



Bacheloroppgave

Kunnskap og forebygging

Hvordan kan kunnskap bidra til at sykepleiere hindrer smittespredning av MRSA?

Kandidatnummer: 1359 & 1326
Emnekode: SYBA 3900
Emnenavn: Bacheloroppgave
Studieprogram: Bachelorstudium i sykepleie
Antall ord: 11 155
Innleveringsfrist: 29.05.2020

*«Ekte og god sykepleie
tar ikke hensyn til smitte,
bortsett fra å avverge den»*

*Florence Nightingale
(siteret i Kristoffersen, 2016a, s. 69)*

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Det er viktig å hindre at MRSA etablerer seg i norske helseinstitusjoner. Høyere forekomst av MRSA vil kunne påvirke antibiotikabruk ved mulige infeksjoner med gule stafylokokker. Dette kan påvirke resistensutviklingen. I det forebyggende arbeidet mot MRSA – spredning spiller sykepleiere en viktig rolle.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan kunnskap kan bidra til at sykepleiere hindrer smittespredning av MRSA. Holdninger og arbeidsmiljø inkluderes likedan, da disse faktorene både kan påvirkes av kunnskap og samtidig påvirke kunnskapsutvikling.

Metode

Metoden som benyttes er et litteraturstudium. Problemstillingen besvares med utgangspunkt i søk gjennomført i aktuelle databaser, faglitteratur og pensumlitteratur.

Resultater

Resultatene viser en sammenheng mellom forebygging av smitte, kunnskap, holdninger og arbeidsmiljø. Manglende kunnskap vil kunne påvirke til dårlige holdninger og overholdelse av smittevernrutiner, og dårlig arbeidsmiljø vil kunne påvirke til både dårlige holdninger, manglende kunnskap og lite fokus på smittevern i møte med pasienter med MRSA. Kontinuerlig undervisning, faglige diskusjoner og fokus på smittevern påvirket kunnskapsnivå og holdninger.

Konklusjon

Kunnskap, en positiv holdning og et godt arbeidsmiljø spiller en viktig rolle for at sykepleiere på best mulig måte skal hindre smittespredning av MRSA. Gode rollemodeller, faglige diskusjoner og et fokus på smittevern i avdelingen er viktig for at sykepleiere skal hindre smittespredning av MRSA til tross for egne holdninger og ytre faktorer.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMFORMULERING.....	1
1.2 AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLING.	2
1.4 OPPGAVENS DISPOSISJON.....	2
1.5 BEGREPSAVKLARING.	3
2.0 TEORI	4
2.1 SMITTEKJEDEN.....	4
2.2 SMITTEVERN.	4
2.3 BASALE SMITTEVERNROUTINER.....	5
2.4 MRSA.	5
2.4.1 Sykdommen og smittemåte	5
2.4.2 Prøvetaking	6
2.4.3 Smittevernrutiner	6
2.4.4 Behandling	8
2.4.5 Antibiotikaresistens - hvorfor et problem?	9
2.5 HVA ER KUNNSKAP?	9
2.5.1 Kunnskapsbasert praksis.....	10
2.5.2 Viktige kunnskapsformer i sykepleieutøvelsen.....	10
2.6 HOLDNINGER.	11
2.6.1 Sykepleiefaglig identitet.....	11
2.7 ARBEIDSMILJØ OG ORGANISASJONSKULTUR.....	11
2.8 LOVVERK.	12
2.8.1 Lov om vern mot smittsomme sykdommer.....	12
2.8.2 Lov om helsepersonell m.v.....	12
2.8.3 Yrkesetiske retningslinjer.....	13
3.0 METODE	14
3.1 VALG AV METODE.....	14
3.1.1 Kvantitativ metode	14
3.1.2 Kvalitativ metode	14
3.2 LITTERATURSØK.....	15

3.3 EKSEMPEL PÅ SØK.....	16
3.4 KILDEKRITIKK	16
4.0 RESULTATER.....	18
4.1 SYKEPLEIERES KUNNSKAP OM SMITTEVERN OG MRSA.	18
4.2 SYKEPLEIERES HOLDNINGER TIL SMITTEVERN MED FOKUS PÅ MRSA.	19
4.3 FAKTORER SOM PÅVIRKER SYKEPLEIERES OVERHOLDELSE AV SMITTEVERN.	20
4.4 EFFEKT AV ØKT KUNNSKAP.	21
4.5 HVORDAN ØKE KUNNSKAPEN?	22
5.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIERE BIDRA TIL Å HINDRE SMITTESPREDNING AV MRSA?	23
5.1 KUNNSKAP OG SMITTESPREDNING.....	23
5.2 HOLDNINGER, FAKTORER OG SMITTESPREDNING.....	27
5.3 KUNNSKAPSØKNING, HOLDNINGSENDRING OG ARBEIDSMILJØ.	31
5.4 KRITIKK TIL FORSKNINGEN.....	34
6.0 KONKLUSJON.....	35
LITTERATURLISTE.....	37
VEDLEGG	

1.0 INNLEDNING

Norge har, sammen med Island, den laveste forekomsten av Meticillinresistent staphylococcus aureus (MRSA) i verden (Folkehelseinstituttet [FHI], 2019). Fra 2016 har det ikke vært en markant økning i tilfeller av MRSA, både bærertilstand og infeksjon (FHI, 2019). Et hovedmål i norsk helsevesen er å hindre at MRSA etablerer seg i norske helseinstitusjoner. Høyere forekomst av MRSA på blant annet sykehus vil påvirke valget av antibiotika ved mulige Staphylococcus aureus - infeksjoner, noe som kan virke resistensdrivende. Bærerskap av MRSA behøver nødvendigvis ikke å føre til sykdom, men MRSA - infeksjoner er derimot assosiert med økt sykkelighet og dødelighet (FHI, 2017). Det er estimert at personer med MRSA - infeksjon er 64% mer sannsynlig til å dø enn de med en ikke - resistent form av infeksjonen (World Health Organization [WHO], 2014).

Da MRSA - infeksjoner kan ha fatale konsekvenser er det viktig å ha fokus på forebygging av smittespredning. Sykepleier har en forebyggende funksjon som rettes mot friske mennesker og mot de som er spesielt utsatt for helsesvikt og komplikasjoner (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 18). Dette er også gjeldende for pasienter med MRSA. Vår bachelor blir å omhandle MRSA og sykepleieres forebygging av smittespredning.

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemformulering.

Å kunne hindre smittespredning er viktig i utøvelsen av god sykepleie. I løpet av våre praksisperioder har vi fått innblikk i hvordan ulik overholdelse av smittevernrutiner vil kunne påvirke pasientsikkerheten og grad av smittespredning. Vår opplevelse er at ulike sykepleiere har ulik tilnærming til hvordan de selv hindrer smittespredning. Da MRSA er et økende problem i helsesektoren er det interessant å undersøke sykepleieres tilnærming i møte med denne pasientgruppen. Ved bruk av relevant teori og forskning ønsker vi å belyse faktorer som har en innvirkning i sykepleiernes bidrag til å hindre smittespredning.

På bakgrunn av dette kom vi frem til følgende problemstilling:

Hvordan kan kunnskap bidra til at sykepleiere hindrer smittespredning av MRSA?

1.2 Avgrensning av problemstilling.

Da oppgavens problemstilling omfatter ulike aspekter har vi utført en del avgrensninger. Vårt hovedfokus blir hvordan kunnskap, da også kompetanse, kan bidra til at sykepleiere hindrer smittespredning av MRSA. Arbeidsmiljø kan anses som en viktig faktor i sykepleieres kunnskapsutvikling, samtidig som sykepleieres holdninger kan bli påvirket av både økt kunnskap og manglende kunnskap. Derfor anser vi arbeidsmiljø og holdninger som å være av betydning når vi skal undersøke hvordan kunnskap kan bidra til at sykepleiere hindrer smittespredning av MRSA. Vi vil likedan inkludere hvordan kunnskapsnivå kan økes og holdninger kan endres. Basale smittevernrutiner vil bli inkludert i oppgaven, men blir ikke fokuset for hvordan sykepleiere kan hindre smittespredning. Vi vil ikke inkludere innvirkningen kunnskap kan ha på pasienter og pårørende, da vårt fokus blir på hvordan kunnskap påvirker sykepleiere.

I oppgaven fokuserer vi på pasienter med MRSA, da dette er en høyst aktuell pasientgruppe i dagens helsevesen. Vi vil ikke gå nærmere inn på behandling av MRSA enn det som gjøres i kapittel 2.5.4. Vårt fokus blir på hvordan en kan hindre smittespredning på sykehus, selv om tiltakene også kan være gjeldende på andre helseinstitusjoner. Selv om pasientens opplevelse av egen helse og psykososiale behov er av betydning i utøvelsen av sykepleie vil vi ikke gå nærmere inn i dette i vår oppgave. Andre helsefaglige yrkesgrupper ekskluderes da fokuset i denne oppgaven er sykepleiefaglig.

1.4 Oppgavens disposisjon.

Bacheloroppgaven består av seks kapitler og er strukturert etter Thidemanns (2019) forslag. Introduksjons - kapittelet omhandler oppgavens tema, problemstilling og avgrensninger. Så følger kapittel 2.0, hvor det redegjøres for aktuell faglitteratur som blir det teoretiske grunnlaget for videre drøfting. I neste kapittel beskrives metode, litteratursøk og kildekritikk. Deretter

presenteres resultater og funn fra valgte forskningsartikler. Problemstillingen vil i kapittel 5.0 drøftes med utgangspunkt i teori, forskning og oppgavens avgrensninger. Oppgaven avsluttes med en konklusjon som vil bestå av refleksjoner og oppsummering av våre resultater, i tillegg til en vurdering av hovedpoengene.

1.5 Begrepsavklaring.

Smittevern = alle tiltak som har til hensikt å hindre at infeksjoner oppstår og spres (Rygh, Andreassen, Fjellset, Wilhelmsen & Stubberud, 2017, s. 70).

Multiresistente bakterier = en bakterie som er motstandsdyktig mot flere ulike antibiotikagrupper samtidig (Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 209).

Nosokomiale infeksjoner = helsetjenesteerhvervede infeksjoner (Rygh et al., 2017, s. 71)

2.0 TEORI

2.1 Smittekjeden

Smitte defineres av Myrvang (2020) som “inntrenging av et smittestoff i et nytt individ eller i en ny lokalisasjon hos et individ som fra før er bærer av smittestoffet” (Myrvang, 2020, 1. avsn).

Slimhinner regnes som en av de viktigste inngangsportene for smitte, og man finner slimhinner i blant annet luftveier og i tarmen. Andre viktige inngangsporter er huden og placenta (Myrvang, 2020).

Smittekjeden er rekkefølgen for hvordan smittestoffet spres. Dette kan være at smitekilden tar på et dørhåndtak, eller ved at en er i direkte kontakt med smitekilden. Smittestoffet kan da spres. God håndhygiene er den enkleste måten en kan bryte smittekjeden (Gloppe, 2020).

2.2 Smittevern.

Smittevern angår hele samfunnet, og er tiltak som iverksettes med mål om å forebygge og å hindre spredningen av smittsomme sykdommer (Blystad & Steen, 2016, s. 270; Rygh et al., 2017, s. 71). I helseinstitusjoner og i kommunehelsetjenesten har ledelsen plikt og ansvar for å etablere retningslinjer som omhandler hvordan man skal forebygge infeksjoner og smittespredning. Likedan skal de også utarbeide retningslinjer for hvordan behandling og pleie skal utføres ved de forskjellige infeksjonstilstandene. Folkehelseinstituttet, i samarbeid med Sosial - og helsedirektoratet, utarbeider retningslinjer som er å anse som faglige anbefalinger. Disse kan da brukes som utgangspunkt i ledelsens utarbeidelse av retningslinjer (Rygh et al., 2017, s. 73).

Å være innlagt på sykehus utsetter pasienten for fremmed bakterieflora, og den kan endre vedkommendes normale bakterieflora. Dette kan forekomme ved direkte eller indirekte smittespredning, for eksempel ved overføring av bakterier fra personalets hender eller fra det fysiske miljøet rundt pasienten. Grunnet dette skal alle helseinstitusjoner ha gode rutiner slik at en kan unngå nosokomiale infeksjoner (Rygh et al., 2017, s. 71). En slik infeksjonskontroll har vært

praktisert i mange år i helseinstitusjoner. Utgangspunktet for infeksjonskontroll er å kvalitetssikre hygienen i hver enkelt institusjon. Både sykehus og kommunehelsetjenesten skal ha et slikt program, men sykehus er likedan pålagt å etablere et infeksjonskontrollprogram som gjelder både smitteforebygging og smitteovervåkning (Rygh et al., 2017, s. 72).

