



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan jeg som sykepleier forebygge infeksjoner, ved hjelp av god hygiene i Zambia?

**Helene Eknes**

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse- og omsorgsvitenskap/Sykepleie Førde

Veileder: **Danuta Teresa Zablotna**

Innleveringsdato: 01.06.2018

Antall ord: 6932

jeg stadfester at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kjeldehenvisninger til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskolen på Vestlandet, § 10

## Sammendrag

### Tittel

Hvordan kan jeg som sykepleier forebygge infeksjoner, ved hjelp av god hygiene i Zambia?

### Bakgrunn

Sykehusinfeksjoner er et økende problem og kunne i mange tilfeller vært unngått ved god hygiene (Stordalen, 2009). Dette fører ikke bare til smerte og lidelse for pasienten, men det bidrar også til lengre liggetid på sykehus, økt sykefravær, funksjonstap og ekstra sykehusopphold med isolering og behandling av infeksjonene (Sørensen, 2015). I Zambia er det en dobbel sykdomsbyrde fordi infeksjonssykdommer og ikke-smittsomme sykdommer forekommer hyppig (SML, 2017). Det er flere utfordringer i helsesektoren, da de ikke har penger til skikkelig utstyr som hansker og sterilt utstyr.

Jeg har hatt min siste praksis i Zambia og allerede første dagen fikk jeg inntrykk av at hygiene var noe som ikke var prioritert på grunn av ressurser. «Klutene som brukes ser ikke rene ut og har gjerne blodflekker på seg. Det blir heller ikke skiftet hansker eller utført håndvask mellom de trange pasientsengene. Håndvaskstasjonene er skitne og manglet både varmt vann, såpe og noe å tørke seg med».

### Problemstilling

Hvordan kan jeg som sykepleier forebygge infeksjoner, ved hjelp av god hygiene i Zambia?

### Fremgangsmåte

I denne oppgaven er det blitt brukt litteraturstudie som metode. Databasene som er blitt brukt er Academic Search Elite, Idunn, Google Scholar og Cinahl. I tillegg er skolens bibliotek Oria blitt benyttet, samt lovdata for lover og NSF sine yrkesetiske retningslinjer.

### Oppsummering

Resultatene viste at det var et veldig stort behov for å inkludere infeksjonsforebyggende retningslinjer i helsearbeidernes utdanning. Mange hadde ikke fått opplæring i infeksjonsforebygging når de startet å jobbe på sykehuset. Det var dårlig kunnskap hos de ansattes om sykehusinfeksjoner og tiltak som kunne hindre dette.

### Nøkkelord

Forebygge, infeksjoner, hygiene, Zambia

# Innholdsfortegnelse

1 Introduksjon .....	1
1.1 Innledning.....	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Avgrensning av problemstilling .....	2
1.5 Begreps forklaring .....	3
1.6 Videre oppbygging av oppgaven .....	3
2 Metode .....	3
2.1 Valg av metode.....	3
2.2 Søkeprosessen etter forskningsartikler .....	4
2.3 Søkeprosessen etter annen litteratur .....	4
2.4 Kildekritikk.....	5
3 Teoretisk og faglig grunnlag .....	5
3.1 Hygiene og smittevern .....	5
3.2 Infeksjoner i sykehus .....	7
3.3 Sykepleierollen, helsefremmende og forebyggende arbeid .....	8
3.4 Lover og retningslinjer.....	8
3.5 Sykepleieteori.....	9
3.6 Zambia, kultur og utdanning .....	9
4.0 Forskningsartikler .....	10
5 Drøfting.....	12
5.1 Ressurser og økonomi .....	12
5.2 Kunnskap og holdninger .....	14
5.3 Kultur .....	16
6 Oppsummering.....	17
Referanser .....	18

# 1 Introduksjon

## 1.1 Innledning

Dagen på sykehuset starter med morgenbønn før det er tid for sengereing og «dumdusting». Sykepleierne tar på seg sterile hansker før de går i gang med morgenrutinen. De fleste sengene blir ikke skiftet på, men teppene som ligger som laken og dyne blir snudd andre veien. Så er det tid for «dumdusting» som går ut på å vaske nattbord, vasker og vinduskarmer med noe som ligner oppvaskpulver i et vaskefat og noe som kalles jik (klor) i et annet. Klutene som brukes ser ikke rene ut og har gjerne blodflekker på seg. Det blir heller ikke skiftet hansker eller utført håndvask mellom de trange pasientsengene. Håndvaskstasjonene er skitne og manglet både varmt vann, såpe og noe å tørke seg med.

Sykehusinfeksjoner er et økende problem og kunne i mange tilfeller vært unngått ved god hygiene (Stordalen, 2009). Derfor er vår jobb som sykepleier viktig for å beskytte sårbare pasienter mot skader, sykdom og død som følge av infeksjoner. Dette fører ikke bare til smerte og lidelse for pasienten, men det bidrar også til lengre liggetid på sykehus, økt sykefravær, funksjonstap og ekstra sykehusopphold med isolering og behandling av infeksjonene (Sørensen, 2015). I underutviklede land som Zambia er det en dobbel sykdomsbyrde fordi infeksjonssykdommer og ikke-smittsomme sykdommer forekommer hyppig (SML, 2017). I Norge er vi så heldige at vi har tilgang på gode ressurser som hjelper oss til å forebygge og beskytte oss selv mot smitte. Dette er ikke en selvfølge for alle land. Zambia er et underutviklet land hvor hele 64,42% lever for under 1,25\$ dagen (Norad, 2014). Dette fører til utfordringer i helsesektoren, da de ikke har penger til skikkelig utstyr som hansker og sterilt utstyr. Hvordan skal man da forhindre smittespredning når man ikke har tilstrekkelig med ressurser?

I Zambia er det hele 4,8 millioner (36%) som ikke har tilgang på rent vann og hele 6,6 millioner (50%) mennesker som ikke har tilgang på sanitære fasiliteter (UNICEF, 2017). I Norge har vi nødvendige ressurser når det kommer til håndvask. Vi har også alltid håndsprit i nærheten som blir brukt mellom hver pasient, så lenge man ikke er blitt synlig skitten eller kommet i kontakt med kroppsvæsker. God håndhygiene er det enkleste og rimeligste tiltaket vi kan sette i verk for å redusere antallet infeksjoner (Stordalen, 2009).

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har hatt min siste praksis i Zambia. Jeg har tatt del i de zambiske sykepleiernes arbeidshverdag og fikk raskt inntrykk at de hadde et annet forhold til hygiene sammenlignet med Norge. I tillegg har de et helt annet utdanningssystem når det kommer til sykepleiestudiet, det kan virke som at hygiene ikke er en like stor del av opplæringen i Zambia som i Norge. Skyldes nedprioriteringen av hygienens manglende kunnskap, mangel på ressurser eller rett og slett bare dårlige holdninger?

