



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGÅVE

Mobilbruk og mikroorganismar

Cellphone usage and microorganisms

Bachelor i sjukepleie

SK 152

Avdeling for helsefag

02.06.2017

7000 ord

EVELINN ELVAGJENG

Rettleiar: Aud Berit Fossøy

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

Samandrag

Tittel

Mobilbruk og mikroorganismar

Bakgrunn

I Zambia er det ein del av helsearbeidarane som har ei anna haldning til mobilbruk innanfor sjukehuset sine fire veggjar enn kva eg normalt er van med frå helsevesenet i Noreg. Eg synst difor det var interessant å sjå på samanhengen mellom mobilbruk, handhygiene og fara for sjukehusinfeksjonar, samt korleis ein sjukepleiar kan bidra til bevisstgjeringsfor å redusere infeksjonsfara hos pasientane.

Problemstilling

Korleis bidra til bevisstgjerings rundt samanhengen mellom handhygiene og mobilbruk på sjukehus?

Framgangsmåte

I oppgåva har eg brukt litteraturstudie som metode, som vil seie at eg har nytta allereie eksisterande litteratur og forskning om emnet. Eg har brukt pensum som me tidlegare har nytta under utdanninga, og forskingsartiklane er funne gjennom databasar anbefalte av Høgskulen på Vestlandet. Teori og forskning er drøfta opp mot problemstilling, samt at eg har tatt med egne erfaringar frå praksis.

Oppsummering

Gjennom drøfting av teori, forskning og egne erfaringar kom eg fram til at det er fleire faktorar som spelar inn når det gjeld i kva grad ein kan bidra til bevisstgjerings. Det er store forskjellar mellom Noreg og Zambia så å ha eit kulturel relativistisk syn er viktig når ein skal setje seg inn i kulturen og deira utfordringar i arbeidslivet. Situasjonar som spelar inn er blant anna hierarki, innarbeidde normer og avgrensa ressursar. For at ein som sjukepleiar skal kunne bidra til bevisstgjerings må ein skape tillit, vere konsekvent og vise til fordelane ved å endre rutinar – slik kan ein mogleg bidra til å redde liv.

Nøkkelord: handhygiene, mobilbruk, sjukehus, mikroorganismar, smitte

*Det arbeidet som dug
er det som blir utført av dyktige hender,
leia av ein klar hjerne
og inspirert av eit kjærleg hjarte.*

- Florence Nightingale -

Innhald

1	INNLEIING	1
1.1	SAMFUNNSFAGLEG OG SJUKEPLEIEFAGLEG PERSPEKTIV.....	1
1.2	PROBLEMSTILLING.....	2
1.3	AVGRENSING OG DEFINISJONAR AV PROBLEMSTILLINGA.....	2
1.4	OPPBYGGING AV OPPGÅVA.....	2
2	METODE	2
2.1	TEORI SOM ER NYTTA.....	3
2.2	SØKEORD OG DATASAR.....	3
2.3	KJELDEKRITIKK	4
3	TEORI	4
3.1	SMITTEKJEDA	4
3.2	HYGIENE.....	5
3.3	RETNINGSLINJER FOR HANDHYGIENE	6
3.4	KULTUR OG HELSE I ZAMBIA.....	6
3.5	ROLLETEORI	7
3.6	ETIKK I SJUKEPLEIE.....	8
3.7	FORMIDLING	9
4	FORSKING OG FUNN	9
4.1	ARTIKKEL 1	9
4.2	ARTIKKEL 2	10
4.3	ARTIKKEL 3	10
4.4	ARTIKKEL 4	11
4.5	ARTIKKEL 5	11
4.6	VERDAS HELSEORGANISASJON SIN HANDHYGIENEKAMPANJE	12
4.6.1	<i>Kvifor er handhygiene viktig?</i>	12
4.6.2	<i>Kva kan gjerast?</i>	12
5	DRØFTING	12
5.1	KVIFOR KUNNSKAP ER VIKTIG	12
5.2	UTFORDRINGAR I EIT UTVIKLINGSLAND	14
5.3	KVIFOR FINST DET IKKJE MEIR KUNNSKAP?.....	15
5.4	KVIFOR BEVISSTGJERING ER VIKTIG	16
5.5	KORLEIS BIDRA TIL BEVISSTGJERING	17
6	KONKLUSJON	18
7	BIBLIOGRAFI	20
VEDLEGG		
	VEDLEGG 1. SØKEHISTORIKK	
	VEDLEGG 2. MODELL OM ROLLETEORI.....	
	VEDLEGG 3. BILETE FRÅ PRAKSIS.....	

1 Innleiing

Ein mobil blir stadig meir vanleg å sjå i handa til menneske frå heile verda. Mobilbruk er ikkje lenger ein vestleg rikdom, men også vanleg i fattigare og mindre ressursrike land. Ein tek med seg mobilen over alt, på butikken, ved middagsbordet, på badet og på soverommet. Forsking viser at ein telefon kan innehalde like mykje bakteriar som eit toalettsete (Dolonen, 2009), og dette er bakteriar som smittar over til hendene våre og vidare til gjenstandar eller personar som me er i kontakt med.

Før eg reiste på utveksling til Zambia fekk eg vite at blant zambisk helsepersonell finst det personar med ei anna haldning til mobilbruk innanfor sjukehuset sine fire vegger enn kva me normalt er vande med i Noreg. Sjukepleiarar, legar og studentar nyttar gjerne private mobiltelefonar for å filme arbeidet som føregår og som læringsarena. Under utdanninga mi har me hatt stort fokus på hygieniske prinsipp, så eg vil prøve å forstå kvifor praksisen ved sjukehuset i Livingstone ser ut til å vere noko annleis enn den me har i Noreg – og om det er mogleg å starte ei bevisstgjeringsprosjekt.

1.1 Samfunnsfagleg og sjukepleiefagleg perspektiv

Kvart år blir hundrevis av millionar av pasientar påverka av helsevesenrelaterte infeksjonar over heile verda (Verdas Helseorganisasjon, 2009) og då er handhygiene eit av dei viktigaste tiltaka for å redusere førekomsten av desse infeksjonane. I 2009 starta Verdas Helseorganisasjon kampanjen "SAVE LIVES: Clean your hands" som årleg blir markert 5. mai. Bruk av mobiltelefon og handhygiene heng tett saman dersom ein ikkje vaskar hendene både før og etter kontakt med ein mobil, og det er stor sjanse for vidare smitte til andre pasientar eller til helsearbeidarar.

I ICN sine etiske reglar for sjukepleiarar står det at viktige sjukepleiefaglege oppgåver er å fremje helse og å førebygge sjukdom (ICN, 2012). Som sjukepleiar har ein alltid eit ansvar for å yte forsvarleg hjelp til pasienten og unngå å skade vedkommande jamfør ikkje skade-prinsippet. Ikkje skade-prinsippet skal beskytte pasienten mot dårleg praksis og feilbehandling (Nortvedt, 2014), og er sentralt når det gjeld å bryte smittevegar og å unngå smitte frå pasient til pasient. Viktigheita ved å bryte smittevegar viste seg først i praksisen til Ignaz Semmelweis som jobba både med døde lik og nybakte mødre. Bakteriar vart overførte frå lika til mødrene, og 13-18% av mødrene døyde av barsel-feber. Etter at Semmelweis

innførte hygieniske tiltak sank dødsraten på avdelingane betrakteleg (Vestergård, 2010). Dette er eit eksempel som viser at kunnskap og å bidra til bevisstgjerung kan redde liv.

1.2 Problemstilling

Korleis bidra til bevisstgjerung rundt samanhengen mellom handhygiene og mobilbruk på sjukehus?

