ikke på sykehus. Vi anser den relevant for vår oppgave da temaene i artikkelen omhandler tilrettelagt og økt fokus på håndhygiene, samt at smittevernloven og krav om infeksjonskontroll gjelder også for sykehus.

Søkehistorikk: Database: SweMed+, Søkeord: Infeksjonskontroll 4 treff, artikkel nr. 2.

Lankford, Zembower, Trick, Hacek, Noskin og Peterson (2003),”*Influence of Role Models and Hospital Design on Hand Hygiene of Health Care Workers*”.

Hensikten med denne forskningen var å måle effekten av rolle modeller, da spesielt med tanke på om helsearbeiderens etterlevelse av håndhygiene ble påvirket dersom en med høyere rang

var i rommet. I tillegg måle etterlevelsen av håndhygiene før og etter byggingen av et nytt sykehus, der det ble økt tilgjengelighet til vasker.

Det ble utført igjennom et observasjons studie i perioder, fra oktober 1998 til juni 1999. Der 560 helsearbeider - pasient interaksjoner ble observert.

På det gamle sykehuset ble 4 avdelinger observert, med til sammen 83 sengeplasser. På det nye sykehuset ble 5 avdelinger observert, med til sammen 119 sengeplasser.

Det ble observert 729 muligheter for håndhygiene. 305 i det gamle sykehuset og 424 i det nye sykehuset. Det ble målt at det var bedre etterlevelse av håndhygiene på det gamle sykehuset, 12 % mot 6% i det nye.

Forskningen viser til at det trengs økt fokus på undervisende intervensjon, og støtte fra ledelsen. Samt et større fokus for etterlevelsen av håndhygiene blant leger og sykepleier, da disse er viktige rollemodeller i praksis.

Kritikk av artikkelen kan være at det kun var tilgang til håndhygiene ved håndvask med såpe, og muligheten for hånddesinfeksjon var ikke tilgjengelig. Noe som i dagens retningslinjer er anbefalt som førstevalg ved håndhygiene.

Søkehistorikk til artikkelen er: Database: Ebsco Host, Søkord: Role models AND hand hygiene 19 treff, 2002-2012 pluss fulltext 9 treff, artikkel nr. 2.

3.0 Etikk

Holter og Mekki (2011) skriver at etikk er teori som søker etter å begrunne rett handling. Evnen til å se ulike sider ved en situasjon beriker de handlingsvalg som utføres og kanskje ser en nye sider som man før var blind for. “Etikk er teori om moral” (Brinchmann, 2008, s. 17), og vi mener det ligger en moralsk handling i det å utføre håndhygiene. Ved hjelp av et utvalg av de yrkesetiske retningslinjene som vi fremhever i drøftningen, forsøker vi å styrke gode beslutninger innenfor sykepleien . Her vil vi også presentere dydsetikk, holdninger og pliktetikk fordi disse kan hjelpe oss å etterleve yrkesetiske retningslinjer.

3.1 Yrkesetiske retningslinjer – sykepleierens ledesnor

Norsk sykepleieforbund utarbeidet yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere første gang i 1983. Retningslinjene har etter dette blitt omarbeidet og revidert tre ganger. Siste revisjon fant sted i 2011, da retningslinjene ble justert i tråd med nye helselovgivninger (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere [YRS], 2011). Yrkesetiske retningslinjer skal virke retningsgivende for sykepleiere ved utøvelse av sitt yrke og sikre moralsk og forsvarlig praksis (Slettebø, 2009). Retningslinjene skal også være en garanti for samfunnet om at det blant sykepleiere er en høy etisk standard. Retningslinjene sier noe om normer og verdier, som man tilegner seg gjennom “liv og lære” som sykepleier (ibid).

I de Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) står det:

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert.

Vi har valgt ut tre underpunkter som vi mener er svært relevante for vår oppgave.

I punkt 1.3 står det; “sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig” (YRS, 2011, s. 7). Dette innebærer at sykepleiere skal sette seg inn i

det lovverk som regulerer tjenesten, og at sykepleieren er ansvarlige for de handlinger og vurderinger som blir utført i praksis. Herunder skal sykepleieren arbeide etter evidensbasert kunnskap og etisk forsvarlig.

I punkt 2.1 står det: “Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom”(YRS, 2011, s. 8). Overført på vår oppgave innebærer dette at vi må ha kunnskap om infeksjoner og om hvordan vi skal forebygge disse.

I punkt 4.2 står det: “Sykepleieren ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse- og omsorgsarbeidere som deltar i pleie- og/eller omsorgsfunksjoner” (YRS, 2011, s. 10). Det sier noe om vårt ansvar overfor veiledning, undervisning og økning av kunnskap generelt i praksis.

3.2 Dydsetikk

For å kunne implementere de yrkesetiske retningslinjer, handler det i stor grad om dyd, dette er personlige egenskaper som gjør mennesker i stand til å handle moralsk godt.

Her vil vi gå litt nærmere inn på noen av de mange dydene innenfor dydsetikken.

Følelser og intuisjon spiller en rolle både på fornuften og på en situasjonsforståelse i dydsetikken (Brinchmann, 2008). I følge Aristoteles er moralske dyder mot eller taperhet, rettskaffenhet og måtehold. Han mener at mot er den gylne middelvei mellom dumdristighet og feighet (Barbosa da Silva, 2006). Gjennom oppfostring, øvelse eller trening erverves disse moralske dydene sier Aristoteles. I følge Aristoteles må man gjøre det rette ut ifra den rette innstillingen, uten å nøle (ibid.) Videre mener han at dyd er noe som kommer av vanemessige handlinger (Rachels & Rachels, 2007). Alle trenger vi mot, ikke bare når vi står ovenfor en reel fare, men vi trenger også mot for å kunne skape en situasjon som kan bli ubehagelig (ibid.).

3.3 Holdninger

Det er ikke alltid slik at våre holdninger påvirker våre handlinger, men også slik at gjentatt atferd påvirker våre holdninger (Brinchmann, 2008). Ett eksempel kan være å utføre håndhygiene både før og etter pasientkontakt, på lik linje som vi banker på døren før vi går inn på pasientrommet. Vi mener at utført håndhygiene kan sammenlignes med en

“høflighetskode”.

I forhold til sykepleieprofesjonen er det å ta ansvar for egen holdning viktig. ”*En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte ovenfor andre mennesker, ting eller hendelser.*” (Håkonsen, 2009, s. 205).

Dette viser seg i vår etablering av relasjoner til de pasientene vi møter. Hvordan vi fremtrer i møte med pasienter, danner et bilde av hvordan vi er som personer.

Den overordnede, styrende funksjon i vårt daglige liv er verdier. Verdier er det referansepunkt vi benytter for våre vurderinger, tanker og handlinger. Våre holdninger er grunnlagt på verdier og det er disse som har mest innvirkning på vår adferd (Håkonsen, 2009).

Våre holdninger er ofte tuftet på våre verdier. Gjennom det vi hører, ser og oppfatter av omgivelsene våre, dannes den tankemessige delen. Den følelsesmessige delen vises gjennom våre reaksjoner. Følelsene kan være av negativ og positiv art, der det negative vises med avsky, frykt og fordommer. Vi handler og reagerer ut i fra den atferdsmessige delen. Det er ikke alltid våre holdninger gjenspeiler vår adferd, men der det er sterkt sosialt press vil det individuelle bli mindre gjeldende for vår adferd (ibid.).