Som sykepleier er hendene våre det viktigste redskapet vi har. Vi er i kontakt med både pasienter, medisinsk utstyr og medisiner. Derfor har vi et enormt ansvar når det kommer til håndtering av smitte. Det så utrolig viktig at vi er nøye med hygienens vår og da spesielt håndhygienens. Det er veldig viktig siden det er en realitet at mikroorganismers resistensutvikling ovenfor antimikrobielle midler i dag er et stort, verdensomfattende og utfordrende helseproblem (Rafoss, 2012). Visst man da hadde holdt de basale smittevernsrutinene til et tilfredsstillende nivå, ville man kunne forebygget mange av sykehusinfeksjonene. Dette ville beskyttet både pasienter og oss selv mot kjente og ukjente smittekilder og er en forutsetning for et effektivt smittevern i helse- og omsorgstjenesten (Sørensen, 2015).

## 1.3 Problemstilling

Hvordan kan jeg som sykepleier forebygge infeksjoner, ved hjelp av god hygiene i Zambia?

## 1.4 Avgrensning av problemstilling

Jeg har valgt å se på hvordan de zambiske sykepleierne forholder seg til infeksjonsforebyggende tiltak. Jeg skal se på hvordan de forholder seg til hygiene og da spesielt prosedyren håndvask, fordi det er et enkelt og rimelig tiltak som forebygger smittespredning. I tillegg har jeg sett på bruken deres av beskyttelses utstyr og hvordan de isolerer pasienter med stor smittefare. Samtidig har jeg valgt å se på infeksjoner generelt og ikke på noen spesiell infeksjonssykdom.

Ut ifra egen erfaring har jeg sett at det er stor forskjell på de som har råd til privat helsehjelp og de som bruker offentlig helsehjelp. På sykehuset i Livingstone hvor jeg var i praksis hadde de «vanlige» avdelinger og «highcost» avdelinger for de som hadde god økonomi. Ettersom jeg hadde mesteparten av praksisen min på de «vanlige» avdelingene er det disse jeg tar som utgangspunkt i oppgaven min. Jeg har valgt å se på sykehuset i Zambia som en helhet fordi vi hadde kort tid på hver avdeling, samtidig som jeg har erfart at det er et gjennomgående problem på alle avdelingene.

## 1.5 Begreps forklaring

**Forebygge** - Mangetydig og positivt ladet betegnelse for forsøk på å eliminere eller begrense en uønsket utvikling. Innen helse vil det si å redusere sykdommer, skader, dødelighet og risikofaktorer (Skjetne, 2017).

**Infeksjoner** - En infeksjon vil si inntrenging, vekst og formering av levende mikrober (bakterier, virus, sopp, parasitter, protozoer og prioner) i et menneske- eller dyreorganismen (Sørensen, 2015).

**Hygiene** - Hygiene kommer fra det greske ordet hygieinos, som betyr sunn. Begrepet omfatter alle forhold ved sykepleie som bygger opp under pasientens krefter og infeksjonsforsvar (Sørensen, 2015).

**Zambia** - En republikk i det sørlige Afrika. Dette er en innlandsstat som grenser til Angola i vest, den demokratiske republikken Kongo og Tanzania i nord, Malawi i øst og Mosambik/Zimbabwe og Namibia i sør (Hem, 2017).

## 1.6 Videre oppbygging av oppgaven

Videre i oppgaven gjør jeg greie for hvorfor jeg har valgt litteraturstudie i metodedelen og hvordan jeg har vurdert kildene som brukes, for så å beskrive forskningsartiklene jeg har valgt å ha med. Seinere presenteres relevant teori om temaet og Zambia, som igjen skal brukes i drøftingsdelen. I drøftingsdelen drøftes problemstillingen min i lys av den teorien og forskningen jeg har funnet frem til. I tillegg har jeg valgt å ta med mine egne erfaringer og opplevelser i drøftingen for å gi enda mer dybde i oppgaven. Tilslutt er det en oppsummering og konklusjon hvor funnene i oppgaven presenteres.

## 2 Metode

### 2.1 Valg av metode

I denne oppgaven har jeg valgt å gjøre et litteraturstudie. I litterære oppgaver henter en data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori, for så å gjøre rede for det en har funnet av litteratur og hvordan en har valgt ut data (Dalland, 2017). Det vil si at jeg har funnet frem til den litteraturen som jeg selv mener kan belyse min problemstilling på best mulig måte. Dette kan også kalles kildesøking eller litteratursøking (Dalland, 2015).

Samtidig vil jeg bruke mine egne erfaringer og observasjoner i praksis til å drøfte problemstillingen. Disse observasjonene vil selvfølgelig være anonymiserte, men vil være med på å gi oppgaven mer dybde.

## 2.2 Søkeprosessen etter forskningsartikler

Jeg startet søkeprosessen etter litteratur i begynnelsen av februar. For å finne frem til forskningsartikler har jeg søkt systematisk i databasene Academic Search Elite, Idunn, Google Scholar og Cinahl. Jeg har valgt å bruke engelske søkeord fordi jeg synes at det passet best med internasjonal forskning for å belyse min problemstilling. Jeg har i hovedsak brukt søkeordene *infection prevention*, *hand hygiene*, *hospital infections* og *Africa* for å avgrense søkene mine, i tillegg til at jeg valgte å kun få opp artikler som var utgitt etter år 2007. Dette fordi jeg ville ha mest mulig oppdatert forskning om temaet. Det er kun foretatt kombinerte søk og ikke enkelt søk. Grunnen til at jeg valgte å gjøre kombinerte søk er at jeg fikk opp veldig mange artikler på enkelt søk som ikke var relevant for min oppgave, de omhandlet ofte infeksjonssykdommer spesifikt. Jeg begynte med å søke *infection prevention hospital Africa* på Academic Search Elite og fikk opp 375 resultater. Jeg synes det var vanskelig å finne relevant forskning og det tok lang tid å finne frem til forskningsartikler som var gode. Jeg søkte også på Google Scholar med søkeordene *knowledge infection prevention Africa* og fikk opp 86 500 treff, hvor jeg klarte å hente frem passende forskningsartikler ved å lese gjennom overskriftene. Jeg har valgt fire artikler som jeg mener er relevant for min problemstilling. Alle disse artiklene er kvantitative forskningsstudier. Grunnen til at det ble brukt Afrika som søkeord var fordi jeg ønsket å finne forskning som omhandlet Afrika. Jeg ønsket mest mulig forskning som dreier seg om Zambia siden jeg har hatt praksis her, men det var ikke alltid like lett å finne gode studier fra Zambia. Derfor er flere av forskningsartiklene jeg har brukt fra andre land i Afrika. Jeg synes fortsatt at dette er gode forskningsartikler hvor temaene passer godt for min oppgave fordi disse landene er i likhet med Zambia underutviklede, og landene har mange av de samme utfordringene vedrørende helsesektoren.

