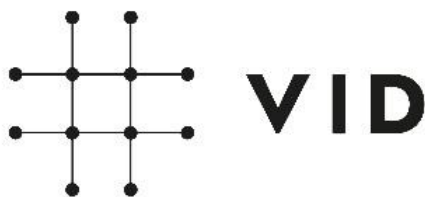


## **I trygge hender**

”Hvilke faktorer påvirker sykepleierens etterlevelse av retningslinjer for håndhygiene ved somatiske sengeposter?”



Kandidatnummer: 175

VID vitenskapelige Høgskole Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 13SYKHEL

Antall ord: 9885

17.03.2015

## **Sammendrag**

- Tittel:** I trygge hender
- Formål:** Ved å anvende hygieniske tiltak kan man redusere nesten en tredjedel av sykehusinfeksjonene. De fleste sykepleierne er klar over nødvendigheten av håndhygiene, men likevel viser forskning at håndhygiene utføres for sjeldent. Jeg ønsker i oppgaven å undersøke hva som påvirker sykepleierens etterlevelse av retningslinjer for håndhygiene.
- Problemstilling:** Hvilke faktorer påvirker sykepleierens etterlevelse av retningslinjer for håndhygiene ved somatiske sengeposter?
- Valg av metode:** Systematisk litteratursøk med funn av seks artikler.
- Resultater:** Manglende kunnskap, opplevelse av dårlig tid, bruk av smykker, få sosiale forventninger og strukturelle mangler er noen av faktorene som begrenser sykepleierens etterlevelse av retningslinjer for håndhygiene.
- Noen av faktorene som bedret etterlevelsen av retningslinjene for håndhygiene var deltakelse i undervisning, praktisk øvelse, påminnelser og sosialt press fra kollegaer og ledelse. En viktig faktor for å bedre etterlevelsen av retningslinjene for håndhygiene var at håndhygienen skulle være en enkel prosedyre å utføre.

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b>	<b>4</b>
1.1 Begrunnelse for valg av tema	4
1.2 Presentasjon av problemstilling	5
1.3 Begrepsavklaring	5
1.4 Avgrensing	5
<b>2 Teori</b>	<b>6</b>
2.1 Utviklingen av hygiene i et historisk perspektiv	6
2.2 Helsetjenesteassosierte infeksjoner	7
2.3 Lover og retningslinjer	8
2.3.1 Helsepersonelloven	8
2.3.2 Smittevernloven	9
2.3.3 Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten	9
2.3.4 Yrkesetiske retningslinjer	9
2.4 Smittekjeden	10
2.5 Retningslinjer for håndhygiene	10
2.6 Sykepleierens kunnskap	11
2.7 Teori om planlagt atferd	12
2.8 Ledelse og arbeidskultur	14
<b>3 Metode</b>	<b>16</b>
3.1 Valg av metode	16
3.2 Fremgangsmåte og litteratursøk	16
3.3. Flytskjema	18
3.4 Kilde og metodekritikk	19
3.5 Ethiske overveielser	20
<b>4 Presentasjon av funn</b>	<b>21</b>
4.1 Transkriberings skjema	21
<b>5 Drøfting</b>	<b>25</b>
5.1 Kunnskap og erfaringer	25
5.2 Resultatet av handlingen	27
5.3 Ledelse og arbeidskultur	29
5.4 Kollegaer og pasienten	30
5.5 Strukturelle hindringer	32
5.6 Personlige hindringer	34
<b>6 Konklusjon</b>	<b>36</b>
<b>Litteraturliste</b>	<b>37</b>

# 1 Innledning

Sykehusinfeksjoner er et aktuelt problem i helsevesenet, og man anslår at mellom 5-10% av pasientene som legges inn ved norske sykehus får en infeksjon (Stordalen 2015:53). Pasienten som får en infeksjon kan påføres unødvendige lidelser og har økt dødelighet. Infeksjonen skaper også økonomiske utfordringer ettersom pasienten må ligge lengre på sykehus og har et større forbruk av medisinske artikler (ibid:55). Folkehelseinstituttet anslår en kostnad på 1 milliard kroner årlig som følge av sykehusinfeksjoner i sin nasjonale veileder (2004:45). Folkehelseinstituttet har derfor to årlige undersøkelser for å kartlegge andelen pasienter med infeksjoner oppstått i helsetjenesten (Folkehelseinstituttet 2015a). I 2015 fikk 1 av 20 pasienter infeksjon som følge av operasjon (Folkehelseinstituttet 2016). Et av sykepleierens fremste våpen mot disse bakteriene er hygiene (Stordalen 2015:13). Ved å bruke hygieniske tiltak kan man redusere antall sykehusinfeksjoner med nesten en tredjedel (ibid:15).

## *1.1 Begrunnelse for valg av tema*

Gjennom utdanningen har jeg hatt praksisperioder på ulike avdelinger ved flere sykehus. Min medisinske praksis ble gjennomført på en infeksjonspost. Sykepleierne der hadde mye kunnskap om smitte og rutiner for å unngå smitte av seg selv og pasientene. I kirurgisk praksis opplevde jeg å møte isolerte pasienter. Jeg observerte at sykepleierne kviet seg for å gå inn på isolatene på den kirurgiske avdelingen, mens dette var en hverdagslig rutine på infeksjonsposten. Jeg ble imponert av tryggheten sykepleierne på infeksjonsposten viste i møte med isolerte pasienter og håndteringen av hygiene.

Nasjonale retningslinjer sier at ”hendene skal være fri for ringer, smykker, neglelakk, kunstige negler. Det er en fordel at armbånd og klokke også tas av.” (Folkehelseinstituttet 2004:11). Likevel har jeg observert flere sykepleiere med ringer og klokker som tilbehør til uniformen. Når man vet at et fungerende smittevern kan redusere sykehusinfeksjoner forventer jeg som student at sykepleiere følger retningslinjene som gjelder for håndhygiene. Denne motsetningen har skapt en interesse hos meg og har ført til at jeg har valgt håndhygiene og etterlevelse av rutiner som tema.

## ***1.2 Presentasjon av problemstilling***

Jeg undrer over samsvaret mellom sykepleierens kunnskap og etterlevelse av den i praksis. Problemstillingen min har derfor blitt: ”Hvilke faktorer påvirker sykepleierens etterlevelse av retningslinjer for håndhygiene ved somatiske sengeposter?”

## ***1.3 Begrepsavklaring***

Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI): Helsetjenesteassosierte infeksjoner er et nyere begrep brukt om sykehusinfeksjoner. HAI blir definert som ”en infeksjon som oppstår under eller etter og som følge av et opphold i en helseinstitusjon” (Stordalen 2015:49).

## ***1.4 Avgrensning***

Da jeg startet med oppgaven hadde jeg fokus på hygieniske retningslinjer. Jeg erfarte at store deler av forskningen var gjort på spesifikke områder som håndhygiene eller bruk av hansker. Jeg valgte å avgrense oppgaven til håndhygiene da det er det enkleste tiltaket for å forebygge sykehusinfeksjoner (Stordalen 2015:71). Med håndhygiene velger jeg å inkludere håndvask og hånddesinfeksjon samt ulike ting som påvirker hygienens slik som bruk av ringer og klokker. Jeg velger å presisere at sykepleieren i oppgaven har en grunnutdanning fra Norge og ikke en spesialutdanning. Jeg har avgrenset til sengepost for å utelukke kirurgisk håndvask som tema. Jeg ønsket å ta utgangspunkt i at sykepleierne ikke selv valgte å nedprioritere håndhygiene, men at det var en grunn til problemet.

## 2 Teori

### *2.1 Utviklingen av hygiene i et historisk perspektiv*

I oldtiden fantes det flere samfunn med gode rutiner for hygiene (Stordalen 2009:23). Et indisk folk hadde retningslinjer som sa at pleierne skulle være rene i både sjel og kropp (ibid.), negler og hår skulle være kort, tøyet være rent og hvitt og pleierne måtte bade jevnlig (ibid:24). Hygienen var svært godt ivaretatt i oldtiden (ibid:23), men utover i middelalderen forfalt kunnskapen og etterlevelsen (ibid:25). Kastesamfunnet i buddhismen ga grunnlag for frykt for urenheter, og kristnes hellige syn på døden og liten tro på vitenskapen førte til en stagnering i utviklingen (ibid.)

Tidlig på 1800-tallet var sykehusinfeksjoner vanlig, og hygienen dårlig ettersom det ikke fantes kunnskap om spredning av infeksjoner (Stordalen 2009:29). På midten av 1800-tallet ble det oppdaget at såpe og varmt vann virket rensende. Ignaz Semmelweis, håndhygienens far, hadde store deler av æren for oppdagelsen (ibid:29). Han fant i 1846 ut at en av de to avdelingene på fødeklinikken hvor han jobbet hadde høyere dødelighet enn den andre (Lund 2006:1776). Han innførte håndvask på avdelingen fordi han oppdaget at dødeligheten hadde en sammenheng med at legene ikke vasket hendene mellom obduksjonssalen og pasientene på fødeavdelingen (Stordalen 2009:30). Sykepleieren Florence Nightingale var også med på å bekjempe epidemier med rengjøring og hygiene (ibid:31). Hun opprettet den første utdanningen for sykepleiere i 1860, og ga studentene et godt grunnlag med fokus på hygiene og strenge krav til renslighet (Kristoffersen 2012:208).

Rundt århundreskiftet til 1900-tallet ble hygienen i helsevesenet forbedret, og vaksinasjon ga helsepersonellet mulighet til å kontrollere smittsomme sykdommer (Stordalen 2009:32). Oppdagelsen av penicillin i 1940-årene gjorde det mulig å bekjempe infeksjonssykdommer som man tidligere ikke kunne behandle (Andersen gjengitt etter Stordalen 2009:33). Oppdagelsen av antibiotika og behandlingsmulighetene det ga, førte til at helsepersonell utførte håndhygiene sjeldnere og byttet ut smittevern med antibiotikabehandling (Stordalen 2009:33).

De første retningslinjene for håndhygiene ble innført i Norge i 1990. Såpe og vann var rådende som prinsipp til hånddesinfeksjon overtok i 2004 (Stordalen 2009:32). De nye retningslinjene ble delt ut og tilgjengeligheten av spritdispensere ble forbedret (Rykkje, Heggelund og Harthug 2007:861). Flere sykepleiere ble intervjuet for å kartlegge effekten, og

resultatene viste en forbedring av etterlevelsen av retningslinjene for håndhygiene og mengden av brukt desinfeksjon økte (ibid:861). I anledning den nasjonale håndvaskedagen 5. mai i 2015 ble det utført en spørreundersøkelse for å kartlegge det nasjonale kunnskapsnivået. 8408 ansatte i helsetjenesten deltok og resultatet viste at 89% av deltakerne brukte håndsprit istedenfor håndvask og 98% var kjent med at ringer og klokker var til hinder for god håndhygiene. Kun 55% var klar over at håndsprit virket raskere og mer effektivt enn håndvask (Folkehelseinstituttet b).

## ***2.2 Helsetjenesteassosierte infeksjoner***

Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) kan brukes både om infeksjoner som rammer pasienter som et resultat av undersøkelser, behandling og pleie, men også pleiepersonell som blir smittet i arbeidet (Stordalen 2015:50). HAI blir registrert fra 2-3 døgn etter innleggelse og frem til 30 dager etter at pasienten er skrevet ut (ibid:49). HAI gir i gjennomsnitt 2,5 ganger lengre liggetid for pasienten (Wilcox og Dave 2000:82) og for sykehuset vil det kunne medføre redusert kapasitet til å ta inn flere pasienter (Stordalen 2015:55) og større økonomiske kostnader (ibid:54).