2.3 Basale smittevernrutiner.

De basale smittevernrutinene er basisen for et godt smittevern i møte med alle pasienter, og forebygging av både smitte med bestemte typer mikrober og ulike typer infeksjoner (Blystad & Steen, 2016, s. 298). Basale smittevernrutiner er gjeldende i all kontakt med pasienter, uavhengig av mistenkt eller bekreftet smitte. De baseres på prinsippet om at ikke - intakt hud, slimhinner og alle kroppsvæsker unntatt svette kan inneholde smittestoffer. Overholdelse av de basale smittevernrutinene vil reduseres risikoen for smitte (Rygh et al., 2017, s. 72). I spesielle situasjoner kan det i tillegg til basale smittevernrutiner være nødvendig å implementere andre smitteverntiltak (Blystad & Steen, 2016, s. 295).

Følgende tiltak inngår i basale smittevernrutiner: håndhygiene, bruk av personlig beskyttelsesutstyr, renhold og desinfeksjon, trygg injeksjonspraksis, hostehygiene, avfallshåndtering, pasientplassering, desinfeksjon av hud, håndtering av pasientnært utstyr, beskyttelse mot stikkskader og håndtering av sengetøy og tekstiler (Blystad & Steen, 2016, s. 291). Med håndhygiene menes i tillegg til håndvask og hånddesinfeksjon også kortklippede negler uten neglelakk, ingen klokker, ringer eller andre smykker (Rygh et al., 2017, s. 75). For å best forebygge smittespredning er det essensielt med god håndhygiene og overholdelse av de andre basale smittevernrutinene (Blystad & Steen, 2016, s. 298).

2.4 MRSA.

2.4.1 Sykdommen og smittemåte

Den typen stafylokokker som oftest gir opphav til infeksjoner hos mennesker er gule stafylokokker, *staphylococcus aureus*. De gir særlig pussdannede hudinfeksjoner. Man regner med at ca. 20 - 40% av befolkningen er bærere av gule stafylokokker, det vil si at de har bakterien uten

å selv bli syk. Bærere kan likevel smitte andre, som igjen kan bli syke. MRSA er en type gule stafylokokker (Rygh et al., 2017, s. 84 - 85). Den gir samme type infeksjoner som vanlige stafylokokker, men er resistent mot penicillin og andre antibiotika (Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 204). Bakterien kan finnes i nese og hals, sår, perineum og også på hender (Rygh et al., 2017, s. 84 - 85). Flertallet av de som smittes av MRSA får ikke selv symptomer, men bakterien blir en del av personens normalflora. Dette fører til at mange smittebærere ikke blir oppdaget (Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 205 - 206).

MRSA smitter vanligvis via kontaktsmitte, men kan også overføres via dråpesmitte (Rygh et al., 2017, s. 84). Kontaktsmitte deles inn i direkte og indirekte kontaktsmitte. Smittestoffer på huden har lett for å overføres ved direkte kontakt, for eksempel via infiserte sår eller hender. Enkelte smittestoffer kan likedan overføres indirekte fra miljøet rundt, ved at smittestoffet "mellomlander" for eksempel på utstyr eller inventar (Elstrøm, 2016a, s. 98; Rygh et al., 2017, s. 73 - 74). Overholdes ikke de basale smittevernrutinene kan smittestoffet bringes videre til andre pasienter (Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 37). Dråpesmitte, også omtalt som nærkontaktsmitte, er når smittestoffet fester seg til dråper som slenges ut. Dette kan forekomme ved snakking, hosting eller nysing (Elstrøm, 2016a, s. 98; Rygh et al., 2017, s. 74 - 75). Vanligvis faller dråpene raskt ned, og vil derfor ofte ikke spre seg mer enn 1 - 2 meter fra pasienten (Elstrøm, 2016a, s. 98).

2.4.2 Prøvetaking

MRSA - prøver tas med vattpinne, som enten rulles eller gnis mot prøvetakingsstedet. Aktuelle prøvetakingssteder er der hvor det foreligger størst sjanse for å finne MRSA. De vanligste områdene er ytterst i nese, i svelget og i perineum. Det kan også finnes der det er sår i huden eller ved andre brudd på hudbarrierer som ved kateter, piercing eller eksem (Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 207).

2.4.3 Smittevernrutiner

Norden og Nederland har hatt en bevisst politikk for å begrense spredningen av MRSA. Nasjonale anbefalinger og retningslinjer har vært en medvirkende årsak til hvorfor utbredelsen av MRSA er

mindre i Norden og Nederland enn i resten av verden. Målet er at MRSA ikke skal bli en permanent del av bakteriefloraen i helseinstitusjoner. Det må tas hensyn til at ny kunnskap, nye erfaringer og endret forekomst av MRSA kan føre til behov for endring av retningslinjene (Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 204 - 205).

Både MRSA - positive pasienter og pasienter som har vært i sykehus i land utenfor Norden de siste 12 månedene isoleres i sykehus (Rygh et al., 2017, s. 84 - 85). Pasienter som har vært i sykehus utenfor Norden testes for MRSA og isoleres til prøvesvar foreligger (Rygh et al., 2017, s. 84). I påvente av prøvesvar benyttes kontaktsmitteregime med bruk av kirurgisk munnbind. Om pasienten får påvist MRSA - infeksjon kan det være aktuelt med strengere smitteverntiltak (Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 206). Pasienten skal da helst plasseres i et undertrykksisolat, men vanlig isolat eller enerom kan også benyttes (Rygh et al., 2017, s. 85).

Riktig rekkefølge for påkledning

1. Hette (ved dråpesmitte)
2. Munnbind (ved dråpesmitte)
3. Beskyttelsesfrakk
4. Hansker

Tabell 1: Riktig rekkefølge for påkledning av smittevernutstyr (Rygh et al., 2017, s. 79)

Riktig rekkefølge når en tar av seg utstyret

1. Hansker
2. Utfør hånddesinfeksjon
3. Beskyttelsesfrakk
4. Utfør hånddesinfeksjon
5. Ta av seg hette og munnbind
6. Utfør hånddesinfeksjon

Tabell 2: Riktig rekkefølge når en tar av seg utstyret (Rygh et al., 2017, s. 79)

I kontakt med MRSA - pasienter skal sykepleiere bruke smittefrakk, hansker og kirurgisk munnbind (Rygh et al., 2017, s. 85). Hansker må alltid benyttes ved kontakt med kroppsvæsker, blod, sekreter og infiserte gjenstander. Man må bytte hansker når man beveger seg fra en uren prosedyre til en ren prosedyre. Bruk av hansker kan gi en falsk trygghet, og det er viktig å være klar over at det ikke erstatter håndhygiene. Ved direkte kontakt med pasienter vil en beskyttelsesfrakk beskytte arbeidstøyet mot tilsøling eller overføring av smitte. Dette er også gjeldende ved kontaktsmitte, dråpesmitte og luftbåren smitte (Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 85 – 87; Rygh et al., 2017, s. 75 - 76). For maksimal beskyttelse ved bruk av munnbind må det dekke både nese, munn og hake. Samtidig må det festes slik at det blir så tett som mulig langs kantene. Munnbind skal kun benyttes en gang, da det blir kontaminert av den som bruker det. Derfor skal det kastes så fort prosedyren er ferdig. Munnbind mister sin beskyttende effekt om det blir fuktig, og må da byttes (Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 90 – 91; Rygh et al., 2017, s. 77).

2.4.4 Behandling

Infeksjoner med MRSA er vanskelig å behandle, da det er en multiresistent bakterie (Rygh et al., 2017, s. 85). Som regel så vil personer som ikke har kroniske sår, fremmedlegemer gjennom huden eller hudlidelser bli kvitt MRSA av seg selv. Dette kan imidlertid ta alt fra uker til år (Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 208 - 209). For pasienter med MRSA - infeksjon er en resistensbestemmelse avgjørende for behandlingen som gis. Ofte behandles infeksjonen med vankomycin eller linezolid (Rygh et al., 2017, s. 85).

Hos de som blir bærere av MRSA trengs det spesielle saneringsregimer, da vanlig antibiotikabehandling som regel ikke er tilstrekkelig (Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 208 - 209). Under saneringsregimet må håret og kroppen vaskes daglig med Hibiscrub. Dette skal gjøres i fem dager, og i tillegg skal sengetøy og klær byttes daglig (Rygh et al., 2017, s. 85). Ved bærerskap av MRSA i svelget skal munnskyllevann med klorheksidin helst benyttes, og ved funn av MRSA i nesen kan man applisere en mupirocinholdig salve i 5 til 10 dager (Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 208 - 209) . Om saneringsregimet ikke lykkes kan et nytt forsøk gjennomføres, eventuelt i kombinasjon med aktuelle antibiotika. Etter en slik behandling blir ca. $\frac{2}{3}$ kvitt MRSA

(Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 208 - 209). Om helsepersonell blir smittet med MRSA og ikke lykkes med saneringsforsøk kan de bli langvarige bærere. Dette kan påvirke yrkesutøvelsen, og føre til en endring i arbeidsoppgaver og fremtidig pasientkontakt (Elstrøm, 2016b, s. 289)

2.4.5 Antibiotikaresistens - hvorfor et problem?

I dagens samfunn er MRSA et økende problem i helsesektoren, og en bekymring er at den kan føre til et større antibiotikaforbruk og resistensutvikling (Rygh et al., 2017, s. 84). At en mikrobe er antibiotikaresistent betyr at de er motstandsdyktige mot antibiotika. Når de er motstandsdyktige mot mange ulike antibiotikagrupper samtidig omtales de som multiresistente (Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 209). Infeksjoner med opphav i antibiotikaresistente bakterier kan resultere i alvorlige komplikasjoner både for enkeltindividet, men også for helsevesenet og samfunnet (Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 203). Derfor er det et stort fokus på at MRSA ikke skal bli en permanent del av bakteriefloraen i helseinstitusjoner (Rygh et al., 2017, s. 84).

Antibiotikaresistens er definert av Verdens helseorganisasjon som et globalt helseproblem (Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 203). Overforbruk av antibiotika påvirker utbredelsen av MRSA, og i land hvor slikt forbruk har foregått i årevis er forekomsten av MRSA over 50%. Bruken av antibiotika har vært strengere regulert i Norge og Norden, noe som har ført til en lavere forekomst av MRSA. Men likevel ser man en langsom økning her og (Lassen & Blystad, 2016, s. 121)

2.5 Hva er kunnskap?

Kunnskap kan defineres ved bruk av begreper som kjennskap, innsikt og viten. En fundamental side ved kunnskapsutvikling er enkeltindividets personlige erfaringer. Begrepet kunnskap har derfor en nær sammenheng med begrepet kompetanse, som omhandler individets kvalifikasjoner. En kan se på kunnskap som noe teoretisk, men også som noe utviklet gjennom bruk av sanser og kroppen. Kari Martinsen omtaler dette som sanselig forståelse, og skiller mellom kunnskap og begrepslig kunnskap (Kristoffersen, 2016c, s. 140).

2.5.1 Kunnskapsbasert praksis

Sykepleie ses på som et profesjonsfag, men kan også betraktes som et kunnskapsbasert yrke (Kristoffersen, 2016c, s. 141). Kunnskapsbasert praksis består av tre deler: forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (Kristoffersen, 2016c, s. 144 - 145). Forskningsbasert kunnskap danner grunnlaget for å ta faglige avgjørelser (Ingstad, 2019, s. 148). Slik kunnskap utvikles via forskning og finnes i bøker, vitenskapelig rapporter, tidsskrifter og nettbaserte artikler. Forskningsbasert kunnskap har som hensikt å blant annet beskrive og forklare årsaksforhold, forekomst av tilstander og gi grunnlag for å danne nye begreper og hypoteser i sykepleiefaget. Erfaringsbasert kunnskap utvikles gjennom hele yrkeslivet og er knyttet til konkrete situasjoner. Refleksjon over egen utøvelse og erfaringer bidrar til analyse og bearbeidelse, som gir utvikling av personlig kunnskap og bedret klinisk kompetanse som sykepleier (Kristoffersen, 2016c, s. 144 - 145). Brukerkunnskap baserer seg på erfaringene, ønskene og behovene til pasienten i ulike situasjoner (Ingstad, 2019, s. 148). Et slikt fokus på pasientenes ønsker kan ses i sammenheng med utvikling av helsevesenet og nyere helselovgivning (Kristoffersen, 2016c, s. 144 - 145). Ved å benytte alle sidene ved kunnskapsbasert praksis vil en bedre kvaliteten på helsetjenestene (Ingstad, 2019, s. 148).