## 2.3 Søkeprosessen etter annen litteratur

For å finne frem til annen litteratur startet jeg først med å lese gjennom pensumlisten. Jeg har funnet frem til den litteraturen som best kan belyse min problemstilling. Litteraturbøkene som er blitt brukt er en del av tidligere pensum fra sykepleiestudiet, slik at skolen har kvalitetssikret den. Jeg brukt skolens bibliotek ORIA til å søke frem pensum fra første og andre studieår. Jeg har også brukt andre oppslagsverk som Store Norske Leksikon, Verdens Helseorganisasjon og UNICEF fordi dette er store organisasjoner og derfor anser jeg dem som pålitelige kilder.

I tillegg har jeg søkt på NSF sine sider og funnet frem yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Dette er den største sykepleieorganisasjonen i Norge og anses derfor som en pålitelig kilde. Tilslutt har jeg brukt lovdata for å finne frem til relevante lover.

## 2.4 Kildekritikk

Kildekritikk vil si de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Dette innebærer å vurdere og karakterisere de kildene som blir benyttet. Leth og Thuré (2000) påpeker at kildekritikk er et samlebegrep for metoder som brukes for å skille og verifisere opplysninger fra spekulasjoner (Dalland, 2015).

Sykepleiefaget er et fag som stadig oppdateres. Derfor har jeg prøvd å finne frem til så oppdatert forskning som mulig. De fleste artiklene er fra 2013 og 2016, med unntak av en artikkel som er fra 2007. Jeg synes at det var litt vanskelig å finne frem til gode forskningsartikler, men synes at de jeg har funnet er relevante og har gyldighet når det kommer til å belyse min problemstilling.

Databasen jeg har valgt å bruke, er i henhold med høyskolens anbefalinger disse og jeg da ser på dem som pålitelige databaser. Jeg har gått ut ifra IMRAD prinsippet for å sikre at det faktisk er forskningsartikler jeg har funnet frem til. Jeg har i hovedsak valgt primærkilder fordi det minsker risikoen for misforståelser av fagstoffet. En svakhet med kildene mine er at de fleste artiklene jeg har valgt er på engelsk. Dette øker da faren for at det oppstår misoppfatninger av innholdet i forskningsartiklene i oversettelsesprosessen.

Noen av artiklene jeg har inkludert er ikke fra Zambia fordi det var vanskelig å finne gode artikler som spesifikt handlet om Zambia. Derfor er noen av artiklene fra Etiopia, Ghana og Nigeria. Dette er land som er sammenlignbare med Zambia for de er underutviklede land. Det vil si at disse landene har mange av de samme utfordringene når det kommer til helse og hygiene.

## 3 Teoretisk og faglig grunnlag

### 3.1 Hygiene og smittevern

Smittevern er en del av arbeidet med pasientsikkerhet og kan defineres som all virksomhet som tar sikte på å forebygge helsetjenesteassosierte infeksjoner, ved å kontrollere, begrense og overvåke helseassosierte infeksjoner. Smittevern har et systemperspektiv, mens hygiene i sykepleie er en integrert del av sykepleien. Begge områdene overlapper og utfyller hverandre (Sørensen, 2015).



Håndhygiene er et av de viktigste enkelttiltakene for å forebygge smittespredning. Hendene er sykepleiernes viktigste arbeidsredskap. Håndvask fjerner bakterier og hindrer smitteoverføring. Håndhygiene er et veldokumentert tiltak for å forebygge smittespredning. Det er nødvendig å desinfisere hendene mellom forskjellige gjøremål for å unngå at mikrober forflyttes fra ett sted på pasientens kropp til andre infeksjonsfølsomme områder. Forutsetningene for å utføre korrekt håndhygiene er at neglene er kortklippede, uten kunstige negler, og at en ikke bærer smykker som ringer, armbånd og armbåndsur. Hånddesinfeksjon med alkoholbasert hånddesinfeksjonsmiddel er førstevalget som metode. Unntaket er når hendene er synlig tilskitnet; da benyttes håndvask (Sørensen, 2015).

Riktig utført håndvask fjerner 99% av forurensningen på hendene. Håndvask utføres før rene og urene arbeidssituasjoner og prosedyrer. Typen kontakt og varigheten og intensiteten av kontakten er avgjørende for hvor forurenset hendene blir i arbeidet med syke mennesker. Når hendene er synlig forurenset, for eksempel etter kontakt med blod, kroppsvæsker, ekskretter og forurenset utstyr, skal de alltid vaskes med såpe og vann. Det er viktig å bruke den tiden som er nødvendig for å få alle deler av hendene rene. Se vedlegg for prosedyre.

Det er viktig at vi som sykepleier ivaretar den personlige hygien. Dette innebærer blant annet håndhygiene, arbeidsantrekk og bruk av beskyttelsesutstyr. Som tidligere nevnt er god håndhygiene den enkleste og rimeligste måten å forebygge sykehusinfeksjoner på. Hendene forurenses ved alt vi gjør, derfor er det så viktig at vi fjerner den midlertidige floraen før og etter kontakt med pasienter. Rene beskyttelseshansker bør brukes i situasjoner som kan føre til sterk forurensing av hendene (Stordalen, 2009).

I enkelte tilfeller kan pasienter ha smittsomme sykdommer eller være kolonisert av mikroorganismer. Dersom dette er forhold som kan føre til smitte via luft, kontakt eller kroppsvæsker, er det aktuelt å beskytte omgivelsene mot smitte. Dette innebærer å beskytte miljøet, pasienter, personale, besøkende og pasienter med sterkt redusert infeksjonsforsvar (Stordalen, 2009).

Sengereing sprer mikroorganismer til personalets arbeidsantrekk, hender og luften omkring. Håndhygiene utføres mellom hver seng som res. Bevegelse og risting av sengetøy bør skje i minst mulig grad (Stordalen, 2009).

For å forklare hvordan smitte skjer kan vi bruke smittekjeden:

1. Smittekilde med utgangsport: Det er her smitten starter, vanligvis med en person som enten er syk eller er bærer. Dyr, insekter, forurenset mat og vann kan også være kilde til smitte.

Utgangsport er der smitten kommer ut fra smittekilden. Ved dråpesmitte er for eksempel utgangsporten nese og munn.

2. Smittestoff: Vil si mikrober, som omfatter bakterier, virus, sopp, parasitter, protozoer og prioner. Ulike smittestoffer vil ha forskjellige smittemåter og varierende evne til å gi infeksjonssykdom.
3. Smittevei, indirekte eller direkte: Det vil si veien smittestoffet vil gå fra smittekilde til smittemottaker. Ved indirekte smittevei vil mikroben mellomandre mellom smittekilde og smittemottaker, for eksempel på en frukt som blir tatt vare på og deretter spist uten å ha blitt vasket. Direkte smittevei er da for eksempel at en syk person nyser, for så at smittedråper lander på slimhinnene til en annen person.
4. Smittemottaker med inngangsport: Smittemottaker er den som blir smittet. Smittestoffet kommer inn gjennom en inngangsport, som ofte er de naturlige kroppsåpningene, som munn, nese eller urinveier. Det kan også være åpne sår eller rifter i hud og slimhinner (Sørensen, 2015)

For å kunne forhindre smitte er det viktig å bryte smittekjeden. Dette kan gjøres på flere måter som for eksempel ved å utføre håndvask.