For å bekjempe denne type infeksjoner er det lovpålagt å ha et infeksjonsprogram (Akselsen og Elstrøm 2012:54) som består av en infeksjonsovervåkning og infeksjonsforebygging (Stordalen 2015:61). Infeksjonsovervåkingen gjøres med prevalensundersøkelser og insidensundersøkelser som kartlegger antall infeksjoner (ibid:63). Målet med kartleggingen er å redusere antallet infeksjoner og kvalitetssikre rutiner ved institusjonene (ibid:61). De nasjonale forekomstene av HAI blir publisert av direktoratet for e-helse på [helsenorge.no](http://helsenorge.no). På nettsidene kan man selv velge å studere antall infeksjoner på de ulike helseforetakene eller helseregionene (Helsedirektoratet 2015). Antall infeksjoner kan dermed vurderes som en indikator på god eller dårlig forebygging (Elstrøm 2011:289).

Befolkningen blir stadig eldre som et resultat av forbedret medisinsk kompetanse (Stordalen 2015:51). Eldre er en av de mest utsatte gruppene for smitte ettersom aldring reduserer immunforsvarets virkning og gir økt mottagelighet for infeksjoner (Akselsen og Elstrøm 2012:29). Flere eldre får et komplisert sykdomsbilde som gir større behov for behandling og flere sykehusbesøk (Stordalen 2015:51). Flere sykehusbesøk gir økt risiko for smitte ettersom det er ved helseinstitusjoner man er mest utsatt for smittsomme bakterier i Norge (Akselsen og Elstrøm 2012:30). Når flere pasienter trenger sykehusinnleggelse må flere dele rom. Når

pasientene deler rom øker risikoen for å bli smittet av en sykdom fordi det på sykehuset først og fremst er pasientene som utgjør den største smittefaren (ibid.).

Selv om pasienten utgjør den største smittefaren er det personellens håndhygiene som hovedsakelig er årsaken til smitten (Stordalen 2015:52). Stordalen anslår at slurv med håndhygiene er skyld i 20-30% av de helsetjenesteassosierte infeksjonene (ibid:72). En undersøkelse gjort ved Hvidovre Hospital i Danmark slo fast at hver tredje ansatt unnlot å bruke såpe etter toalettbesøk. Undersøkelsen ble gjort ved bruk av en såpedispenser som registrerte besøk på toalettet. Såpedispenseren ble senere aktivert til å blinke for å minne de ansatte på å bruke såpe. Påminnelsen resulterte i at 8 av 10 vasket hendene med såpe etter toalettbesøket (Johansen 2015).

### ***2.3 Lover og retningslinjer***

Hver institusjon har sine rutiner som baseres på retningslinjer (Akselsen og Elstrøm 2012:44). For håndhygiene er det folkehelseinstituttets (FHI) nasjonale veileder fra 2004 som er gjeldende. Veilederen er gjeldende for all helserelatert praksis (Akselsen og Elstrøm 2012:44) og er laget spesielt til helsepersonell for å bidra til en bedre etterlevelse av retningslinjene for håndhygiene (Folkehelseinstituttet 2004:7). Folkehelseinstituttet er i følge §7 i smittevernloven definert som ”statens smitteverninstitutt” og har ansvaret for å overvåke den nasjonale smittehåndteringen, forske, sikre tilstrekkelig vaksiner og gi råd og veiledning. Først og fremst er det lederne i institusjonenes ansvar at man har en lovlig praksis, men arbeidstakere i helsetjenesten er pålagt å kjenne til relevante lover og forskrifter for sin praksis (Akselsen og Elstrøm 2012:44).

#### **2.3.1 Helsepersonelloven**

Helsepersonelloven skal i følge §1 gi sikkerhet til pasientene, tillit til personell og kvalitet på tjenesten. §4 sier at helsepersonell må utføre arbeidet i samsvar med faglig forsvarlighet. Forsvarlighet omfatter å etterleve retningslinjene slik at pasienten unngår unødvendig smitterisiko (Akselsen og Elstrøm 2012:46).



### **2.3.2 Smittevernloven**

Smittevernloven har som formål å hindre inngangen av smittsomme sykdommer til Norge og forebygge smitte innad i befolkningen. Loven skal også føre til at helsemyndigheter starter nødvendige tiltak mot smitte og er gyldig for alle som befinner seg i Norge. Helsepersonell har etter §4 plikt til å delta på nødvendig opplæring i arbeid med smittevern og §7 pålegger helseforetak å ha en plan for å forebygge smitte og sikre tilstrekkelig kompetanse.

### **2.3.3 Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten**

Forskriften har som formål å redusere forekomsten av helseassosierte infeksjoner og er gjeldende for institusjoner som inngår i spesialisthelsetjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven (forskrift om smittevern i helsetjenesten 2005). §2 slår fast at institusjonene pålegges å ha et program med tiltak som skal forebygge HAI, håndtere utbrudd og følge opp i etterkant av utbruddet. Institusjonen skal ha egne retningslinjer for å forebygge infeksjoner, og smitteverntiltak som håndhygiene, arbeidsantrekk, håndtering av avfall og bruk av antibiotika skal være skriftlige og tilpasset institusjonen. På sykehus skal det være en lege som har ansvaret for å koordinere smittevernsarbeidet, men det må også være tilstrekkelig med hygiesykepleiere og leger med kunnskap om smittevernsarbeidet som blir utført.

### **2.3.4 Yrkesetiske retningslinjer**

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere bygger på menneskerettighetene og ICNs etiske regler for sykepleiere (Norsk sykepleieforbund 2011:5). Retningslinjene slår fast hvordan menneskesynet og verdiene skal møtes praksisfeltet (ibid:5). Første kapittel omhandler sykepleierens ansvar for en forsvarlig praksis (ibid:7). Sykepleieren skal forebygge sykdom (ibid:8), og må da være oppdatert og setter seg inn i lovverket (ibid:7) og retningslinjene på arbeidssstedet (ibid:10)

## **2.4 Smittekjeden**

En infeksjonssykdom vil ikke kunne smitte andre om den ikke har et smittestoff, smittekilde, smittemåte eller en mottaker av sykdommen. Alle faktorene må være tilstede samtidig (Stordalen 2014:30). Ved å bruke kunnskapen om de ulike komponentene i denne kjeden kan sykepleieren hindre smitte og unngå sykdom (ibid:72). Alle mikroorganismer er potensielle smitekilder (ibid:30), men har ulike forutsetninger for å overleve avhengig av temperatur, oksygentilgang, ernæring, fuktighet og pH (ibid:31). Smittekilden er startstedet for mikroben og på sykehus er de viktigste kildene til smitte pasienter og personalet. Friske personer kan være smitekilder og kan smitte flere uten å være klar over det. Av den grunn er det viktig at sykepleiere og annet helsepersonell jobber forebyggende (ibid:34).

For at et smittestoff skal komme seg til en smittemottaker kreves en eller flere transportere (Stordalen 2015:34). Kontaktsmitte er den vanligste smittemåten ved sykehusinfeksjoner og kan forebygges med håndhygiene (ibid:35). Inngangsporten kan være skadet hud (ibid:31). Helsepersonell med sår eller eksem må derfor melde fra til overordnet på avdelingen (Folkehelseinstituttet 2004:36).

## **2.5 Retningslinjer for håndhygiene**

Hygiene, smittevern og infeksjonsforebygging er begreper brukt om de samme prinsippene (Stordalen 2015:13). Spesifikt på sykehus kan man anvende ordet sykehushygiene for å konkretisere tiltak som virker forebyggende og begrenser utbrudd av HAI (ibid:15).

Håndhygiene er det viktigste, rimeligste og mest effektive tiltaket for å forebygge infeksjoner (ibid:18) og helsepersonells hender er det viktigste verktøyet i arbeidet. Samtidig blir hendene forurenset av arbeid som blir gjort (ibid:71).

Korrekt håndhygiene utføres med såpe og vann eller med desinfeksjonsmiddel (Stordalen 2015:72). Effekten av håndvasken er avhengig av ulike faktorer. Sykepleieren må anvende nok såpe, gni såpen på alle flater, ikke forurense hendene under håndhygien og bruke tilstrekkelig med tid (ibid:10). Ved korrekt utførelse kan man redusere mikrobeantallet på hendene med 99% (ibid:6). Håndvask utføres når hendene er synlig skitne (ibid:11). Skitne hender får man i kontakt med kroppsvæske, etter berøring av sårbandasjer og etter toalettbesøk. Såpen må gnis inn i minst 30 sekunder og helst i 1 minutt for maksimal effekt. Hendene skal tørkes med engangspapir og man anvender papiret for å stenge igjen kranen (ibid:12).

Ved synlig rene hender er hånddesinfeksjon førstevalget. Desinfeksjon har større toksisk effekt på mikroorganismer enn håndvask, er tidsbesparende og hudvennlig (Folkehelseinstituttet 2004:33). Hånddesinfeksjon skal etter retningslinjene fra folkehelseinstituttet foregå i minst 15 sekunder, helst 30 sekunder, og utføres:

- Før og etter pasientkontakt
- Mellom ren og uren kontakt på samme pasient
- Før håndtering av sterilt eller rent utstyr
- Før legemiddelhåndtering
- Før kontakt med mat og matservering
- Etter hanskebruk (ibid:6)

Retningslinjene understreker at ringer, smykker og neglelakk skal være fjernet før desinfeksjon og håndvask (Folkehelseinstituttet 2014:11). En studie publisert i 2010 kartla holdninger til bruk av ringer blant norsk helsepersonell (Fagernes og Fagermoen 2010:26). Forskningen avdekket at 28,6% av deltakerne sjeldent eller aldri fjernet ringer ved klinisk arbeid (ibid:28). Faktorer som virket inn på helsepersonellens holdninger var alder og ulik avdeling. De yngre sykepleierne viste en mer negativ holdning til bruk av ring enn de eldre. Forfatterne pekte på det emosjonelle ved bruk av giftering da færre av de yngre sykepleierne var gift i tillegg til færre år under påvirkning av holdninger på arbeidsplassen (ibid:29).

## ***2.6 Sykepleierens kunnskap***

Sykepleierens handlinger kommer som et resultat av teoretisk, praktisk og etisk kunnskap. For å påvirke handlingen må man derfor påvirke kompetansen (Kirkevold 1996:28).

Påvirkningen foregår i en lang prosess hvor sykepleieren bruker refleksjon og erfaring.

Gjennom prosessen vil kunnskapen internaliseres og sykepleieren utfører handlingen ubevisst (ibid:34). En del av kunnskapen som trengs for å påvirke handlingen læres gjennom

utdanningen (ibid:28). §3 i universitets- og høyskoleloven gir kunnskapsdepartementet rett til å fastsette rammeplanen for sykepleieutdanningen slik at man oppnår et forventet kompetansenivå uavhengig av utdanningssted (Kunnskapsdepartementet 2008:3).

Utdanningen skal gi en god start inn i yrke, men sykepleieyrket er i utvikling og man må derfor ikke anse den ferdige studenten som utlært (Kunnskapsdepartementet 2008:5). Rammeplanen forventer at sykepleieren skal ha kunnskap om ivaretagelse av hygieniske prinsipper (ibid:6) og anvendelse av relevant forskning i praksis (ibid:7). Forskning og vitenskap kan være en ressurs for ferdig utdannede sykepleiere ved å tydeliggjøre styrker og svakheter i egen praksis (Kirkevold 1996:20). Arbeidsgiveren har en viktig oppgave med å tilrettelegge for opplæring (Kunnskapsdepartementet 2008:5). Kirkevold understøtter viktigheten av støtte fra arbeidsgiver, kulturen på arbeidsstedet og tilstrekkelig med tid som en forutsetning for å bruke vitenskapelig kunnskap i praksis (1996:46).