3.4 Pliktetikk

Pliktetikk er i stor grad en fornuftsbasert retning innen etikken, som vektlegger at “*moraliske handlinger består i å følge regler og prinsipper*” (Holter og Mekki, 2011, s. 307).

Som sykepleier har vi mange plikter. Vi har en plikt til å hjelpe andre mennesker, spesielt sårbare grupper. Vi plikter å ikke skade andre og trøste. Vi plikter å respektere andres valg og lytte. Vi plikter å være faglig kyndige, plikter å forklare og prioritere (Brinchmann, 2008). Ut i fra alle disse pliktene kan vi fremheve våre etiske ansvarsområder som sykepleiere.

Pliktetikken er på mange måter selve beskyttelsen av menneskeverdet.

Pliktetikken vektlegger handlingen som utføres og vedkommende som utfører handlingen. Skal individet basere sine handlinger på pliktetikken, vil vedkommende handle i samsvar med ulike plikter uavhengig av de konsekvenser dette måtte medføre. Innenfor pliktetikken kan man skille mellom ulike typer plikter; indre og ytre plikter. Indre plikter er ofte begrunnet og

styrt av menneskets fornuft, mens ytre plikter tar utgangspunkt i tro, regler og lovverk. Absolutte plikter er en type plikter som gjelder uavhengig av ulike faktorer (Brinchmann, 2008). Den kan med andre ord ikke påvirkes eller endres på. Dersom en plikt gir føringer for hvordan vi skal handle i en eksakt situasjon, kalles det faktiske plikter. Handler man uten å ta andre etiske hensyn i betraktning, baserer man seg på en prima facie-plikt. Ved en prima facie-plikt velger vedkommende å isolere den enkelte situasjon og ikke inkluderer andre måter å tenke på. Eksempler på slike plikter kan være ”Du skal alltid si sannheten” og ”Du skal alltid holde det du har lovet” (Ibid, s. 57).

4.0 Historie

Betydningen av hygiene har vært et tilbakevendende tema i historien. For å sette hygiene og smittevern inn i et historisk perspektiv, har vi valgt å trekke frem ”Håndhygienens far” Ignaz P. Semmelweis og sykepleiepioneren, Florence Nightingale. Deres arbeidsforhold kan ikke sammenlignes med det vi ser i dag, men vi mener de formidlet kunnskap om hygieniske prinsipper, som har like stor betydning for dagens sykepleiere.

Semmelweis og Nightingale arbeidet begge ut fra sin forståelse av forebyggende arbeid. De så effekten av å ha strenge hygieniske retningslinjer på arbeidsplassen. I dag er deres teorier om viktigheten av håndvask og hygiene vitenskapelig bevist. Likevel viser undersøkelser at mange sykepleiere ikke overholder gjeldende retningslinjer og utfører nødvendig håndhygiene. I pkt. 6.0 vil vi drøfte hva som kan være årsaken til dette.

Sykehusinfeksjoner var vanlig på begynnelsen av 1800 tallet. På dette tidspunktet sto sengene tett og håndtering av urin og avføring fungerte ikke etter de hygieniske prinsipper.

Helsearbeidere vasket seg ikke på hendene og operasjonsutstyret var usterilt (Stordalen, 2009) Sengetøy og håndklær ble sjelden byttet og beskyttelsesklær ble ikke benyttet av helsepersonell (Ibid). På midten av 1800 tallet ble såpen oppfunnet, og hygienisk tenkning begynte å utvikle seg.

“Håndhygienens far” Ignaz P. Semmelweis (1818-1865) var en Ungarsk - østerisk fødselslege. Han ble i 1846 ansatt som assistent på en fødselsklinikk i Wien. Han gikk systematisk til verks for å finne årsaken til hvorfor dødeligheten var høyere på den avdelingen der legene undersøkte kvinnen, enn den avdelingen der jordmødrene undersøkte kvinnene (Stordalen, 2009). Han arbeidet ut fra forskjellige hypoteser, der en av hypotesene var at leger som hadde utført obduksjon på kvinner som døde av barsel-feber, overførte smitte til de fødende kvinnene. Dødeligheten blant de fødende kvinnene på avdelingen hvor legene arbeidet, var i 1846 11,4 %. Fødeavdelingen hvor jordmødrene undersøkte kvinnene, hadde en dødeligheten på 2,7 % (Dalland, 2007). Teorien ble ikke godt mottatt av hans mannlige legekolleger, men Semmelweis lot seg ikke stoppe av dette (Stordalen, 2009). Semmelweis innførte et ritual med såpehåndvask og klorkalkvann som legene måtte utføre før de gikk inn til de fødende kvinnene (Stordalen, 2009). En måned etter det nye ritualet var innført, hadde dødeligheten på avdelingen sunket til 2 % (Hallman, 2001). Semmelweis publiserte ikke selv noen av sine funn, og var overrasket over den motstand han møtte blant kollegaer (Lund, 2006). Selv om noen mente at hans funn var riktig, mente mange at det å vaske hendene før enhver gynekologisk undersøkelse ville ta for lang tid. Leger ville heller ikke erkjenne at de selv var årsaken til dødsfall. De mente deres yrke var hellig og at deres hender ikke kunne være skitne (Lund, 2006).

I samme tidsepoke som Semmelweis strevde med å få sine teorier hørt om hvordan smitte ble overført, var også medisinerstanden i Norge delt. Det var klare tegn for at sykdommer smittet mellom mennesker, og dette ble observert og dokumentert i sørlandsbyene og bygdene innenfor. Medisinstanden i hovedstaden Christiania, var imidlertid ikke mottakelig for disse argumenter (Nielsen, 2008).

Noen tiår etter Semmelweis død, ble Florence Nightingale (1820-1910) født. Hun forstod tidlig betydningen av å forebygge smitte ved hjelp av gode hygieniske forhold, og er i dag ansett som datidens hygieniker. Hun var en sykepleiepioner i sitt fag og den første som skrev noe om hva sykepleie er. Hun var inspirert av Hippokrates sin velgjørenhet og “ikke skade - prinsipper”, og omskrev disse til “å skåne den syke for påkjenning” og “å bygge opp om pasientens krefter” (Holter, Mekki, 2011). Hennes visjon var å bedre samfunnets helsetilstand. Hun mente at dårlig hygienisk standard førte til skade for den friske og desto mer skade for

den syke. Som 34 åring reiste Nightingale til Krim. Der fikk hun vist hvilke forbedringer tilrettelagt sykepleie kunne medføre (Karoliussen, 2011). Før Nightingale begynte sitt arbeid i Krim, hadde nesten flere dødd på lasarettet enn i krigshandlinger. Hennes sykepleieinnsats og ledelse under Krimkrigen reduserte dødeligheten hos krigsskadde fra 42 % til 2-3 % (Elstrøm, 2002). Dette er et kroneksempel på hvordan systematisk anvendelse av enkle hygieniske tiltak kan redusere og styrke kampen mot epidemier (Holter, Mekki, 2011). Som Semmelweis møtte også Nightingale motstand mot sine strenge krav til renslighet. Da hun ønsket at alle sykepleiere skulle vaske hende mellom hver pasient, ble dette møtt med motstand fra sykepleierne (Stordalen, 2009). Hennes autoritære rolle som leder medførte likevel at hun lyktes i å få sykepleierne til å gjøre som hun sa. Dette var avgjørende for at hun lyktes å i heve den hygieniske standarden. Nightingale ga hygiene og infeksjonskontroll en sentral plass i sin sykepleieskole (ibid). Hun skrev i sin bok "Notes of nursing at "Klok og menneskelig håndtering av pasienten er den beste forsikringen mot smitte" (Nightingale, 2000, s. 69). Dette enkle utgangspunktet har samme relevans i dag som på 1800-tallet.