2.5.2 Viktige kunnskapsformer i sykepleieutøvelsen

Sykepleieres utøvelse bygger på flere ulike kunnskapsformer. Kunnskapsgrunnlaget til sykepleieren dannes av teoretisk, praktisk og etisk kunnskap (Kristoffersen, 2016c, s. 139). Den teoretiske kunnskapen er basert på naturvitenskapelige og humanistiske fag, i tillegg til kritisk teori (Kristoffersen, 2016c, s. 151). En forsvarlig sykepleiepraksis forutsetter bestemte ferdigheter og et godt håndlag. For å utvikle den praktiske kunnskapen og ens kliniske kompetanse er sykepleiere avhengig av og også ha teoretisk kunnskap. Evnen til kritisk refleksjon er likedan viktig for å utvikle ens personlige kompetanse (Kristoffersen, 2016c, s. 154). Den etiske kunnskapen gir sykepleier kjennskap til fagets verdier, etiske prinsipper og de yrkesetiske retningslinjene. Sykepleieutøvelsen omhandler likedan verdier og normer (Kristoffersen, 2016c, s. 160).

I møte med pasienter og i samhandling med kollegaer kan sykepleiere komme opp i situasjoner hvor det er essensielt å ha kunnskap om smittevern (Blystad & Steen, 2016, s. 270). For pasientenes og sykepleiernes trygghet, er det avgjørende at sykepleiere kan implementere teoretisk kunnskap om risiko og utfordringer relatert til smittevern i den praktiske utførelsen (Elstrøm, 2016b, s. 291). Overholdelse av basale smittevernrutiner i den daglige utøvelsen av sykepleie vil redusere infeksjonsfaren blant pasienter og personale (Rygh et al., 2017, s. 73).

2.6 Holdninger.

Holdninger innebærer at vi har et standpunkt, enten i en positiv eller negativ retning. En holdning består av tre komponenter: den tankemessige, den følelsesmessige og den atferdsmessige. Det vil si at en holdning er våre meninger og tanker om et emne, hvilke følelser vi har og vår atferd. Enkelte holdninger er mer framtrædende og bygger på mer intense vurderinger, mens andre holdninger ikke bygger på samme grad av vurdering og ligger mer skjult. Å skulle endre holdninger kan ofte ta lang tid og være krevende å gjennomføre (Håkonsen, 2017, s. 185 - 186).

2.6.1 Sykepleiefaglig identitet

Sykepleieres profesjonelle identitet vil utvikle en bevissthet om hva deres fokus og funksjon er. Dette innebærer blant annet at en vet hva en har ansvar for og at en er utøver av bestemte funksjoner. Sykepleiere har da en klar oppfatning av deres ansvar som yrkesutøver med tanke på verdier, kunnskap og ferdigheter. For å handle ut fra ens ansvar må en vite hva en har ansvar for og fokusere på dette (Kristoffersen, 2016b, s. 226 - 227).

2.7 Arbeidsmiljø og organisasjonskultur.

Arbeidsgiver har, i tillegg til sykepleier, et ansvar for at kompetansen videreutvikles etter endt bachelorutdanning. Dette kan arbeidsgiver gjøre gjennom nødvendig opplæring og videreutdanning (Kristoffersen, 2016c, s. 139). For å fremme faglig utvikling, god kvalitet og innovasjon i helsesektoren er ledelse på alle nivåer avgjørende. Kontinuitet i tillegg til utvikling av ansattes kompetanse er likedan viktig for å fremme kvalitet (Ingstad, 2019, s. 150). Den siste tiden har assosiasjoner til arbeidsmiljø endret seg. En har gått bort fra sykdom, krav, negativt

stress, utbrenthet og konflikter til styrker, ressurser, motivasjon og potensial (Ingstad, 2019, s. 196).

I tillegg til arbeidsmiljø spiller organisasjonens kultur en viktig rolle. Denne kulturen inneholder felles oppfatninger om hvordan en bør oppføre seg, normer, verdier og handlingsformer. Hvordan de ansatte opptrer og deres holdninger ses på som like viktig som hva de tenker eller ønsker (Ingstad, 2019, s. 71).

2.8 Lovverk.

Helsetjenestens smittevernarbeid blir regulert av en rekke lover og forskrifter. Det er viktig at alle i helsetjenesten kjenner til de ulike pliktene som stilles. En grunnleggende forståelse av de sentrale bestemmelsene i lovverket er viktig for å sikre kvalitet på helsetjenester (Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 43). I utøvelsen av sykepleie til pasienter med påvist smitte er det viktig at sykepleier har kjennskap til smittevernloven og helsepersonelloven. Disse vil beskrives nærmere under, i tillegg til de Yrkesetiske Retningslinjene.

2.8.1 Lov om vern mot smittsomme sykdommer

Formålet med loven er å beskytte befolkningen mot smittsomme sykdommer. Dette gjøres ved forebygging og ved å motvirke smittespredning i befolkningen, men også spredning inn og ut av Norge. Loven skal likedan sørge for at myndighetene iverksetter nødvendige smitteverntiltak, samt ivaretar rettssikkerheten til enkeltindivider som rammes av smitteverntiltakene (Smittevernloven, 1994, §1 - 1). Om en mistenker at en selv eller noen en har ansvar for er smittet av en allmennfarlig smittsom sykdom, så plikter en å informere og oppsøke lege for nødvendig undersøkelse. En må likedan informere om hvem smitten kan være overført fra, og å opplyse om hvem smitten kan ha blitt overført til (Smittevernloven, 1994, §5 - 1).

2.8.2 Lov om helsepersonell m.v.

Formålet med loven er å bidra til sikkerhet, kvalitet og tillit i helse - og omsorgstjenesten. Loven vil likedan bidra til sikkerhet for pasienter og tillit til helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999,

§1). §4 stiller krav til at helsearbeidet utføres forsvarlig, og presiserer at helsepersonell ikke skal utføre helsehjelp utenfor sine faglige kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999). En skal arbeide slik at pasienter ikke utsettes for unødig smitte eller smitterisiko (Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 46). Arbeidsstedet er pålagt å tilrettelegge for at helsepersonell skal kunne overholde sine lovpålagte plikter (Helsepersonelloven, 1999, §16).

2.8.3 Yrkesetiske retningslinjer

De Yrkesetiske retningslinjene er ment å virke som en rettesnor i all utøvelse av sykepleie. De danner grunnlaget for Rådet for sykepleieetikks sitt arbeid. Retningslinjene ble sist oppdatert våren 2019, og ble da godkjent av NSF's forbundsledelse (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2019).

3.0 METODE

3.1 Valg av metode.

Ifølge Thidemann (2019) defineres metode som en systematisk fremgangsmåte der informasjon og kunnskap innhentes for å tydeliggjøre problemstillingen. Metoden som er brukt skal være så presist beskrevet at andre kan følge den og få samme konklusjon (Thidemann, 2019, s. 74).

Metoden som benyttes i denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. I en litteraturstudie systematiserer en kunnskap som innhentes fra skriftlige kilder (Thidemann, 2019, s. 77). En benytter sekundærdata som finnes i blant annet tidsskrifter, databaser og bøker (Thidemann, 2019, s. 75). Den systematiske tilnærmingen benyttes gjennom hele oppgaven, slik at leseren kan danne seg en god og oppdatert forståelse av kunnskapen knyttet til problemstillingen og hvordan vi har innhentet kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 77 - 78).

3.1.1 Kvantitativ metode

Kvantitativ metode er målbare data slik som enheter og tall, altså eksakt faktakunnskap. Dataene presenteres ofte i form av tabeller og er hensiktsmessige når en undersøker spørsmål som *hvor mye?* eller *hvor ofte?* En slik datainnsamling gir oversikt, fordeling og frekvenser, og kan benyttes i testing av hypoteser og teorier. Ved innsamling av data kan det brukes spørreskjemaer med faste svaralternativer, systematisk observasjon og eksperiment. En slik tilnærming gir breddekunnskap (Thidemann, 2019, s. 75-76).

3.1.2 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode får frem nyanser og gir kunnskap om mennesker meninger, erfaringer, tanker, opplevelser, holdninger og motiver. En slik metode kan gi svar på spørsmål som *Hvordan oppleves ...?* eller *Hvordan foregår ...?* En kan samle inn data via intervju, dokumentanalyse, feltarbeid eller observasjon. En slik tilnærming gir dybdekunnskap, det vil si at en innhenter data fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2019, s. 76).

3.2 Litteratursøk.

Litteratursøk ble utført i databasene Oria og Cinahl, og nettstedet sykepleien.no.

Følgende søkeord ble benyttet i litteratursøkene.

Population/problem	Intervention	Comparison	Outcome
Nurses MRSA Methicillin- Resistant Staphylococcus Aureus	Knowledge Infection control Attitude Experience	_____	Increased knowledge Positive attitude Increased Infection - Control

Tabell 3: PICO-skjema som ble benyttet i litteratursøk

Søkeprosessen ble påbegynt ved at aktuelle søkeord ble identifisert med utgangspunkt i problemstillingen. For å sikre relevans ble søket avgrenset til å gjelde forskning publisert i tidsperioden 2010 - 2020. Språk ble avgrenset til å gjelde engelsk, norsk, dansk og svensk. Forskning hvor en ikke fant konkrete eksempler eller tall som kun gjaldt sykepleiere ble ekskludert. Det ble ikke gjort videre begrensninger. Vi forsøkte ulike kombineringer av søkeordene presentert i tabell 1, med både AND og OR koblinger.

I begynnelsen av søkeprosessen tenkte vi at vi ville finne mye relevant og oppdatert forskning relatert til problemstillingen. Dette viste seg å ikke stemme. Vi måtte i større grad dele opp søkene slik at for eksempel et fokuserte på MRSA, kunnskap og sykepleiere, og et annet om sykepleiere, holdninger og kunnskap om smittevern. Artikkene som ble vurdert å være relevante for problemstillingen leste vi nøye og diskuterte. Tidlig i forløpet skrev vi ned viktige elementer fra forskningen som kunne benyttes i oppgaven. Dette ga oss bedre oversikt over artikkene.

3.3 Eksempel på søk.

En av databasene vi benyttet for å utføre litteratursøk var Cinahl. I søkene benyttet vi noen av søkeordene nevnt i tabell 3, og i et kombinerte vi de slik: “Nurses” AND “Attitude” AND “Methicillin - Resistant Staphylococcus Aureus”. Vi avgrenset tidsperioden til forskning publisert mellom 2010 - 2020, og avgrenset språk til norsk, engelsk, dansk og svensk. Vi gjorde ikke videre begrensninger da vi ønsket å inkludere både kvantitative og kvalitative forskningsartikler. Dette resulterte i 19 artikler, hvor vi leste 8 abstract (vedlegg 1). Valgt artikkel for dette søket ble “Experiences of nursing staff caring for patients with Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus” som ble publisert i 2016.

3.4 Kildekritikk.

Med kildekritikk menes vurderingen og karakteriseringen av kildene som brukes i oppgaven. Dette er så leseren får innblikk i refleksjonene som har blitt gjort relatert til relevans og kildens gyldighet for belysning av problemstillingen (Dalland, 2007, s. 81).

Litteratursøkene vi gjennomførte resulterte i syv artikler som ble vurdert til å være aktuelle for vår problemstilling. Tre av artiklene var kvalitative og fire var kvantitative (vedlegg 4). Alle artiklene var fagfellevurderte. Artiklene ble innhentet fra databaser anbefalt fra skolen. For å få en bredere forståelse valgte vi å inkludere forskning fra andre land og verdensdeler. Tre av artiklene som ble vurdert som aktuell var fra Norden, to var fra Europa, en var fra USA og en var fra Sør - Korea. Selv om helsevesenets oppbygning, utdanning og kultur mest sannsynlig vil være annerledes, vurderte vi artiklene å være aktuelle da nytten av kunnskap om smittevern og opplevelsen av smitte blant sykepleiere er gjeldende uavhengig av hvilket land som undersøkes. Hver enkelt artikkel hadde likedan sin egen vinkling som førte til en bredere forståelse av hvordan kunnskap kan bidra til at sykepleiere hindrer smittespredning av MRSA.