Kompetanse er i følge Bandura ”en evne som utvikler seg, og der både kognitive, sosiale og atferdsmessige aspekter er involvert” (gjengitt etter Kirkevold 1996:37). Lunde og Moen (2014:260) ønsket å undersøke kunnskapsnivået og tryggheten relatert til smittevern blant sykepleiere på infeksjonsposter og andre medisinske sengeposter. Resultatene viste at sykepleierne som jobbet på infeksjonspostene hadde et høyere kunnskapsnivå og vurderte sin egen trygghet høyere enn sykepleiere på andre avdelinger (ibid.). Infeksjonssykepleierne hadde mer praktisk øvelse (ibid.). Praktisk kunnskap får man av bestemte opplevelser og det er personen som har erfart som lærer. Gjennom opplevelser kan man tilegne seg kunnskap og videre omdanne kunnskapen til ferdigheter. Flere lignende erfaringer vil føre til at man generaliserer, reflekterer og får en mening (Kirkevold 1996:30-31). Diakonhjemmet høyskole utførte et forskningsprosjekt hvor studentene fikk se effekten av håndvask og håndhygiene ved å dyrke frem bakteriene (Aasbrenn og Lid 2009:179). Forskerne ønsket å vise studentene effekten av håndhygiene og styrke fremtidige sykepleieres praksis (ibid:176). Ved å delta på forskningen kunne studentene få erfaringskunnskap (Kirkevold 1996:26).

## ***2.7 Teori om planlagt atferd***

Teorien om planlagt atferd er utviklet av Icek Ajzen (1991:179) med grunnlag i teorien om overveid handling av Fishbein og Ajzen (ibid:181). Planlagt atferd bygger på at handlinger består av flere faktorer, og påvirkes av situasjonen (ibid:180). Teorien brukes til å analysere menneskers atferd, samt bidra til en endring av den (ibid.). De ulike komponentene som virker inn på atferden kaller Ajzen ”attitude toward the behavior”, ”subjective norm” og ”perceived behavioral control” (ibid:182). Jeg har valgt å bruke den samme oversettelsen som Tidsskrift

for Den norske legeforening, som har oversatt begrepene til ”holdninger til adferden”, ”sosiale normer” og ”opplevd kontroll” (Sørensen og Graff-Iversen 2001:721).

”Holdninger til atferden” dannes ved at den som skal utføre handlingen får positive eller negative assosiasjoner til handlingen (Ajzen 1991:191). Assosiasjonene dannes ut fra gode og dårlige erfaringer eller kunnskap om fagfeltet (ibid.). En positiv erfaring relatert til håndhygiene kan altså fremme sykepleierens holdning, mens negative erfaringer kan virke hemmende. Styrken på holdningen er målt i troen på at en handling vil gi et spesielt resultat, og bør i følge Ajzen måles på en skala fra 1-7 (ibid:192). Dersom sykepleieren anser håndhygiene som viktig å utføre og har tro på effekten vil sykepleieren utføre handlingen oftere enn en sykepleier som ikke har tro på handlingen (ibid:191). Personen som utfører handlingen lærer i følge teorien å favorisere handlinger som fører til gode resultat og unngår handlinger som gir negative konsekvenser (ibid.).

Når mennesker arbeider sammen over tid skapes det en forventning til egen og andres atferd. Når de samme forventningene gjentas flere ganger i samme situasjon kalles forventningene normer (Ingstad 2013:135). Ajzens begrep ”subjektive normer” omhandler de sosiale forventningene til sykepleierens rolle (1991:195). En rolle er resultatet av forventet oppførsel i en bestemt sosial posisjon (Ingstad 2013:136). For sykepleieren kan forventningene komme fra lederne, kollegaene, pårørende, pasienten og lovverket (ibid:137). Gruppen eller personen kan påvirke handlingen med å vise sin godkjennelse eller misnøye. Styrken på normen er avhengig av sykepleierens motivasjon for å tilfredsstille forventningene (Ajzen 1991:195).

Sykepleierens ”opplevde kontroll” handler om hindringer som sykepleierne kan møte når de skal utføre en handling (Ajzen 1991:196). Kontrollen påvirkes av ytre faktorer som tid, penger og indre faktorer som personens evner og ferdigheter (Ajzen og Timko 1986:262). Sykepleierens opplevde kontroll blir påvirket av tidligere opplevelser (Ajzen 1991:188), både egne og andres (ibid:196). Hindringene vil påvirke personens tro på om handlingen er overkommelig eller ikke (ibid:184). Følelsen av kontroll kan variere i ulike situasjoner med den samme handlingen (ibid:183), men vil være stabil så lenge hindringene ikke forandres (ibid:202). Å tro at man kan overkomme hindringene vil være avgjørende for handlingen (ibid:189), og viljestyrke vil gi økt sannsynlighet for handlingen (ibid:184).

## **2.8 Ledelse og arbeidskultur**

Kultur kan defineres som ”de ferdigheter, oppfatninger og væremåter personer har tilegnet seg som medlemmer av et samfunn” (Eriksen gjengitt etter Ingstad 2013:19). Gjennom sosialisering formes medlemmene i kulturen til å bli aksepterte medlemmer (Ingstad 2013:139). En nyutdannet sykepleier vil påvirkes av avdelingskulturen og formet av de sosiale forventningene (ibid:140).

Helsedirektoratet ønsket å fronte en forbedring i helsetjenesten (2005:19) ettersom svikt og feil skjer selv med godt motivert og kunnskapsrikt helsepersonell (ibid:3). I 2005 ble det derfor lansert en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Strategien ønsket å sette fokus på at kvalitetsarbeid skal være en del av daglig arbeid og ikke en tilleggsoppgave (ibid:13). For å fremme en forandring måtte man kartlegge situasjonen (ibid:43) og evaluere effekten av endringene over tid (ibid:39).

For å oppnå økt kvalitet på arbeidet i helsetjenesten er god ledelse en forutsetning (Helsedirektoratet 2005:13). I en norsk arbeidskultur er det stor respekt for privatlivet og dermed ikke så vanlig at lederne gir tilbakemeldinger til sine ansatte (Bratland 2015:15). I arbeidet som sykepleier kan man oppleve at rolleforventningene er uklare. Uklarheten kan oppstå fordi man mangler instruksjon eller har urealistiske forventninger til eget arbeid (Ingstad 2013:138). I en avdeling har lederne et ansvar for å gjøre klart for den ansatte hva som er forventet i forhold til eget arbeid og som en del av fellesskapet (Helsedirektoratet 2005:37). Det er ledelsens ansvar at retningslinjene for håndhygiene blir etterlevd ved avdelingen (Bratland 2015:53), og at hver enkelt sykepleier skal delta i forbedringsarbeidet (Helsedirektoratet 2005:37). Kommunikasjonen med de ansatte er styrende for utviklingen av arbeidskulturen (Stensbøl 2012:51), men forutsetter at sykepleierne føler seg trygge og tar til seg kommentarene (Bratland 2015:53).

Lederne har en viktig jobb som rollemodell på avdelingen ved å sette fokus på håndhygiene og lovverk. Dersom forbilder ikke følger den nasjonale veilederen for håndhygiene vil det uttrykkes at retningslinjene ikke er så viktige (Stensbøl 2012:206). En kultur kan forandres ved å endre normer (Ingstad 2013:140). For at man skal klare å endre kulturen kreves det kontinuerlig refleksjon av eget arbeid (Bratland 2015:52) og muligheter for å utveksle erfaringer (Helsedirektoratet 2005:36). Ved at ledelsen unngår å gi tilbakemeldinger kan det hende at ansatte bruker egen standard som mål (Bratland 2015:46). For å unngå et feil

grunnlag for rutiner er det nødvendig at lederne har et ansvar for å veilede til god praksis (ibid:53), og si ifra når praksisen baseres seg på annet enn retningslinjene (ibid:46).

For å fremme en handlingsendring kreves det stor motivasjon og alle ansatte må inkluderes (Stensbøl 2012:72) fordi ingen tjeneste er bedre enn den enkeltes innsats (Helsedirektoratet 2005:36). En aktiv ledelse som stiller spesifikke krav til sykepleierne kan påvirke de ansattes motivasjon (Stensbøl 2012:114). Forandringen krever at sykepleierne er villige til å gjøre en endring, og ledelsen må også legge til rette for å bedre kompetansen (ibid:21). Bedre kompetanse kan hindre unødvendig frykt for smitte (Bratland 2015:53). En rasjonell frykt kan virke fremmende på etterlevelsen av retningslinjer for håndhygiene, men virke hemmende om frykten er for stor (ibid:44).

## **3 Metode**

### ***3.1 Valg av metode***

Problemstillingen min spør etter kunnskap om faktorer som påvirker etterlevelsen av hygieniske retningslinjer. Fremgangsmåten jeg velger for å komme frem til denne kunnskapen kalles en metode (Aubert gjengitt etter Dalland 2013:50). Metoden jeg har valgt å benytte meg av er systematisk litteratursøk. For å besvare problemstillingen kunne jeg også benyttet meg av andre metoder som intervju eller spørreundersøkelse. Etterlevelse av rutiner kan bli et personlig spørsmål, og jeg har selv erfart at det kan være vanskelig å fortelle om egne feil. Det kan også være en utfordring å få pålitelig data ved bruk av slike metoder.

Ved å bruke systematisk litteratursøk kan jeg finne kunnskap som allerede eksisterer og analysere kunnskapen i lys av problemstillingen (Fredriksen og Beedholm 2013:47).

Metoden gir mulighet til å finne flere artikler, både kvalitative og kvantitative, slik at jeg kan få mye informasjon, få frem fellestrekkene og avdekke det avvikende (Dalland 2013:113).

Ved bruk av litteratursøk må man ha en strukturert søkeprofil. Søkeprofilen er valget av ord, databaser og eksklusjonskriterier (Hørmann 2013:37). I følge Polite og Beck skal kriteriene for ekskludering være så tydelige at leseren skal kunne gjøre det samme søket og få samme resultat (gjengitt fra Fredriksen og Beedholm 2013:48).

### ***3.2 Fremgangsmåte og litteratursøk***

Jeg startet letingen etter faglitteratur på biblioteket ettersom det kan være nyttig å gjøre seg kjent med bibliotekets innhold for å vite hva som finnes innenfor emnet (Dalland 2013:64).

Når man vandrer langs bibliotekhyllene for å finne inspirasjon kalles det å ”grasse” (Hørmann 2013:37). Det kan hende at ikke alle bøkene står i hyllen (Dalland 2012:64) så jeg valgte derfor å bruke bibliotekets søketjeneste. Jeg har brukt søkeord som hygiene, lederskap, rollemodell og sykepleie.

Jeg ønsket å bruke den nye nasjonale veilederen for håndhygiene som blir publisert i 2016, men det var ikke mulig da den først publiseres i mai. Teorien om planlagt atferd var en fellesnevner for flere funn, og jeg valgte å inkludere den i oppgaven min. Forskningsartiklene jeg har brukt i teoridelen fant jeg gjennom databasen Swemed+, og søkeordene jeg anvendte var hygiene, smitte, smittevern og håndvask.