Nightingale bygget sin sykepleie på at sykdom var et resultat av mangel på luft, lys, renslighet og riktig ernæring, og at sykepleieren skulle legge til rette for naturens egen helbredende kraft (Elstad, 2008). Nightingale mente sykepleie var en forebyggende aktivitet og at "Ingen kan helbrede, det er det bare naturen som kan. Sykepleie er å gjøre pasienten mest mulig mottakelig for helbredelse." (referert i Mekki og Holter, 2011, s. 267).

Hun fremhevet viktigheten av å legge til rette for god sykepleie, slik at det kunne sikres kvalitet uavhengig av hvem som var på vakt. "Dårlige sanitære forhold, dårlig romløsning og dårlige rutiner gjør det ofte umulig å drive sykepleie. Men kunsten å pleie syke bør innbefatte rutiner som i seg selv gjør det mulig å drive sykepleie slik jeg mener det bør gjøres" (Nightingale, 2000, s. 32). Nightingales klarsynthet vedrørende viktigheten av gode rutiner på arbeidsplassen, er noe vi fortsatt kan ta lærdom av i dag.

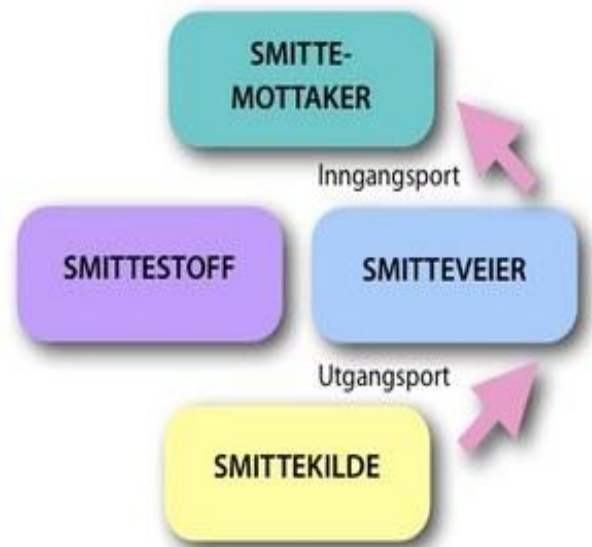
5.0 Smittekjeden

For å kunne forebygge smitte er det viktig at sykepleiere har kunnskap om de ulike leddene i smittekjeden. Vi må vite om hvilke faktorer som bestemmer mikroorganismenes forekomst og utbredelse. Dette gir oss handlingskompetanse til å utføre tiltak rettet mot hvordan vi kan bryte smittekjeden. Infeksjoner skjer ved at det kommer mikrober til et område der det normalt ikke hører hjemme, eller når forholdene på huden av ulike grunner er endret og mikroorganismene formerer seg (Stordalen, 2009).

For at infeksjonssykdommer skal oppstå og spres, trengs et smittestoff, en smittekilde, en smittemåte og en smitemottaker (ibid).

Å bryte smittekjeden betyr å hindre de eksisterende smittestoffene i å komme i kontakt med smitemottakeren (ibid).

Et eksempel på å bryte smittekjeden er å utføre håndhygiene, slik at vi fjerner mikrober som kan forårsake infeksjon. Dermed hindrer vi overføring av smittestoffet via kontaktsmitte til pasienten.



Figur 1: Snorre Tørriseng

5.1 Håndhygiene

Det finnes mikroorganismer over alt i omgivelsene og mennesket bærer millioner av dem på huden og i kroppen. Vår normalflora bekjemper eventuelle sykdomsfremkallende mikrober og bidrar til at kroppens normale funksjoner holdes intakt. Normalfloraen deles inn i to typer; midlertidig flora og permanent flora (Stordalen, 2009). Den midlertidige hudfloraen er påførte mikrober som er fremmede og som potensielt kan være sykdomsfremkallende. Den midlertidige hudfloraen kan vaskes bort eller fjernes ved hånddesinfeksjon (Ibid). Det er disse mikrobenes vi forsøker å eliminere via håndhygiene.

Håndhygiene består av håndvask eller hånddesinfeksjon. Betingelsen for riktig utført håndhygiene er at hendene er fri for smykker, armbånd og klokker, at neglene er kortklippte (<2mm ut fra fingertuppen) og uten neglelakk (FHI, 2004). Hovedregelen er at vi alltid går fra rent til skittent arbeid (Stordalen, 2009). I World health organization [WHO] (2009) "the five moments of hand hygiene of health care settings", beskrives det kort når du skal utføre håndhygiene. Dette er for det første før man er i fysisk kontakt med pasienten, for det andre før ren/steril prosedyre, for det tredje etter situasjoner hvor det er risiko for at en har vært utsatt for kroppsvæsker, for det fjerde etter fysisk kontakt med pasienten, og for det femte etter fysisk kontakt med pasientens omgivelser (WHO, 2009, s.27, egen oversettelse). I alle de fem ovennevnte situasjonene er risikoen for å bli utsatt for mikrober svært stor. Ved å rutinemessig utføre håndhygiene etter disse hendelsene, vil potensielle infeksjoner forebygges ved at smittekjeden brytes. Den grunnleggende hensikten med riktig håndhygiene, er å bryte smittekjeden og forebygge sykdom (Holter, Mekki, 2011).

Riktig utført håndhygiene fjerner 99 % av mikrobene og hendene regnes som helt rene umiddelbart etter utførelsen (FHI, 2004). Holter og Mekki (2011) viser til at det antas at mellom 30-50 % av alle helsetjenesteervervede infeksjoner kan forbygges ved korrekt utførelse av håndhygiene. Folkehelseinstituttets Nasjonale veileder for håndhygiene (2004) anbefaler både håndvask og hånddesinfeksjon og skriver at riktig håndhygiene er det enkleste, billigste og mest effektive enkelttiltaket for bekjempelse av sykehusinfeksjoner. Desinfeksjonen er et førstevalg når hendene er rene, mens såpe og vann anbefales ved synlig forurensede hender. For å få full effekt av håndhygienens må den utføres nøye, spesielt på fingre og fingertupper(Ibid).

5.2 Sykehusinfeksjoner

I forskrift om smittevern i helsetjenesten (2005) defineres sykehusinfeksjoner som "en infeksjon som oppstår under eller etter og som følge av et opphold i sykehus eller annen helseinstitusjon". Befolkningen blir stadig eldre og flere pasienter er ekstra utsatt for sykehusinfeksjon på grunn av på forhånd dårlig immunforsvar. Det behandles nå flere

sykdommer og pasientene har et mer kompleks sykdomsbilde (Stordalen, 2009).

Antibiotikaresistente mikrober er også et økende problem (Ibid). Det er mange årsaker til at sykehusinfeksjonene oppstår og årsakssammenhengen kan være sammensatt av flere faktorer. Det er derfor vanskelig å utrede hva som er den avgjørende årsaken til infeksjonene.