Artikler som ble utgitt i og etter 2010 ble inkluderte da en kortere tidsperiode førte til et begrenset utvalg av artikler. Nyere forskning ble foretrukket, for å sikre oppdatert forskning. Vi inkluderte forskning som undersøkte faktorer som påvirker overholdelse av smittevernrutiner, og tiltak som kan igangsettes for å øke kunnskapsnivået. Alle artiklene er publisert i tidsskrift, noe som fører til

en trygghet i innholdets troverdighet. De artiklene vi har valgt å benytte i oppgaven er skrevet på engelsk, og vi har brukt god tid på analysering av artiklenes innhold. Det foreligger likevel en risiko for at det er aspekter vi ikke har klart og fanget opp eller at noe har blitt misforstått.

I teoridelen har vi benyttet bøker fra pensumlitteratur. Litteraturen som har blitt benyttet er både primær - og sekundærlitteratur. Vi har vurdert dem til å være sikre da bøkene er fra pensum.

Noen av bøkene vi har valgt å benytte er Klinisk sykepleie 1, Mikrober, Helse og sykdom, og Smittevern i Helsetjenesten.

4.0 RESULTATER

I resultatkapitlet vil funnene fra syv forskningsartikler bli presentert. Analyse av funn i artiklene inngår i Thidemanns (2019) forslag til litteraturstudie. Vi har brukt god tid på å lese og forstå funnene i forskningsartiklene. Basert på dette har vi delt inn funnene i fem hovedkategorier.

4.1 Sykepleieres kunnskap om smittevern og MRSA.

Kunnskapsnivå relatert til både MRSA og smittevern varierte vesentlig blant sykepleierne i de ulike studiene. En kvantitativ studie av Lunde & Moen (2014) undersøkte sykepleieres kunnskap om multiresistente bakterier. Der kom det frem at sykepleiere som arbeidet på infeksjonsavdeling scoret høyere på kunnskapsspørsmål enn sykepleiere som arbeidet på vanlig medisinsk avdeling. Av deltakerne i studien hadde kun et fåtall deltatt på undervisning om multiresistente bakterier. Et markant flertall av de som hadde deltatt var fra infeksjonsavdelinger (Lunde & Moen, 2014). Det samme ses i en kvantitativ studie av Lindberg, Skytt, Högman & Carlsson (2011) hvor sykepleierne på infeksjonsavdelinger generelt scoret høyere på spørsmål om multiresistente bakterier. Dette var sammenlignet med distriktssykepleiere og sykepleiere på hematologiske avdelinger (Lindberg, Skytt, Högman & Carlsson, 2011).

Den samme studien viste at sykepleiere hadde mer kunnskap om hygieniske forholdsregler og behandling relatert til multiresistente bakterier sammenlignet med mikrobiologiske egenskaper og smittespredning. Ca. 12% av sykepleierne svarte riktig på alle kunnskapsspørsmål relatert til smittevern, bakterienes egenskaper og smittespredning. Et slikt lavt kunnskapsnivå kan resultere i utøvelse av usikker omsorg (Lindberg et al., 2011). I en annen studie av Andersson, Gleissman, Lindholm & Fossum (2016) uttrykte sykepleierne mangel på informasjon og retningslinjer om MRSA. Sykepleierne visste ikke hvordan infeksjonen spredde seg (Andersson, Gleissman, Lindholm & Fossum., 2016). Lignende tendenser ses igjen i studien utført av Lunde & Moen (2014). Sykepleierne hadde her grunnleggende kjennskap til smittevern og bruk av

smittevernutstyr, men kunne ikke faglig begrunne årsaken bak handlingen (Lunde & Moen, 2014).

I studien utført av Hansen & Lunde (2019) viste resultatene dårlig overholdelse av smittevernrutiner i kontakt med isolerte pasienter. Dette kunne ses gjennom av- og påkledning utført i feil rekkefølge og benyttelse av feil smittevernutstyr. Flere helsefaglige arbeidsgrupper deltok i studien, blant annet leger og sykepleiere. Nesten halvparten av deltakerne byttet ikke hansker når de gikk fra urent til rent inne på isolatrom (Hansen & Lunde, 2019).

4.2 Sykepleieres holdninger til smittevern med fokus på MRSA.

I studien til Andersson et al. (2016) kom det frem at sykepleieprosedyrer tok lengre tid da de måtte benytte smittevernutstyr. Det ble også iverksatt strengere infeksjonskontroll rutiner og vaskeprosedyrer sammenlignet med pasienter uten smitte. Dette resulterte i at sykepleierne kun gikk inn til pasienten når det var nødvendig. Sykepleierne følte mer stress ved utøvelse i sykepleie til pasienter med MRSA grunnet ekstra arbeid (Andersson et al., 2016). I studien utført av Seibert, Speroni, Mi Oh, DeVoe & Jacobsen (2014) uttrykte enkelte at smittevernrutiner ikke ble overholdt om en bare skulle “poppe inn i rommet” eller “bare gjøre denne ene lille oppgaven”. Studien viste også at det forelå økt risiko for feil og uønskede hendelser hos isolerte pasienter. Overholdelse av smittevernrutiner kombinert med øyeblikkelig pasientbehandling påvirket til økt risiko. I tillegg kunne det være behov for en assistent som kunne hente ekstra utstyr ved pleie av isolerte pasienter, som resulterte i ekstra arbeid (Seibert, Speroni, Mi Oh, DeVoe & Jacobsen, 2014).

To av studiene fremhevet at frykten for å selv bli smittet påvirket overholdelsen av smittevernrutiner. Frykten for å bli smittebærer og å ta med infeksjonen hjem førte til stor engstelse blant sykepleierne (Andersson et al., 2016; Seibert et al., 2014). I studien utført av Seibert et al. (2014) kom det frem at bruk av smittevernutstyr kunne tenkes å ha en negativ innvirkning på pasientkontakten. Dette da deltakerne hadde en tendens til å gå sjeldnere inn til isolerte pasienter, noe som resulterer i mindre direkte kontakttid. I samsvar med tidligere studier uttrykte likevel noen av deltakerne at de følte på et profesjonelt ansvar når det gjaldt

pasientsikkerhet og forebygging av smitteoverføring. De følte ansvar for pasienten sin, og en sykepleier i studien oppgir at dette påvirker holdning til smittevern (Seibert et al., 2014).

4.3 Faktorer som påvirker sykepleieres overholdelse av smittevern.

I en kvalitativ studie av Efstathiou, Papastavrou, Raftopoulos & Merkouris (2011) ble det presentert syv faktorer som påvirket sykepleieres overholdelse av smittevernrutiner; mangel på smittevernutstyr, negativ påvirkning av smittevernutstyr, akutte situasjoner, dårlig tid, risiko for smitte, psykologiske faktorer og pasientens ubehag. Mangel og upraktisk oppbevaring av smittevernutstyr reduserte overholdelsen av rutiner. Følelsen av at praktiske ferdigheter ble redusert ved bruk av hansker ble uttrykt i studien. En sykepleier fortalte at når hanskene i hennes størrelse ikke var tilgjengelig foretrakk hun å ikke benytte hansker. Dette til tross for mulig eksponering av mikroorganismer. En intensivsykepleier fortalte "... jeg kan ikke puste normalt når jeg har på meg munnbind, det har en fæl lukt. Jeg foretrekker å ikke bruke munnbind, selv når det er nødvendig". (Efstathiou, Papastavrou, Raftopoulos & Merkouris, 2011).

I en studie av Hyunjung & Young Hui (2019) svarte 44% av 197 sykepleiere at bruk av smittevernutstyr hindret effektivt arbeid. Ineffektivitet og tidspress påvirket arbeidsmiljø og sykepleieres arbeidsbelastning (Hyunjung & Young Hui, 2019). Det samme ser man i studien av Efstathiou et al. (2011). Høyt tempo, mangel på personell og tidspress resulterte i dårlig overholdelse av smittevernutstyr. Særlig gjaldt dette akutte situasjoner, hvor sykepleierne argumenterte for at de i kontakt med liv – og død situasjoner prioriterte å gi helsehjelp i stedet for å ta i bruk smittevernutstyr. Deres hovedfokus var pasientens liv (Efstathiou et al., 2011). I studien av Seibert et al. (2014) uttrykte helsepersonell samme opplevelse i kritiske situasjoner. Overholdelse av smittevernrutiner ble her betraktet som et sikkerhetsproblem da det hindret rask nok hjelp. De ekstra tiltakene reduserte effektiviteten og det ble sett på som utfordringen med smittevern (Seibert et al., 2014).

Sykepleierne i studien av Efstathiou et al. (2011) fortalte at om smittevernrutiner ikke ble rutinemessig benyttet i deres avdeling ville det også påvirke overholdelsen. De kunne da føle seg flau om de selv fulgte standard retningslinjer. Likedan så en at om mer erfarne kollegaer hadde

en negativ holdning til smittevernrutinene, så kunne dette påvirke yngre sykepleieres overholdelse (Efstathiou et al., 2011). I studien av Andersson et al. (2016) fortalte sykepleierne at de ikke hadde tilgjengelige retningslinjer for pleie av pasienter med MRSA og de følte de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon. At pasienten kunne føle ubehag når sykepleiere benyttet smittevernutstyr ble nevnt som en faktor i studien av Efstathiou et al. (2011). Pasientens utseende og etnisitet kunne påvirke sykepleiernes bruk av smittevernutstyr. Det kom også frem at enkelte benyttet mer utstyr enn det som var nødvendig grunnet personlig frykt og sårbarhet. Utøvelsen av sykepleie til eldre ble nevnt som en grunn til å bruke smittevernutstyr, da denne pasientgruppen ble beskrevet om en høy - risiko gruppe (Efstathiou et al., 2011).

4.4 Effekt av økt kunnskap.

Alle studiene viste at økt kunnskap har en positiv innvirkning på sykepleiere. I studien av Andersson et al. (2016) kom det frem at desto mer informasjon og kunnskap deltakerne fikk om MRSA desto bedre ble deres utøvelse av sykepleie til pasienter med MRSA. De følte seg trygge om de hadde kjennskap og lett tilgang på retningslinjer (Andersson et al., 2016). Hyunjung & Young Hui (2019) så at det var en signifikant sammenheng mellom kunnskap og overholdelse av smittevernrutiner. Klinisk utdanning om smittevernrutiner hadde en positiv effekt på sykepleieres holdninger og overholdelse. De fant likevel ut at det ikke forelå en sammenheng mellom kunnskap om multiresistente bakterier og overholdelse av smittevernrutiner. Studien avslørte en større overholdelse av rutinene på intensivavdelinger (Hyunjung & Young Hui, 2019).

Lindberg et al. (2011) så i sin studie at kunnskapsrike sykepleiere i større grad ivaretar sitt eget ansvar for å begrense smittespredningen (Lindberg et al., 2011). I studien av Andersson et al. (2016) kom det fram at erfaringsbasert kunnskap ervervet gjennom ivaretagelse av MRSA - pasienter resulterte i en mer positiv holdning i møte med disse individene. Sykepleieren uttrykte at når de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om hvordan man utøver sykepleie til pasienter med MRSA så påvirket det både pasienten og pasientens helsesituasjon (Andersson et al., 2016).

4.5 Hvordan øke kunnskapen?

Undervisning, lommekort, plakater og klistremerker ble fremhevet av Hansen & Lunde (2019) som muligheter for å øke kunnskapen blant sykepleiere. De utviklet et undervisningsopplegg basert på de områdene som sykepleierne manglet kunnskap. I denne studien manglet sykepleierne kunnskap om smitteregimer, av - og påkledning av personlig beskyttelsesutstyr og smittevern inne hos pasienten. Det ble opphengt informasjon om bruk av beskyttelsesutstyr, av - og påkledning, og klistremerker som påminnelse om håndhygiene. Slike tiltak resulterte i økt overholdelse og riktig utførelse av smittevernrutiner. Økt fokus på smittevern og isolering i arbeidsmiljøet førte til forbedret kunnskapsnivå og selvrapportert overholdelse av smittevernrutiner (Hansen & Lunde, 2019).

Lunde & Moen (2014) så i sin studie at faglige diskusjoner og deling av erfaringer på arbeidetsstedet kunne resultere i økt kunnskap og kompetanse i møte med pasienter med multiresistente bakterier (Lunde & Moen, 2014). Seibert et al. (2014) så likedan at skilt med informasjon og tilbakemelding fra kollegaer vil kunne øke kunnskap og overholdelse av smittevernrutiner. Deltakerne i studien til Efstathiou et al. (2011) mente at regelmessige påminnelser om viktigheten av smittevern ville forbedre overholdelsen.