### 3.2 Infeksjoner i sykehus

En infeksjon vil si inntrenging, vekst og formering av levende mikrober (bakterier, virus, sopp, parasitter, protozoer og prioner) i et menneske- eller dyreorganismen. Infeksjonssykdom er de symptomer og tegn som utvikler seg i organismen i forbindelse med infeksjonen. Tilrettelegging av de fysiske og psykososiale omgivelsene er en viktig komponent i sykepleiens bidrag til helse og helbredelse. Derfor er det ikke bare viktig å styrke pasientens krefter, men også gjennomføre tiltak som hindrer mikrober i å få tilgang til infeksjonsfølsomme områder (Sørensen, 2015).

Helsetjenesteassosierte infeksjoner er infeksjoner som oppstår i forbindelse med opphold i sykehus eller i en annen helseinstitusjon, som følge av undersøkelse, behandling eller pleie. Vi vet at helseassosierte infeksjoner påvirker pasientsikkerheten, morbiditet og mortalitet. Hos pasienter med alvorlige sykehusinfeksjoner kan mortaliteten være mellom hele 5 og 35 %. Vi som sykepleier styrker pasientens eget infeksjonsforsvar for å forebygge sykehusinfeksjoner. Visst mikrober klarer å etablere en infeksjonssykdom eller ikke hos den syke, vil i ulik grad påvirkes av pasientens infeksjonsforsvar (Sørensen, 2015).

Grunnleggende infeksjonsforebyggende tiltak er en forutsetning for effektiv forebygging og kontroll av sykehusinfeksjoner. Standardtiltakene skal verne alle pasienter mot smittestoffer i alle kroppsvæsker. Disse tiltakene er først og fremst håndhygiene og bruk av beskyttelsesutstyr (Stordalen, 2009).

### 3.3 Sykepleierollen, helsefremmende og forebyggende arbeid

I helsevesenets historie har helsefremming og sykdomsforebygging vært to sider som utfyller hverandre. Fullkommen helse oppnås sjelden eller aldri, men menneskets levealder kan forlenges og yteevnen økes, menneskeliv kan reddes og sykdomstilfeller forebygges. For det eksisterer midler til å forminske eller fjerne dem. Forebyggende forholdsregler vil være mer virksomme enn behandling av sykdommer (Alsvåg, 2016).

Hygienens historie lærer oss at de hygieniske fremskrittene er avhengig av befolkningens hygieniske innsikt og opplæring. De hygieniske nyvinningene hever befolkningens hygieniske nivå. Dette er da grunnlaget for forebygging av sykdom og bedring av helsetilstanden. Hygiene har som eneste formål det sykdomsforebyggende og helsefremmende fokus. Dette med hensyn til det fysiske, kjemiske og biologiske årsaksfaktorene (Alsvåg, 2016).

Holdningenes etiske betydning i sykepleien kommer til uttrykk gjennom vår vennlighet, høflighet, oppmerksomhet, å være lyttende, varsomhet i stellet, et fast håndlag når det er nødvendig. Det særegne med omsorg er holdningen som uttrykker omsorg. I omsorgen er det ikke bare hva en gjør som er viktig, men hvordan man gjør det, hvordan man oppfører seg, hvordan en utøver handlingene (Nortvedt, 2012).

Moral kommer til uttrykk i det vi gjør. Moral har sin basis i hva vi oppfatter som godt eller ondt, rett eller galt, rettferdig eller urettferdig. Moral er, på lik linje med språket, kulturuniversalt. Det vil si at moral er noe som gjelder for alle kulturer (Lillemoen, 2015).

Sykepleierens kunnskap skal komme til uttrykk i utøvelsen av sykepleie, i relasjon med pasienter, pårørende og kollegaer. Mange har vært opptatt av å klargjøre hva vi forstår med moralsk opptreden og handlingskompetanse, og knytter moralsk opptreden til begreper som godhet, etisk sensitivitet og omsorg (Lillemoen, 2015).

### 3.4 Lover og retningslinjer

I yrkesfaglige retningslinjer for sykepleiere 2.1 står det at «Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (NSF, 2016).

Helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 2011, § 4).

Samhandlingsreformen fra 2012 signaliserer behovet for styrking av det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet. I problemforståelsen som ligger til grunn for innføringen av denne reformen påpekes det at tjenestene er preget av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Det er viktig for å øke forebyggingstakten å ta med tiltak som styrker pasientens infeksjonsforsvar. Ved små systematiske forbedringer kan mange pasienter bli spart for smerter og lidelser (Sørensen, 2015).

### 3.5 Sykepleieteori

Florence Nightingale var en av de som så på helsefremming som avgjørende i forhold til å samarbeide med naturen, bygge opp og styrke helsen. Samtidig kjempet hun mot sykdom ved å rette oppmerksomheten mot det som skaper sykdom. Perspektivet hennes er rettet mot det som fremmer befolkningens helse- og sykdomstilstand i tillegg til det som styrker helsen hos enkelt individet. I hennes forståelse av helse og sykdom var hun opptatt av ulike faktorer i omgivelsene som fremmer helsen og skaper sykdom. Hun sier at «pasientens plager ikke alltid skyldes sykdom. Årsaken kan gjerne være noe helt annet, som mangel på varme, ro, frisk luft, lys og renslighet, eller nøyaktighet og omsorg i sammensetningen av kostholdet. Hun skrev at den nøyaktige verdien av spesielle botemidler og behandlingsmåter på ingen måte er fastslått, mens vi derimot har omfattende erfaring når det gjelder hvilken betydning samvittighetsfull sykepleie har for utfallet av en sykdom» (Alsvåg, 2016). I tillegg var det en stor frykt på Nightingales tid om at sykehus økte dødelighetsprosenten i istedenfor å redusere den (Alsvåg, 2016).

### 3.6 Zambia, kultur og utdanning

Zambia er et underutviklet land som ligger i Afrika. Landet var tidligere en Britisk koloni og ble en selvstendig republikk 24. oktober 1964 (Leraand, 2017). Lavinntektsland er fortsatt hard rammet av infeksjonssykdommer, samtidig som de opplever en vekst av ikke-smittsomme sykdommer, på grunn av dette snakker man om den doble sykdomsbyrden (Ingstad, 2014).

Et bachelorprogram i Zambia varer normalt i fire år. Tekniske institutter og høyskoler tilbyr forskjellige typer utdanning som to-års sertifikat og tre-års diplom programmer innen sykepleie (World data on education, 2010). Verden står over en betydelig mangel på helsepersonell.

Utfordringene er desidert størst i fattige land. Spesielt i Afrika sør for Sahara er utfordringene store, som en følge av høy sykdomsbyrde og lav utdanningskapasitet (Ingstad, 2014).