1.3 Avgrensing og definisjonar av problemstillinga

I denne oppgåva har eg valt å ta utgangspunkt i mobilbruk hos sjukepleiarar, legar og studentar som jobbar eller er i praksis på sjukehus. Etter å ha hatt siste praksisperioden min i Livingstone i Zambia vil eg skrive om kva syn fleire av helsepersonalet der har på mobilbruk, og korleis det er mogleg å setje i gang ei bevisstgjerung hos dei aktuelle.

Med bevisstgjerung meiner eg korleis ein som sjukepleiar kan gjere anna helsepersonell merksame på temaet slik at ein i større grad kan unngå bakteriespreiing på sjukehus.

1.4 Oppbygging av oppgåva

I kapittel to vil eg forklare kva metode som er nytta, deretter vil eg opplyse om søkeord og databasar som er brukt for å finne litteratur til oppgåva, før eg drøfter styrker og svakheiter med litteraturen eg har funne fram til. Teorikapittelet handlar blant anna om smitte, hygiene, hierarki og utfordringar i Zambia, medan i kapittel fire viser eg til forskning om hygiene og mobilbruk. I hovuddelen vil eg diskutere og drøfte problemstillinga mi opp mot relevant teori og litteratur, samt mine eigne erfaringar. Avslutningsvis vil eg summere opp kva eg har komme fram til med ein kort konklusjon.

2 Metode

Metode fortel oss noko om korleis ein bør gå fram for å skaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2015). Eg har brukt litteraturstudie som metode i denne oppgåva, noko som vil seie at eg bruker litteratur som allereie eksisterer for å svare på problemstillinga. I følgje Inger-Johanne Thidemann er ei litteraturstudie ein prosess som systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder (Thidemann, 2015). Det vil seie at ein samlar litteratur, går gjennom den for så å bruke litteraturen for å svare på eit tydeleg formulert spørsmål.

2.1 Teori som er nytta

For å finne relevant teori til oppgåva mi har eg nytta tidlegare pensumlitteratur frå sjukepleiarstudiet. I teorikapittelet har eg valt å bruke boka *Mikroorganismer og sykdom* til Rolf Schøyen (2014) som er ei lærebok i mikrobiologi og infeksjonssjukdommar for helsepersonell. Denne vil vere sentral for å forklare korleis bakteriar forflyttar seg og korleis ein kan bryte ei smittekjelde. Boka *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid* av Kari Ingstad (2013) er brukt for å forklare normer og roller, medan *Omtanke* av Per Nortvedt (2014) er brukt for å få fram dei etiske prinsippa i sjukepleia. I tillegg har eg nytta Folkehelseinstituttet og Verdas Helseorganisasjon sine nettsider. Eg har også vist til Norsk Sjukepleiarforbund (NSF) fleire stader, desse bygger på ICN sine yrkesetiske retningslinjer som er internasjonale. Eg har valt å ta utgangspunkt i NSF sine retningslinjer då det er desse eg er mest kjend med.

2.2 Søkeord og databasar

I prosessen med å finne aktuell litteratur har eg nytta manuelle søk i ulike databasar. For å finne databasane har eg brukt biblioteksidene til Høgskulen på Vestlandet. Her fann eg fram til og nytta Academic Searching Elite, CINAHL og MEDLINE. Desse vart alle nytta samtidig for å finne fram til resultat med både medisinsk og sjukepleiefagleg forskning.

Det første søket vart gjort 08.02.17 i databasane Academic Searching Elite, CINAHL og MEDLINE. Eg avgrensa søket til å innehalde abstrakt slik at eg fekk lese gjennom kva oppgåva handla om. Eg valte å bruke søkeord på engelsk for å få fram internasjonale artiklar då oppgåva mi hovudsakleg fokuserer på praksis som blir gjort i utviklingsland. Søkeorda som vart nytta er hygiene AND mobile phone AND hospital, og eg fekk fram 15 treff der eg las gjennom samandraget til alle artikkane. Den artikkelen eg fann interessant var første artikkel "Use of mobile phones by medical staff at Queen Elizabeth Hospital, Barbados: Evidence for both benefit and harm" (Ramesh, et al., 2008). For å spesifisere søket meir avgrensa eg til artiklar som var publiserte mellom år 2006 og 2017, men eg fjerna abstrakt for å få fram fleire resultat. Mitt andre søk med dei same søkeorda gav då 69 treff. Eg las gjennom overskrifta til alle artikkane, og klikka meg inn på artikkelen dersom eg fann noko interessant. I oppgåva mi har eg brukt artikkel 24 "Review of mobile communication devices as potential reservoirs of nosocomial pathogens" (Brady, Verran, Damani & Gibb, 2009).

Andre gongen eg søkte etter forskingsartiklar var 14.02.17. Denne gongen gjekk eg meir systematisk til verks. Eg nytta framleis dei same databasane og avgrensa til publikasjonsår mellom 2006 og 2017. Her fann eg tre aktuelle artiklar (vedlegg 1).

2.3 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk blir nytta for å kunne fastslå at ei kjelde er påliteleg (Dalland & Trygstad, 2015). Eg har brukt lærebøker frå pensum i bachelorprogrammet for sjukepleie. Desse kjeldene knyt oppgåva mi til studiet og er allereie godkjend som litteratur av høgskulen.

For å sikre at forskinga eg har nytta er oppdatert har eg søkt i databasar anbefalte av Høgskulen på Vestlandet. Eg har avgrensa til artiklar frå dei siste elleve åra, og ingen av artiklane som er nytta i oppgåva er eldre enn ni år. Når eg har valt ut artiklar, har eg vurdert om desse er aktuelle for problemstillinga mi og om dei kan vere med å lyse opp emnet mitt (Dalland & Trygstad, 2015). Alle artiklane følgjer IMRaD-struktur som gjer dei oversiktlege og enkle å orientere seg i, samtidig som dei alle er publiserte i eit aktuelt tidsskrift. Artiklane nyttar kvantitative metodar der fordelene er at ein får data i form av målbare einingar (Dalland, 2015). Dersom eg også hadde funne forskning der kvalitativ metode var brukt kunne desse ha fanga opp andre meininger og opplevingar som ikkje kan talfestast (Dalland, 2015). To av artiklane eg har nytta er oversiktsartiklar, også kalla review, der forfattarane systematisk har gått gjennom, vurdert og oppsummert fleire enkeltstudiar om same emne (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012). I eine oversiktsartikkelen er det tatt med forskning frå 2000 til 2008, dette gjer at nokre av tala kan vere litt gamle, men eg har valt å bruke artikkelen fordi den gir eit større bilde av kor utbreidd det aktuelle temaet er. Artiklane er internasjonale, både frå Tyrkia, USA/Etiopia, Barbados og Storbritannia. Eine forskingsartikkelen og eine oversiktsartikkelen har ein del av dei same forfattarane, dette kan vere ein svakheit, men eg valte å ta med begge då den eine artikkelen bygger på eigen forskning, medan den andre er ein oversiktsartikkel.