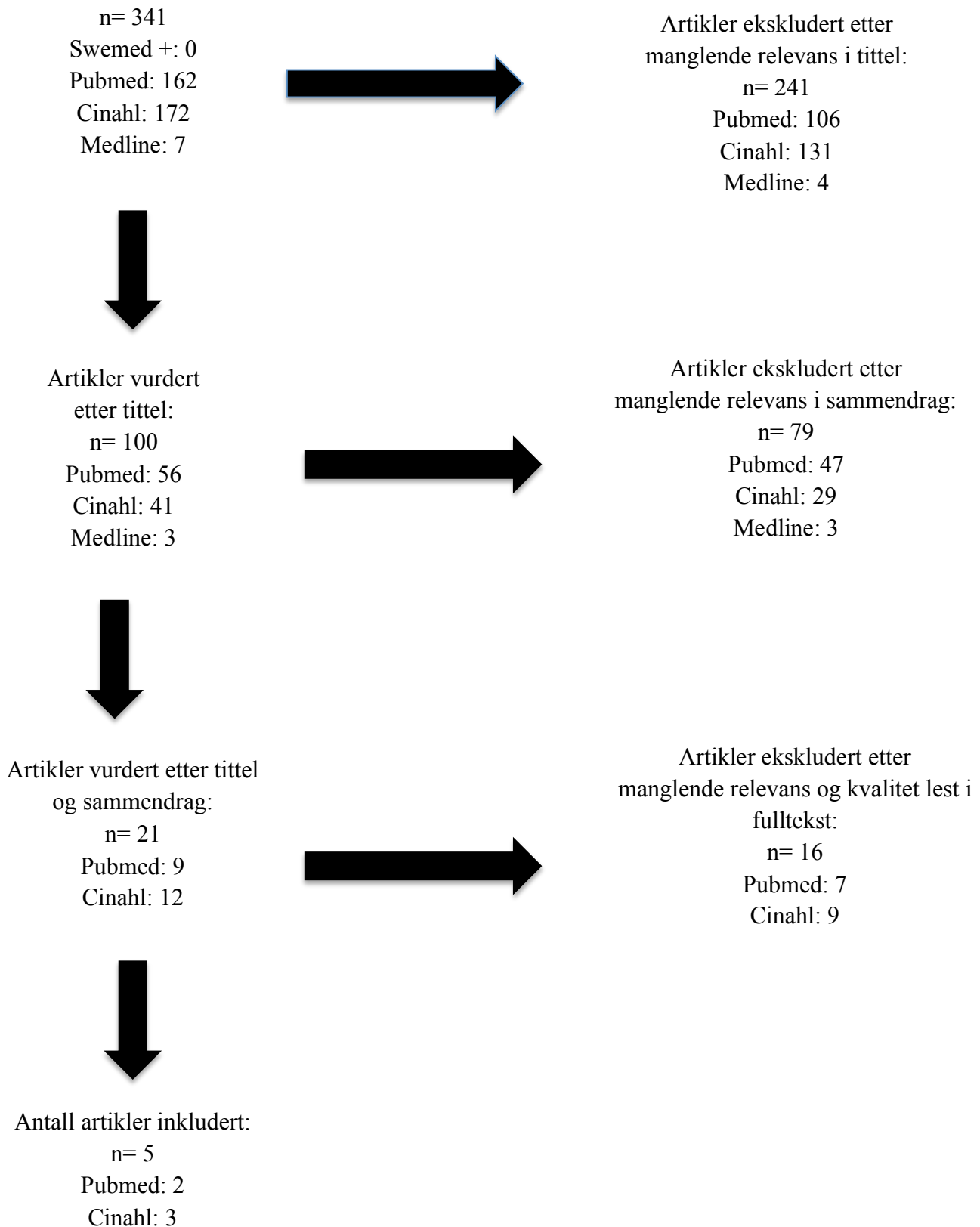
Litteratursøket mitt har jeg gjort i databasene Cinahl, Swemed+, Pubmed og Medline. Databasene er valgt fordi de ble anbefalt på søkekurs av biblioteket. Jeg startet søket mitt med å undersøke ulike søkeord i Cinahl, ettersom jeg var mest kjent med denne databasen. Jeg gjorde et søk med de søkeordene som til slutt ble søkeprofilen i Cinahl fra 2005-2015, og fant en artikkel som jeg lagret. Jeg valgte å anvende artikkelen i drøftingen ettersom den ikke er eldre enn 2007, og tre av de fem artiklene jeg fant i litteratursøket henviser til artikkelen.

Resultatene på det første søket viste at det var mye forskning å finne på hygiene. Jeg bestemte meg for å ekskludere artikler eldre enn 2010, ettersom jeg ønsker å bruke de nyeste artiklene innenfor fagfeltet. Språket er begrenset til skandinavisk og engelsk, og studier fra ikke-vestlige land blir ekskludert slik at funnene skal være sammenlignbare mot norske sykehus. Studier fra vestlige land må beskrive retningslinjer lignende de vi har i Norge. Andre smittevernstiltak enn håndhygiene, slik som hansker, er ekskludert. Håndhygiene må foregå på sykehus, men kirurgisk håndhygiene er utelukket. Alle yrkesgrupper blant helsepersonell er inkludert for å unngå ekskludering av artikler som ser på både leger og sykepleiere. Artiklene måtte være gratis i fulltekst og fagfelleverdert.

Søkeprofilen var til slutt "adherence" "OR" "compliance" "AND" "hand hygiene" "AND" "nurs\*".

### 3.3. Flytskjema

I flytskjemaet har jeg prøvd å oppsummere litteratursøket gjort etter inkluderings og ekskluderingskriteriene med en grafisk profil for å vise fremgangsmåten.



### **3.4 Kilde og metodekritikk**

All informasjon jeg kan anvende for å få svar på problemstillingen min er kilder, men all informasjon er ikke av god kvalitet eller like relevant (Dalland 2013:63). Ved å anvende min kunnskap om kildekritikk (ibid.) kan jeg gjøre en vurdering av materialet og anvende det (ibid:66). Bøkene som er brukt i teoridelen er fagbøker med sykepleiefokus og noen med lederfokus innenfor bedriftsledelse. Faglitteraturen har jeg valgt etter utgivelsesdato, men Kirkevolds bok er fra 1996. Jeg har allikevel anvendt deler av boka ettersom kompetanseutvikling fortsatt er relevant. Jeg har prøvd å anvende primærkildene først og fremst, men i tilfeller hvor det er sitert har jeg brukt sekundærkilden og henvist til forfatteren. Det finnes flere teorier om atferd, men jeg valgte Ajzens teori fordi den er en fellesnevner for flere av artiklene i litteratursøket.

Litteraturstudier har tidligere blitt kritisert for å være tilfeldige. Forsberg og Wengström peker på viktigheten av å strukturere litteraturstudiet og vise tydelig hvordan man har gått frem for å validere søket (gjengitt fra Fredriksen og Beedholm 2013:48). Ved bruk av systematisk litteraturgjennomgang er det jeg som velger hva som kommer med og ikke (ibid.49). Jeg har selv valgt tema og starter derfor ikke med ”blanke ark”, men har gjort det med noen tanker og erfaringer. Forhåndsbedømmelsen av temaet kan påvirke hvilke artikler som blir utgangspunktet for oppgaven (Dalland 2013:121). Dalland understreker betydningen av en ryddig fremgangsmåte for å unngå subjektive valg av forskning (ibid.). Jeg har derfor prøvd å vise fremgangsmåten min ved bruk av flytskjema og klare ekskluderingskriterier. Flere av artiklene har fokus på det psykososiale og motivasjon. Det er mulig at andre søkeord og databaser ville gitt meg artikler med flere fokus.

Alle artiklene som ble funnet er skrevet på engelsk og oversatt av meg. Det kan hende at jeg kan ha misforstått begrep eller nyanser i teksten. Artiklene bruker også flere fagbegrep som kan være vanskelig å oversette. Jeg har prøvd å finne de samme begrepene på norsk, men har i noen tilfeller brukt et norsk ord som ikke dekker så godt som det engelske eller beskrevet det med flere ord. Fire av artiklene bruker spørreskjema som metode, og sykepleierne uttaler seg om etterlevelse av retningslinjer for håndhygiene. Forskning viser at man har en tendens til å forbedre egen etterlevelse når man skal vurdere seg selv (Whitby gjengitt etter Sax m.fl. 2007:1272). To av artiklene har relativt få deltakere med 27 (White m.fl 2015) og 148 sykepleiere (De Wandel m.fl 2010). Jeg har allikevel inkludert artiklene da de ikke kommer med kontroversielle forskjeller fra undersøkelsene med flere deltakere. De 27 deltakerne kommer fra 3 ulike sykehus, og vil derfor ikke kun representere en avdelingskultur men flere

ulike. Formålet med intervju er å få frem en kvalitativ beskrivelse av temaet (Dalland 2013:156) og gå dypere. Dybden gjør at antallet intervjuobjekter ikke må være for stort (ibid:165).

### ***3.5 Etiske overveielser***

Alle eksempler fra min egen praksis er anonymisert med hensyn til personvern. For å unngå plagiering har jeg vært nøye med å henvise på riktig måte etter VID vitenskapelige høgskoles referansesystem. Ved å bruke referansene korrekt har jeg prøvd å gjøre tydelig hvem som er forfattere og hvilke eksempler jeg selv har erfart. Ingen tekster har blitt ekskludert på grunn av et uønsket resultat for å få en mest mulig objektiv oppgave.

## 4 Presentasjon av funn

Jeg vil i dette kapitlet presentere de seks forskningsartiklene i transkriberingsskjema.

Transkriberingsskjemaet er laget med inspirasjon fra tidligere bacheloroppgaver funnet på bibliotekets nettsider og sjekket opp mot eksemplet som ble vist i undervisningen.

### 4.1 Transkriberingsskjema

Forfattere/ år/ land	Hensikt	Utvalg	Metode	Hovedfunn
White, K. M. m.fl. (2015). Australia	Undersøke sykepleierens håndhygiene ved hjelp av teorien om planlagt atferd, og kartlegge når etterlevelsen av retningslinjene var dårligst.	27 sykepleiere uten spesifikk trening i infeksjonshåndtering fra intensiv, generell medisinsk og kirurgisk avdeling. Til sammen 5 avdelinger på 3 ulike sykehus.	Fokusgruppe-intervju med semistruktur utført i fem ulike grupper. Intervjuet ble evaluert med et tematisk fokus.	Beskyttelse av pasienten ble regnet som den viktigste hensikten med håndhygiene, mens tid og hudproblemer var til størst hindring for etterlevelsen av retningslinjene. Kolleger var den viktigste støtten, mens pasienter både virket hemmende og fremmende på etterlevelsen av retningslinjene. Tilrettelegging av vask og hånddesinfeksjon ble trukket frem som det viktigste miljøtiltaket.

Forfatter e/ år/ land	Hensikt	Utvalg	Metode	Hovedfunn
Lutze, B. m.fl (2015). Tyskland	Forskerne ønsket å undersøke legers og sykepleieres tro på hånddesinfeksjon for å hindre smitte.	Totalt deltok 982 helsepersonell, men det var 307 leger og 348 sykepleiere i 10 intensivavdelinger og 2 hematologiske avdelinger som til slutt returnerte spørreskjemaet.	Spørreskjema med spørsmål rangert fra 1-7.	2/3 mente at det var svært sannsynlig å overføre bakterier ved ikke å desinfisere hendene. Den selverklærte kunnskapen om retningslinjer var høyere hos sykepleiere, men generelt lav. Mestringstroen ved hindringer var høyere hos de som hadde den sterkeste troen på at desinfeksjon kunne hindre spredning.