Ordet kultur bygger på det latinske substantivene cultura, som stod for dyrking av jorden, og cultus, som stod for dyrking av gudene. Det betegner altså en menneskelig aktivitet som på den ene siden innebærer en bearbeidelse av naturen- en fordeling- og på den andre siden en åndsaktivitet (Dahl, 2013).

Etnosentrisme går ut på at en regner seg selv, sine verdier eller sin egen gruppes livsførsel som bedre enn andres. Vi har ofte den oppfatning at vår kultur er den beste, den mest avanserte, den naturligste og rikeste. Våre verdier og normer synes vi er fornuftige. En annen side av etnosentrismen er at den som «setter seg selv i sentrum» gjerne bruker egne verdier og egen livsførsel som målestokk for å vurdere andre (Dahl, 2013).

I et kulturell relativistisk perspektiv anses alt som relativt, ikke allmenngyldig, slik at man i relasjon til det fremmede ikke kan anvende noen såkalt «objektiv» standard eller målestokk fra sin egen hverdag, men at alle utsagn, handlinger og fenomener må forstås i forhold til sin egen kontekst og sammenheng. En slik holdning innebærer at vi må bestrebe oss på å trenge bakenfor de ytre forskjeller for å forstå (Dahl, 2013).

## 4.0 Forskningsartikler

### Artikkel 1

«Compliance with infection prevention guidelines by health care workers at Ronald Ross General hospital mufulira district Mukwato» (Mukwato, Ngoma, Maimbolwa, 2007).

Dette er et kvantitativt studie som ble gjort på Ronald Ross General sykehus i Zambia. Den hadde som mål å kartlegge hvordan helsearbeidere holdt seg til infeksjonsforebyggende retningslinjer og identifisere hvilke faktorer som påvirket dette. Det var 77 deltakere i studiet og det ble utført intervjuer og observasjoner av deltakerne i deres praktiske arbeid. Under observasjonen ble det brukt sjekklister for å kartlegge deres forhold til hygiene. Dette innebar blant annet om de vasket hendene mellom hver pasient og om det ble brukt såpe ved håndvask. I tillegg testet de deres kunnskap og holdninger i forhold til infeksjonsforebyggende tiltak.

Resultatene viste at det var et veldig stort behov for å inkludere infeksjonsforebyggende retningslinjer i helsearbeidernes utdanning. Mange av deltakerne hadde ikke fått opplæring i infeksjonsforebygging når de startet å jobbe på sykehuset.

## Artikkel 2

«Assessment of knowledge, attitude and practice of health care workers on infection prevention in health institution Bahir Dar city administration» (Gulila & Tiruneh, 2014).

Det er et kvantitativt studie hvor det ble brukt strukturerte intervjueskjemaer og observasjonssjekkliste. Studiet ble gjort på et sykehus, flere helsesentre og privatklinikker. Formålet med studiet var å kartlegge sykepleierne og jordmødrenes kunnskap i forhold til hygiene og forebygging av infeksjoner.

Resultatet av studiet viste at deltakerne hadde kunnskapen inne, men at den ikke var tilfredsstillende i forhold til de nasjonale retningslinjene. Det viste seg også at selv om de hadde kunnskapen inne, kunne de ikke bruke den fordi de ikke hadde ressurser til å sette i gang infeksjonsforebyggende tiltak. Det var spesielt i forhold til avfallshåndtering, som brukte nåler og håndhygiene, at det ikke var tilfredsstillende.

## Artikkel 3

«Hand hygiene practices and resources in a teaching hospital in Ghana» (Yawson & Hesse, 2013).

Studiet er kvantitativt og gjort på et sykehus i Ghana. I dette studiet har det blitt gjort observasjoner og brukt sjekklister i forhold til håndhygiene og hygiene ut ifra verdens helseorganisasjons retningslinjer. Den foregikk over tre uker hvor deltakerne ble observert i deres daglige rutiner på seks forskjellige avdelinger på sykehuset. Det var doktorer, sykepleiere og lab teknikere som ble observert i studiet.

Studiet viste at det var deltakerne hadde lavt samsvar når det kom til håndhygiene. De som jobbet på intensivavdelingene var flinkere når det kom til håndhygiene. Det var dårlige holdninger blant de ansatte og tilgang på ressurser. Det viste seg at deltakerne prioriterte håndhygiene når det var høyere risiko for smitte.

## Artikkel 4

«Health professionals' knowledge about relative prevalence of hospital-acquired infections in Delta State of Nigeria» (Oli, Okoli, Ujam, Adje og Ezeobi, 2016).

Dette er et kvantitativt studiet hvor 660 helsearbeidere deltok og det ble brukt spørreskjemaer og bekreftende ansikt til ansikt intervjuer av deltakerne. Forskningen handler om helsearbeidernes kunnskap om sykehusinfeksjoner og kunnskap om tiltak som forebygger sykehusinfeksjoner.

Resultatet av studiet viser at kunnskapen ofte var tilstede, men at det ikke ble gjort en aktiv innsats for å identifisere og forebygge disse sykehusinfeksjonene. Ofte var det gjerne ikke ressurser tilgjengelig til å kunne forhindre smittespredning. Det var dårlig kunnskap på de ansattes kunnskap om sykehusinfeksjoner og tiltak som kunne hindre dette.

## 5 Drøfting

### 5.1 Resurser og økonomi

Som tidligere nevnt er Zambia et underutviklet land og 64,42% lever for under 1,25\$ dagen (Norad, 2014). Dette gjør at det er utfordrende for sykehusene å ha oppdatert og tilstrekkelig med utstyr. Jeg opplevde i praksis at de hadde mer utstyr enn jeg hadde forventet, men det var likevel ikke tilstrekkelig og det var store variasjoner på de ulike avdelingene. Kun én avdeling hadde såpe ved siden av vasken og det var kun på vaktrommet. Vaskene som var ute i avdelingene var det ikke noen av de ansatte som benyttet seg av. Dette kan også bekreftes i forskningen til Yawson & Hesse (2011) ved at det ikke var noen som benyttet seg av håndvask verken før eller etter kontakt med pasienter, i tillegg til at det ikke var håndsprit tilgjengelig for de ansatte. Håndsprit var kun tilgjengelig på et fåtall av avdelingene. Det blir vanskeligere å opprettholde god hygiene når ressursene ikke strekker til.