3 Teori

3.1 Smittekjeda

Læra om livet kallast biologi, og mikrobiologi er læra om det livet som er så smått at det kun kan studerast gjennom mikroskopet (Schøyen, 2014). For å kunne hindre smitte mellom pasientar og helsepersonell er det viktig at ein veit korleis mikroorganismene blir overført

(Schøyen, 2014), og her er smittekjeda viktig for å forstå samanhengen. Smittekjeda er ei forklaring på korleis smitte blir overført og korleis ein hindrar spreiding av smitte. Først og fremst må ein ha ei smittekjelde som ber på eit smittestoff, for eksempel ein pasient med pneumoni. Deretter må det vere ein smittemåte til stades for at smittestoffet skal nå frå ein stad til ein anna, dette kan vere gjennom nær kontakt mellom to menneske, for eksempel dråpesmitte eller luftboren smitte, eller at ein er i kontakt med same gjenstand som ikkje har blitt reingjort etter kontakt med smittekjelda. Til slutt må smittestoffet finne ein inngangsport hos det mottakelege individet, for eksempel gjennom slimhinner eller opne sår (Schøyen, 2014). Sjølv om heile smittekjeda er oppfylt er det likevel store variasjonar i kor effektivt infeksjonsforsvar ein har. Personar med allereie nedsett immunforsvar har mykje lettare for å bli smitta, enn friske (Schøyen, 2014). Difor er det spesielt viktig på sjukehus med mange pasientar med nedsett immunforsvar at ein har kunnskap om korleis ein kan bryte smittekjeda. Dette må gjerast ved å bryte smittemåten, for eksempel ved isolering av pasient, vasking av hender både før og etter kontakt med ny pasient samt å reingjere gjenstandar pasienten har vore i kontakt med.

3.2 Hygiene

Florence Nightingale vart verdskjent for sitt arbeid under Krimkrigen for å reformere sjukepleia og hygienena i dei militære lasarettane (Store norske leksikon, 2016). Nightingale sat opp fem punkt som fremja sunnheit, desse var rein luft, reint vann, skikkelig avløp, reinslegheit og god ernæring. Den britiske sjukepleiaren var ein pioner innanfor den moderne sjukepleia slik me kjenner den i dag, og god hygiene var svært viktig for å sikre god helse. Slik er det også i dag, og rutinar for god praksis rundt hygiene er avgjerande for å kunne sikre pasientar ei god behandling.

Zambia sitt helsedepartement har utvikla retningslinjer for å førebygge sjukehusinfeksjonar, desse blir kalla *Zambia Infection Prevention Guidelines* og gjeld zambisk helsepersonell (Ministry of Health, 2010). Heftet inneheld prosedyrar for å bryte smittekjeda og dermed unngå smitte mellom pasient til pasient, frå pasient til helsepersonell eller andre vegen. I tillegg inneheld heftet retningslinjer om korleis ein skal utføre ulike prosedyrar for å sikre god praksis innanfor helsesektoren og unngå helsevesenrelaterte infeksjonar.

3.3 Retningslinjer for handhygiene

Folkehelseinstituttet sin handhygieneveileiar seier at "Håndhygiene bør utføres i alle situasjoner hvor det er risiko for overføring av mikroorganismer via hender, mellom personer eller mellom utstyr/omgivelser og personer" (Folkehelseinstituttet, 2017). Verdas helseorganisasjon laga i 2005 ein modell kalla "My 5 moments for Hand Hygiene" som skal vere retningslinjer for når ein bør utføre handvask for å unngå smitteoverføring via hender. Dei fem punkta er:

- 1) før kontakt med pasient eller deira gjenstandar
- 2) før reine/aseptiske prosedyrar
- 3) etter kontakt eller risiko for kontakt med kroppsvæsker
- 4) etter kontakt med ein pasient eller deira gjenstandar
- 5) etter kontakt med pasienten sine omgivnader

Desse punkta gjeld ved kontakt med pasient, i tillegg er det viktig at helsepersonell nyttar seg av handvask/handdesinfeksjon mellom reine og ureine oppgåver, før og etter servering av mat og etter toalettbesøk og ved hosting eller nysing (Folkehelseinstituttet, 2017).

3.4 Kultur og helse i Zambia

Zambia er eit av dei 50 fattigaste landa i verda (Kirkens Nødhjelp, u.d.). På grunn av gruvedrift og jordbruk har Zambia hatt økonomisk vekst dei siste tiåra, men veksta har likevel ikkje ført til særleg fattigdomsreduksjon. 60 prosent av befolkninga lev framleis under fattigdomsgrensa, og 42 prosent av desse blir sagt å vere i ekstrem fattigdom (Kirkens Nødhjelp, u.d.). I tillegg til stor fattigdom er helsesituasjonen i landet prega av malaria og hiv/aids. Ein fjerdedel av dei som oppsøker helsevesenet i Zambia har malaria, noko som er ei stor belastning på landet sitt allereie avgrensa helsebudsjett (Kirkens Nødhjelp, u.d.).

I Zambia møter ein på ein heilt anna kultur enn i Noreg. Kultur kan vere vanskeleg å definere då det er så mykje forskjellig, men ein definisjon som er aktuell i denne oppgåva er at kultur er eit mønster av meining, kodar, idear, verdiar, normer og identitet (Dahl, 2011). Det er ulike måtar ein kan nærme seg i møte mellom ulike kulturar, men det er sentralt å ha eit kulturell relativistisk syn. Kulturell relativisme meinast at det ikkje er noko kultur som er betre enn andre (Ingstad, 2013). Som kulturell relativist er ein interessert i å lære om andre kulturar og kvifor menneske i forskjellige kulturar tenker og handlar slik dei gjer utan å påverke eller

dømme deira kultur (Ingstad, 2013). Eit eksempel kor det er store skilnader mellom Zambia og Noreg er hierarki. I Zambia kjem hierarkiet tydeleg fram i kulturen. Hierarki vil seie at noko blir rangert i forhold til kvarandre (Skirbekk, 2015). I eit menneskeleg makthierarki vil dei som står lågast på rangstigen ha minst innflytelse på avgjerslene.

Det er også forskjellig korleis ein kommuniserer i ulike kulturar. I Zambia er høgkontekstkultur vanleg, det vil seie at mykje blir sagt gjennom teikn og kodar, i staden for å sei det direkte til vedkommande (Dahl, 2011). Dette handlar om høflegheit og normer, og kan vere avgjerande for å få respekt for den ein samtalar med. Kritikkk som kjem direkte kan bli oppfatta som uhøfleg og har difor lite verdi.

3.5 Rolleteori

Organisasjonskultur er eit omgrep som viser til den kulturen som blir utvikla blant menneske i ei bestemt gruppe. Omgrepet inkluderer felles verdiar, normer og oppfatningar som blir utvikla blant medlemmane i ein organisasjon (Sagberg, 2016). Rolleteori er eit omgrepsapparat som kan nyttast til å forklare organisasjonskultur på arbeidsplassar.

Det er mange ulike måtar menneske samhandlar på, og etterkvart som samhandlinga varer får ein eit mønster (Ingstad, 2013). Menneske som samhandlar med kvarandre har forventingar til korleis andre skal opptre. Dette kan forklarast med modellen som vist i Garsjø som viser korleis forventing, norm, rolle og sosialt system heng saman (vedlegg 2).

Ei forventing baserer seg på kva ein ventar at samhandlingspersonen skal gjere, oppfatningar av situasjonen og tidlegare erfaringar i liknande situasjonar (Ingstad, 2013). Ei norm er varige og stabile forventingar om kva åtferd ein utfører i ein bestemt situasjon (Ingstad, 2013). Normer seier noko om korleis ein bør og ikkje bør opptre i ulike situasjonar. Ulike kulturar og samfunn har ulike normer. Ei rolle er summen av forventingar og normer om korleis ein skal oppføre seg i ein bestemt sosial posisjon (Ingstad, 2013). Ei rolle som sjukepleiar vil vere delvis lik over heile verda, men det vil likevel vere forskjellar på grunn av ulike kulturar og ulike forventingar til korleis sjukepleiaren skal opptre i rolla si. Når ein startar i eit nytt arbeidsforhold, har ein ofte for vane for å tilpasse seg den kulturen som allereie er etablert på arbeidsstaden, då tilpassar ein seg allereie etablerte forventingar, normer og roller. Det siste trinnet, sosiale system, utgjer summen av forventingar, normer og roller samt struktur. Her er personane avhengige av kvarandre då dei er i samspel med kvarandre med ei viss

hensikt (Ingstad, 2013). For eksempel vil ei sjukehusavdeling vere eit eksempel på ein sosial struktur då legar, sjukepleiarar, pasientar og pårørande har kvar sine roller med ulik hensikt og det blir stilt forskjellige forventingar til dei forskjellige rollene.