Folkehelseinstituttets (2011) prevalensundersøkelse høsten 2010, viste at det var en stabil infeksjonsforekomst på norske helseinstitusjoner. Det er kirurgisk intensiv/overvåking samt generell kirurgi som topper listen over infeksjonsforekomst med opp mot 17,8 %. Med så høye tall bør det være gode muligheter for et forbedringspotensial. Formålet med prevalensundersøkelser som infeksjonsovervåkning, er å gi et bedre grunnlag for å effektivisere infeksjonsforbyggende tiltak. Overvåkingen bidrar til å avdekke eventuelle mangler på eksisterende prosedyrer og gir en vedvarende fokusering på sykehusinfeksjon som et problem. Tellingen foretatt høsten 2010 viste at ca. 6 prosent, altså 1 av 17 pasienter, hadde en type sykehusinfeksjon på undersøkelsesdagen (FHI, 2011).

En sykehusinfeksjon kan oppstå fra 2-3 døgn etter innleggelse og opptil 30 dager etter utskrivelse, ved innsatt protese eller fremmedlegeme kan sykehusinfeksjonen oppstå så langt som et år i etterkant (Stordalen, 2009). De mest hyppige infeksjonene er postoperative sårinfeksjoner, urinveisinfeksjoner, luftveisinfeksjoner og septikemier (Holter, Mekki, 2011). Resultatet av de ulike infeksjonene er ofte forlenget innleggelse, flere undersøkelser, mer pleie og behandling. I noen tilfeller er utfallet dødelighet og invaliditet. Sykehusinfeksjoner medfører også betydelige økonomiske, medisinske og sosiale konsekvenser for sykehusene. Folkehelseinstituttet (2004) anslår at det koster samfunnet over 1 milliard kroner årlig. Dette tilsier at vi ved økt fokus på infeksjonsforebygging, kan bidra til store besparelser for samfunnet. Helse og omsorgsdepartementet (2008) viser til at 20-30 % av sykehusinfeksjoner forebygges med effektivt smittevernarbeid.

6.0 Drøftning

I vår drøfting av sykepleieres håndhygiene har vi valgt å trekke inn tre av de yrkesetiske retningslinjer. Forskningen viser at utførelsen av håndhygiene er lav (Lankford et al, 2003), samt at det fortsatt er utbrett bruk av ringer (Fagernes, 2010). De yrkesetiske retningslinjene skal være veiledende for oss sykepleiere når vi står overfor vanskelige valg i en hektisk arbeidshverdag. Vår vurdering er at sykepleiere som ikke utfører korrekt håndhygiene, bryter med disse tre grunnleggende prinsippene og burde være en oppvekker for mange. Etter vår oppfatning viser dette behovet for et kontinuerlig fokus på viktigheten av, og plikten til å utføre korrekt håndhygiene.

I følge *Rammeplan for sykepleieutdanningen* har vi ansvar for at pasienten får en faglig forsvarlig behandling. Vi skal tilby trygge og sikre helsetjenester som ikke utsetter pasientene for unødvendige belastninger. Gjennom vår utdanning og våre erfaringer skal vi vise kompetanse gjennom kunnskap, holdninger og ferdigheter (Kunnskapsdepartementet, 2008).

“1.3 Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig” (YRS, s. 7).

På et sykehus er det viktig å ha kunnskap og forståelse for samspillet mellom pasient, mikrober og omgivelsene. Kunnskapen om dette samspillet er noe vi gjennom våre studier har tilegnet oss. For å forebygge infeksjoner, trenger vi god kunnskap om hvordan prosedyrer skal utføres, og hvordan mikroorganismene forekommer og formerer seg. Denne kunnskapen bidrar til faglig forsvarlighet og vil være et infeksjonsforebyggende tiltak dersom den etterleves i praksis. Håndhygiene er et av det viktigste enkelttiltaket vi gjør for å bryte smittekjeden og hindre overføring av infeksjonsfremkallende mikrober.

Det fremgår av Helsepersonelloven (1999) all helsepersonell er pliktige til å yte en forsvarlig praksis, og etterleve normer som er faglig anerkjent. Sykepleieren har et personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger, og at sykepleieren skal holde seg ajourført innenfor ny kunnskap.

Vi er derfor lovpålagt å oppdatere oss faglig, og mener at kunnskap gir økt handlingskompetanse. Rafoss (2012) viser til forskning som sier at dersom det undervises i håndhygiene, vil dette være et hensiktsmessig tiltak i forhold til å øke etterlevelsen av håndhygiene. Retningslinjene for håndhygiene er tilgjengelig for alle og skal være tilgjengelig på institusjoner (FHI, 2004). WHO (2009) beskriver i hvilke situasjoner håndhygiene skal utføres. Er det manglende kunnskap som er årsaken til at retningslinjene ikke blir fulgt? Er sykepleiere for dårlige til å friske opp nødvendig kunnskap og holde seg oppdaterte på nyutviklinger? Eller er det andre årsaker til at sykepleiere slurver med håndhygiene?

Tallene fra den siste prevalensundersøkelsen her til lands, viser at det er en stabil forekomst av sykehusinfeksjoner på 6 prosent. Denne forekomsten har vært stabil siden 2004 (FHI, 2011). Undersøkelser viser at forekomsten av sykehusinfeksjoner kunne vært redusert med 20-30 % i året (Berland et al, 2009). Nasjonale retningslinjer for håndhygiene ble utarbeidet i 2004, det forhold at det ikke har vært noen nedgang siden 2004, kan vise at sykepleiere og andre helsefagarbeidere ikke har blitt bedre til å følge retningslinjene for håndhygiene. Vil dette tilsi at helsepersonell ikke tilegner seg kunnskapen som er tilgjengelig?

Andersen og Thorstad (2008) har undersøkt kunnskapen om infeksjonskontroll og kunnskapen om de skriftlige prosedyrer for hygiene og smittevern. De viser til at 96 % av respondentene svarte at de hadde lest disse prosedyrene, noe som tilsier at kunnskapen skulle være tilstede. Dette viser at kunnskapen er tilgjengelig, men at denne kunnskapen ikke automatisk anvendes i praksis, da praktiske problemer skal løses. Det kan bety at det er andre årsaker en mangel på kunnskap som er årsaken til at retningslinjene for håndhygiene ikke alltid blir fulgt.

Berland et al. (2009), viser til at informantene som deltok i undersøkelsen, uttrykket at respekten for retningslinjene ble redusert over tid. Dette kan tyde på at det ikke er manglende kunnskap, men redusert respekt for retningslinjene som er en av årsaken til dårlig håndhygiene. Undersøkelsen kan tale for at det vil kunne ha en effekt å sørge for at sykepleiere jevnlig oppdaterte seg på retningslinjene eller på annen måte ble minnet om innholdet i de og viktigheten av å overholde håndhygiene. Dersom respekten for retningslinjene reduseres med tiden, vil en slik kontinuerlig påminning kunne bidra til at

respekten for retningslinjene i større grad ble opprettholdt.

Undersøkelsen avdekket også at en travel arbeidssituasjon kunne ha innvirkning på om sykepleierens hygiene ble ivaretatt på en sikker måte. Nightingale uttrykte viktigheten av gode rutiner for å sikre den gode sykepleie. I en travel arbeidshverdag kan gode rutiner på arbeidsplassen og god tilgjengelighet til desinfeksjonsmiddel, bidra til at håndhygiene opprettholdes selv i en travel hverdag.