De ansatte var flinke til å bruke hansker når det kom til sengereing og «dumdusting», men de skiftet ikke hansker mellom hver seng som ble skiftet på. I tillegg var det ikke alle avdelingene som hadde undersøkelseshansker og det da ble brukt sterile hansker i istedenfor. Som Stordalen (2009) peker på sprer sengereing mikroorganismer seg til personalets arbeidsantrekk, hender og luften omkring, så dette er ikke ideelle forhold. Det at det da ikke ble utført verken håndhygiene eller skiftning av personalets hansker mellom hver seng, vil si at alle mikroorganismer og eventuell smitte spres til alle sengene på avdelingen. Det kan forstås at det ikke byttes hansker mellom pasient sengene fordi det er mangel på hansker, men samtidig vil man spre videre eventuell smitte som igjen fører til at pasienten sitt opphold på sykehuset blir forlenget. Dette gjør at det blir ekstra kostnader for samfunnet og enda større påkjenning for pasienten. Bare noe så enkelt som å vaske hendene kunne ha forebygget smittespredning enormt, forskerne Oli et al. (2016) fant ut at hele 65,45% prosent av smittespredningen i sykehus skyldes forurensede hender. I lys av dette er det vanskelig å forestille seg at hygiene ikke har en større prioritet blant de ansatte eller institusjonen. Det er fullt forståelig at sykehuset har begrensede ressurser og gjerne ikke har økonomi til å ha for eksempel håndsprit. Samtidig så viser Stordalen (2009) til at håndvask er det enkleste og rimeligste enkelttiltaket for å forebygge smitte, så da burde jo kanskje sykehuset gjøre dette til en større prioritet.

I tillegg sier Stordalen (2009) noe om at det skal være minst mulig bevegelse og risting av sengetøyet, dette var midlertidig noe jeg opplevde at de var veldig flinke å holde seg til og jeg ble også fortalt at dette var noe som stod i retningslinjene deres for infeksjonsforebygging. Her stiller jeg spørsmål til hvorvidt det har noen hensikt, når det blir brukt samme hanskene på hver seng på avdelingen. Samtidig er det en utfordring fordi de gjerne ikke har tilstrekkelig med hansker til å re opp alle sengene, og det var flere ganger i løpet av min praksisperiode de gikk tom for undersøkelseshansker og måtte ty til sterile hansker. Dette er veldig dumt og blir feil bruk av de ressursene som de har tilgjengelig. Konsekvensen kan bli at det ikke er sterile hansker tilgjengelig når man seinere skal stelle sår til pasienter. Dette gjør at man ikke er beskyttet selv og det er større infeksjonsfare hos pasienten og omgivelsene rundt. Forskingen til Oli et al. (2016) viser til at hansker er noe de ansatte var veldig flinke til å praktisere, men i dette tilfellet så blir ikke hanskene brukt korrekt.

Det kan være vanskelig å forebygge smitte og sykehusinfeksjoner når man ikke har tilstrekkelig med utstyr å beskytte verken seg selv eller pasientene med. Stordalen (2009) nevner at det er viktig å beskytte omgivelsene mot smitte som da innebærer å beskytte miljøet, pasienter, personale, besøkende og pasienter med et sterkt redusert infeksjonsforsvar. På en side er det da bra at de ansatte faktisk beskytter seg selv mot eventuell smittespredning når de bruker hansker, men det er igjen veldig dumt at bidrar til å spre eventuell smitte rundt i avdelingen. På sykehuset i Livingstone har det ikke smitterom slik som i Norge. Pasienter med stor smittefare ble plassert lengst bak i avdelingen uten noe form for skjerming. Det ble heller ikke brukt beskyttelsesutstyr bortsett fra hansker når de ansatte var i kontakt med pasientene som hadde stor smittefare. Dette er med på å øke faren for spredning av mikrober ikke bare på avdelingen men også blant for eksempel pårørende eller andre besøkende eller eventuelt annet pleiepersonell som er i kontakt med pasienten. Forskingen til Gulilat & Tiruneh (2014) bekrefter at dette er noe de ansatte ikke tenker på at kan føre til smitte i institusjonen. Dette stiller spørsmål til hvorvidt kunnskapen til de ansatte på sykehuset er tilstrekkelig når det kommer til infeksjonsforebyggende tiltak.

I praksis opplevde jeg at de ikke hadde samme type sprøytebokser til brukte sprøyter som i Norge. Sprøyteboksene var tomme pappesker som var teipet sammen og lagd et hull i til sprøytespissene. Dette synes jeg var litt skremmende da Zambia er et land som har veldig høyt antall HIV smittede. Det er fullt forståelig at det ikke er dette som har høyest prioritet, men med tanke på smittefaren burde det hatt høyere prioritet. Det kan skje at de som håndterer avfallet stikker seg på noen av disse nålene, siden det er pappesker som nålene veldig lett kan trenge igjennom. Forskingen til Gulilat & Tiruneh (2014) peker på at dette er et stort problem med tanke på smitteforebygging.



Det er vanskelig skulle opprettholde god hygiene og drive forsvarlig sykepleie når ressursene ikke strekker til. For å få til en endring her trenger man mer midler fra styresmaktene. I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2016) har vi et ansvar når det kommer til å sette fokus på ting som ikke fungerer i helseomsorgen, samtidig som vi må delta i den offentlige debatt og engasjere politikerne til å gi mer midler til sykehusene. Dette må til for at man for eksempel kan forebygge smitte. Ser man dette i et samfunnsperspektiv vil det være lønnsomt for landet i det lange løp fordi da vil ikke pasientene ha like lang liggetid i sykehuset på grunn av sykehusinfeksjoner.

## 5.2 Kunnskap og holdninger

Det ble forventet svært mye av sykepleiestudentene på sykehuset i Livingstone. Ofte var det de som (i hovedsak) styrte avdelingene, og hadde ansvar for daglige gjøremål, morgenrutiner, vitale målinger og medisinerings av pasientene. Det var sykepleiere tilgjengelige på avdelingen, men de var ofte veldig strenge og straffet studentene visst de hadde begått feil eller at ting ikke var blitt gjort skikkelig. I tillegg hadde studentene som var i praksis veldig ulik kompetanse og de fikk ikke skikkelig opplæring i prosedyrer og medisinerings. Det var studenter fra ulike årskull på avdelingene samtidig og kunnskapen hos de ulike kullene varierte veldig. Er det ikke da litt merkelig at studentene får så «frie» tøyler? Det er ingen som sjekker at det er riktig medisiner som blir gitt eller om det er riktig og rent utstyr som blir brukt ved for eksempel sårskift. Dette kan føre til at sykepleien som blir utøvd ikke holder seg til prinsippet om forsvarlig sykepleie, som kan sette pasienten i fare.

I denne forbindelse kan det være relevant å legge vekt på utdanningen til sykepleierne i Zambia. Det er forskjellig lengde på utdanningen ved at bacheloren er fire år, diplom er tre år og man i tillegg kan få sertifikat bare etter to år. Derfor kan kunnskapsnivået blant sykepleierne i Zambia variere. På en side er det positivt at man kan jobbe som sykepleier etter to år ettersom det er betraktelig mangel på sykepleiere i underutviklede land som Zambia, dette er noe Ingstad (2014) viser til. På en annen side vil det være negativt fordi kunnskapen vil være veldig ulik, og i tillegg er det variasjoner fra skole til skole i forhold til hva som blir lagt mest vekt på i utdanningen. Dette stiller spørsmål til hvor forsvarlig sykepleien som utøves er. Det kan trekkes tilbake til helsepersonelloven om faglig forsvarlighet hvor det står: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999, §4). Er det forsvarlig at sykepleiere med så ulik kompetanse og opplæring skal utføre samme type oppgaver på arbeidsplassen? Dette er vanskelig å avgjøre ettersom det er så ulik kompetanse hos de forskjellige sykepleierne her nede og jeg føler ikke jeg har nok innsikt i kompetansen deres til å kunne dra noen konklusjon her.