3.6 Etikk i sjukepleie

Sjukepleiar Kari Martinsen er kjent for sine bidrag innanfor omsorgstenking og sjukepleie. For Martinsen er sjukepleie ein moralsk praksis, og etiske perspektiv er ein del av hennar tankar om korleis ein utøver sjukepleie (Nortvedt, 2014). Ho vektlegg at omsorg handlar om relasjonen mellom to menneske, og dette bygger på fellesskap, solidaritet og gjensidigheit utan at det ligg forventingar om å få noko tilbake (Kirkevold, 2014).

To av dei viktigaste etiske prinsippa i sjukepleien er velgjerdsprinsippet og ikkje skadeprinsippet, desse var allereie sentrale i antikkens medisin (Nortvedt, 2014).

Velgjerdsprinsippet handlar om å ville gjere det beste for pasienten etter beste evne. Pasienten skal få omsorg og behandling uavhengig av kva som er årsaka til sjukdommen, og sjukepleiaren skal gi fagleg forsvarleg og omsorgsfull hjelp (Nortvedt, 2014). Ikkje skadeprinsippet spesifiserer kva ein ikkje skal gjere med pasienten. Dette skal beskytte pasienten mot dårleg praksis og feilbehandling. Det er også viktig å hugse at ein skal minimere dei smerter og det ubehag pasienten kan ha, og ein må jobbe for lindrande og ivaretakande omsorg (Nortvedt, 2014).

Norsk Sjukepleiarforbund utvikla yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar for første gong i 1983, og desse vart sist revidert i 2007. Retningslinjene bygger på prinsippa i Det Internasjonale Rådet for Sjukepleiarar (ICN) og på menneskerettane slik dei står i FN si menneskerettserklæring (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Desse seier at grunnlaget for all sjukepleie skal vere at ein har respekt for det enkelte menneske sitt liv og deira verdigheit. I kapittel éin, som handlar om sjukepleiaren og profesjonen, står det blant anna at sjukepleiaren har eit personleg ansvar for at praksisen som blir utøvd er fagleg, etisk og juridisk forsvarleg, og at ein held seg oppdatert på forskning og bidreg til at ny kunnskap blir tatt i bruk. Punkt 1.5 seier at leiarane har eit særleg ansvar for å skape fagleg utvikling. I kapittel to står det at sjukepleiaren er ansvarleg for at praksisen som blir utøvd fremjar helse og førebygg sjukdom (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Dette er alle sentrale prinsipp for å kunne gi pasienten ei behandling som er forsvarleg og helsefremjande. For eksempel vil å

ivareta hygiene og dermed redusere sjansen for sjukehusinfeksjonar vere eit av fleire viktige prinsipp å følgje dersom ein skal kunne utføre ein etisk praksis ovanfor pasienten.

3.7 Formidling

I Verdas Helseorganisasjon sin kampanje "SAVE LIVES: Clean your hands" er det tatt med forslag til korleis ein kan lage sin eigen handhygieneguide for å vidare formidle informasjon til andre. Å nytte seg av deira metode kan vere eit godt utgangspunkt for å spreie kunnskap då denne er internasjonalt utvikla og ikkje kulturtilpassa slik som pedagogikk ofte er. Verdas Helseorganisasjon skriv at for å skape mest mogleg innverknad er det lurt å følgje dei sju C-ane for effektiv kommunikasjon (Verdas Helseorganisasjon, 2009).

- **C**ommand attention – Få merksemd
- **C**larify the message – Klargjer meldinga
- **C**ommunicate a benefit – Få fram fordelane
- **B**e **C**onsistent – Ver konsekvent
- **C**ater to both the heart and the head – Påverk både hovud og hjarta
- **C**reate trust – Skap tillit
- **I**nclude a **C**all to action – Oppmod til handling

4 Forsking og funn

4.1 Artikkel 1

Første artikkel "Use of mobile phones by medical staff at Queen Elizabeth Hospital, Barbados: evidence for both benefit and harm" er basert på ei studie på Queen Elizabeth Hospital i Barbados der helsepersonell er bedt om å fylle ut eit spørjeskjema om mobilbruken deira på sjukehuset, samt at mobilane deira er testa for mikroorganismar. Det viste seg at 98% av dei som deltok i studia brukte mobiltelefonar til å ringe med i arbeidstida der berre 43% av samtalanane var sjukehusrealtert, medan heile 67% ikkje var det. Blant dei spurte vaska 97% aldri hendene sine etter bruk av mobiltelefon og kun 47% reingjorde telefonane sine med jamne mellomrom, og dei fleste (75%) gjorde dette berre ein til to gonger i veka. Ved testing av mobilane viste det seg at nesten halvparten (45%) innehaltdt ein eller fleire mikroorganismar, dei fleste var kvite stafylokokkar som finst naturleg på huda, men som likevel kan skape infeksjonar hos menneske med redusert immunforsvar.

Forfattarane av studia meiner mange ikkje er klar over smittefara mellom hender og mobiltelefonar, og at det burde vore større fokus og opplæring når det gjeld hygiene og mobilbruk (Ramesh, et al., 2008).

4.2 Artikkel 2

Andre artikkel er ein oversiktsartikkel kalla "Review of mobile communication devices as potential reservoirs of nosocomial pathogens". Artikkelen undersøker studiar som rapporterer bakteriell forureining av mobile kommunikasjonsverktøy der dei fleste studiane viser at mellom 9-25% av utstyret er forureina med patogene bakteriar, altså bakteriar som er sjukdomsframkallande. Mobiltelefonar og personkallarar blir brukt på sjukehuset for å kontakte anna helsepersonell og for å følgje opp pasienten og er difor eit nyttig verktøy, men det fører likevel til større sjanse for infeksjonar blant pasientane. Forfattarane sine anbefalingar for å redusere forureiningsrisikoen er personalutdanning, strengare rutinar på handhygiene, retningslinjer for reingjering av kommunikasjonsverktøy og at ein bør vurdere restriksjonar for bruk av mobiltelefonar i visse høgrisikomiljø, som for eksempel operasjonsstover, intensiveiningar og brannskadeavdelingar. Dei summerer også med at det er nødvendig med meir forskning på om det er samanheng mellom forureining av kommunikasjonsverktøy og pasientinfeksjonar (Brady, et al., 2009).

4.3 Artikkel 3

Artikkelen "Are healthcare workers' mobile phones a potential source of nosocomial infections? Review of the literature" er ein oversiktsartikkel som tek utgangspunkt i 39 studiar publisert mellom 2005 og 2013. Artikkelen summerer med at kommunikasjonseiningar bidreg til å god informasjonsflyt på sjukehus og er viktige verktøy i akuttsituasjonar. Likevel er helsevesenrelaterte infeksjonar eit leiande og høgkostnadsproblem i helsevesenet, så målet med artikkelen var å gå gjennom forskjellige studiar for å sjå på forholdet mellom mobiltelefonar og bakterielle kryssforureiningar. Bruken av mobiltelefonar blant helsepersonell aukar risikoen for forureining mellom hender og ansikt. Mobiltelefonar blir sjeldan reingjort etter handtering og desse kan difor overføre mikroorganismar, inkludert resistente bakteriar. Forfattarane konkluderer artikkelen med at mange studiar har dokumentert bakteriell forureining på kommunikasjonsverktøyet til helsepersonell, men det er ingen bevis for at det finst ein direkte samanheng mellom

mobiltelefonar og helsevesenrelaterte infeksjonar. Likevel er det viktig å følge retningslinjer for handvask og utvikle standardar for førebyggjande arbeid for å unngå bakteriell forureining (Ulger, Dilek, Esen, Sunbul & Leblebicioglu, 2015).