I situasjoner hvor sykepleieren selv vurderer infeksjonsrisikoen, vil manglende kunnskap om infeksjoner gå ut over pasientsikkerheten. Dette blir omtalt i Berland et al (2009) og Rykkje, Heggelund og Hartug (2007). Rykkje et al. (2007) viser til at det er behov for å tilføre nyansert og dokumentert informasjon for at effektiv håndhygiene kan utføres i tråd med aktuell risikograd og arbeidssituasjon. Dette tilsier at sykepleiere også bør oppdatere seg på smittefare og risiko i de typiske situasjoner som kan oppstå i den enkeltes arbeidssituasjon. Dette kan blant annet gjelde i generell kirurgi, der post operative sårinfeksjoner er hyppig forekommende (FHI, 2011). Vi mener at det her blant annet trengs kunnskap om smittekjeden i forbindelse med sårstell. Kanskje det er behov for å ha påfyll av hvordan en skal benytte trekantprinsippet i praksis. Trekantprinsippet utført korrekt vil hindre at mikrober kommer i såret, ved å skille rent og urent (Kristoffersen, Nortvedt, og Skaug, 2005). Her er det også viktig med kunnskap om at man ikke skal re sengen til pasienten, rett før pasientens sår skal stelles. Men først og fremst må helsepersonell ha kunnskap, og bli påminnet om når og hvordan en skal utføre håndhygiene, da dette er den beste og enkleste måten å bryte smittekjeden på.

Vårt ansvar for en faglig praksis tilsier at vi er pliktig til å følge de prosedyrer og retningslinjer som foreligger. I Nasjonale retningslinjer for håndhygiene (2004) står det at hendene skal være uten smykker for at håndhygiene skal kunne utføres korrekt. I retningslinjene står det også at det ikke er tillatt å bruke noen form for smykker for personell som er i kontakt med pasienter. Bruk av smykker på sykehuset er derfor i strid med juridiske og etiske regler for sykepleiere. I verste fall kan en sykepleiers manglende overholdelse av forbudet mot ringbruk og korrekt håndhygiene medføre at pasienter mister livet. Center for diseases control and prevention (2002), viser til at 10 % av pasienter som har ervervet en

sykehusinfeksjon, dør under sykehusoppholdet. I 10 % av disse dødsfallene, er sykehusinfeksjonen en direkte årsak.

En sykepleier vi har snakket med uttalte “en skal være frisk for å være på sykehus”. Dette er et paradoks da det naturligvis er slik at det til enhver tid er flest syke på et sykehus. Dette gjelder kanskje først og fremst sykepleieren som er den friske, og så lenge det ikke skader oss blir vi likegyldige til kunnskapen vår. Dette er selvfølgelig å sette det på spissen, men økningen av resistensutviklingen vil kreve at vi går inn med maksimal smitteverninnsats for å bryte smittekjeden og hindre smitte.

Fagernes (2007) forsket på bakterieveksten på forskjellig type ringer båret av sykepleiere på sykehuset. Det ble oppdaget et betydelig høyere antall bakterier på de ringer som ikke var glatte, men glatte ringer hadde også en høy andel bakterievekt. Resultatet viser til at bruk av ringer øker infeksjonsrisikoen for pasientene, uavhengig av om ringen er glatt eller ikke.

I Fagernes og Fagermoen (2010) vises det til at det på tross av de klare retningslinjene er utstrakt bruk av ringer under klinisk arbeid blant norske pleiepersonell. Det fremgår også at det er mange som har en aksept for bruk av glatte giftringer i arbeidssituasjonen.

Telling gjort på St.Olavs Hospital viser at ca. 40 prosent av de ansatte på sykehuset, bruker ringer eller andre smykker på hendene (Nielsen, 2012, s. 21).

Dette bekrefter behovet for tiltak. Urene hender regnes for å være en av syndebukkene til infeksjoner i helsevesenet, hender med smykker en i mange tilfeller synonymt med urene hender.

Når man vet at dette kan være en medvirkende årsak til dødsfall hos pasienter, er det vanskelig å forstå at bruk av ringer er akseptert blant sykepleiere. Rykkje et al. (2007) påpekte at det forekommer en selvvurdering blant helsepersonell om infeksjonsrisiko som kan være mangelfull. Skyldes utstrakt ringbruk manglende kunnskap, manglende respekt for retningslinjene eller manglende etikk og moral?

I det første året på sykepleierskolen, ble det i mikrobiologiundervisningen plukket ut noen studenter som skulle gå til sykehuset å finne helsepersonell med smykker. De skulle ta prøver av smykkene som skulle få gro på petriskåler. I etterkant ble det tatt bilder av disse prøvene

og lagt ut på storskjerm i undervisningen. Det var store mengder bakteriekolonier av forskjellige slag, som i praksis kan påføre pasientene infeksjoner. Lignende undersøkelser er presentert i Nielsen (2012, s. 21), der det på en giftering ble funnet over 70 bakteriekolonier. Å se dette med egne øyne ble for oss en form for avskrekking mot å benytte smykker og et bevis på den usynlige fare som smykker og hender fører med seg. Det er vårt eget ansvar å velge bort smykker, da dette per dags dato ikke blir kontrollert til enhver tid. Med tiden vil kanskje dette avskrekkende bilde falme, og man vil ha behov for en påminner for at respekten for retningslinjenes forbud mot bruk av ringer skal opprettholdes.

Infeksjonsforebyggende arbeid handler også om ansvar. Ansvar for pasientens sikkerhet og ansvar for vår egen sikkerhet. Det er et ledelsesansvar å sørge for forebyggende arbeid, men også et personlig ansvar.

Som følge av Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner har Helse Sør - Øst laget en detaljert handlingsplan, der målet er å ha under 3 % sykehusinfeksjoner. I Sør-Øst regionen skal blant annet de ansatte undervises i basale smittevernrutiner (Jacobsen, 2011).

Dette er et godt eksempel på at endring kan starte fra toppen, og det må settes fokus på sykehusinfeksjoner for å skape forandringer.

Selv om det er viktig og kanskje nødvendig at ledelsen involverer seg i formidling av kunnskap om sykehusinfeksjoner, vi mener dette er like mye sykepleierens personlige ansvar.

Å sette fokus og skape endringer fra øvre hold, øker trolig sykepleierens bevissthet over egne handlinger, men det er sykepleierens personlige ansvar å etterleve de gitte retningslinjene og arbeide evidensbasert.

Handler dette kanskje om tid? Dersom arbeidsgiver ikke gir sykepleierne tid i arbeidshverdagen til å holde seg faglig oppdatert og friske opp kunnskapen, vil de færreste bruke fritid sin på å oppdatere seg faglig. Hvis ledelsen setter av tid til undervisning og gjør dette til en del av arbeidshverdagen, kan det bidra til at sykepleiere har mulighet og plikt til å oppdatere seg faglig. I noen andre yrker er det et lovpålagt krav om et nærmere bestemt antall timer etterutdanning i året for at vedkommende skal få praktisere sitt yrke. Dette gjelder blant annet for yrkessjåfører (yrkessjåførforskriften, 2008). Hvorfor gjelder ikke tilsvarende for sykepleiere? kunne det vært et egnet tiltak på den måten hadde man tvunget alle sykepleiere

til å oppdatere seg jevnlig og på den måten medvirke til at respekten for retningslinjene opprettholdes.