Forfattere/ år/ land	Hensikt	Utvalg	Metode	Hovedfunn
Huis, A. m.fl. (2013). Nederland	Forskerne ønsket å se effekten av en strategi basert på kunnskapsfremmende tiltak og en strategi med fokus på lederskap.	67 avdelinger var med i forsøket fordelt på 3 sykehus. Sykepleierne kom fra kirurgiske avdelinger, medisinske avdelinger, intensiv og barneavdelinger.	Strategiene varte i 6 måneder og etterlevelsen ble kontrollert før, etter og 6 måneder etter avsluttet opplæring. Begge gruppene fikk et omfattende opplæringstilbud, men den ene gruppen hadde også fokus på ledelse og samarbeid.	Begge strategiene ga økt etterlevelse, men lederstrategien ga størst økning, reduksjon av smykker og var stabil over tid. Etterlevelsen var størst etter pasientkontakt og lavest før en aseptisk oppgave og mellom rene og urene deler av kroppen.

Forfattere/ år/ land	Hensikt	Utvalg	Metode	Hovedfunn
De Wandel, D. m.fl. (2010). Belgia	Oppdage ulike faktorer som hemmer etterlevelsen av retningslinjene og analysere faktorene i lys av teori om planlagt atferd.	148 sykepleiere fra en intensiv-avdeling deltok på pretesten mens 57 sykepleiere var med på hele undersøkelsen.	Spørreskjema med 56 spørsmål basert på teori for oppførsel. Spørsmålene skulle fylles ut i løpet av 2-6 uker og skulle besvares på en skala fra 1-5. Testen ble gjennomført to ganger for å kontrollere svarene.	Den selvrapporterte etterlevelsen var på 82%. Redusert mestringstro, mangel på tid og midler som gjorde huden tørr var faktorer som ble rapportert som hemmende. Kunnskapen om håndhygiene viste seg å være lav, og sykepleierne undervurderte konsekvensene ved ikke å vaske hender.

Forfattere/ år/ land	Hensikt	Utvalg	Metode	Hovedfunn
Alemagno, S. A m.fl. (2010). USA	Undersøke effekten av nett-undervisning for å øke kunnskapen om håndhygiene og fremme en handlings- endring.	256 helsepersonell fra medisins avdeling og pediatrik avdeling ved to sykehus deltok på nett-undervisningen .	Tre nettundervisninger ble gjennomført. Første økt inneholdt en pretest og siste økt en posttest for å kartlegge kunnskapen i form av et spørreskjema. Deltakerne måtte også anslå en selvrapportert etterlevelse og lage en forbedringsplan. Deltakerne mottok motivasjon på mail i løpet av perioden.	Helsepersonell rapporterte en økt etterlevelse og forbedret kunnskap. 97% mente at programmet forbedret den kliniske etterlevelsen. Det de fleste valgte å forbedre i planen sin var håndhygiene etter berøring av pasientnære områder og minne kollegaer på viktigheten av håndhygiene.

Forfattere/ år/land	Hensikt	Utvalg	Metode	Hovedfunn
Sax, H. m.fl. (2007). Sveits	Identifisere atferdsmotivasjon for håndhygiene hos helsepersonell som har gjennomgått flere kampanjer for å forbedre etterlevelsen.	2961 deltok men 1042 spørreskjema ble returnert. 629 av dem var sykepleiere. Helsepersonellet kom fra fødeavdeling, intensiven, indremedisinsk, kirurgisk, poliklinikker, barneavdelinger, psykiatrisk, radiologisk og rehabilitering.	Anonyme spørreskjema med utgangspunkt i teori om planlagt atferd. Spørsmålene ble besvart på en skala fra 1-7.	Sykepleierne opplevde konsekvensene av HAI som viktige. Sosialt press fra pasienten og overordnede var de viktigste faktorene innenfor subjektive normer, mens håndhygiene måtte være relativt enkelt å utføre for å oppleve god kontroll. Forskningen viste at sykepleierne var drevet av sosiale normer fremfor holdninger. Faktorer som fremmet etterlevelsen av retningslinjene var tidligere deltakelse i undervisning, trent på håndhygiene, sosialt press fra kolleger, opplevde god etterlevelse hos kolleger og så håndhygiene som enkelt å utføre.



## **5 Drøfting**

For å belyse og drøfte ulike faktorer som påvirker sykepleierens etterlevelse av rutiner for håndhygiene i somatiske sengeposter har jeg valgt å anvende Ajzens teori om planlagt atferd (1991) som grunnlag sammen med presentert teori.

### ***5.1 Kunnskap og erfaringer***

Holdningene var ifølge Ajzen mulig å påvirke gjennom kunnskap, erfaringer og følelser (1991:191). Forskningsartiklene viste at de fleste sykepleierne hadde en positiv holdning (De Wandel m.fl. 2010:237) med tro på håndhygiene for å forebygge smitteoverføring (Lutze m.fl. 2015:5). I Tyskland ble en spørreundersøkelse gjennomført for å undersøke og sammenligne holdningene til leger og sykepleiere (Lutze m.fl. 2015:1). I undersøkelsen rapporterte over 75% av legene og sykepleierne høy motivasjon for å utføre håndhygiene (2015:6). 2/3 av deltakerne mente det var stor sannsynlighet for å overføre smittefarlige bakterier om man ikke anvendte en form for håndhygiene (ibid:5). Forskningen viste at det var flere sykepleiere enn leger som hadde denne oppfatningen (ibid:6).

Flere sykepleiere trodde at mangel på håndhygiene kunne gi lengre liggetid, og at bedre etterlevelse kunne redusere forekomsten av HAI enn det legene gjorde i en spørreundersøkelse i Sveits (Sax m.fl. 2007:1269-1270). Sykepleierne var overbevist om at forebyggende håndhygiene ville redusere infeksjoner, men flere leger trodde at pasienten kunne dø av den helsetjenesteassosierte infeksjonen (ibid:1270). Den sveitsiske forskergruppen pekte på at tro på effekten av håndhygiene har betydning for atferden (ibid:1267). Spørreundersøkelsene fra Belgia og Tyskland viste som forskningen i Sveits at sykepleierne hadde stor tro på effekten av håndhygiene (De Wandel m.fl. 2010:235; Lutze m.fl. 2015:6). Den tyske undersøkelsen viste også at de som rangerte effekten av håndhygiene høyest også var de som anslo høyest risiko for å overføre smitte ved dårlig håndhygiene (Lutze m.fl. 2015:6).

Spørreundersøkelsen fra Belgia viste at sykepleierne hadde stor tro på effekten av håndhygiene, men kunnskapsnivået om håndhygiene viste seg å være generelt lavt (De Wandel m.fl. 2010:237). Spesielt var det et spørsmål om effekten av hånddesinfeksjon som skilte seg ut i undersøkelsen. Kunnskapen om hvordan hånddesinfeksjon virket var dårligere enn det forskerne hadde antatt på forhånd (ibid:234). Funnet fra Belgia samsvarer med funn

fra folkehelseinstituttets undersøkelse i Norge (2015b). Den nasjonale undersøkelsen hvor 8408 ansatte i helsetjenesten deltok viste at de fleste brukte håndsprit fremfor håndvask, men kun 55% av helsepersonell var klar over at håndsprit hadde bedre og raskere effekt enn håndvask.

Studien gjort ved sykehus i Nederland kartla en observert etterlevelse av retningslinjene på 23% (Huis m.fl. 2013:469). Den dokumenterte etterlevelsen kan ha sammenheng med lav kunnskap om retningslinjene (Lutze m.fl. 2015:6). Den tyske undersøkelsen viste at god motivasjon og tro på effekten av håndhygiene nødvendigvis ikke ga god kunnskap om retningslinjene (ibid.). Den selvrapporterte etterlevelsen av retningslinjer for håndhygiene var på 84% i den belgiske undersøkelsen (De Wandel m.fl. 2010:230), mens kun 37% av sykepleierne i undersøkelsen i Tyskland rapporterte full kjennskap til retningslinjene (Lutze m.fl. 2015:6). Retningslinjene kan brukes som en standard for å evaluere egen handling (ibid.:10). Med lite kunnskap eller erfaringer bygget på feil grunnlag kan sykepleierne anvende en feilaktig standard (Bratland 2015:46).

Ved Diakonhjemmet høgskole fikk studentene observere effekten av håndhygiene ved bakteriedyrking (Aasbrenn og Lid 2009:180). En sykepleier i White m.fl. sin undersøkelse hadde gjort lignende erfaringer som studentene ved Diakonhjemmet. Hun opplevde selv en økt etterlevelse av retningslinjer for håndhygiene etter å ha sett bakteriedyrkingen med egne øyne (2015:5). Holdninger er viktige for etterlevelsen (De Wandel m.fl. 2010:237) og lar seg påvirke av opplærende undervisning (Alemagno m.fl. 2010:464). For å påvirke sykepleierens handlinger trengs det både teoretisk og praktisk kunnskap (Kirkevold 1996:28). Praktiske erfaringer kan dermed være med på å gi sykepleieren kunnskap (Kirkevold 1996:30). Jeg har selv vært med på prosjektet som ble gjort på Diakonhjemmet, der vi prøvde å dyrke frem bakterier under ringer, på hender som ble vasket og desinfisert. Jeg opplevde at undersøkelsen og bakteriedyrkingen ga meg økt kunnskap. Det jeg lærte av prosjektet er med på å fremme min egen etterlevelse av retningslinjer for håndhygiene.

Det er ikke nødvendigvis slik at studenter fra ulike skoler har lignende erfaringer ettersom ferdighetstrening ikke er pålagt i rammeplanen for sykepleieutdanningen. Utdanningsstedene kan selv velge om de vil øve med studentene på skolen eller overlate det til praksisstudier (2008:10). Ferdig utdannede sykepleiere uavhengig av utdanningssted har et ansvar for å følge retningslinjene (Norsk sykepleieforbund 2011:10), gjennomføre opplæring (Smittevernloven) og ha tilstrekkelig kompetanse relatert til smittevern

(Kunnskapsdepartementet 2008:6). Studien fra Australia pekte på nødvendigheten av trening og undervisning for å få kompetente sykepleiere (White m.fl. 2015:7). Studentene kan få ulike erfaringer avhengig av utdanningssted, men forskning gjort av Fagernes og Fagermoen viste at også arbeidsstedet var viktig for sykepleierens kunnskap (2010:29). Forskning viste at sykepleierne på infeksjonsposten hadde et høyere kunnskapsnivå om smittevern enn sykepleiere på andre avdelinger (Lunde og Moen 2014:260). Forskningen samsvarer med mine egne erfaringer fra praksisperiodene jeg har hatt i løpet av sykepleierutdanningen. Jeg opplevde at infeksjonssykepleierne hadde en tryggere holdning til smittevern enn sykepleierne på den kirurgiske avdelingen.

Sykepleierne viste seg å være mer åpne for deltakelse i trening og undervisningskampanjer enn legene (Sax m.fl. 2007:1271) og hadde godt utbytte av deltakelse i grupper (Huis m.fl. 2013:464). Sykepleiere jobber mye i grupper, men forskning viste at sykepleierne også kunne få utbytte av selvstendig opplæring (Alemagno m.fl. 2010:469). I Belgia oppdaget forskere at sykepleierne hadde forbedret kunnskapen fra pretesten til posttesten uten noen form for undervisning i mellomtiden (De Wandel m.fl. 2010:234). I USA ble kunnskapsforbedring ved bruk av nettundervisning og egne planer anvendt for å forbedre kunnskapen om håndhygiene. Forskerne kartla helsepersonellens kunnskapsnivå før og etter undervisningsperioden (Alemagno m.fl. 2010:463). I løpet av de seks månedene kurset varte mottok alle som deltok motiverende meldinger og tips underveis før den avsluttende kunnskapstesten (ibid:466). Deltakerne opplevde kurset som en god undervisningsmetode (ibid:470) og forskerne dokumenterte et økt kunnskapsnivå (ibid:468).