Nødvendigheten av å øke sykepleieres bevissthet om bruk av smittevern til tross for tidspress og effektivitet ble fremstilt i studien til Hyunjung & Young Hui (2019). Utdanning om smittevern, dens viktighet og sykepleieres ansvar vil øke bevisstheten (Hyunjung & Young Hui, 2019). Viktigheten av utdanning ses likedan i studien til Lindberg et al. (2011). Forbedring av kunnskap vil fremme pasientsikkerhet og bør initieres, planlegges og utføres av avdelingsleder i samarbeid med ansatte og infeksjonskontroll - teamet (Lindberg et al., 2011).

5.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIERE BIDRA TIL Å HINDRE SMITTESPREDNING AV MRSA?

I drøftingskapitlet skal vi diskutere hvordan resultatene fra forskningen og aktuell teori svarer på problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 109). Vi vil også benytte egne erfaringer i drøftingen selv om disse ikke nødvendigvis er gyldige andre steder. Med utgangspunkt i resultat - kapitlet har vi inndelt drøftingen i tre underkapitler.

5.1 Kunnskap og smittespredning.

Utøvelsen av sykepleie skal ifølge Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF) baseres på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (NSF, 2019). Lunde & Moen (2014) fremhever viktigheten av kunnskap i forebygging av smitte. Deltakerne i studien hadde kjennskap til isoleringsregimer, smittevernutstyr og hygieniske tiltak ved stell av sår kolonisert med MRSA. Kun 57% av respondentene viste tilstrekkelig kunnskap, som innebar kunnskap om smittespredning, behandling, mikrobiologiske egenskaper og smittevern. Under halvparten av sykepleierne hadde kjennskap til behandling eller hvordan MRSA smitter, som vil si at de ikke visste om MRSA var kontakt - eller dråpesmitte. Det fremkom ikke hvorfor eller på hvilke spesifikke underområder de manglet kunnskap (Lunde & Moen, 2014). At deltakerne har tilstrekkelig kunnskap om smittevernrutiner og isoleringsregimer kan peke på at avdelingene fokuserer på dette. Et slikt fokus vil kunne ha en positiv innvirkning på smittevernarbeidet, noe Lunde & Moen (2014) virker å vektlegge. De argumenterer for at kunnskap om smitteverntiltak og isoleringsregimer behøves for å redusere risikoen for smittespredning av multiresistente bakterier, inkludert MRSA (Lunde & Moen, 2014). En kan likedan argumentere for viktigheten av mer dyptgående kunnskap i smittevernarbeidet mot MRSA. I teoridelen fremheves viktigheten av ulik type kunnskap, da også den forskningsbaserte som gir grunnlag for faglige avgjørelser. Å implementere teoretisk kunnskap i sin praktiske utøvelse vil kunne gi en bedre forståelse av risikoen som foreligger ved uriktig bruk av smittevern (Elstrøm, 2016b, s. 291). Vi mener at

riktig bruk av smittevernutstyr og en slik risikovurdering vil bli vanskelig uten tilstrekkelig kunnskap om blant annet MRSA's smittemåte. Utilstrekkelig kunnskap om smittemåten vil ifølge Lunde & Moen (2014) kunne øke smittespredningen, da det kan føre til uriktig gjennomføring av smittevernrutiner. Deres syn på viktigheten av kunnskap om smittemåten til MRSA mener vi kan tolkes på en slik måte at mer dyptgående kunnskap vil være nødvendig for at sykepleiere på best mulig måte skal hindre smittespredning av MRSA.

For å hindre smitte av er det viktig at de basale smittevernrutinene også overholdes, som nevnt i teorikapitlet. Selv om det ved MRSA foreligger egne smittevernrutiner er det viktig at sykepleiere også benytter de basale smittevernrutinene. Vi mener at det er særlig viktig å ha god kunnskap om håndhygiene og om hvorfor en ikke skal bruke ringer, klokker eller andre smykker i arbeidstiden da dette vil hindre gjennomføringen av korrekt håndhygiene (Varnett, 2020a). En sykepleier i studien til Seibert et al. (2014) fortalte "Hvis jeg berører noen og ikke har vasket hendene mine ordentlig, vil jeg være bæreren og utløse spredning av MRSA" (Seibert et al., 2014, s. 406). En slik tankegang er et eksempel på at sykepleieren forstår konsekvensene av å ikke utføre god håndhygiene. Kunnskap om korrekt håndhygiene og andre basale smitteverntiltak mener vi er grunnleggende kunnskap som bør benyttes i all pasientkontakt. Det vil bidra til å hindre smittespredning av MRSA gjennom hendene (Varnett, 2020a). Spesielt viktig er det i møte med denne pasientgruppen, hvor smittespredning vil kunne gi alvorlige konsekvenser som nevnt i teorikapitlet. Selv om god håndhygiene er den enkleste måten en kan bryte smittekjeden på, er det i møte med pasienter med MRSA nødvendig å i tillegg implementere andre smitteverntiltak for å hindre smittespredning (Elstrøm, 2016b, s. 295; Gløppe, 2020).

Som nevnt i teorikapitlet må teoretisk, praktisk og etisk kunnskap kombineres for å kunne utøve forsvarlig og helhetlig sykepleie (Kristoffersen, 2016c, s. 139). Dette fremstilles i studien til Lunde & Moen (2014). Der hadde sykepleierne kunnskap om hvilket smittevernutstyr en skulle bruke i møte med pasienter som hadde multiresistente bakterier, men ikke alle kunne redegjøre faglig for hvorfor (Lunde & Moen, 2014). Sykepleierne hadde her den praktiske kunnskapen som var nødvendig, men manglet det teoretiske grunnlaget. Mangel på slik kunnskap kan føre til at en hopper over trinn i prosedyren, da en ikke forstår viktigheten av det og anser det som unødvendig. Vi mener at dette kan føre til en avslappet holdning mot smittevern og dårlig

overholdelse, og kan føre til at en ikke oppfatter kompleksiteten ved MRSA. Derimot fant ikke Hyunjung & Young Hui (2019) en sammenheng mellom kunnskap om multiresistente bakterier og overholdelse. Det ble argumentert i studien at overholdelsen av smittevernrutinene var høy til tross for dette grunnet kontinuerlig utdanning om generelle smittevernrutiner (Hyunjung & Young Hui, 2019). En grunn til at teoretisk kunnskap alene ikke behøver å være nødvendig for å hindre smittespredning av MRSA er at sykepleiere kontinuerlig videreutvikler sin kliniske kompetanse og faglige vurderingsevne. Den kliniske kompetansen omfatter erfaringsbasert kunnskap, som også omtales som praksiskunnskap (Kristoffersen, 2016c, s. 139 - 145). Kontinuerlig utdanning om generelle smittevernrutiner mener vi vil bevisstgjøre sykepleierne om viktigheten av det og vil videreutvikle deres praktiske ferdigheter. Utdanning om generelle smittevernrutiner vil nødvendigvis ikke være nok til å sikre tilstrekkelig kunnskap om de spesifikke smittevernrutinene i møte med pasienter med MRSA. Derimot kan teoretisk kunnskap om smittevern og MRSA danne et grunnlag for riktig implementering av smittevern i møte med pasientgruppen. Teoretisk kunnskap omtales i teorien som et grunnlag for utøvelsen av kompetent sykepleie, og kan da tenkes å kunne bidra til at sykepleiere hindrer smittespredning (Kristoffersen, 2016c, s. 151). Den ene kunnskapsformen vil likevel ikke være optimal alene. Å arbeide helhetlig og å benytte sin kliniske kompetanse innebærer at den teoretiske kunnskapen, de praktiske ferdighetene og den etiske refleksjonsevnen integreres (Kristoffersen, 2016c, s. 145).

Variasjoner i kunnskapsnivå om MRSA blant sykepleiere vil kunne påvirke smittespredningen. Lunde & Moen (2014) fant i sin studie variasjoner i kunnskapsnivå blant sykepleiere på infeksjonsavdelinger og andre medisinske avdelinger. Sykepleierne fra infeksjonsavdelinger scoret betydelig høyere på kunnskapsspørsmål om MRSA. Et fåtall av deltakerne hadde deltatt på undervisning om multiresistente bakterier som også omhandlet MRSA, men et markant flertall av de som hadde deltatt var fra infeksjonsavdelingen. Det ble argumentert at dette kunne være en av årsakene til variasjonen i kunnskapsnivå (Lunde & Moen, 2014). Det samme kan ses igjen i studien til Lindberg et al. (2011), hvor sykepleierne på infeksjonsavdelinger generelt scoret høyere på spørsmål om multiresistente bakterier sammenlignet med distriktssykepleiere og sykepleiere på hematologiske avdelinger. At avdelingene ønsker å prioritere undervisning om sykdommene som er mest aktuelle for dem har vi full forståelse for. Dessverre kan dette føre til en variasjon i kunnskapsnivå om MRSA blant sykepleiere på ulike avdelinger. Hyunjung &

Young Hui (2019) så en variasjon i kunnskapsnivå blant sykepleiere som arbeidet på “høy - risiko avdelinger” og “vanlige” sengeposter. De argumenterte at denne variasjonen forekom da undervisning om infeksjonskontroll i sykehus ofte er rettet mot slike “høy - risiko avdelinger” (Hyunjung & Young Hui, 2019). En høyere frekvens av inneliggende pasienter med blant annet MRSA kan medføre et økt fokus på smittevern og forebygging på infeksjonsposter, noe som poengteres av Lunde & Moen (2014). Flere inneliggende pasienter med MRSA kan likedan føre til at sykepleierne selv leser seg opp om bakterien og oppdaterer seg faglig. Ifølge de Yrkesetiske retningslinjene har sykepleieren et individuelt ansvar for at deres utøvelse av sykepleie er faglig forsvarlig. De skal holde seg faglig oppdatert og kunne implementere nyere kunnskap i sin praktiske utøvelse (NSF, 2019). Oppdatert kunnskap om smittevern og infeksjonskontroll er essensielt for å hindre smittespredning av MRSA. Til tross for variasjoner på de ulike avdelingene kan sykepleiere hindre smittespredning av MRSA ved å ivareta sitt selvstendige ansvar om å holde seg faglig oppdatert.

Det er naturlig å anta at økt kunnskap vil føre til en økt ansvarsfølelse, noe som understøttes av Lindberg et al. (2011). De så i sin studie at sykepleierne som hadde mer kunnskap om smittevern, smittespredning og mikrobiologiske egenskaper i større grad ivaretok sitt eget ansvar for å begrense smittespredningen. Det ble argumentert for at begrenset kunnskap vil gi dårligere overholdelse av smittevernrutiner, som igjen kan gi utrygg utøvelse av sykepleie (Lindberg et al., 2011). Dette kan ses i sammenheng med funnene til Seibert et al. (2014), til tross for at deltakernes kunnskapsnivå ikke fremkommer i studien. Deltakerne følte seg ansvarlige for å hindre smittespredning, noe som fremmet implementeringen av forebyggende tiltak (Seibert et al., 2014). Ansvar inngår i den profesjonelle identiteten, som nevnt i kapittel 2.7.1. For at sykepleiere skal kunne ta ansvar og opptre ansvarlig må de være klar over hva de har ansvar for og viktigheten ved det (Kristoffersen, 2016b, s. 227). Basert på dette så kan en si at sykepleieres kunnskap og følelse av ansvar henger tett sammen. Manglende kunnskap om MRSA og smittevern kan føre til at en ikke forstår alvorligheten ved smittespredning og dermed føler på mindre ansvar i møte med pasientgruppen. Samtidig kan en argumentere for at sykepleiere, uavhengig av kunnskap, fortsatt føler på et ansvar for å begrense smittespredning. Dette understøttes av det som ble nevnt tidligere, hvor sykepleierne i studien til Seibert et al. (2014)

uttrykte at ansvarsfølelsen ga dem motivasjon til å overholde og implementere smitteforebyggende tiltak.