Samtidig vil opplæringen studentene og de ansatte får på arbeidsplassen spille inn på kunnskapen deres. Det kunne vært større fokus på infeksjonsforebygging både i utdanningen og på alle helseinstitusjonene, spesielt siden infeksjonssykdommene fører til dobbel sykdomsbyrde i Zambia. De jeg snakket med i praksis hadde ikke fått slik opplæring og jeg fikk inntrykk av at de ikke tok infeksjonsforebyggende tiltak på alvor, fordi dette var noe som ikke ble prioritert av sykehuset eller skolene. Dette kan bekreftes av forskningen til Mukwato et al. (2007). Forskningen deres viste også at de som hadde fått grundig opplæringen i infeksjonsforebyggende tiltak på arbeidsplassen, var de flinkeste til å utføre slike tiltak som for eksempel håndvask etter kontakt med pasienter. Det blir veldig vanskelig å kunne forebygge infeksjoner på sykehuset nå de ansatte ikke har tilstrekkelig med kunnskap om temaet og hvordan man skal forhindre at smitte oppstår på institusjonen. Dette kan igjen trekkes tilbake til yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2016) fordi vi som sykepleiere har et ansvar for å drive forsvarlig sykepleie. Det var selvfølgelig sykepleiere som hadde veldig god kunnskap om sykehusinfeksjoner og infeksjonsforebyggende tiltak. Det som ofte var problemet da var at de ikke kunne sette i gang slike tiltak fordi sykehuset rett og slett ikke har råd til å sette i gang tiltak til å forebygge problemet. Det er derfor forkastelig at disse sykepleierne ikke får brukt den kompetansen de sitter med.

Et annet aspekt av sykehusinfeksjoner og smitteforebygging er holdningene til de ansatte på institusjonen. Selv om mange har veldig gode kunnskaper om hva som forhindrer smittespredning, er det ikke alle som velger å bruke denne kunnskapen. Det oppstår dårlige holdninger blant de ansatte og dette kan skyldes flere ting. Enkelte ser kanskje ikke nytteverdien av å utføre hygiene tiltak fordi de kanskje ikke har de nødvendige ressursene til å utføre den korrekt, dette er noe som bekreftes i forskningen til Galilat og Tulek (2014). Det er forståelig at det er lett å tenke slik når det verken er såpe eller varmt vann å benytte seg av, men samtidig så blir det uhensiktsmessig fordi det alltid er bedre med litt enn ingenting. Man er samtidig nødt til å gjøre det beste ut av de ressursene som er tilgjengelige på arbeidsplassen.

Noen av de ansatte har jobbet lenge i institusjonen og har kanskje derfor kommet inn i dårlige rutiner når det gjelder håndhygiene for eksempel. Dette er noe som er veldig vanskelig fordi da vil jo disse som allerede har dårlige holdninger til hygiene gjerne «lære» dette videre til eventuelle studenter de har ansvaret for å lære opp. Det vil da oppstå en ond sirkel hvor god hygiene ikke blir praktisert som igjen vil gå ut over hygienen på avdelingen og føre til at det er større infeksjonsfare på avdelingene på sykehuset. Derfor er det så viktig at man får skikkelig opplæring i infeksjonsforebygging og sykehusinfeksjoner slik at de ansatte ser hvor utrolig viktig dette er og hvor mye man faktisk kan forebygge med enkle tiltak som for eksempel skikkelig håndvask. Forskningen til Galilat & Tulek

(2014) viser til at håndvask er det infeksjonsforebyggende tiltaket flest ansatte hadde kjennskap til. Så hvorfor utfører de ikke håndhygiene når de vet hvor viktig det er og hvor mye det forebygger? Det er forståelig at man kanskje ikke ser nytteverdien når ikke ressursene er tilgjengelig, men det betyr ikke at det blir gjort selv om ressursene er der. Det er ikke en selvfølge at de ansatte hadde benyttet seg av for eksempel håndsprit visst det var tilgjengelig. Forskningen til Yawson & Hesse (2013) fant ut at dette stemmer. I tillegg så er det så viktig for å oppnå hygieniske fremskritt at befolkningen får innsikt og opplæring i konsekvensene og fordelene dette fører med seg. Som Larsen (2016) nevner så er det hygieniske nyvinninger som hever befolkningens hygieniske nivå. Som sykepleiere har vi også et ansvar for å holde oss oppdatert og spre kunnskap til befolkningen.

### 5.3 Kultur

I Zambisk kultur er det veldig vanlig at det er familien som tar seg av den som blir syk. Det er de som har ansvaret for å hjelpe pasienten med stell og å kjøpe inn eventuelt utstyr som trengs til prosedyrer eller for å behandle sår. For eksempel hadde jeg en pasient som hadde stomi, pasienten var full i avføring men vi fikk beskjed om ikke å skifte stomiposen på pasienten. Dette var på grunn av at det var familien sitt ansvar å stille med stomiposer, for sykehuset har ikke egne. Dette kan bekreftes i Mukwato et al. (2007) sin forskning om at infeksjonsforebyggende utstyr ikke alltid er tilgjengelig på sykehusene. Siden familien ikke hadde økonomi til å skaffe nye stomiposer så ble pasienten liggende i sin egen avføring. Dette førte seinere til at pasienten fikk infeksjon og måtte åpne opp buken. Dette strider imot alt som vi sykepleiere har lært om helsefremming og forebyggende arbeid. Pasienten fikk erfare konsekvensene av at hygienen ikke ble tilfredsstillt med at han fikk infeksjon, og som resultat ble liggende lengre på sykehuset, og hadde mer smerter.

I tillegg ble familien boende i flere uker utenfor sykehuset i et skur. Her var det ikke noen form for hygiene og det florerte av bakterier de har tatt med seg inn på sykehuset, eller eventuelt tar de bakterier med seg ut igjen. Ut ifra kulturrelativisme er det full forståelse for at det er slik det er i Zambia og at de kanskje ikke har noe bedre alternativ enn slik det er nå.

En annen ting de zambiske sykepleierne var veldig opptatt av var rutiner og dagens gjøremål. De hadde faste rutiner hele arbeidsdagen og de holdt seg alltid til disse. Det var en pasient som hadde en blod gjennomtrukket bandasje og ved spørsmål om å kunne rense såret, var svaret at det kunne bli gjort etter sengereing og «dumdusting». Dette er negativt for pasienten fordi infeksjonsfaren blir større som i verste kan føre til lengre liggetid for pasienten. Dette var feil prioritering sett fra et etnosentrisk perspektiv, fordi i Norge ville vi selvfølgelig rensen såret først fordi det er viktigere. Dette for å unngå at pasienten blir liggende lengre og at det koster samfunnet mer penger. Men man

må nesten prøve å se det ut ifra et kulturrelativistisk perspektiv fordi dette har en sammenheng med kultur. Dette må vi ha respekt for selv om det strider imot alt vi har lært.