4.4 Artikkel 4

Forskingsartikkelen "Are we aware how contaminated our mobile phones with nosocomial pathogens?" hadde som mål å evaluere mobiltelefonen si rolle i forhold til overføring av bakteriar frå mobiltelefonen til helsepersonellet sine hender. Studia vart gjennomført blant åtte intensivsenger og i 14 operasjonssalar der totalt 200 tilsette vart undersøkt. Kulturar vart deretter henta frå både hendene og mobiltelefonane til helsepersonalet. Resultatet viste at nesten 95% av telefonane inneheldt forskjellige typar mikroorganismar, også sjukdomsframkallande, og dei same mikroorganismane eksisterte på hendene til helsepersonalet. På bakgrunn av desse resultatane meiner forfattarane at det er openbart at opplæring av helsepersonell om prosedyrar rundt infeksjonsførebygging er nødvendig (Ulger, et al., 2009).

4.5 Artikkel 5

Siste artikkelen eg har brukt i oppgåva mi er ei undersøking gjort i Addis Ababa i Etiopia i 2012. Den er kalla "Effectiveness of a multimodal hand hygiene campaign and obstacles to success in Addis Ababa, Ethiopia" og skriva av Schmitz, Kempker, Tenna, Stenehjem, Abebe, Tadesse, Jirru og Blumberg. Bakgrunnen for studia er at det er avgrensa evaluering av handhygienekampanjar i ressursvake land, spesielt i Afrika sør for Sahara. Studia har vurdert verknaden av å gjennomføre ein handhygienekampanje på eit sjukehus i Etiopia, der det er blitt gjort undersøkingar både før og etter at kampanjen til Verdas Helseorganisasjon vart arrangert. Resultatane viste at materiell til handvask ikkje alltid var tilgjengeleg, kun 20% av vaskane hadde såpe og ingen hadde materiell til å tørke hender. Før kampanjen viste det seg at det vart utført handvask i kun 2,1% av nødvendige tilfelle, dette talet steig til 12,7% etter utført kampanje. Mangelen på rollemodellar i handhygiene, særleg blant legar, var ein åtferdsfaktor som potensielt bidrog til dårleg handhygiene. Over 70% av dei som deltok sa at dersom dei hadde hatt betre tilgang til hygieneprodukt ville dei ha utført handhygiene oftare (Schmitz, et al., 2014).

4.6 Verdas Helseorganisasjon sin handhygienekampanje

4.6.1 Kvifor er handhygiene viktig?

I 2009 starta Verdas Helseorganisasjon ein handhygienekampanje kalla "SAVE LIVES: Clean your hands". Kampanjen baserer seg på studiar som viser at rundt 70% av helsearbeidarar og 50% av operasjonsteam ikkje har rutinerte prosedyrar når det gjeld handhygiene (Verdas Helseorganisasjon, 2009). Studiar viser at å praktisere handhygiene på rett måte kan redusere helsevesenrelaterte infeksjonar. Vidare skriv Verdas Helseorganisasjon at handhygiene reddar millionar av liv kvart år når det blir utført på rett måte og på rett tidspunkt (Verdas Helseorganisasjon, 2009).

4.6.2 Kva kan gjerast?

For å setje fokus på viktigheita med handhygiene markerer Verdas Helseorganisasjon dette 5. mai kvart år. Dette for å gjere handhygiene til ein global prioritet. Det viktigaste ein helsearbeidar kan gjere er å følgje retningslinjer for handhygiene, nytte seg av Verdas Helseorganisasjon sine retningslinjer "My 5 Moments for Hand Hygiene" og å utdanne og lære opp andre helsearbeidarar om viktigheita av handhygiene. Når det gjeld politikarar er det viktig at det blir satt stort fokus på førekomsten av helsevesenrelaterte infeksjonar og ein bør forbetre kontrollen på at Verdas Helseorganisasjon sine retningslinjer blir følgt, samt gjere informasjon lett tilgjengeleg og påskjønne god praksis av handhygiene (Verdas Helseorganisasjon, 2009). På denne måten kan flest mogleg bidra til bevisstgjerung om samanhengen mellom handhygiene og mobilbruk, noko som er viktig for å setje temaet på dagsorden.

5 Drøfting

5.1 Kvifor kunnskap er viktig

Det var legerunde på avdelinga. Sjukepleiarstudenten tok opp nettbrettet sitt framfor ein sengeliggande pasient for å lære om symptom på sjukdomstilstanden pasienten var innlagt for. Legen, eit par sjukepleiarar og fleire andre studentar stod også rundt pasienten. Fleire tok mobilar eller nettbrett opp av lommene sine for å finne svar på spørsmåla til legen. Dette gjaldt både studentar og sjukepleiarar. Like etter var det fleire som rørte ved pasienten for å studere det djupe leggsåret hans. Det var ingen som vaska hendene sine verken før eller etter

dei hadde vore i kontakt med mobilen eller nettbrettet sitt, og det var heller ingen som kommenterte at handhygiene burde vore utført.

Dette er ein situasjon tatt ut frå min siste praksisperiode som føregjekk på sjukehuset i Livingstone i Zambia. Dette var ei hending som var vanleg å sjå rundt omkring på dei ulike avdelingane på sjukehuset. Kvar dag vart mobiltelefonar og nettbrett nytta aktivt i pasientnære situasjonar som læringsarena. Til tross for at ingen kommenterte at handhygiene burde vore utført, er dette likevel noko som helsepersonalet skulle vore klar over med bakgrunn i kva utdanning dei har. Både i Noreg og i Zambia er det mykje fokus på krav til hygiene rundt pasientar for å unngå infeksjonar hos dei som allereie har eit redusert immunforsvar. Under utdanninga lærer ein blant anna om mikrobiologi og smitte der det er heilt sentralt å vite korleis smittekjeda fungerer og korleis ein kan bryte denne (Schøyen, 2014). Å ha kunnskap om kva måtar ulike bakteriar spreier seg på, korleis ein kan unngå at dette skjer og korleis ein kan beskytte andre pasientar og andre personar mot å bli smitta er grunnleggande sjukepleie og svært sentralt for å vite korleis ein skal opptre før og etter kontakt med pasientar eller pasientnære områder.

Dei fire første artiklane bygger alle opp rundt samanhengen mellom mobiltelefonar, mangelen på handvask og fara for sjukehusinfeksjonar. Ein stor del av mobilane bar med seg sjukdomsframkallande bakteriar som lett kan smitte frå mobil til hender og vidare til pasienten. Artiklane viser også at det var svært sjeldan at mobilane til helsepersonalet vart gjort reine til tross for at desse vart nytta dagleg. Dette er noko ein også kan sjå i Noreg ved bruk av mobile kommunikasjonsverktøy innanfor helsesektoren. Det er kun i ein av praksisane mine i løpet av dei siste tre åra at eg har vore på ein stad der mobilar vart reingjorde etter kvart vaktskifte og gjerne oftare. På denne arbeidsstaden var det innført ei norm om at dette skulle gjerast ofte då mobiltelefonane var nødvendige og mykje brukt i arbeidsdagen.