Vi tror at hvis det er et kollektivt samarbeid med fokus på hygiene og nulltoleranse for bruk av smykker i avdelingen, vil det kunne bidra til økt bevissthet overfor egne handlinger og etterlevelse av håndhygiene. “Slik gjør vi det hos oss” har en kulturell forklaring som vi mener kan styrke en avdeling i positiv forstand. Her har hver og en et ansvar og en mulighet til å være med å påvirke hvordan holdningen på sin egen avdeling skal være. Det er ingen tvil om at ledelsen er nøkkelpersoner til å skape en slik arbeidskultur. Vi kan likevel se for oss hvor stolt personalet hadde blitt over sitt yrke hvis neste observasjonsstudie eller neste prevalensundersøkelse viste at de hadde klart å nå målet. Dette ville medført en gevinst i form av mindre lidelse for pasientene, reduserte utgifter for sykehuset og samfunnet. Og kanskje en god samvittighet og yrkesstolthet hos sykepleierne?

Den andre retningslinjen vi trekker frem er pkt. 2.1: “Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom” (YRS, 2011, s. 8). Dette betyr at alle sykepleiere skal opptre på en forsvarlig måte som forebygger sykdom. Dette gjelder ikke minst utførelse av korrekt håndhygiene som er en forutsetning for å hindre smitte på et sykehus med mye sykdom og bakterier.

I studiene til Judah, Aunger, Schmidt, Michie, Granger, Curtis (2009), forsøkte de å finne ut hva som trigger håndvask. Dette ble gjort ved å sette skjermene ved inngangen der de undersøkte virkningen av forskjellige meldinger. Den meldingen som viste seg å ha klart størst effekt på både menn og kvinner var “Bruker personen ved siden av deg såpe da hun/han vasker seg?”. På bakgrunn av resultatene, konkluderte forskerne med at det antakelig er nok at folk tror de er observert til at de utfører skikkelig håndvask. Selv om denne undersøkelsen ble utført på et offentlig toalett, er det grunn til å tro at de samme mekanismene fungerer for helsepersonell. Vi ønsker ikke at det skal være nødvendig med overvåking for at håndhygiene skal bli utført. Vi mener det er ønskelig at sykepleieren gjør konkrete valg av handlinger, ut i fra hva som er riktig og galt.

Det å handle moralsk i sykepleien, innebærer å handle i samsvar med normer som kommer fra fagets verdi. Hvis man for eksempel lurer på om man skal utføre håndhygiene eller ikke, og må veie for og i mot før man utfører prosedyren, har man ennå ikke internalisert dydens ærlighet. Handlingen ble utført, men motivet for å gjøre det kom ikke som en regelrett og vanemessig handling slik de moralske dydene forutsetter. Derfor er det viktig at dette blir innarbeidet som en vane eller en dyd, slik at den alltid blir utført i situasjoner som krever det. Her viser vi til ”my five moments of hand hygiene” (WHO, 2009). Ved hjelp av etisk refleksjon kan sykepleiere innarbeide gode holdninger og rutiner, slik at vi utfører håndhygiene selv om man ikke er overvåket. Vi kan også trekke det opp mot pliktetikken der vi sier ”du skal utføre håndhygiene”.

Som nyutdannet sykepleier er det mye som er ukjent og nytt. Møte med arbeidshverdagen og arbeidskulturen på en avdeling kan være utfordrende fordi ikke alt samsvarer med teorien og det man har lært på skolen. Dette har vi selv opplevd i vår praksis som sykepleierstudenter.

Andres holdninger og avdelingskulturen kan ha betydning for hvordan en som er nyutdannet vil handle og tillegge seg gode/dårlige rutiner. Dersom nyutdannede opplever brudd på retningslinjene eller dårlige rutiner rundt håndhygiene, kan det for mange oppleves enklere å tie enn å si i fra. Vi har for eksempel opplevd hvor utfordrende det kan være å stille seg kritisk til bruk av smykker på jobb. Rundt bordet på pauserommet på en av våre praksisplasser satt vi til sammen syv mennesker, både sykepleiere og hjelpepleiere. Vi snakket om tematikken i vår bacheloroppgave, herunder viktigheten av håndhygiene. Vi nevnte hvor skremmende mange det er som brukte smykker på jobb. Det ble en ubehagelig stillhet når smykker ble nevnt, og det viste seg at fem av syv stykker rundt bordet hadde på seg en eller flere ringer på hendene. *”Det føltes som jeg akkurat hadde tatt et barn i å tegne på veggen, de visste at de ikke skulle ha på seg smykker, men gjorde det allikevel”* var vår følelse.

Etter vår oppfatning er det et dilemma hvordan vi som nyutdannede skal gripe an situasjonen. Det å kritisere eller si i fra om regelbrudd til mer erfarne pleiere, kan være svært ubehagelig. Vi ønsker ikke å bli oppfattet respektfulle og ikke nedverdiggende mot de andre på avdelingen. De fleste ønsker å bli oppfattet som hyggelig og pliktoppfyllende, men samtidig har man et ønske og en plikt til å ivareta pasientene på best mulig måte. Alternativet til å si i fra, er å tie om kritikkverdige forhold. Ved å tie unngår man ubehageligheten ved responsen

på den eller de kritikken rettes mot, men samtidig bryter man med sine juridiske og etiske plikter som sykepleier. I en slik situasjon oppstår det en konflikten mellom kulturen på arbeidsstedet, våre etiske normer, og verdier i forhold til det vi mener hører til vårt yrke. Helsepersonell er misforstått lojale ovenfor arbeidsgiver/kollegaer. Først og fremst plikter vi å ivareta pasientene. Dermed ligger det til grunn at vi må være ærlige og tydelige om svakheter og svikt på arbeidsplassen (Eide og Eide, 2007).

Vi har erfart at å kommentere bruk av ringer, blir avfeid som hysteri. Vi er blitt møtt med kommentarer som “jeg har brukt ringer på jobb i snart 20 år, og det har da gått bra hittil!”. Slike holdninger må vi anta grunner ut i mangel på kunnskap, og mangel på respekt for retningslinjene som vi plikter å følge. Hvilket grunnlag har vedkommende i eksempelet ovenfor for å si at det alltid har gått bra? Er det fordi hun selv ikke har fått en infeksjon? Eller vet hun med sikkerhet at hun ikke har vært en direkte eller medvirkende årsak til at en av hennes pasienter er blitt påført en infeksjon? Dette kan hun umulig vite. Kanskje hadde vedkommende sett det annerledes hvis hun selv hadde fått en type sykehusinfeksjon, eller hadde visst at hun var årsaken til en eller flere pasienters lidelse eller i verste fall død. Som nevnt ovenfor, illustrerer dette viktigheten av å ha kontinuerlig fokus på sykehusinfeksjoner for at kunnskap og respekt hos sykepleierne skal opprettholdes over tid.

Vi ønsker å vise til Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015) der de sier:

“Pasientsikkerhet, kunnskapshåndtering og kvalitetsforbedring bør være integrert i alle relevante utdanninger. I stortingsmeldingen om utdanning for velferdstjenestene, vurderes behovet for å legge mer vekt på kvalitet, pasientsikkerhet og etikk i helse- og sosialfagutdanningene”

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2011., kapittel 8.1).