## 6 Oppsummering

Selv om det kan være vanskelig å opprettholde god hygiene på en institusjon som har begrensede ressurser, er det vårt ansvar som sykepleiere å holde oss best mulig til de retningslinjene som gjelder for arbeidsplassen og for sykepleieryrket. I et land som Zambia er det viktig å skape offentlig debatt rundt helsetjenesten, dette for å kunne være med å bidra til at staten gir mer penger til offentlige sykehus. Dette er noe som er høyst nødvendig i et underutviklet land som Zambia ettersom sykehusene trenger penger for å ha infeksjonsforebyggende ressurser slik som for eksempel såpe og håndsprit. Det er rett og slett nødt til å bli en økonomisk endring for sykehusene for at man har ressurser for å kunne holde hygien på et tilfredsstillende nivå. Men selv om det er tilstrekkelig med ressurser er det ikke sikkert de ansatte vil benytte seg av dette, det oppstår dårlige holdninger blant de ansatte. Dette er veldig negativt men samtidig forståelig når man kanskje sitter med kunnskapen, men får ikke brukt den kunnskapen fordi ressursene ikke strekker til. Det er også enkelte som har utviklet dårlige holdninger i forhold til hygiene og tenker at det ikke er så viktig, det er da viktig at vi motiverer våre kollegaer og lærer de om viktigheten av god hygiene. Samtidig så har vi et ansvar for vår egen læring og å holde oss oppdatert i yrket vårt, bruke den kunnskapen vi har lært i faget og gjøre det man kan for å opprettholde god hygiene, både personlig og på arbeidsplassen. Resultatene viste at det var et veldig stort behov for å inkludere infeksjonsforebyggende retningslinjer i helsearbeidernes utdanning. Mange hadde ikke fått opplæring i infeksjonsforebygging når de startet å jobbe på sykehuset. Det var dårlig kunnskap hos de ansattes om sykehusinfeksjoner og tiltak som kunne hindre dette.

## Referanser

- Alsvåg, H. (2014). Helsefremmende arbeid - ideologier og begrep. I. Å. Gammersvik, & T. Larsen. *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (86-89). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker- innføring i interkulturell kommunikasjon*, 2. utgave. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*, 5. utgave. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*, 6. utgave. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Gulila, K. & Tiruneh, G. (2014). Assessment of knowledge, attitude and practice of health care workers on infection prevention in health institution Bahir Dar city administration» *Science journal of public health*. Vol 2(5). S. 384-393. DOI: [10.11648](https://doi.org/10.11648)
- Helsepersonelloven (1999). Krav til helsepersonells yrkesutøvelse, forsvarlighet m. v. 24 juni 2011 nr. 30. Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#%C2%A75](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#%C2%A75)
- Hem, M. (2017). Zambia. *Store norske leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/Zambia>
- Håndvask[Bilde] (2014). Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2013/handhygiene--handvask-trinn-for-tri/>
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*, 1. Utgave. Oslo: Gyldendal akademiske
- International bureau of education (2010/11). *World data on education*. Hentet fra: [http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user\\_upload/Publications/WDE/2010/pdf-versions/Zambia.pdf](http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Publications/WDE/2010/pdf-versions/Zambia.pdf)
- Leraad, D (2017). Zambias historie. *Store norske leksikon*. Hentet fra: [https://snl.no/Zambias\\_historie](https://snl.no/Zambias_historie)
- Lillemoen, L. (2015). Etik i sykepleien. I: E.K. Grov og I.M Holter(red), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, sykepleieboken 1(298-301) Oslo: Cappelen Damm
- Mukwato, K. P. Ngoma, C.M. & Maimbolwa, M. (2007). Compliance with infection prevention guidelines by health care workers at Ronald Ross General hospital mufulira district. *Medical journal of Zambia*. Vol. 35(3). DOI: [10.4314](https://doi.org/10.4314)
- Norad (2014). *Zambia*. Hentet fra: <https://www.norad.no/landsider/afrika/zambia/>

Nortvedt, P. (2012). *Omtanke- en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal akademiske

NSF (2016). *yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Nylenna, M. Stoltenberg, C. (2017). Dødelighet, *Store medisinske leksikon*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/d%C3%B8ds%C3%A5rsaker>

Oli, A. N. Okoli, K. C. Ujam, N. T. Adje, D. U. og Ezeobi, I. (2016). Health professionals' knowledge about relative prevalence of hospital-acquired infections in Delta State of Nigeria. *Pan African medical journal*. Vol 24: 148. DOI: [10.11604](https://doi.org/10.11604)

Rafoss, L. H. S (2012). Hygienetiltak har effekt. *Sykepleien*. Vol. 100(1) s. 56-59. DOI: [10.4220](https://doi.org/10.4220)

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

Sørensen, U. (2015). Hygiene og smittevern. I: E.K. Grov og I.M Holter(red), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, sykepleieboken 1(777-778) Oslo: Cappelen Damm

UNICEF (2017). *Zambia fact sheets*. Hentet fra: [https://www.unicef.org/zambia/5109\\_8460.html](https://www.unicef.org/zambia/5109_8460.html)

Yawson, A. E & Hesse, A. A. J. (2013). Hand hygiene practices and resources in a teaching hospital in Ghana. *The journal of infection in developing countries*. Vol. 7(4). S. 338-347. DOI: [10.3855](https://doi.org/10.3855)

# Håndvask

MED SÅPE OG VANN

 Totalt 40-60 sekunder



0 Fukt hendene med vann.



1 Tilfør tilstrekkelig såpe til å dekke begge henders overflater.



2 Gni håndflatene mot hverandre.



3 Gni høyre håndflate over venstre håndbak inkludert mellom fingrene, og motsatt.



4 Gni håndflatene mot hverandre med fingrene flettet.



5 Gni baksiden av fingrene mot motsatt håndflate, med sammenlåste fingre.



6 Grip med høyre hånd rundt venstre tommel og gni med roterende bevegelser, og motsatt.



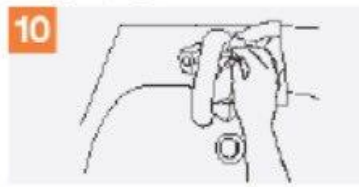
7 Plasser fingre på høyre hånd i venstre håndflate og gni i roterende bevegelser, og motsatt.



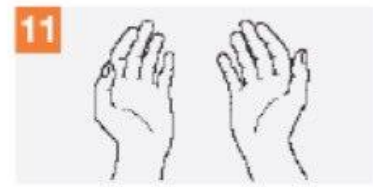
8 Skyll hendene under rennende vann.



9 Tørk hendene grundig med engangshåndkle.



10 Benytt håndkle til å skru av vannet.



11 .. og du har rene hender

(Håndvask [Bilde], 2014)