Kva norm som er innført på ein arbeidsstad har mykje å seie for korleis nye kollegaer og studentar opptre når ein kjem på ein ny stad. Det ligg forventningar til stades for korleis ein skal opptre, kva norm ein skal følgje og kva roller ein skal ha (Ingstad, 2013). Til tross for at ein sjølv er van med å gjere oppgåver på ein annleis måte, har ein lett for å følgje allereie fastsette normer. Etablerte forventningar og normer kan vere noko av grunnen til at mange

av helsearbeidarane i Livingstone tidvis brukte mobilen sin i arbeidsdagen. Dette var noko som var vanleg på sjukehuset, mobilen vart brukt som både læringsarena og til kommunikasjon, og det var få eller ingen som kommenterte at mobilbruken burde vore redusert. Kunnskap kan vere nøkkelen til å bryte opp i ei norm som allereie er fastsett. Dersom ein kan vise til forskning og teori om at noko bør endrast, kan dette vere eit viktig steg i rett retning for å få fleire til å endre haldningar rundt temaet. Dette gjorde blant anna Florence Nightingale då ho sat fokus på viktigheita ved gode hygieniske rutinar (Store norske leksikon, 2016).

5.2 Utfordringar i eit utviklingsland

Å endre haldningar hos ei gruppe menneske der det allereie er fastsette normer kan ofte vere vanskeleg. Ekstra vanskeleg blir det når arbeidsstaden og resten av landet er prega av lite ressursar. Zambia er eit av dei 50 fattigaste landa i verda (Kirkens Nødhjelp, u.d.) og har difor store utfordringar når det gjeld å bygge opp eit velfungerande helsesystem. Under min praksisperiode oppdaga eg at det ofte mangla såpe ved vaskane og det var sjeldan eg såg handdesinfeksjonsmiddel. Til tross for dette hang det oppe plakatar om at handhygiene var viktig, spesielt når det gjaldt å førebygge infeksjonar (vedlegg 3). Landet er prega av fattigdom, og eg visste at dette truleg spelte ei rolle i mangelen på såper og handdesinfeksjon. Likevel ønska eg å spørje kvifor det ikkje fanst fleire såper rundt omkring på sjukehuset då dette er ei billig, men viktig investering når det gjeld å førebygge infeksjonar. Svaret eg fekk frå avdelingssjukepleiaren var at såper vart stelt både av personalet, pasientar og pårørande dersom dei stod framme der alle kunne nå dei. På grunn av dette var det stort sett berre på vaktrommet ein kunne finne såpe og denne var ofte i tillegg gøymt inne i eit skåp. Dette seier noko om kor store utfordringar eit ressurssvakt land har i forhold til ressursrike land. Hygieneprodukt som blir stelt fører til utfordringar i ei så basal oppgåve som å utføre handhygiene.

Eit anna moment som er viktig å sjå på er hierarki og organisasjonskultur. I alle samfunn finn ein ei viss form for hierarki, men det er likevel store forskjellar på korleis dette påverkar kvardagen. I Zambia var det eit tydeleg skilje mellom legar, sjukepleiarar og studentar. Legen var øvst på rangstigen og hadde status til å beordre oppgåver som skulle gjerast, medan sjukepleiarane utførte oppgåvene eller ba studentane om å gjere dei. Mellom sjukepleiarane

var det også store skilnader der avdelingssjukepleiarane var øvst og dei nyutdanna landa lengst nede på rangstigen. Dette viser at sjølv om ein er nyutdanna og sit med mykje oppdatert kunnskap er det ikkje sikkert at nokon ynskjer å lytte til det ein har å fortelje. Norma seier at bør ein lytte til dei eldre og erfarne (Skirbekk, 2015) til tross for at det gjerne er 30 år sidan desse var utdanna og det er mykje som har forandra seg på den tida. Dette viser at hierarkiet kan vere ei utfordring når ein skal prøve å endre haldningar innanfor ein organisasjonskultur.

5.3 Kvifor finst det ikkje meir kunnskap?

Zambia sitt helsedepartement sat i 2002 saman ei arbeidsgruppe som skulle utvikle retningslinjer for å førebygge infeksjonar innanfor det zambiske helsevesenet, desse retningslinjene blir kalla *Zambia Infection Prevention Guidelines*. I fororda står det blant anna at til tross for at å førebygge infeksjonar er ein svært viktig komponent i helsevesenet, så har dette blitt forsømt, og statistikken for sjukehusinfeksjonar forårsaka av dårleg infeksjonsførebygging er uakseptabel (Ministry of Health, 2010). I heftet finn ein blant anna retningslinjer for bruk av nåler, innsetting av kateter, reingjering av ureint utstyr og så vidare. Det finst også eit eige kapittel om handhygiene, korleis ein bør utføre handvask og handdesinfeksjon og på kva tidspunkt dette er nødvendig. Sjølv om det er mange punkt som omhandlar handhygiene, er ikkje bruk av mobiltelefonar og retningslinjer for hygieniske prinsipp om emnet nemnt nokon stad.

For å få fleire opplysningar om kva rutinar dei hadde på hygiene ved sjukehuset i Livingstone tok eg kontakt med ein av avdelingssjukepleiarane ved sjukehuset. Ho kunne fortelje meg at alle tilsette skulle følge *Zambia Infection Prevention Guidelines* og at dei skulle behandle alle pasientar som ei mogleg smittekjelde. Likevel såg ho at dette ikkje vart følgt, og ho tippa at rundt 60% av helsepersonalet nytta seg av handvask eller handdesinfeksjon i nødvendige tilfelle, så det var framleis ein lang veg å gå. Eg spurte også om kva prosedyrar dei hadde på mobilbruk innanfor sjukehuset sine fire vegger, og svaret eg fekk var at det ikkje fanst nokon. Vidare sa ho "For å vere ærleg har eg aldri tenkt på smittekjelda mellom hender og mobiltelefonar, men når du spør så gir det jo meining. Når eg sjølv kjem heim frå jobb, gir eg ofte mobilen min til dottera mi og ho spring rundt med den i huset og truleg spreier bakteriar rundt omkring." Denne kommentaren viser at innarbeidde normer og dårlege

vanar kan utgjere ein stor faktor når det gjeld spreiding av mikroorganismar mellom hender og mobilar, og meir informasjon og bevisstgjerung kunne truleg utgjort ein forskjell.

5.4 Kvifor bevisstgjerung er viktig

I artikkelen "Use of mobile phones by medical staff at Queen Elizabeth Hospital, Barbados: Evidence for both benefit and harm" som vart utført på Barbados, viser det seg at store delar av helsepersonalet nyttar mobiltelefonane sine i det daglege arbeidet på sjukehuset, både til arbeidsretta oppgåver, men også til privat bruk (Ramesh, et al., 2008). Mine observasjonar frå sjukehuset i Livingstone kan tyde på at norma er noko lik i Zambia og i Barbados. Mange nyttar telefonen som læringsarena og som eit hjelpemiddel i det daglege arbeidet, men det blir også sendt private meldingar, filmsnuttar blir vist fram og bilete blir teke. Dette fører oss inn på etiske prinsipp og korleis ein behandlar pasienten som eit individ, noko som er svært viktig innanfor sjukepleie.

For Kari Martinsen er å vise omsorg for pasienten fundamentalt i sjukepleie (Kirkevold, 2014). Å vise omsorg kan ein gjere på mange ulike måtar, og å nytte seg av kunnskap for å gi pasienten den beste behandlinga er ein måte å vise omsorg på. Dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar seier blant anna at ein som sjukepleiar skal sikre at praksisen som blir utøvd er fagleg og etisk forsvarleg, og ein skal halde seg oppdatert på forskning og bidra til at ny kunnskap blir tatt i bruk (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Vidare er sjukepleiaren også ansvarleg for at praksisen som blir utøvd fremjar helse og førebygg sjukdom. Alle desse punkta viser at bevisstgjerung rundt mobilbruk er noko sjukepleiarane er pliktige å opplyse kvarandre om, samt at ein skal kjenne til forskning som viser at det kan vere samanheng mellom mobilbruk, handhygiene og sjukehusinfeksjonar. Å ha kunnskap til å kunne bryte smittekjeda og bidra til ein sikker praksis er også viktige etiske prinsipp, og her blir velgjerdsprinsippet og ikkje skade-prinsippet aktuelt. Sjukepleiaren skal alltid gjere det beste for pasienten og ein skal gi fagleg forsvarleg og omsorgsfull hjelp, samtidig som ein skal hindre dårleg praksis og feilbehandling (Nortvedt, 2014). Alle desse punkta er viktige dersom ein skal forstå viktigheita ved å bidra til bevisstgjerung slik at saman kan skape ein betre praksis enn den som allereie føreligg.