Kampanjen “i trygge hender” holder i disse dager på med å kartlegge pasientsikkerhetskulturen i pasientbehandlingseenheter i hele landet. Det skal ved hjelp av spørreskjema de ansatte skal svare på, skal det kartlegges i hvilken grad arbeidsfellesskapet preges av rutiner og prioriteringer som forebygger uønskede hendelser og pasientskader. Resultatet av denne kartleggingen kan bidra til at leder kan bruke målingen som innspill i utarbeidelsen av planer og strategier for forbedringen av pasientsikkerheten. Det vil bli

spennende å se hvordan denne kartleggingen kan bedre dagens praksis, med de ansattes erfaringer som grunnlag.

Den tredje retningslinjen vi har valgt å trekke frem, er pkt. 4.2 “Sykepleieren ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse- og omsorgsarbeidere som deltar i pleie- og/eller omsorgsfunksjoner”

I følge Nightingale skulle sykepleieren lære

“å observere kontinuerlig og nitidig, for ingen utdanning er av noen betydning hvis man ikke kan lære å tenke ut tingen selv” (sitert i Karoliussen, 2011, s. 33).

I følge Eide og Eide (2007), er det å gi hjelpende tilbakemelding, som skal få andre til å reflektere over seg selv og det man gjør, en gode ferdigheter. Dette kan være nødvendig for å kunne se sin praksis og seg selv i et nytt lys (ibid). Gode rollemodeller og kollegial tilbakemelding samtidig som en har evne til å reflektere over egne erfaringer er viktig for å kunne utvikle sykepleiekompetansen i praksis (Kristoffersen et al. 2005).

Florence Nightingale mente at en måtte legge forholden til rette for å sikre god sykepleie, slik at den gode sykepleie kunne skje uavhengig av hvem som var på vakt (referert i Holter og Mekki, 2011). Sykepleiere har et viktig ansvar i å formidle faktakunnskap og ferdigheter, og være gode rollemodeller for våre medarbeidere. Alle trenger vi mot, ikke bare når vi står ovenfor en reell fare, men vi trenger også mot for å kunne skape en situasjon som kan bli ubehagelig (Rachels & Rachels, 2007).

Som sykepleiere har vi også en veilederfunksjon for studenter og nyansatte. For hvilke signaler gir en sykepleier som er besmykket på hendene, eller dropper håndhygiene? Tveiten (2008) beskriver at dersom studentene møter sykepleiere som ikke overholder retningslinjene, for eksempel med å bruke ringer, klokker eller andre smykker, kan dette medføre at studentene og andre helsepersonell, oppfatter det å bryte retningslinjer som akseptabelt.

Derfor er det særs viktig at vi i alle situasjoner er bevisst på når og hvordan vi utfører håndhygiene. Vi ønsker å føre videre gode rutiner og være gode rollemodeller i praksis.

I forskningsartikkelen til Lankford et al. (2003) kommer det fram at dersom en med høyere utdanning ikke utfører håndhygiene, unnlater ofte også medarbeideren å utføre håndvask. Dette viser hvor viktig det er at lederne, de erfarne sykepleierne og de med spesialutdanning tar et ekstra ansvar i kampen mot sykehusinfeksjoner. Nyutdannede ser ofte opp til de mer erfarne, og tilegner seg gode og dårlige vaner fra sine ”faglige forbilder”.

I Førland og Iversen (2006), evalueringen av ren omsorg, omtales det at sykepleiere og hjelpepleiere mener at kulturen på arbeidsplassen var en viktig faktor for overholdelse av håndhygiene. Mange opplevde at kulturen tillot slurv og at nyutdannedes fokus på god håndhygiene ble undergravd. Det var ikke vanlig med varsling eller å si fra om brudd på reglene om håndhygiene. Dette tilsier at det kan være behov for holdningsskapende arbeid ute i arbeidslivet, og da særlig blant de som har ”noen år på baken”. Dette er trolig noe ledelsen på de enkelte arbeidsplassene må ta initiativ til å endre. Selv om hver og en av oss har et ansvar, kan det være vanskelig for den enkelte sykepleier å endre en hel arbeidskultur på en arbeidsplass.

Det den enkelte kan gjøre, er å gi hjelpende tilbakemeldinger som kan medføre at kollegaer blir mer bevisste på håndhygiene og forhåpentlig vil endre dårlige vaner. Dersom en kollega føler seg direkte kritisert, vil sjansen for å få igjennom en god veiledning minske. Sykepleiere har et stort ansvar for å øke pasientsikkerheten, ved å tilse at vi selv og andre jobber etter retningslinjene og prosedyrene som foreligger. En kan trekke det mot etikken i form av lydighetstenkning som er en selvforståelse som er bygget opp som brikker i et spill. Den gir seg til utrykk i at vi ikke har samvittighet eller personlig ansvarsfølelse. Vi blir da et verktøy for andre, en som gjør det andre sier at vi skal gjøre, altså du er lydige (Skau, 2005). For mange av oss, er legen en autoritet det ikke er lett å korrigere. Semmelweis erfarte hvor stor motstand han fikk av sine egne kollegaer på sitt arbeid mot å forebygge sykehusinfeksjoner (Lund, 2006). Det å si ifra til en med høyere rang enn oss selv kan om mulig i enda større grad føles ubehagelig. Vi er alle til en viss grad redde for å bli utestengt fra det gode selskap, og det er kanskje noe av grunnen for at vi ofte velger å tie om kritikkverdige forhold. Vår plikt ligger i det å beskytte pasienten fra fare. Den rette handling er den plikten som bestemmer, og våres moral består i å følge regler og prinsipper. Trosser vi det ubehagelige og handler i samsvar med plikten til å melde fra om kritikkverdig praksis, handler

vi pliktetisk. Det tilsier at vi trenger å være modige for å si fra dersom vi oppdager brudd på retningslinjene. I et slikt tilfelle skal etikken styre oss til å gjøre den rette handlingen. Pittet et al. (2000) fant at gjennom å gjennomføre en kampanje på sykehus for håndhygiene, økte blant annet sykepleieres håndhygiene betraktelig, mens legers gjennomføring av håndhygiene forble like dårlig. Dette kan bety at vi som sykepleiere må “minne” også legene på når de skal utføre håndhygiene. Dette vil vi gjøre ut fra dyden mot, og at vi med dette tåler å stå i en ubehagelig situasjon.

Vi skal snart ut i arbeidslivet med ansvar som sykepleier. Da er det også vårt ansvar å bidra til å øke kunnskapsnivået og være gode veiledere for våre medarbeidere. Det er mange situasjoner vi må huske at vi sitter på god og ny kunnskap om sykepleiefaget, som vi kan videreføre til andre helse- og omsorgsarbeidere. For oss er det viktig å huske at mange kan ha vært i arbeidslivet i flere tiår uten faglige oppdatering og oppfrisking. Her kan vi være et godt og nyttig tilskudd på arbeidsplassen dersom vi kan formidle ny og gammel kunnskap og sette dette ut i livet i praksis.

Samtidig vil vi oppleve at vi har veldig mange gode medarbeidere, som er veldig dyktige og som skal være våre rollemodeller og veiledere for oss som nyutdannede. Vi har begge møtt inspirerende og glødende engasjerte sykepleiere/helsepersonell som har bidratt til å tenne ønsket i oss selv om å bevare vår yrkesstoltheten for sykepleie. Disse motiverer oss til å øke vårt eget kunnskapsnivå. Vårt mål er å kunne bli en inspirasjonskilde til andre sykepleiere og forhåpentlig kunne bidra til at håndhygiene og forebygging av infeksjoner blir et fokusområdet på våre arbeidsplasser.