## ***5.2 Resultatet av handlingen***

I følge Ajzens teori måles styrken på holdningen i hvor stor tro personen har på et positivt eller negativt resultat for seg selv eller andre (1991:192). Den som skal utføre handlingen lærer å foretrekke handlinger som gir gode resultater (ibid:191). Studiene kartla sykepleiernes etterlevelse av retningslinjer for håndhygiene for å undersøke om sykepleierne utførte håndhygiene for å verne seg selv eller pasienten mot smitte. Kartlegningen ble gjort ved bruk av spørsmål (Sax m.fl. 2007:1267), intervju (White m.fl. 2015:1) eller observasjon (Huis m.fl. 2013:470). For å undersøke om handlingen ga positivt resultat for sykepleieren eller pasienten kartla forskerne når sykepleieren utførte håndhygiene. De ulike situasjonene ble analysert for

å finne ut når sykepleieren var flinkest til å utføre håndhygiene eller glemte det oftest (Huis m.fl.2013:467 ;White m.fl. 2015:6).

I et gruppeintervju hvor deltakerne ble bedt om å evaluere sin egen håndhygiene, kom det frem at håndhygiene var dårligst etter å ha vært i kontakt med pasientens omgivelser (White m.fl.2015:1). Sykepleierne opplevde håndhygiene før prosedyrer som viktig for å unngå å gi pasienten en infeksjon (ibid:8). Noen av de som ble intervjuet mente at håndhygiene før prosedyrer var utsatt fordi man var opptatt av utførelsen av prosedyren og ikke forberedelsene (ibid:7). Sykepleiernes etterlevelse av retningslinjer for håndhygiene kunne bli motivert av å beskytte seg selv. I gruppesamtalen ble det fortalt at sykepleierne vasket hendene oftere dersom man tenkte på bakterier som kunne være tilstede ved pasientkontakten (ibid:5), og kjent smittsom sykdom hos pasienten ga en bedre etterlevelse av retningslinjene for håndhygiene (ibid:7). Sykepleierne ønsket heller ikke å smitte familiene sine med bakteriene (ibid:5). Beskyttelse av seg selv ble nevnt flere ganger i intervjuet, men beskyttelse av pasienten var nevnt oftere (ibid:5).

I undersøkelsen hvor forskerne observerte sykepleiernes etterlevelse av retningslinjer for håndhygiene, var etterlevelsen lavest før rene prosedyrer og fra skitne til rene områder på pasientens kropp (Huis m.fl. 2013:470). Sykepleierne i gruppeintervjuet var bekymret over håndhygiene før prosedyrer (White m.fl. 2015:5). Bekymringene samsvarer med sykepleiernes dokumenterte etterlevelse av retningslinjene for håndhygiene. Sykepleierne som ble observert viste størst grad av etterlevelse av retningslinjer for håndhygiene etter direkte kontakt med pasienten, og da de forlot isolatene (Huis m.fl. 2013:479). Jeg opplevde selv også å utføre håndhygiene oftere etter kontakt med pasienter på isolat. Frykten kan motivere til håndhygiene og føre til god etterlevelse av retningslinjer for håndhygiene ved kontakt med smittsomme bakterier (Bratland 2015:44).

Funnene i gruppeintervjuene viste at sykepleierne opplevde det motiverende å beskytte seg selv, og det var flere faktorer som motiverte sykepleierne til å fremme sin egen sikkerhet (White m.fl. 2015:5). Pasienten sto likevel sto frem som den viktigste å beskytte mot infeksjoner (ibid:4). I spørreundersøkelsen var konsekvensene infeksjonen kunne få for pasienten viktig for å fremme etterlevelsen av retningslinjene for håndhygiene (Sax m.fl. 2007:1267). Funnene som ble gjort ved observasjon av sykepleierne viste en bedre etterlevelse av retningslinjene for å beskytte seg selv etter pasientkontakt og da de forlot isolatene (Huis m.fl. 2013:479). De muntlige utsagnene i gruppeintervjuene som trakk frem

pasientsikkerheten som viktigst viste dermed ikke samsvar med funnene gjort ved observasjon.

### ***5.3 Ledelse og arbeidskultur***

De subjektive normene uttrykkes gjennom de sosiale forventningene til håndhygiene på arbeidsplassen (Alemagno m.fl. 2010:464). Sykepleierne kan oppleve å bli motivert av å imøtekomme de forventningene som stilles (Ajzen 1991:195). Hvilke forventninger sykepleieren opplever er avhengig av hva lederne, kollegaene, pasienten og lovverket mener er den rette handlingen (Ingstad 2013:137).

Sykepleierne trakk frem lederne som viktige personer for å fremme motivasjonen til å utføre håndhygiene (De Wandel m.fl. 2010:235; Sax m.fl. 2007:1267; White m.fl. 2015:5). Støtten fra ledelsen og arbeidskulturen er viktig for sykepleierens arbeid (Kirkevold 1996:46), og lederne kan fremme et miljø som setter fokus på håndhygiene (Bratland 2015:53). For avdelingssjefen vil gode rutiner virke positivt inn på budsjettet fordi infeksjoner gir økte kostnader. Gode rutiner kan også skape et tryggere og triveligere arbeidsmiljø for helsepersonellet (Elstrøm 2011:289). Lederne har et ansvar for å fremme etterlevelse av retningslinjer for håndhygiene (Bratland 2015:53), ved å være gode forbilder for sykepleierne (Stensbøl 2012:206). For å motivere sykepleierne bør rollemodellene følge rutinene selv (ibid.) for å uttrykke viktigheten av håndhygiene og stille spesifikke krav for å uttrykke forventninger (ibid:114).

Tidligere forskning har fokusert på forbedringer av håndhygiene hos individuelle helsearbeidere, og effekten av strukturelle tiltak (Huis m.fl. 2013:465). Forskerne i Nederland ønsket å undersøke effekten av rollemodellens påvirkning, lederskap og arbeidskultur for å øke etterlevelsen av retningslinjene for håndhygiene (ibid:464). Halvparten av avdelingene som deltok fikk teste ut strategien som så på viktigheten av ledelse og arbeidskultur. Lederne fikk opplæring i å motivere sykepleierne (ibid:467) og skulle være instruerende rollemodeller (ibid:468). Sykepleierne på avdelingene med lederstrategien måtte delta på gruppemøter og forpliktet seg til å følge felles målsettinger. For å undersøke virkningen fikk de resterende avdelingene en opplærende strategi som inneholdt bruk av nettsider, informasjonshefter, påminnende plakater, tilbakemeldinger fra avdelingsledere og forbedret tilgjengelighet av nødvendige produkter (ibid:468). Sykepleierne jobber ofte i team og strategien som inkluderte lederne i arbeidet viste bedre resultater for å forbedre etterlevelsen av retningslinjer for håndhygiene enn å jobbe med spesifikke hindringer (ibid:470). Lederstrategien viste seg også

å være mer stabil over tid (ibid:469). Den største forbedringen av håndhygiene var etter kontakt med pasienten ved begge strategiene (ibid:470).

Arbeidskulturen formes av medlemmene i samfunnet (Ingstad 2013:19). For å gjøre en endring i arbeidskulturen er det derfor nødvendig at alle deltar ettersom tjenesten ikke blir bedre enn den enkeltes innsats (Helsedirektoratet 2005:36). Undersøkelsen som ble gjennomført i Norge avdekket at 28,6% av de deltagende sykepleierne og hjelpepleierne sjeldent tok av segringer på arbeid (Fagernes og Fagermoen 2010:28). Kulturen på arbeidsstedet virket inn og man oppdaget at de som hadde arbeidet i flere år oftere brukte smykker enn de yngre ansatte (ibid:29). Den nederlandske forskningen ønsket å fremme håndhygiene som et kollektivt ansvar og dokumenterte sykepleiernes etterlevelse av retningslinjer som en samlet gruppe (Huis m.fl. 2013:465). Huis metode for forbedring inneholdt møter hvor de ansatte fikk opplæring i å formidle forventningene sine til andre sykepleiere (2013:467). Ved å fortelle andre om sine mål, ble forventningene tydeliggjort og signalisert verbalt (Ingstad 2013:135). De sosiale forventningene økte dermed på arbeidsplassen ved at kollegaene stilte krav til hverandre. Møtene ble en viktig arena for å utforske gruppens erfaringer og jobbe mot de avtalte målene (Huis m.fl. 2013:467). Formidlingen av forventningen og opplæringen ga en reduksjon i bruken av smykker på sykehuset fra 15% til 3% (ibid:470).

#### ***5.4 Kollegaer og pasienten***

Lederne er viktig for å skape eller endre en arbeidskultur, men vil ikke få det til uten at de får med seg de ansatte (Stensbøl 2012:72). Sykepleierne anså kollegaene sine som viktige i sin egen motivasjon for å utføre håndhygiene (Sax m.fl. 2007:1267; White m.fl. 2015:5). Nettundervisningen som ble gjennomført i USA ønsket å kartlegge hvem som hadde gitt deltakerne kjennskap til nettundervisningen. Ved bruk av kartleggingen ønsket forskerne å undersøke hvem sykepleieren ble påvirket av (Alemagno m.fl. 2010:465). De fleste av deltakerne viste seg å ha fått informasjonen av en kollega (ibid:468). Sykepleierne som deltok i spørreundersøkelsene i Sveits opplevde at kollegaene hadde et positivt syn på håndhygiene (Sax m.fl. 2007:1270). Sykepleierne i Australia hadde også kollegaer med positivt syn på håndhygiene og opplevde det sosiale presset fra kollegaene som de viktigste forventningene, og ble motivert av direkte spørsmål om håndhygiene og påminnelser fra medarbeiderne sine (White m.fl. 2015:5).

Funnene gjort i Sveits og Australia sto i kontrast til forskningsresultatene i Belgia som viste lav grad av sosiale forventninger (De Wandel m.fl. 2010:237). Den belgiske forskningen anvendte spørreskjema for å kartlegge faktorer som påvirket etterlevelsen av håndhygiene (ibid:230). Ved spørsmål om sosiale forventninger oppga sykepleierne at forventningene til å utføre håndhygiene var lave i arbeidskulturen. Manglende forventninger fra kollegaene gjorde at sykepleierne ikke ble motivert til å utføre handlingsendringer (ibid:237). Sykepleiere har noe frihet til å utforme sin egen rolle, men handlinger som er i strid med forventningen kan gi negative utfall i form av straff (Ingstad 2013:142). Sykepleierne i Belgia opplevde ikke noen negativ form for tilbakemelding ved dårlig etterlevelse av retningslinjene (De Wandel m.fl.2010:237). Jeg har erfaringer fra avdelinger hvor de sosiale forventningene var lave slik som de var i Belgia. Men jeg har også erfaringer som samsvarer med forskningen fra Sveits og Australia. Jeg opplevde å bli minnet på å fjerne øredobbene jeg hadde glemt å fjerne, og tok meg ikke nær av det fordi det var en kollektiv tankegang på avdelingen om å være smykkefrie. Det var forventet at man skulle minne hverandre på å fjerne smykker.