5.2 Holdninger, faktorer og smittespredning.

Holdninger vil kunne påvirke sykepleieres atferd, både i en positiv og i en negativ retning (Håkonsen, 2017, s. 185 - 186). Dette har vi observert i praksis, til tross for at viktigheten av en nøytral tilnærming i møte med pasienter har blitt fremhevet flere ganger under studiet. Efstathiou et al. (2011) så i sin studie at sykepleiernes holdninger til smittevern ble påvirket av pasientenes utseende, alder og etnisitet. Slike personlige holdninger og frykt kan resultere i at sykepleiere benytter mer utstyr enn nødvendig i møte med enkelte pasienter. Det ble argumentert at pasienter med lav hygienisk status ble oppfattet som å ha høyere risiko for smitte enn pasienter som var "rene" (Efstathiou et al., 2011). En slik holdning kan også være gjeldende i møte med pasienter med MRSA som anses som "renslige" kontra de som anses som "urenslige". En pasient med MRSA som er "renslig" og vasker hendene hyppig kan påvirke sykepleiere til å bruke mindre smittevernutstyr. Smitten kan oppfattes som mindre truende, da den oppleves som mindre synlig enn hos pasienter med dårligere hygienisk status. Uriktig vurdering av smitterisiko mener vi vil hindre forebygging av smittespredning. Samtidig kan påvist smitte hindre at slike holdninger påvirker sykepleieres overholdelse av smittevern. Om sykepleier er klar over at pasienten har MRSA så kan dette øke ansvarsfølelsen og påvirke overholdelse, som nevnt i avsnittet over.

Sykepleierne i studien til Andersson et al. (2016) rapporterte at de ikke gikk inn til pasienter med MRSA med mindre det var absolutt nødvendig. De opplevde frykt og usikkerhet i møte med pasientene, og utøvelsen av sykepleie til pasienter med MRSA ble noen ganger beskrevet som en skremmende opplevelse. I tillegg uttrykte deltakerne et behov for informasjon. De følte de ikke hadde fått informasjon om retningslinjer i møte med pasienter med MRSA og visste heller ikke hvor de eventuelt kunne finne dette selv (Andersson et al., 2016). Mangel på informasjon mener vi kan tolkes som å ha påvirket sykepleiernes holdninger overfor pasientene. Om en føler på frykt og usikkerhet i møte med pasienter med MRSA så er det høyst sannsynlig at en ikke har tilstrekkelig kunnskap om bakteriens smitemåte eller aktuelle smittevernrutiner. Likedan vil frykt

i møte med pasienter med MRSA kunne resultere i stress. Vi mener at en stressfylt situasjon vil øke sjansen for smittespredning, da sykepleieren fort kan gjøre feil.

Følelsen av frykt kan også kobles til sykepleierens opplevelse av egen kompetanse. I studien til Lunde & Moen (2014) så de en sammenheng mellom kunnskapsnivå, trygghet og egenrapportert kompetanse. Deres resultater indikerer at kunnskap ikke bare påvirker trygghetsfølelsen, men også kompetansen til sykepleiere. De argumenterer for at sykepleiere med utilstrekkelig kunnskap om MRSA og smittevern sannsynlig føler seg mindre trygg eller kompetent i situasjoner hvor dette er aktuelt (Lunde & Moen, 2014). Kompetanse i sykepleie er noe som synliggjøres ved at en nyttiggjør seg og omsetter kunnskap, ferdigheter og verdier i utøvelsen av sykepleie (Kristoffersen, 2016c, s. 140). Vi mener at en sykepleier kan føle seg kompetent uten å ha spesifikk kunnskap om MRSA. Som vi har observert i praksis så kan sykepleiere med lang arbeidserfaring og god grunnkunnskap føle seg kompetente selv når de møter pasienter med nye diagnoser. I møte med pasienter med MRSA tror vi at sykepleiere som har kunnskap om ulike spredningsmåter og basale smittevernrutiner vil føle seg kompetente og dermed trygge. Sykepleier vil da til en viss grad vite hvilke forholdsregler som må tas basert på grunnleggende kunnskap. Følelsen av å være kompetent og trygg vil kunne resultere i en positiv holdning som igjen kan motivere sykepleiere til å lese seg opp på aktuelt smittevern og bidra til å hindre smittespredning.

Det er viktig å kunne vite hvorfor en skal benytte smittevernutstyr. Om en ikke har kunnskap om hvorfor så kan ulike faktorer i større grad påvirke smittespredningen. En sykepleier i studien til Efstathiou et al. (2011) fortalte at hansker i feil størrelse negativt påvirket hennes utøvelse av sykepleie. Hun valgte derfor å ikke benytte hansker om de ikke hadde hennes størrelse. En intensivsykepleier fortalte likedan at hun ikke alltid brukte munnbind selv når det var nødvendig, da hun mente det luktet vondt (Efstathiou et al., 2011). Det er vanskelig å si hvor utbredt slike holdninger er da det kun ble fremmet av to i studien. Likevel mener vi at det ikke kan utelukkes at flere også mener det samme. Slike holdninger vil negativt påvirke forebygging av smittespredning. Ut fra det vi vet burde intensivsykepleiere ha tilstrekkelig kunnskap om smittevern. Vi vet ikke i hvilke situasjoner intensivsykepleieren vurderte munnbind som nødvendig, men at retningslinjer ikke overholdes på grunn av “vond lukt” viser hvor stor innvirkning ulike faktorer og holdninger kan ha. Det er vanskelig å si om munnbind ble benyttet i

møte med MRSA - pasienter. Som nevnt i teorikapitlet så kan MRSA smitte via dråper og derfor vil en slik holdning kunne øke risikoen for smitteoverføring, både til seg selv og til andre.

I studien utført av Seibert et al. (2014) ble det fortalt av enkelte at smittevernrutiner ikke ble overholdt om den ansatte kun skulle poppe inn i rommet eller kun utføre en liten oppgave. At enkelte har denne holdningen antar vi kan tolkes slik at det forelå en aksept for dette på avdelingen. Om smittevernrutiner ikke benyttes rutinemessig i avdelingen kan dette negativt påvirke sykepleiernes overholdelse. Sykepleiere i studien til Efstathiou et al. (2011) fortalte at de følte seg flau om de var en av de få som fulgte smittevernrutinene. Samtidig ble det uttrykt at nyere sykepleieres overholdelse kunne bli påvirket om de mer erfarne sykepleierne hadde en negativ holdning (Efstathiou et al., 2011). Dette illustrerer viktigheten av et godt og trygt arbeidsmiljø. Et slikt miljø vil kunne åpne opp for faglige diskusjoner og fungere som en påminnelse for viktigheten av smittevernrutiner. Det vil gi mulighet til å være uenige og å diskutere ulike utførelser i mer kontrollerte omgivelser, og kan bidra til holdningsendringer. Et godt arbeidsmiljø med fokus på relasjonsbygging og teamarbeid vil kunne gi bedre og tryggere helsetjenester (Ingstad, 2019, s. 141). Trygge helsetjenester kan i denne sammenhengen anses som helsetjenester med fokus på forebygging av smittespredning av MRSA.

Det er viktig at sykepleier tar i bruk sin teoretiske kunnskap og vurderer risikoer og utfordringer knyttet til smittevern (Elstrøm, 2016b, s. 291). Dette vil kunne øke forståelsen for viktigheten av å bruke riktig smittevernutstyr, og redusere følelsen av at man selv kan velge hva som skal benyttes. Tilnærmingen til flere av sykepleierne i studien til Efstathiou et al. (2011) var dessverre slik at de selv kunne velge utstyret som skulle benyttes i praktiske prosedyrer. Et konkret eksempel var venepunksjon med hansker. De følte at hansker reduserte ferdighetene deres og dette påvirket overholdelsen av smittevernrutinene (Efstathiou et al., 2011). Selv om venepunksjon er kjent for å kunne eksponere sykepleiere for mikroorganismer, da særlig innleggelse av PVK, er det ikke trolig at alle innehar nok kunnskap til å selv vurdere risikoen. I praksis har vi sett flere legge inn PVK uten hansker, til tross for at det i prosedyren står at en skal benytte rene engangshansker (Varnett, 2020b). Enkelte sykepleiere klipper hull i hansken, slik at de bedre kan palperer venen med fingeren. En slik praksis kan øke risikoen for smittespredning blant pasienter og ansatte om ikke korrekt håndhygiene utføres. At det blir en vane å klippe hull i

hansken eller å ikke bruke hansker i det hele tatt kan være problematisk ved utførelse av venepunksjon på pasienter med MRSA. Som nevnt i teorikapitlet kan MRSA smitte ved kontakt og dråper, og da vil et hull i en hanske kunne føre til smitteoverføring. Dette illustrerer viktigheten av å overholde prosedyrer i den praktiske utøvelsen, særlig når det foreligger risiko for smitte. For å best kunne gjøre dette er det viktig å unngå ervervelsen av vaner som å klippe hull i hansken. En bør heller fokusere på å bli vant med hanskebruk ved venepunksjon. Men en slik tilnærming kan også være et produkt av avdelingens kultur. Slike praktiske ferdigheter videreutvikles gjennom yrkesutøvelsen, men for å gjennomføre en kvalitativ forbedring trengs det gode rollemodeller og kontinuerlige tilbakemeldinger (Kristoffersen, 2016c, s. 158). Om andre sykepleiere ikke bruker hansker eller klipper hull i hansken ved venepunksjon er det lettere for den enkelte å bruke samme metode. En kan da tenke at det ikke vil utgjøre en stor forskjell om en selv også gjør det, da særlig om det ikke foreligger et fokus på implementeringen av slike tiltak i avdelingen.

Påkledning av smittevernutstyr kan i en hektisk arbeidsdag føles som et tidskrevende tiltak selv om en ønsker å hindre smittespredning. Deltakerne i studien til Seibert et al. (2014) hadde en positiv holdning til smitteverntiltak, men følte likevel at av - og påkledning av smittevernutstyr tok mye av tiden deres. En sykepleier sa “det tar mer tid å ta vare på pasienten” (Seibert et al., 2014, s. 406 - 407). En vet ikke om sykepleierne i studien overholdt retningslinjene eller ikke, men det kom fram i studien at sykepleierne hadde en positiv holdning og følte på et ansvar når det gjaldt å redusere smitteoverføring (Seibert et al., 2014). Efstathiou et al. (2011) fant at enkelte i deres studie unngikk å ta på smittevernutstyr på grunn av tidspress. En sykepleier sa at om utstyret ikke lå i nærheten av pasientens rom så var det stor sannsynlighet for at vedkommende gikk inn uten utstyr i stedet for å lete etter det (Efstathiou et al., 2011). Lett tilgjengelighet av smittevernutstyr er essensielt for å hindre smittespredning av MRSA. Det er viktig at ledelsen ilegger smittevern et fokus på sitt arbeidssted, for å sikre et miljø som fremmer bruken av smittevernutstyr (Ingstad, 2019, s. 138). At lederen fokuserer på å hindre smittespredning av MRSA til tross for tidspress vil kunne påvirke de ansatte, da lederens ord og handlinger påvirker kulturen på arbeidsplassen (Ingstad, 2019, s. 76). Dette vil bidra til å sikre forsvarlige helsetjenester som reduserer smittespredning, og muligens fremme en positiv holdning på arbeidsstedet.

Med utgangspunkt i forskningen kan en tenke seg til at en positiv holdning alene ikke er nok til at sykepleiere hindrer smittespredning. Uansett hvor fremtredende holdningen er så er det ikke alltid handlingene samsvarer med holdningen. Flere faktorer, i tillegg til holdning, vil påvirke en persons handlinger. En viktig påvirkende faktor er situasjonen en befinner seg i. Til tross for klare holdninger så kan situasjonen påvirke til en atferd som ikke samsvarer med disse (Håkonsen, 2017, s. 187). Som nevnt i forrige avsnitt så hadde mangel på tid en negativ innvirkning på sykepleiernes overholdelse. Dårlig tid kan føre til at en handler annerledes sammenlignet med om en hadde hatt god tid (Håkonsen, 2017, s. 187). En bredere forståelse av smitteverns nødvendighet vil kunne føre til at tidspress ikke påvirker overholdelsen i like stor grad. Hyunjung & Young Hui (2019) fremhever viktigheten av å øke sykepleieres bevissthet om nødvendigheten av å bruke smittevernutstyr til tross for mangel på tid. De argumenterte for at sykepleiernes oppfattelse av behovet for smittevern var det som påvirket overholdelsen, ikke kunnskapsnivået. Mer kunnskap ville ifølge dem ikke direkte øke overholdelsen, men heller endre holdninger (Hyunjung & Young Hui, 2019). Å øke bevisstheten rundt viktigheten av smittevern kan tenkes å være en mindre omfattende prosess enn å øke kunnskapsnivået. Men da flere aspekter påvirker overholdelse av smittevern, særlig under tidspress, så kan en argumentere for at flere faktorer er nødvendige. Basert på forskning og teori er vi av den oppfatning at et fokus på smittevern, økning av kunnskapsnivå om MRSA og et godt arbeidsmiljø vil være medvirkende faktorer til at sykepleiere kan hindre smittespredningen, også under tidspress.