6.0 Konklusjon

Det er mange årsaker til at sykehusinfeksjonene oppstår og årsakssammenhengen kan være sammensatt av flere faktorer. Det antas at ved effektivt smittevernarbeid kan 20-30 % av sykehusinfeksjonene forebygges (Helse og omsorgsdepartementet, 2008). Dette betyr ikke at alle infeksjoner kan fjernes eller forhindres, men risikoen for infeksjon hos pasienten kan reduseres.

Ved mangelfull utførelse av basale smittevernrutiner, som håndhygiene, utsettes pasienten for risiko og pasientsikkerheten blir ikke ivaretatt. Det vi vet er at håndhygiene er det viktigste

enkelttiltaket vi kan utføre for å hindre smitteoverføring. La derfor hendene være et redskap for å fremme helse og livskvalitet hos pasienten istedenfor å være en fare (Stordalen, 2009).

Med tanke på kunnskapen som finnes om håndhygiene, burde det ikke være et problem å følge de retningslinjene som foreligger. Igjennom forskning, deriblant Lankford et al. (2003) og Fagernes (2010), viser begge til at håndhygienens retningslinjene ikke blir fulgt.

Dette viser at mange år etter Semmelweis og Nightingales arbeid for å forbedre hygien, sprer fortsatt helsepersonell, og deriblant sykepleiere, infeksjoner på grunn av manglende håndhygiene.

Vi har med hjelp av de etiske retningslinjene økt vår egen bevisstheten og holdning omkring det å utføre håndhygiene.

Vi mener også dette kan være et godt redskap for andre sykepleiere for og øke etterlevelsen av retningslinjene for håndhygiene. Furuheim og Johnsen sier “Det vi blir bevisstgjort, kan vi gjøre noe med. Det vi ikke får bevisstgjort, gjør noe med oss” (sitert i Dalland, 2007, s. 46). Ved at det settes fokus på håndhygiene i avdelingene, kan dette bidra til holdningsendringer omkring det viktige temaet som håndhygiene er.

De yrkesetiske retningslinjene kan gi oss mot til å stå i situasjoner der det er behov for å si ifra om forhold som ikke er i samsvar med retningslinjene. Disse gir oss grunnlag for faglig argumentasjon. En reflektert tjenesteyter gjør det som situasjonen krever. Det er viktig at sykepleiere etisk reflekterer i sin arbeidshverdag. Det å føle en etisk plikt eller arbeide etter de yrkesetiske retningslinjene vil være gode rettesnorer for oss i praksis. Det bør også implementeres jevnlig oppdatering og faglig oppfriskning av retningslinjene for ikke å miste respekten for disse.

Litteraturliste

Barbosa da Silva, A. (red.). (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brinchmann, B. S. (2008). *Etikk i sykepleien*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Center for disease control and prevention. (2002). *Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings*. Atlanta: CDC. lokalisert på

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5116a1.htm>

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

*Elstad, I. (2008). Florence Nightingale og sygeplejen. I Glasdam, S. og Bydam, J. (Red.), *Sygepleje i fortid og nutid: historiske indblik* (64-86). København: Dansk sygepleje raad.

*Elstrøm, P. (2002). *Smittevern i helseinstitusjoner*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Eide, H., og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Fagernes, M., Lingaas, E., Bjark, P. (2007). Impact of a single plain ring on the bacterial load on the hands of healthcare workers. *Chicago Journals*, 28(10). Lokalisert på

http://www.jstor.org/stable/10.1086/520739?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&

*Førland, O.J., og Iversen, B.G. (2006). *Evaluering ren omsorg: Nasjonal håndhygiene kampanje gjennomført av Nasjonalt folkehelseinstitutt i samarbeid med landets sykehus og sykehjem*. Nasjonalt folkehelseinstitutt (Rapport 1, 2006). Lokalisert på

<http://www.fhi.no/dokumenter/4F85451BCA.pdf>

*Hellman, H. (2001). *Great Feuds in Medicine : Ten of the Liveliest Disputes Ever*. New York: Wiley.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015)*. (St.meld. nr.16, 2010-2011). Oslo: Departementet.

Helse og omsorgsdepartementet. (2008). *Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008–2012)*. (Plan. 26.06.2008). Oslo: Departementet

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2011). Lokalisert på <http://www.lovdato.no>

Holter, M.H., og Mekki, T.E. (Red.). (2011). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboka 1* (4. utg.). Oslo: Akribe.

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

*Jacobsen, T.T. (2011). Skal redusere sykehusinfeksjoner. *SI magasinet*, ?(2), 31. lokalisert på <http://www.sykehuset-innlandet.no/media/si-magasinet/Documents/SI-mag-nr-02-2011.pdf>

*Judah, G., Aunger, R., Schmidt, W-P., Michie, S., Granger, S., og Curtis, V. (2009). Experimental pretesting of hand-washing interventions in a natural setting. *American journal of public health*, 99(52), 405-411. Lokalisert på <http://ebyusdeal.info/cgi/reprint/99/S2/S405>

*Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv - ny forståelse: sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Forskrift om smittevern i helsetjenesten, FOR-2005-06-17-610. § 1. (2005). Lokalisert på <http://www.lovdato.no>

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (2005). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleier utdanning* (Rev.utg.) Lokalisert på http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepl_eierutdanning_08.pdf

*Lankford, M.G., Zembower, T.R., Trick, W.E., Hacek, D.M., Noskin, G.A. og Peterson, L.R. (2003). Influence of role models and hospital design on hand hygiene of health care workers. *Emerging infectious diseases*, 9(2), 217-223.

*Lund, P.J. (2006). Semmelweis - en varsler. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, ?(13-14), ?. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/1397630>

Lunde, EM. (2011). Smittevern. I IL. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (2. utg., s. 271-279). Oslo: Akribe

*Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2011). *Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk i sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner og helseinstitusjoner for eldre (PIAH) – høsten 2010*. Lokalisert på <http://www.fhi.no/dav/e3ac7cf90b.pdf>

* Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004). *Nasjonal veileder for håndhygiene: Om hvordan riktig håndhygiene kan forhindre smittespredning og redusere risikoen for infeksjoner*. Lokalisert på <http://www.fhi.no/dav/A670B7F77D.pdf>.

*Nielsen, O, M-B. (2008). *Mennesker, makt og mikrober: epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830-1880*. Bergen: Fagbokforlaget.

*Nielsen, K, H. (2012). Bakteriene kan gi pasienter alvorlige infeksjoner. *Sykepleien*, 100(1), 20-25.

*Nightingale, F. (1984). *Håndbok i sykepleie*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

*Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie: samlede utgaver*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

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

*Rachels, J., & Rachels, S. (2007). *Moralfilosofiens elementer*. Bergen: Fagbokforlaget.

*Rafoss, L, H, S. (2012). Hygienetiltak har effekt. *Sykepleien*, 100(1), 56-59.

*Skau G.S. (2005). *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (3.utg.). Oslo: Cappelen Damm

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

Stordalen, J. (2009). *Den usynlige fare: smittevern og hygiene* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

World Health Organization. (2009). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: a Summary*. Geneva: WHO

Yrkessjåførforskriften. (2008). *Forskrift om grunnutdanning og etterutdanning for yrkessjåfører §12 (2008-04-16)*. Lokalisert på <http://www.lovdata.no>

Figur 1: Tørriseng, S. lokalisert på <http://ndla.no/nb/node/3421>