5.5 Korleis bidra til bevisstgjeriing

Artikkelen "Effectiveness of a multimodal hand hygiene campaign and obstacles to success in Addis Ababa, Ethiopia" viser at det faktisk gir effekt å halde kampanjar rundt handhygiene og at ein slik kan skape bevisstheit rundt eit viktig tema (Schmitz, et al., 2014).

Det er fleire måtar ein kan bidra til bevisstgjeriing mellom handhygiene og mobilbruk. Men det er sentralt å ha bakgrunnsinformasjon om kva normer som føreligg i samfunnet og kva som kan spele inn når ein skal formidle noko vidare. Å ha kjennskap til korleis hierarkiet er bygd opp er viktig for å vite korleis ein kan setje i gang ei bevisstgjeriing på ein arbeidsstad. Dersom ein startar på botn av rangstigen vil det truleg vere vanskelegare å innføre endringar enn om ein startar hos dei på toppen. I eit land med tydeleg hierarki er det heilt sentralt å få legane og avdelingssjukepleiarane med på å endre praksis då desse kan gå føre som eit godt eksempel. Dette viste seg også i artikkelen frå Etiopia kor sjukepleiarane fortalde at mangelen på rollemodellar potensielt bidrog til dårleg praksis (Schmitz, et al., 2014). Å bidra til bevisstgjeriing er også noko avdelingssjukepleiarane er pliktige til då dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar seier at leiarar har eit særleg ansvar for å skape fagleg utvikling (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Norsk Sjukepleiarforbund seier også at alle sjukepleiarar skal engasjere seg i den sosiale og helsepolitiske utviklinga, altså har ein som sjukepleiar eit særleg ansvar for å gjere politikarar og andre merksame på dagsaktuelle tema, blant anna samanhengen mellom handhygiene og mobilbruk.

For å formidle noko på best mogleg måte er det viktig å ha ein plan på korleis ein skal gå fram slik at ein skapar merksemd rundt temaet og at ein får andre til å forstå kva som er budskapet. I eit land som Zambia er det viktig å ta omsyn til dei kulturelle forskjellane. For eksempel vil det vere lurt å nytte seg av høgkontekstuell kommunikasjon slik at det ein ynskjer å formidle ikkje blir oppfatta som kritikk eller å vere uhøfleg (Dahl, 2011). Ein må også ta omsyn til hierarkiet og vise respekt når ein snakkar til andre for å kunne skape tillit.

Eit godt verktøy for bevisstgjeriing kan vere å nytte Verdens Helseorganisasjon sine sju C-ar som er **C**ommand attention, **C**larify the message, **C**ommunicate a benefit, **B**e **C**onsistent, **C**ater to both the heart and the head, **C**reate trust, **I**nclude a **C**all to action (Verdas Helseorganisasjon, 2009), og som er utvikla for at ein sjølv kan lage eigne kampanjar rundt handhygiene. Først å fremst er det viktig å få merksemd, og dette gjeld spesielt hos dei

aktuelle personane. I ein organisasjonskultur som er prega av hierarki er toppen den plassen ein bør starte. Tilbake til eksempelet frå avdelinga: Dersom legen eller avdelingssjukepleiaren hadde fortald at mobiltelefonar innehaldt mikroorganismar som kunne føre til infeksjon hos pasienten dersom ikkje handhygiene vart utført, kunne dette satt i gang ei bevisstgjeringsprosess hos resten. Då hadde nokon på toppen av hierarkiet bidrege til at det vart forventa at ein skulle vaske hendene før og etter mobilbruk.

Ein klar budskap og å få fram fordelane ved å utføre handhygiene før og etter kontakt med mobiltelefon er også heilt sentralt for å gjere fleire bevisste på mobilbruken. Her kan ein vise til forskning som er gjort på mobilbruk og handhygiene på andre sjukehus, og at det faktisk nyttar å endre rutinar. For eksempel kan ein dra fram fordelane ved å minske talet sjukehusinfeksjonar, blant anna at ein kan redde fleire liv, pasientane får mindre liggetid på sjukehuset og at ein kan nytte dei allereie avgrensa ressursane på andre viktige oppgåver. Ein kan også vise til yrkesetiske retningslinjer som seier at ein som sjukepleiar er pliktig til å utføre ein praksis som er fagleg forsvarleg. Eksempelet i starten av drøftinga kan tyde på at det er mogleg helsepersonalet ikkje utførte ein forsvarleg praksis ved å utsetje pasienten for infeksjonsfare, og bevisstgjeringsprosess kan føre til endra praksis.

Å vere konsekvent er sentralt for å få fleire med på laget, og då er det særleg viktig at ein som sjukepleiar sjølv går føre som eit godt eksempel. At andre har tillit til deg som person og som sjukepleiar er grunnleggande dersom ein skal klare å bidra til bevisstgjeringsprosess rundt handhygiene og mobilbruk. Til slutt er det heilt nødvendig å oppmode til handling. Dersom kampanjen skal skape forandring, må helsepersonell følgje anbefalte retningslinjer. Florence Nightingale starta allereie på 1800-talet ei bevisstgjeringsprosess mellom hygiene og helse, og sjølv om ein i dag er komme langt på veg er det framleis viktig at sjukepleiarar held fram arbeidet for å redusere talet sjukehusinfeksjonar og dermed redde fleire liv.

6 Konklusjon

Hensikta med denne oppgåva er å svare på korleis sjukepleiarar kan bidra til bevisstgjeringsprosess om samanhengen mellom handhygiene og mobilbruk på sjukehus. I teorien kjem det fram at det er fleire punkt ein må ta omsyn til for å kunne starte ei bevisstgjeringsprosess og eventuelt ei haldningsendring på ein arbeidsplass. Å ha informasjon om korleis andre kulturar fungerer,

hierarki og lite ressursar er viktig for å kunne setje seg inn i deira utfordringar i kvardagen, samt for å kunne skape tillit til dei tilsette ved arbeidsstaden.

Å vise til forskning er sentralt for å kunne dokumentere viktigheita ved at handhygiene blir utført både før etter kontakt med ein mobiltelefon. Forskingsartiklane mine viser at det er ein tett samanheng mellom handhygiene, mobilbruk og fara for sjukehusinfeksjonar. Fleire av artiklane meiner det bør utførast meir forskning på området før ein kan slå fast kor mykje mobilbruken på eit sjukehus har å seie for infeksjonsfara, men det bør likevel takast førehandsreglar for å unngå spreieing av mikroorganismar.

Florence Nightingale viste at god hygiene var nødvendig for å skape god helse. Å spreie kunnskap til andre er heilt sentralt skal ein gjere andre bevisste på viktigheita av å utføre handhygiene. Ved å følgje Verdas Helseorganisasjon sine sju C-ar har ein eit godt hjelpemiddel for å setje fokus på samanhengen mellom mobilbruk og sjukehuseinfeksjonar, då dette er internasjonale formidlingsmetodar som kan nyttast over heile verda. Å bidra til bevisstgjerung er ei sentral sjukepleiaroppgåve då dette grunnar i å utføre ein forsvarleg praksis som kan redusere talet sjukehusinfeksjonar – og kanskje redde liv.