5.3 Kunnskapsøkning, holdningsendring og arbeidsmiljø.

Som nevnt i kapittel 2.7 er holdningsendring en krevende prosess som kan ta lang tid. Vår oppfatning er at sykepleiere som har en negativ holdning mot bruk av smittevernutstyr i mindre grad hindrer smittespredning. Likevel blir det fremhevet at det på enkelte områder kan være liten sammenheng mellom personens holdninger og dens atferd. En persons atferd kan forklares ut fra personens egenskaper eller faktorene i situasjonen personen befinner seg i (Håkonsen, 2017, s. 187 - 188). Selv om holdningen kanskje ikke endres, mener vi den kan bli mindre fremtredende gjennom et økt fokus på kunnskap og atferd i ulike situasjoner. Her spiller avdelingslederen og avdelingens kultur en viktig rolle, da et økt fokus på smittevern kan kreve en endring i

organisasjonens kultur. Organisasjonskultur kan være avgjørende for de ansattes atferd, da den blant annet sier noe om forventet og forbudt atferd (Ingstad, 2019, s. 75 - 76). Om arbeidsplassen tilrettelegger for at sykepleiere på best mulig måte kan hindre smittespredning av MRSA, mener vi det er sannsynlig at de med negativ holdning mot smittevern vil endre sin atferd i møte med denne pasientgruppen. Holdningen vil nødvendigvis ikke endres selv om atferd og tilnærming gjør det.

I tillegg til atferdsendring viser forskningen at kunnskap kan være viktig for å hindre smittespredning. En viktig forutsetning for å øke sykepleieres kunnskapsnivå er å først kartlegge hvor det mangler kunnskap, noe Hansen & Lunde (2019) gjorde i sin studie. Tiltakene som de igangsatte var basert på funnene i den første kartleggingen (Hansen & Lunde, 2019). En slik tilnærming vil kunne gi en mer presis kunnskapsøkning, ved at undervisningsopplegget blir spesifisert og en får muligheten til å gå mer i dybden. I tillegg til undervisning om smitteregimer, av - og påkledning og smittevernatferd inne på isolatrom benyttet Hansen & Lunde (2019) lommekort, plakater, smittestrikk og klistremerker i sin intervensjonspakke. Plakatene ble opphengt i sluser og på enerom, og viste rekkefølge på av - og påkledning av smitteutstyr og informasjon om bruk av smittevernutstyr. Lommekortene viste likedan av - og påkledning, men inkluderte også informasjon om ulike isoleringsregimer. Klistremerkene ble benyttet som en påminnelse om håndhygiene og ble opphengt på strategiske plasser i avdelingen. Flere ganger i perioden ble de ansatte invitert til en temakveld om smittevern, kalt smittestrikk. Det var åpent for alle og de hadde blant annet quiz om smitte på disse kveldene (Hansen & Lunde, 2019).

Selv om denne intervensjonspakken var spesifisert til de ansatte på avdelingen, så behøver ikke resultatene å være representativt for alles kunnskapsmangler. Resultatene vil være spesifisert på hva flertallet mangler kunnskap om og ikke hver enkelt ansatt. Om en skulle igangsatt tiltak ut fra hver enkeltes kunnskapsmangel ville intervensjonspakken blitt for omfattende og tidskrevende. Derimot vil en slik tilnærming kunne resultere i at enkelte ansatte ikke føler de får utbytte av undervisningen, noe som kan virke demotiverende for enkelte. Likevel mener vi at det som sykepleier alltid er noe nytt å lære og derfor viktig å ta del i undervisning om områder en allerede har kunnskap om. Hver enkelt har et individuelt ansvar for å motivere seg selv og ta til seg informasjon. Sykepleiere må være villige til å lære noe nytt om noe en føler en allerede kan.

Iverksettelse av tiltak, undervisning om gjeldende retningslinjer og strategisk plassert opplysningsmateriell hadde i studien til Hansen og Lunde (2019) en positiv innvirkning på overholdelse og bidro til å sikre at rutinene ble utført på korrekt måte. De så en betydelig endring i selvrapportert atferd etter intervensjonen når det gjaldt avkledning av smittevernutstyr. Flere rapporterte at de utførte avkledning i etterkant av arbeid i riktig rekkefølge sammenlignet med før intervensjonen. Intervensjonene som ble gjennomført var relativt enkle og ikke kostbare, men hadde likevel god effekt. Selv om det kan bli nødvendig å gjennomføre undervisningsopplegget med jevne mellomrom for å opprettholde kunnskapen, resulterte den generelt økte oppmerksomheten på smittevern i avdelingen til en bedring i både kunnskapsnivå og selvrapportert overholdelse (Hansen & Lunde, 2019). Intervensjonspakken kan, til tross for at den ble sagt å være relativt enkel å gjennomføre, oppleves som tidskrevende fordi en må kartlegge kunnskapsmangler for så å igangsette undervisningsopplegg og andre tiltak. Samtidig vil hver enkelt ha sin egen vurdering av hvor nyttig slike intervensjoner vil være. Om avdelingen ikke har en høy frekvens av inneliggende pasienter med MRSA så kan det vurderes til å være unødvendig. Likedan kan en argumentere for at kartlegging og undervisning er det som kan anses å være mest tidskrevende. Enkelte avdelinger vil derfor kanskje kun benytte noen av tiltakene, som for eksempel plakatene. Selv om dette muligens ikke gir en stor bedring i kunnskapsnivå om MRSA så vil det kunne gi et økt fokus på smittevern i avdelingen, som igjen kan bedre smitteforebyggingen.

For å redusere smittespredningen er det også viktig å sikre et trygt arbeidsmiljø som gir rom for deling av erfaringer og meninger. Lunde & Moen (2014) så at deling av kollektiv erfaring og faglige diskusjoner kunne øke tryggheten og kompetansen til sykepleierne i møte med pasienter med MRSA. Dette kunne ha effekt selv om sykepleieren ikke hadde egen erfaring med pasientgruppen. En slik erfaringsutveksling ble vist å øke sykepleiernes kunnskap om både smittevern og multiresistente bakterier, da også MRSA (Lunde & Moen, 2014). Dette understøttes av Seibert et al. (2014) hvor tilbakemeldinger fra kollegaer ble nevnt som et tiltak for å øke sykepleieres kunnskap. Selv om en slik avdelingskultur har en positiv innvirkning er ikke dette alltid den sikreste måten å innhente kunnskap på. Det foreligger en risiko for at det en blir fortalt ikke følger gjeldende retningslinjer eller er oppdatert kunnskap. Sykepleiere har et

ansvar for at det som blir utført er forsvarlig, og vi mener det er viktig å i tillegg innhente kunnskap via retningslinjer eller elektriske håndbokssystemer som E - håndboka.

5.4 Kritikk til forskningen.

I drøftingsdelen er det viktig å være klar over de ulike metodene som benyttes i forskningen. Fire av artiklene benyttet selvadministrerte spørreskjemaer (Vedlegg 4). Egenrapportert atferd stemmer ikke alltid overens med observert atferd, og derfor bør dataen som innsamles ved bruk av slike spørreskjemaer tolkes med forsiktighet. Av de resterende tre artiklene gjennomførte to av dem intervjuer og en benyttet fokusgrupper (Vedlegg 4). Ved bruk av slike metoder foreligger det alltid en risiko for at enkelte aspekter i svarene til intervjuobjektet ikke blir oppfattet, da særlig om det ikke blir nedskrevet ordrett. Vi følte vi fikk en god oversikt ved å benytte både kvantitative og kvalitative artikler. Dette ga oss et innblikk i følelser, tanker og meninger, men også konkrete tall relatert til problemstillingen.

6.0 KONKLUSJON

I bacheloroppgaven har vi satt fokus på innvirkningen kunnskap, holdninger og arbeidsmiljø kan ha på forebyggingen av smitte, og diskutert hvordan disse faktorene kan påvirke sykepleiere i deres arbeid med å hindre smittespredning av MRSA. Vi gjennomførte et litteraturstudium hvor vi fant relevante studier, og benyttet pensumlitteratur og annen faglitteratur.

Vi har funnet ut at både kunnskap, holdning og arbeidsmiljø spiller en viktig rolle for at sykepleiere på best mulig måte skal hindre smittespredning. I forskningen var det noe uenighet om hvor mye kunnskap som var nødvendig, men flere av studiene argumenterte for at mer dyptgående kunnskap om MRSA og smittevern ville gi bedre overholdelse av rutiner og dermed redusere smittespredningen. Vi ser at kunnskap om basale smittevernrutiner også spiller en rolle i smittevernarbeidet, og at sykepleierne må kombinere sin teoretiske, praktiske og etiske kunnskap. Kunnskap om MRSA vil, i tillegg til en økt ansvarsfølelse, kunne gi økt motivasjon for implementering av tiltak som begrenser smittespredningen.

Sykepleieres holdninger blir påvirket av kunnskap, arbeidsmiljø og andre ytre faktorer. Vi ser at økt kunnskap alene ikke vil påvirke holdning, da faktorer som tid og pasientens utseende også påvirker i hvor stor grad sykepleiere handler i samsvar med deres holdninger. Det fremkommer i forskningen at kunnskap vil kunne påvirke både overholdelse, ytre faktorer og sykepleieres atferd, men vi ser også at arbeidsmiljø spiller en viktig rolle i både holdning - og atferdsendring. Vi har funnet ut at gode rollemodeller, faglige diskusjoner og et fokus på smittevern i avdelingen er viktig for at sykepleiere skal hindre smittespredning til tross for holdninger og faktorer.

Det fremkommer at atferdsendring, i stedet for holdningsendring, kan være en mindre omfattende prosess. I dette spiller organisasjonskultur en viktig rolle, da avdelingens økte fokus på smittevern vil kunne påvirke sykepleierens atferd i møte med pasienter med MRSA. Som nevnt tidligere ser vi at kunnskap spiller en viktig rolle, og for å øke kunnskapen kan en gjennomføre en kartlegging på avdelingen for så å igangsette spesifikke tiltak, som undervisning og plakater.

Dette viste seg å ha god effekt på en avdeling da tiltakene var konkretisert for akkurat denne avdelingen. Kunnskapsøkning, atferdsendring og et godt arbeidsmiljø ser vi at spiller en viktig rolle for at sykepleiere kan bidra til å hindre smittespredning av MRSA.

Selv om vi har kommet frem til flere interessante aspekter relatert til problemstillingen, savner vi mer konkret forskning om hvilken kunnskap som var mest aktuell for at sykepleiere skal kunne hindre smittespredning. Forskningen snakket ganske bredt om kunnskap, for eksempel mikrobiologiske egenskaper og smittevern, men det ble ikke nærmere forklart hvilken spesifikk kunnskap deltakerne manglet eller behøvde under disse emnene. Likedan savner vi mer utdypet forskning og teori om hvordan en kan endre holdninger. På grunn av COVID - 19 hadde vi minimal tilgang på bibliotek eller universitetet i denne perioden, noe som begrenset faglitteraturen til den vi hadde hjemme.