I den norske arbeidskultur har man respekt for privatlivet (Bratland 2015:15).

Smykkekartlegningen som ble gjort ved norske sykehus kan tyde på at det ikke var kultur for å gi tilbakemeldinger til kollegaene sine. Forskerne pekte selv på at de yngre ikke hadde blitt påvirket av kulturen i like stor grad som de som hadde jobbet lengst (Fagernes og Fagermoen 2010:29). Sykepleierne som deltok i nettundervisningen var klar over at kommunikasjonen kan være en utfordring og ønsket å bli flinkere til å formidle forventningene sine da de skulle lage en plan for å forbedre håndhygiene (Alemagno m.fl. 2010:469). Sykepleierne i Australia ønsket at andre skulle gi dem tilbakemeldinger for å bedre sin egen etterlevelse av retningslinjene for håndhygiene (White m.fl. 2015:5).

Sykepleierne viste større tilbøyelighet til å bli påvirket av sosiale normer fra en gruppe enn det legene viste (Sax m.fl. 2007:1270). Legene var mer åpne for påvirkning av spesielt viktige personer (ibid.). Pasientens forventninger var viktig for å motivere sykepleierne til å utføre håndhygiene (ibid:1267), men viktigere for legene (ibid:1271). Pasienten var viktig for å motivere til bedre etterlevelse, men kunne også oppleves som en hindring for å utføre håndhygiene etter retningslinjene. Sykepleierne i gruppeintervjuet opplevde at pasienten kunne føle seg stigmatisert og at beskyttelsesutstyret skapte en avstand (White m.fl. 2015:5). Informasjon er viktig i møte med denne utfordringen. Sykepleieren kan bruke informasjon til å fortelle at håndhygiene er gjeldende for alle pasienter (Akselsen og Elstrøm 2012:44).

Forskning viste at sykepleierne og legene ble mer motivert av subjektive normer og opplevelsen av kontroll fremfor holdninger for håndhygiene (Sax m.fl. 2007:1272). Sykepleierne opplevde at de sosiale forventningene ble påvirket av ledelsen, kollegaene og pasientene, men minst like viktig for motivasjonen var det at sykepleieren ble observert og kunne føle seg som en rollemodell for andre (ibid:1273).

### **5.5 Strukturelle hindringer**

Sykepleierens opplevelse av kontroll er avhengig av ulike hindringer. Hindringene avgjør om oppgaven føles lett eller vanskelig å gjennomføre (Ajzen 1991:196). Forskning peker på at håndhygiene utføres ofte og kan oppleves som en vane. Hvorfor man gjør det kan da bli mindre viktig enn hvor lett man opplever gjennomføringen (Sax m.fl. 2007:1272).

Håndvask må utføres i minst 30 sekunder og helst 1 minutt for god effekt (Folkehelseinstituttet 2004:12). Personlig synes jeg at håndvask i ett minutt føles lenge og kan fort bli fristet til å kutte ned på tiden om jeg opplever å ha dårlig tid. Helsepersonells etterlevelse av retningslinjer for håndhygiene er avhengig av at håndhygienen føles lett å utføre og krever minimalt med tid (Sax m.fl. 2007:1272). Ved å vaske hendene for kort risikerer man å ikke oppnå maksimal effekt og dermed øke risikoen for å overføre smittsomme bakterier (Folkehelseinstituttet 2004:6). En helsetjenesteassosiert infeksjon gir pasienten forlenget liggetid, som gir redusert kapasitet på avdelingen. Tiden sykepleieren sparte på håndvasken kan dermed gi dårligere tid for hele bemanningen (Stordalen 2015:55). For sykepleierne var det viktig at håndhygienen krevde lite tid (White m.fl. 2015:5). Hånddesinfeksjon kan dermed bidra til å øke etterlevelsen fordi desinfeksjon krever mindre tid enn håndvask (Folkehelseinstituttet 2004:11).

Det at håndhygiene tar tid er som nevnt en hindring i seg selv, men for lite tid å anvende kan også oppleves som en hindring for sykepleierne (White m.fl. 2015:5). Nok tid er også viktig for at sykepleieren skal ha en praksis basert på vitenskapelig kunnskap (Kirkevold 1996:46). Selv om sykepleierne opplevde det å være travel som en barriere, var ikke etterlevelsen av retningslinjer for håndhygiene forskjellig på ulike tider av døgnet (De Wandel m.fl. 2010:237) og arbeidspresset påvirket ikke håndhygienen (ibid:235). Etterlevelsen av retningslinjene så ut til å være relatert til øyeblikket (ibid:230). Forskning viste at sykepleierne trodde de oftest glemte å utføre håndhygiene etter berøring av pasientnære områder (White m.fl. 2015:1). Sykepleierne trakk frem eksempler hvor de var midt i stell og opplevde det som upraktisk å



anvende håndhygiene mellom ulike arbeidsoppgaver (ibid:6). Opplevelsen av dårlig tid kunne føre til at sykepleieren hadde flere tanker i hodet og glemte å utføre håndhygiene (ibid.). I nødstilfeller kunne sykepleieren bevisst nedprioritere håndhygiene for å raskere hjelpe pasienten (ibid.).

Huis strategier for å forbedre etterlevelsen av retningslinjer for håndhygiene tok utgangspunkt i å fjerne kjente eksisterende hindringer, og forbedre avdelingenes fasiliteter (2013:467). Tilgjengeligheten av håndvasker og dispensere var ikke overraskende den faktoren sykepleierne påpekte som viktigst (White m.fl. 2015:5) og gjorde håndhygiene lettere (Sax m.fl. 2007:1271). I gruppeintervjuet ble det uttalt at sykepleierne ville vasket hendene oftere dersom dispensere og vasker var lettere tilgjengelig (De Wandel m.fl. 2010:235). Ved endringen av retningslinjene ble tilgjengeligheten av spritdispensere i Norge forbedret (Rykkje, Heggelund og Harthug 2007:861) og etterlevelsen av retningslinjene for håndhygiene økte (ibid:826). Ledelsen har et ansvar for tilgjengeligheten av spritdispensere slik at man fjerner noen av hindringene for sykepleierne (Bratland 2015:53).

Tidligere infeksjoner ble nevnt blant faktorer som hadde forbedret de strukturelle hindringene. Sykepleierne i gruppeintervjuet mente at tidligere infeksjoner hadde ført til bedre etterlevelse av retningslinjene for håndhygiene. Forbedringen kom av et større fokus på håndhygiene, gjennomgang av rutiner og forbedret tilgjengelighet av desinfeksjon (White m.fl. 2015:5). Gjennom erfaringen med tidligere infeksjoner fikk sykepleierne en opplevelse som videre ble omdannet til ferdigheter (Kirkevold 1996:31). Jeg har selv opplevd å besøke avdelinger som nettopp har hatt utbrudd av smittsomme bakterier, og har selv sett sykepleiere få økt fokus på håndhygiene etter å ha opplevd infeksjoner på avdelingen. Sykepleierens opplevelse av kontroll er avgjørende for en god praksis (Alemagno 2010:464). Når man først har oppnådd opplevelsen av kontroll kreves det at fasilitetene ikke forandres (Ajzen 1991:202) slik at vanskelighetsgraden holdes stabil for å beholde etterlevelsen av retningslinjene for håndhygiene (ibid:183).

## **5.6 Personlige hindringer**

Sykepleierens opplevelse av kontroll kan også påvirkes av personlige hindringer. Da forskerne i Nederland skulle undersøke effekten av lederstrategien samlet de alle gruppene i starten av prosjektet for å diskutere etterlevelse av rutiner for håndhygiene og oppfatningen av egne barrierer (Huis m.fl. 2013:467). Alle sykepleierne fikk kartlagt sine opplevde hindringer med forslag til forbedring (ibid.). I nettkurset skulle deltakerne velge sine egne mål for å forbedre seg, og måtte dermed også tenke over egne hindringer (Alemagno m.fl. 2010:465).

Hudirritasjon og tørre hender ble nevnt i flere av artiklene som er barrierer mot å utføre håndhygiene flere ganger i løpet av arbeidsvakten (De Wandel m.fl. 2010:237; White m.fl. 2015:5). Å vaske hendene ofte kan føre til en reduksjon i hudens fettstoffer og forhøyet pH. Hyppig håndvask kan dermed gi en svekket motstandsfunksjon i huden (Folkehelseinstituttet 2004:33). En kunnskapstest blant sykepleiere viste at 27,7% mente at hånddesinfeksjon var mer skadelig for huden enn såpe og vann (Alemagno m.fl. 2010:467). Alkohol kan gjøre huden tørr og irritert, men virker ikke allergifremkallende (Stordalen 2015:138).

Hånddesinfeksjon tilsatt gjeninnfettingsstoffer vil påvirke huden mindre (Folkehelseinstituttet 2004:33). Tilgang til hudspesialister og hudkremer forbedret etterlevelsen av retningslinjer for håndhygiene (White m.fl. 2015:5).

I gruppeintervjuet gjennomført i Australia ble sykepleiernes etterlevelse av rutiner for håndhygiene med struktur fra teorien om planlagt atferd kartlagt. Deltakerne ble blant annet spurt om ulike opplevde hindringer som gjorde det vanskelig å utføre håndhygiene (White m.fl. 2015:3). Tre ulike ganger i intervjuene ble miljøhensyn nevnt, og sykepleierne hadde med vilje unngått å bruke vann og vasket hendene kortere for å spare miljøet (ibid:6).

Samtalegrupper med hygiene som tema kan være nyttige for å plukke opp bevisste unngåelser av retningslinjene (Bratland 2015:53). Gruppene kan også gi sykepleierne en mulighet til å stille spørsmål til ansatte med kunnskap om smittevern (White m.fl. 2015:5).

Hygienegruppene kan være en god arena for å diskutere utfordringer og forbedringer mellom kollegaer ettersom arbeid over tid kan gi bedre resultat enn å gjennomføre et kurs (Bratland 2015:49).

Ved undersøkelsen som kartla håndhygienens til sykehuspersonell i Danmark var det strukturelle i orden i form av tilgjengelige såpedispensere, likevel unnlot hver tredje ansatt å bruke såpe etter toalettbesøket. Påminnelser i form av blinkende lys i såpedispenseren førte til at flere av de ansatte vasket hendene etter toalettbesøket. Helsepersonellet trengte altså

påminnelser for å få full effekt av dispensereren (Johansen 2015). Sykepleierne i gruppeintervjuet opplevde at verbale og visuelle påminnelser var til hjelp for å fremme egen etterlevelse av retningslinjene for håndhygiene (White m.fl. 2015:5). Visuelle påminnelser som skilt og plakater var foreslått som effektive tiltak av sykepleierne. Kompetansepersoenen som var tilstede på avdelingen fungerte også som visuelle påminnelser (ibid.). I forbedringsplanen laget til nettundervisningen fokuserte de fleste på å minne andre på å utføre håndhygiene (Alemagno 2010:469). Å anerkjenne kollegaer som utførte god håndhygiene med en liten gave virket motiverende i arbeidet, men kunne også brukes som påminnelser dersom gaven var påsatt et slagord for hygiene (ibid:8).