7 Bibliografi

- Brady, R., Verran, J., Damani, N., & Gibb, A. (2009). Review of mobile communication devices as potential reservoirs of nosocomial pathogens. *Journal of Hospital Infection*, 71(4), ss. 295-300. doi:10.1016/j.jhin.2008.12.009
- Dahl, Ø. (2011). *Møter mellom mennesker*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2015). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (ss. 63-81). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dolonen, K. A. (2009). *Mobiltelefoner er bakteriebomber*. Hentet 08.02.17 fra <https://sykepleien.no/2009/05/mobiltelefoner-er-bakteriebomber>
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Indikasjoner for håndhygiene*. Hentet 02.05.17 fra <https://www.fhi.no/nettpub/handhygiene/>
- ICN. (2012). *The ICN code of ethics for nurses*. Hentet 27.05.17 fra http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkens Nødhjelp. (u.d.). *Zambia*. Hentet 15.05.17 fra <https://www.kirkensnodhjelp.no/her-jobber-vi/zambia/>
- Kirkevold, M. (2014). *Sykepleieteori*. Hentet 15.05.17 fra <https://sml.snl.no/sykepleieteori>
- Ministry of Health. (2010). *Zambia Infection Prevention Guidelines*. Lusaka: Ministry of Health.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 05.05.17 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
- Nortvedt, P. (2014). *Omtanke*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ramesh, J., Carter, A., Campbell, M., Gibbons, N., Powlett, C., Moseley, H., . . . Carter, T. (2008). Use of mobile phones by medical staff at Queen Elizabeth Hospital, Barbados: evidence for both benefit and harm. *Journal of Hospital Infection*, 70(2), ss. 160-165. doi:10.1016/j.jhin.2008.06.007
- Sagberg, I. (2016). *Organisasjonskultur*. Hentet 25.05.17 fra <https://snl.no/organisasjonskultur>

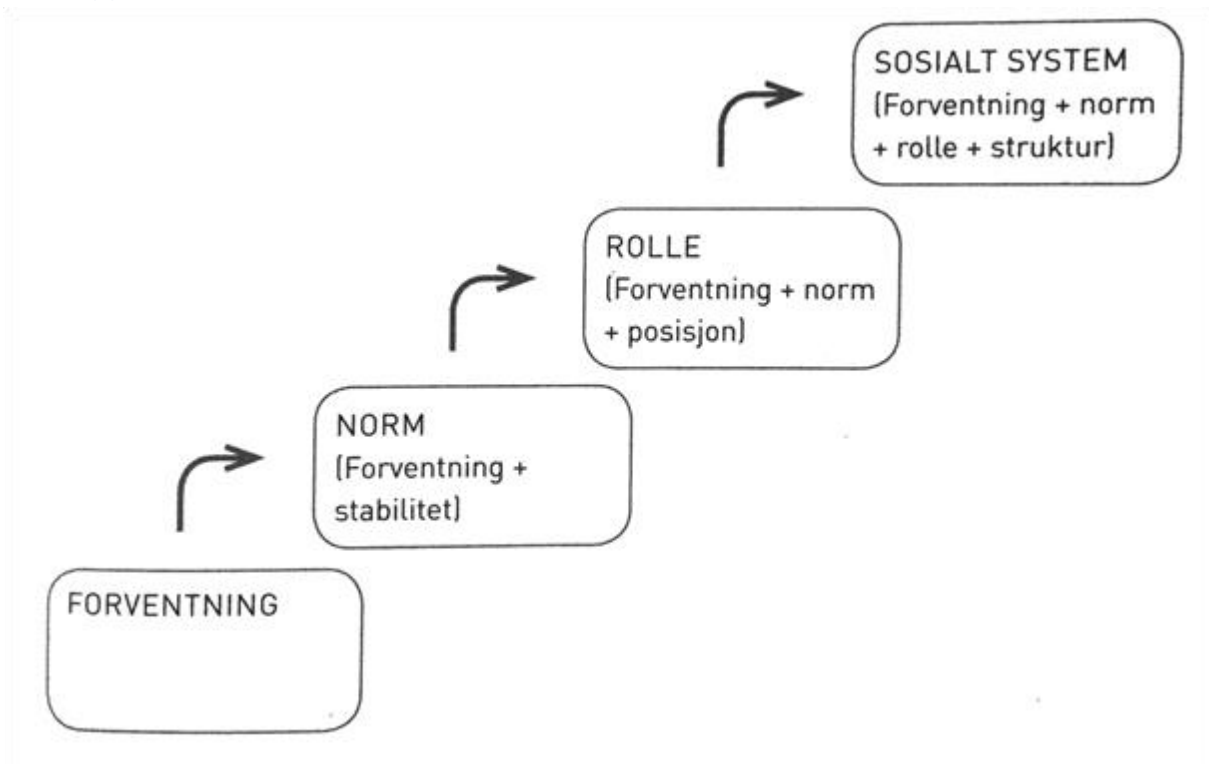
- Schøyen, R. (2014). *Mikroorganismer og sykdom: Lærebok i mikrobiologi og infeksjonssykdommer for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schmitz, K., Kempker, R. R., Tenna, A., Stenehjem, E., Abebe, E., Tadesse, L., . . . Blumberg, H. M. (2014). Effectiveness of a multimodal hand hygiene campaign and obstacles to success in Addis Ababa, Ethiopia. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 3(8), ss. 1-8. doi:10.1186/2047-2994-3-8
- Skirbekk, S. (2015). *Hierarki*. Hentet 25.05.17 fra <https://snl.no/hierarki>
- Store norske leksikon. (2016). *Florence Nightingale*. Hentet 15.05.17 fra https://snl.no/Florence_Nightingale
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ulger, F., Dilek, A., Esen, S., Sunbul, M. & Leblebicioglu, H. (2015). Are healthcare workers' mobile phones a potential source of nosocomial infections? Review of the literature. *The journal of infection in developing countries*, 9(10), ss. 1046-1053. doi:10.3855/jidc.6104
- Ulger, F., Esen, S., Dilek, A., Yanik, K., Gunaydin, M., & Leblebicioglu, H. (2009). Are we aware how contaminated our mobile phones with nosocomial pathogens? *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials*, 8(7), ss. 1-4. doi:10.1186/1476-0711-8-7
- Verdas Helseorganisasjon. (2009). *WHO Save lives: clean your hands global annual campaign*. Hentet 09.02.17 fra http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2011/clean_hands_campaign/en/
- Vestergård, G. L. (2010). *Da håndvask ble vitenskap*. Hentet 27.05.17 fra <http://forskning.no/vitenskapshistorie/2010/05/da-handvask-ble-vitenskap>

Vedlegg

Vedlegg 1. Søkehistorikk

Søk	Søkeord	Antall treff	Funn
1	hygiene	194843	
2	hospital	3339119	
3	mobile phone	20582	
4	1 AND 2 AND 3	66	Artikkel 4: "Are healthcare workers' mobile phones a potential source of nosocomial infections? Review of the literature" (Ulger, Dilek, Esen, Sunbul, & Leblebicioglu, 2015)
5	bacteria	711576	
6	2 AND 3 AND 5	34	Artikkel 26: "Are we aware how contaminated our mobile phones with nosocomial pathogens?" (Ulger, et al., 2009)
7	sub-saharan africa	31985	
8	1 AND 2 AND 7	401	
9	hand hygiene	7673	
10	2 AND 7 AND 9	8	Artikkel 5: "Effectiveness of a multimodal hand hygiene campaign and obstacles to success in Addis Ababa, Ethiopia" (Schmitz, et al., 2014)

Vedlegg 2. Modell om rolleteori



Vedlegg 3. Bilete frå praksis