LITTERATURLISTE

Akselsen, P. E. & Elstrøm, P. (Red.). (2012). *Smittevern i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Andersson, H., Gleissman, S. A., Lindholm, C. & Fossum B. (2016). Experiences of nursing staff caring for patients with methicillin - resistant *Staphylococcus aureus*. *International nursing review*, 63(2), 233 - 241. <https://doi-org.ezproxy.hioa.no/10.1111/inr.12245>

Blystad, H. & Steen, M. (2016). Smittevern - prinsipper og tiltak. I M. Steen & M. Degré (Red.), *Mikrober, helse og sykdom* (2. utg. 3. opplag, 269 - 286). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Efstathiou, G., Papastavrou, E., Raftopoulos, V. & Merkouris, A. (2011). Factors influencing nurses' compliance with Standard Precautions in order to avoid occupational exposure to microorganisms: A focus group study. *BMC Nursing*, 10 (1). <https://doi.org/10.1186/1472-6955-10-1>

Elstrøm, P. (2016a). Smittekjeden. I M. Steen & M. Degré (Red.), *Mikrober, helse og sykdom* (2. utg., 3. opplag, s. 95 - 101). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Elstrøm, P. (2016b). Smittevern i helsetjenesten. I M. Steen & M. Degré (Red.), *Mikrober, helse og sykdom* (2. utg., 3 opplag, s. 287 - 299). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet (2017, 08. desember). Meticillinresistente gule stafylokokker. Hentet fra: <https://www.fhi.no/sv/forebygging-i-helsetjenesten/smittevern-i-institusjoner/tiltak/meticillinresistente-gule-stafyloko/>

Folkehelseinstituttet (2019, 23. august). Stafylokokkinfeksjoner (inkl. MRSA - infeksjoner) - veileder for helsepersonell. Hentet fra:
<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/stafylokokkinfeksjoner-inkl.-mrsa-i/>

Gloppe, R. J. L. (2020). Smittekjeden. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra:
<https://snl.no/smittekjeden>

Hansen, M. J. T. & Lunde, E. B. (2019). Slik fikk vi flere til å bruke beskyttelsesutstyr riktig på isolat. *Sykepleien* 106(75872). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.75872>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV- 1999-07-02-64). Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hyunjung, K. & Young Hui, H. (2019). Factors contributing to clinical nurse compliance with infection prevention and control practices: A cross - sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 22(1), 126 - 133. <https://doi.org/10.1111/nhs.12659>

Håkonsen, K. M. (2017). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse i helsefag og sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J. (2016a). Helse og sykdom - utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 30 - 87). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon*. (3. utg., s. 193 - 265). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016c). Sykepleie - kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon*. (3. utg., s. 139 - 191). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon*. (3. utg., s. 15 - 28). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lassen, J. & Blystad, H. (2016). Infeksjoner i huden og øyet. I M. Steen & M. Degré (Red.), *Mikrober, helse og sykdom* (2. utg., s. 115 - 136). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lindberg, M., Skytt, B., Högman, M. & Carlsson, M. (2011). The Multidrug - Resistant Bacteria Attitude Questionnaire: Validity and understanding of responsibility for infection control in Swedish registered district, hematology and infection nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3 - 4), 424 - 436. <https://doi-org/10.1111/j.1365-2702.2011.03914.x>

Lunde, L. & Moen, A. (2014). Sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier. *Sykepleien Forskning*, 9(3), 260 - 270. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0144>

Myrvang, B. (2020). Smitte. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/smitte>

Norsk sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Rygh, M., Andreassen, G. T, Fjellet, A. L, Wilhelmsen, I. L & Stubberud, D. G. (2017). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie I* (5. utg., s. 69 - 115). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Seibert, D. J, Speroni, K. G., Mi Oh, K., DeVoe, M. C. & Jacobsen, K. H. (2014). Preventing transmission of MRSA: A qualitative study of health care workers' attitudes and suggestions. *American Journal of Infection Control*, 42(4), 405 - 411. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2013.10.008>

Smittevernloven (1994). Lov om vern mot smittsomme sykdommer (LOV-1994-08-05-55).

Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>

Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Oslo:

Universitetsforlaget.

Varnett (2020a, 30. mars). Håndvask. Hentet fra:

<https://www.varnett.no/portal/procedure/7560/15>

Varnett (2020b, 12. februar). Innleggelse av perifere venekateter (PVK). Hentet fra:

<https://www.varnett.no/portal/procedure/7788/15>

World Health Organization (2014, 30. april). WHO's first global report on antibiotic resistance reveals serious, worldwide threat to public health. Hentet fra: <https://www.who.int/news-room/detail/30-04-2014-who-s-first-global-report-on-antibiotic-resistance-reveals-serious-worldwide-threat-to-public-health>

VEDLEGG

Vedlegg 1: Søkehistorikk på Cinahl

Dato	Søk nummer	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
17.03.20	1	Nurses AND Infection control OR Standard Precautions AND Compliance	2010 - 2020, språk: norsk, dansk, engelsk, svensk	72	25	2	2
17.03.20	2	Nurses AND Knowledge AND Infectious Diseases	2010 - 2020, språk: norsk, dansk, engelsk, svensk	8	6	2	1
17.03.20	3	Nurses AND Experience (Keyword) AND Methicillin - Resistant Staphylococcus Aureus	2010 - 2020, språk: norsk, dansk, engelsk, svensk	3	1	0	0
18.03.20	4	Nurses AND Methicillin - Resistant Staphylococcus Aureus AND Attitude	2010 - 2020 Språk: norsk, dansk, engelsk, svensk	19	8	1	1

Vedlegg 2: Søkehistorikk på Oria

Dato	Søk nummer	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
24.03.20	5	Nurses AND MRSA AND Attitudes	2010 - 2020, språk: norsk, dansk, engelsk, svensk, type tekst: artikkel Emne: nurses, infection control, MRSA, humans, knowledge	20	8	3	2

Vedlegg 3: Søkehistorikk på sykepleien.no

Dato	Søk nummer	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
24.03.20	6	Smittevern	2010 - 2020, Publikasjon: fag, forskning	16	5	3	2
25.03.20	7	Holdninger, smitte	2010 - 2020, publikasjon: fag, forskning	8	1	0	0

Vedlegg 4: Oversikt over inkluderte artikler

Navn på artikkel	Hensikt	Metode	Funn	Forfattere og DOI
“Experiences of nursing staff caring for patients with methicillin - resistant Staphylococcus aureus (MRSA)”	Hensikten med studien er å beskrive sykepleieres erfaring av å utøve sykepleie til pasienter med MRSA i Sverige.	Kvalitativ studie. 15 sykepleiere fra forskjellige sykehus, akuttmottak, geriatriske sengeposter og sykehjem i Stockholm ble intervjuet. Alle	Ved analysering fant man tre temaer: å føle seg ignorant, redd og usikker, å føle seg kompetent og sikker, og å føle seg stresset og	Forfattere: Andersson, H., Andreassen, S. Gleissman, Lindholm, C. & Fossum, B. (2016). DOI: https://doi-org.ezproxy.hioa.no/10.1111/inr.12245

		<p>sykepleierne hadde vært involvert i sykepleie til pasienter med MRSA, men ikke regelmessig. Intervjuene ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.</p>	<p>overarbeidet. Desto mer kunnskap sykepleierne tilegnet seg om MRSA, desto mer positiv var deres holdning relatert til pleie av disse pasientene</p>	
<p>“Factors influencing nurses’ compliance with Standard Precautions in order to avoid occupational exposure to microorganisms: A focus group study”</p>	<p>Hensikten med studien var å studere faktorene som påvirker sykepleieres overholdelse av standard retningslinjer for smittevern for å unngå yrkesrelatert eksponering av mikroorganismer. Denne kunnskapen vil gjøre det lettere å igangsette tiltak for å unngå yrkeseksponering.</p>	<p>Kvalitativ studie. 4 fokusgrupper (N = 30) ble organisert for å undersøke sykepleiers oppfatning av faktorene som påvirker deres overholdelse av standard retningslinjer for smittevern. Health Belief Model (HBM) ble brukt som det teoretiske rammeverket, og dataene ble analysert i henhold til forhåndsbestemte kriterier.</p>	<p>Resultatet viste at faktorer som akutte situasjoner, tilgjengelighet av utstyr, negativ påvirkning av smittevern utstyr, pasientens ubehag, høyt tempo, psykologiske faktorer og risiko for smitte påvirket sykepleieres etterlevelse av forholdsregler.</p>	<p>Efstathiou, G., Papastavrou, E., Raftopoulos, V. & Merkouris, A. (2011) DOI: 10.1186/1472-6955-10-1</p>
<p>“Factors contributing to clinical nurse compliance with</p>	<p>Hensikten med denne studien er å evaluere kunnskap, holdninger, hva som</p>	<p>Kvantitativ studie. En tversnittsstudie ble utført med 197 sykepleiere</p>	<p>Sykepleiere svarte riktig på 67.4% av spørsmålene som gjaldt forebygging av</p>	<p>Hyunjung, K & Young Hui, H. (2019) DOI:</p>

<p>infection prevention and control practices: A cross-sectional study”</p>	<p>oppfattes som et trygt miljø, og sykepleieres overholdelse av smittevernrutiner. Dette for å identifisere faktorer som påvirker overholdelsen av smittevernrutiner.</p>	<p>som jobber på universitetssykehus i Korea. Data ble innsamlet ved bruk av et selvadministrert spørreskjema.</p>	<p>infeksjon. Den laveste riktige scoren var relatert til multiresistente organismer. Sykepleierne demonstrerte gunstige holdninger til forebygging og kontroll av infeksjoner. Samlet resultat for overholdelse var 87.41 av 100. Sykepleieres holdninger, kliniske erfaring og opplevelse av trygt arbeidsmiljø bidra positivt til overholdelse. Intensivavdelingen hadde større grad av overholdelse</p>	<p>https://doi-org.ezproxy.hioa.no/10.1111/nhs.12659</p>
---	--	--	---	--

<p>“Sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier”</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke sykepleiere som arbeider på medisinske sengeposter, inklusive infeksjonsposter, og deres egenrapporterte kunnskap og atferd ved pleie av pasienter med multiresistente bakterier.</p>	<p>Kvantitativ metode. Det ble her benyttet en tverrsnittsstudie basert på The Multidrug - Resistant Bacteria Attitude Questionnaire. Spørreskjemaene ble utdelt på sju medisinske poster ved to norske sykehus. Det ble delt ut 237 spørreskjemaer, og de fikk 107 svar. Svarene fra de som arbeider ved infeksjonsposter ble sammenlignet med svar fra de som arbeider på andre medisinske poster.</p>	<p>Resultatene viste at sykepleierne som jobbet ved infeksjonsposter hadde markant høyere skår på spørsmål om multiresistente bakterier, og hadde en høyere selvrapportert følelsesmessig respons enn sykepleiere fra andre sengeposter. Generelt skåret alle sykepleierne høyt på egenrapportert atferd</p>	<p>Lunde, L. & Moen, A. (2014) DOI: 10.4220/sykepleienf.2014.0144</p>
<p>“Slik fikk vi flere til å bruke beskyttelsesutstyr riktig på isolat”</p>	<p>Hensikten med studien var å kartlegge bruken av personlig beskyttelsesutstyr i dagens praksis, samt å eventuelt øke kvaliteten på dagens praksis</p>	<p>Det ble brukt en kvantitativ metode, og data ble innsamlet med et spørreskjema. Både leger, sykepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere, assistenter og</p>	<p>Resultatet viste mangelfull etterlevelse av retningslinjer samt kunnskapshull. Det ble derfor igangsatt tiltak på bakgrunn av</p>	<p>Hansen, J. H & Lunde B. E (2019) DOI: 10.4220/Sykepleiens.2019.75872</p>

	dersom kartlegging resulterte i et behov for det.	læringer/studenter deltok.	funnene for å øke helsepersonellets kunnskap og engasjement omkring smittevern, som igjen medførte en bedre etterlevelse og mer riktig utførelse av rutiner.	
“The Multidrug-Resistant Bacteria Attitude Questionnaire : validity and understanding of responsibility for infection control in Swedish registered district, haematology and infection nurses”	Hensikten med studien var å vurdere diskrimineringen og overholdelse ved bruk av Multidrug - Resistant Bacteria Attitude spørreskjemaet. De ville studere sykepleieres kunnskap om, atferd mot og deres emosjonelle respons til pasienter med multiresistente bakterier. Dette ville ses opp mot forståelse av deres eget, politikernes og ledernes ansvar for			Lindberg, M., Skytt, B., Högman, M. & Carlsson, M. (2011) DOI: https://doi-org.ezproxy.hioa.no/10.1111/j.1365-2702.2011.03914.x

	overholdelse av forebyggende tiltak mot smittevern.			
“Preventing transmission of MRSA: A qualitative study of health care workers’ attitudes and suggestions”		<p>Kvalitativ studie. Av totalt 276 deltakere HCW, meldte 42 seg frivillig til å bli intervjuet for denne studien - 26 fullførte intervjuet. Deltakerne bestod av 16 sykepleiere, 1 lege, 6 allierte helsepersonell og 2 støttepersonell. Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført på sykehuset i løpet av september og oktober 2012. Spørsmålene tok for seg hvordan MRSA påvirker HCW, forebygging av overføring, og utfordringer og barrierer HCW opplever når de kommer inn i et MRSA isolasjonsrom og utfører</p>		<p>Seibert, D. J., Speroni, K. G., Mi Oh, K., DeVoe, M. Cc & Jacobsen, K. H. (2014).</p> <p>DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajic.2013.10.008</p>

		passende håndhygiene		
--	--	-------------------------	--	--