I følge Ajzen er troen på mestring og viljestyrke avgjørende for handlingen (1991:189). Mestringstro vil også gjøre sykepleierne bedre innstilt til oppgavene de skal utføre (ibid:184). Tro på mestring kan påvirke etterlevelsen av retningslinjene for håndhygiene ved at man ser eventuelle hindringer som mulige å overkomme (De Wandel 2010:231). En liten grad av tro på mestring var forbundet med lav etterlevelse av retningslinjer for håndhygiene (ibid:230). Den sveitsiske forskningen gjorde funn som viste at sykepleierne som deltok hadde større mestringstro enn legene (Sax m.fl. 2007:1270). Det samsvarer ikke med den tyske forskningens resultater som viste at mestringstroen var lik hos legene og sykepleierne (Lutze m.fl.2015:5). Både legene og sykepleierne viste en sterk intensjon for å utføre handlingen og var veldig motiverte for å utføre håndhygiene etter retningslinjene (ibid:6).

Det var flere faktorer som ble assosiert med god etterlevelse av retningslinjene for håndhygiene. Sax m.fl. gjorde funn som tydet på at kjønn kunne ha betydning for etterlevelsen av retningslinjene for håndhygiene (2007:1271). Forfatterne peker på at forskning tidligere har vist at sykepleiere som tradisjonelt var kvinner utfører håndhygiene oftere enn legene som oftest var menn. Jeg synes det er interessant at kvinnene viste seg å utføre håndhygiene oftere, men de tradisjonelle kjønnsmonstrene har endret seg. Tall fra de medisinske fakultetene viser at over 70% av de nye studentene som startet høsten 2015 er kvinner både i Oslo og i Bergen (Bosnes Engen 2016). I tillegg til kjønn fant forskerne i Sveits ut at personer som hadde en god etterlevelse av retningslinjene for håndhygiene hadde gjennomgått undervisning om emnet, trent på håndhygiene, deltatt i undervisningskampanjer og opplevde sosialt press fra kolleger. Den viktigste faktoren var at håndhygienens skulle være en enkel prosedyre å gjennomføre (Sax m.fl. 2007:1271).

## 6 Konklusjon

I arbeidet med problemstillingen min: ” *Hvilke faktorer påvirker sykepleierens etterlevelse av retningslinjene for håndhygiene ved somatiske sengeposter?* ” oppdaget jeg at det allerede i oldtiden eksisterte en form for retningslinjer for hygiene. Funnene mine viser at det nødvendigvis ikke er slik at retningslinjene blir fulgt selv om de eksisterer. Jeg har funnet mange faktorer som påvirker sykepleierens etterlevelse av retningslinjene for håndhygiene.

Sykepleierens kunnskapsnivå om håndhygiene og retningslinjer viste seg å være lavere enn forventet. Derimot viste sykepleierne god motivasjon for å utføre håndhygiene, og hadde tro på at håndhygiene reduserte HAI. Forskningen avdekket at sykepleierens kunnskaper kunne forbedres ved egenstudier og gruppeundervisning.

Etterlevelsen av retningslinjene for håndhygiene hadde ikke kun sammenheng med sykepleierens teoretiske kunnskap og erfaringer. Sosiale forventninger var viktig for å motivere sykepleierne til å utføre håndhygiene. Arbeidskulturen kunne forme sykepleierne til å passe inn i avdelingen, og en arbeidskultur som ikke stilte krav til å utføre håndhygiene kunne dermed føre til en dårligere etterlevelse av retningslinjene for håndhygiene.

Lederne viste seg å være viktige i arbeidet for å fremme etterlevelsen av retningslinjene for håndhygiene. De har et ansvar for å formidle forventninger til de ansatte ved å være gode rollemodeller for sykepleierne. Lederne har også muligheter for å øke sykepleierens opplevde kontroll ved å fjerne hindringer. Hindringene kan reduseres ved å forbedre tilgjengeligheten av håndvasker og hånddesinfeksjon.

For sykepleierne var det viktig at håndhygieningen skulle være lett å gjennomføre og kreve minimalt med tid. Forskningen viste at etterlevelsen av retningslinjene ikke var perfekt selv med gode fasiliteter, og sykepleierne kunne ha god nytte av påminnelser for å anvende det tilgjengelige utstyret.

Forskningen viste hvor viktig det er å sette fokus på håndhygiene i sykepleierens arbeid. Helsedirektoratets strategi for å forbedre kvaliteten på helsepersonells arbeid peker på å jobbe med kvalitet i alt arbeid man gjør. Erfaringene jeg har gjort i arbeidet kan jeg bruke i fremtidig arbeidsliv, og jeg håper at jeg kan få være en rollemodell for andre ved å utføre håndhygiene i fremtiden.

## Litteraturliste

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process*. 50 (2):179-211. Hentet fra SocINDEX
- Ajzen, I. og Timko, C. (1986). Correspondence Between Health Attitudes and Behavior. *Basic and Applied Social Psychology*, 7 (4):259-276 Hentet fra SocINDEX
- Alemagno, A.S., Guten, M.S., Warthman, S., Young, E. og Mackay, S.D. (2010). Online learning to improve hand hygiene knowledge and compliance among health care workers. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41 (10):463-471. Hentet fra CINAHL
- Akselsen, P. E. og Elstrøm, P. (red.) (2012). *Smittevern i helsetjenesten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Aasbrendt, M. og Lid, R. (2009). Korleis kan sjukepleiarstudentar erfare at retningslinjene for handhygiene er korrekte? *Sykepleien Forskning*, 4 (3): 174-184. Hentet 25.januar 2016 fra: <https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/documents/forsknings/279258.pdf>
- Bosnes Engen, Ø. (2016,14.januar). 71 prosent kvinnelige medisinstudenter ved siste opptak. *Dagens Medisin*. Hentet 10.mars 2016 fra: <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/01/14/mer-enn-70-prosent-kvinnelige-medisinstudenter-ved-siste-opptak/?x=MjAxNi0wMy0xMCAxMzoyNjozOQ>
- Bratland, R. (2015). Hygienepraksis og hygieneoppfatninger i kommunale helseinstitusjoner. *Septentrio Reports*, (7):1-58. Doi: <http://dx.doi.org/10.7557/7.3592>
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- De Wandel, D., Maes, L., Labeau, S., Vereecken, C. og Blot, S. (2010). Behavioral determinants og hand hygiene compliance in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 19 (3):231-239. Hentet fra CINAHL
- Elstrøm, P. (2011). Smittevern i helsetjenesten. I: Steen, M. Og Degré, M. (red.). *Mikrober, helse og sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Fagernes, M. og Fagermoen, M.- S. (2010). Selvrapportert atferd og holdninger knyttet til bruk av fingerringe under klinisk arbeid. En spørreundersøkelse blant norsk pleiepersonell. *Vård I Norden*, 30 (4):26-31. Hentet fra ProQuest Central

Folkehelseinstituttet (2016). *Antall sykehusinfeksjoner går ned*. Hentet 20.januar 2016 fra: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6465&Main\\_6157=6261:0:25,6750&Content\\_6465=6178:117263::0:6268:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6465&Main_6157=6261:0:25,6750&Content_6465=6178:117263::0:6268:1:::0:0)

Folkehelseinstituttet (2015a). *Om prevalensundersøkelsene av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk i sykehus, NOIS-PIAH*. Hentet 19.januar 2016 fra: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6261:0:25,6750&MainContent\\_6261=6464:0:25,7036&List\\_6212=6218:0:25,8235:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,6750&MainContent_6261=6464:0:25,7036&List_6212=6218:0:25,8235:1:0:0:::0:0)

Folkehelseinstituttet (2015b). *Håndhygiene blant helsepersonell*. Hentet 25.januar 2016 fra: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6496&Main\\_6157=6263:0:25,6493&MainContent\\_6263=6496:0:25,6528&Content\\_6496=6178:114850:25,6528:0:6562:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,6493&MainContent_6263=6496:0:25,6528&Content_6496=6178:114850:25,6528:0:6562:1:::0:0)

Folkehelseinstituttet (2004). *Nasjonal veileder for håndhygiene. Om hvordan riktig håndhygiene kan hindre smittespredning og redusere risikoen for infeksjoner*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet 18.januar 2016 fra: <http://www.fhi.no/dav/A670B7F77D.pdf>

Forskrift om smittevern i helsetjenesten. Forskrift av 17.juni 2005 nr. 610 om smittevern i helse- og omsorgstjenesten.

Fredriksen og Beedholm (2013). Litteraturreview. I: Glasdam, S. (red.) *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område : indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck AS

Helsedirektoratet (2015). *Sykehusinfeksjoner*. Hentet 21. Januar 2016 fra: <https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Sykehusinfeksjoner>

Helsedirektoratet (2005). *Og bedre skal det bli*. Hentet 1.mars 2016 fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>

Helsepersonelloven. Lov av 2.juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.

Huis, A. m.fl.(2013). Impact of a team and leader- directed strategy to improve nurses' adherence to hand hygiene guidelines: A cluster randomised trial. *International Journal of*

*Nursing Studies*, 50(4):464-474 Hentet fra Science Direct

Hørmann, A. E. (2013). Litteratursøgning. I: Glasdam, S. (red.) *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område : indblik i videnskabelige metoder* Danmark: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck AS

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal.

Johansen, F. K. (2015). *Hver tredje hospitalsansatte vasker ikke hænder efter toiletbesøg*. Hentet 21.januar 2016 fra: <http://ugeskriftet.dk/nyhed/hver-tredje-hospitalsansatte-vasker-ikke-haender-efter-toiletbesoeg>

Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?*. Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E- A. (red.). *Grunnleggende sykepleie. Bind 1*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanning*. Oslo:

Kunnskapsdepartementet. Hentet 25 januar 2016 fra:

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

Lund, P. J. (2006). Semmelweis – en varsler. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 126 (13-14):1776-1779. Hentet fra E- Journals.

Lunde, L. og Moen, A. (2014). Sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier.

*Sykepleien Forskning*, 9 (3): 260-269. Hentet 21.januar 2016 fra:

[https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/publication-pdf/14fo3\\_art.\\_lunde\\_3365.pdf](https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/publication-pdf/14fo3_art._lunde_3365.pdf)

Lutze, B m.fl. (2015). Intensive care psysicians´and nurses´perception that hand hygiene prevents pathogen transmission: Belief strength and associations with other cognitive factors.

*Journal of Health Psychology*. Doi: 10.1177/1359105315595123

Norsk sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler.

Oslo: NSF Hentet 27.januar fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Rykkje, L., Heggelund, A. Og Harthug, S. (2007). Enkle tiltak gir bedre håndhygiene. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127 (7):861-863. Hentet fra E- Journals.

Sax, H., Uckay, I., Richet, H., Allegranzi, B. og Pittet, D. (2007). Determinants of good adherence to hand hygiene among healthcare workers who have extensive exposure to hand hygiene campaigns. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 28(11):1267-1274. Hentet fra Jstor.

Smittevernloven. Lov av 5.august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer.

Stensbøl, B. (2012). *Den gode prestasjonskulturen. Fra toppidrett til næringsliv*. Bergen: Fagbokforlaget.

Stordalen, J. (2015). *Smittevern og hygiene. Den usynlige faren*. 5.utg. Bergen: Fagbokforlaget.

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

Sørensen, M. og Graff-Iversen, S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd?. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121 (6):720-724. Hentet 10.februar 2016 fra: <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2001/720-4.pdf>

Universitets- og høyskoleloven. Lov av 1.april 2005 nr.15 om universiteter og høyskoler.

White, M. m.fl. (2015). Using a theory og planned behaviour framework to explore hand hygiene beliefs at the '5 critical moments' among Australian hospital-based nurses. *BMC Health Service Research*, 59(15):1-9. Hentet fra Academic Search Elite

Wilcox, M. H. og Dave, J. (2000) . The cost of hospital-acquired infection and the value of infection control. *Journal of Hospital Infection*, 45(2):81-84. Hentet fra ScienceDirect.