



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

SJUKEPLEIAREN SITT ARBEID MOT SPREIING AV NOSOKOMIALE INFEKSJONAR

Bachelor i sjukepleie

Emnekode SK152

Avdeling for helsefag / Høgskulen på vestlandet / Sjukepleie

Innleveringsdato 2.JUNI 2017

6786 ord

Marte Helene Sjøthun Nedberge

Rettleiar Ole Tormod Kleiven

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

Samandrag

Bakgrunn: Utvikling av antibiotikaresistens er ein særstak trugsel for befolkninga samt heletenesta i Noreg. Som sjukepleiar er det derfor viktig å førebyggje tilstandar som kan redusere faren for antibiotikaresistens hjå den enkelte pasient. I denne oppgåva har eg derfor valt å ta føre meg førebygging av nosokomiale infeksjonar og spesifisert oppgåva på kateterassosiert urinvegsinfeksjon (KAUVI) då dette er ein av dei vanlegaste nosokomiane infeksjonane. Hensikta er å belyse kor viktig det førebyggjande arbeidet er for å kunne oppretthalde ei god helseteneste.

Problemstilling: "Korleis kan ein sjukepleiar bidra for å førebyggje urinvegsinfeksjon hjå eldre pasientar med inneliggande kateter på sjukehus?".

Metode: Eg har nytte eit litteraturstudie som metode. Oppgåva er bygd opp av seks forskingsartiklar som belyser kvar sitt tiltak eller område i arbeidet mot førebygging av KAUVEI. Eg har også leste ein del pensumbøker, loder, retningslinjer, statistikkar og rapportar for å få ei god oversikt over litteratur som finnes om emnet.

Resultat: For at sjukepleiarar skal kunne bidra til å førebyggje KAUVEI er det heilt sentralt med god kompetanse innanfor området. Det viktig at ein som sjukepleiar kan utføre god handhygiene, rett prosedyre, samt sikre god drenasje gjennom kateteret. Risikoene for KAUVEI vert likevel ikkje vekke før kateteret er seponert, og tidleg fjerning av kateteret er derfor det viktigaste tiltaket ein sjukepleiar kan bidra med i det førebyggjande arbeidet.

Nøkkelord: urinvegsinfeksjon, kateter, hygiene og førebyggjande sjukepleie.

Bachelor i Sykepleie SK 151

Innhold

Innleiing	4
Problemstilling.....	4
Avgrensing	5
Begrepsforklaring	5
Oppbygging.....	5
Metode	5
Søke- og utvalsprosessen	6
Presentasjon av forskingsartiklar	8
Kjeldekritikk.....	10
Teoridel.....	11
Kva er førebyggjande sjukepleie?	11
Florence Nightingale.....	11
Hygiene og basale smittevernsrutinar	11
Urinvegsinfeksjon og urinkateter	12
Den eldre pasienten	13
Lover og retningslinjer.....	14
Drøfting	14
Sjukepleiaren si førebyggjande rolle	15
Kompetanse, smittevern og pasientsikkerheit.....	15
Sjukepleietiltak	16
Andre førebyggjande tiltak.....	18
Konklusjon	18
Bibliografi	21

Innleiing

I verda i dag finnes det utallige samfunnsendringar og mange av desse endringane er positive for samfunnet, som for eksempel betre landevegar og digital kommunikasjon. Diverre finnes det også endringar som påverkar samfunnet negativt. Utvikling av antibiotikaresistens har blitt meir og meir utbreidd i heile verda og har dei siste åra også nådd Noreg (Kacelnik, Astrup, & Bjørnholt, 2016). Dette er ei utvikling som kjem til å påverke kvaliteten på helsehjelpa og verte ein stor trugsel dersom den forsett å spreie seg slik den har gjort (Crnila, Habjanic, & Novak, 2002).

Omgrepet antibiotikaresistens betyr at bakteriar kan leve og formeire seg, sjølv om dei vert utsett for antibiotika (Astrup, 2017). Resistente bakteriar er ikkje meir sjukdomsframkallande enn andre bakteriar, men dersom desse bakteriane gjeve sjukdom vert tilstanden mykje vanskelegare å behandle. Forsking viser at forbetring av tiltak som førebygg infeksjonar, ikkje berre redusera mengde infeksjonar, men også behovet for antibiotika samt utvikling av antibiotikaresistens (While, 2016).

Ein rapport frå 2006 viser at det var omlag 45 000 pasientar i Noreg som fikk ein form for sjukehusinfeksjon kvart år (Folkehelseinstituttet, 2017). Dei mest vanlege sjukehusinfeksjonane var blant anna luftvegsinfeksjonar, infeksjonar i blodbana, urinvegsinfeksjon og postoperative sårinfeksjonar (Folkehelseinstituttet, 2017). Urinvegsinfeksjon var noko eg møtte ofte på i praksis. Dette er ein tilstand der det oppstår ein infeksjon i urinvegane som kan vere særskilt ubehageleg for pasienten og vert oftast behandla med antibiotika. Det eg opplevde i praksis var at kurane ikkje alltid var tilstrekkelege og at pasientane av og til trengte fleire kurar. Eg ser derfor på behandling av urinvegsinfeksjon som ein grobotn for antibiotikaresistens.

I 2011 stod urinvegsinfeksjonar for 25% av alle sjukehusinfeksjonar i Noreg (Folkehelseinstituttet, 2017). Hovudgrunnen til urinvegsinfeksjonane som oppstår på sjukehus er knytt til kateterisering (Dolonen, 2014). Både kateterisering og stell av kateter er prosedyrar som i dag vert utført av sjukepleiarar og urinvegsinfeksjonar som er knytt til urinvegskateter er derfor eit sjukepleiefagleg problem som eg ønskjer å gå nærmare inn på. For meg er dette eit naturleg tema å skrive om då det er eit problem som mest sannsynleg kjem til å vere aktuelt gjennom heile min karriere som sjukepleiar.

Problemstilling

Korleis kan ein sjukepleiar bidra for å førebyggje urinvegsinfeksjon hjå eldre pasientar med inneliggande kateter på sjukehus?

Avgrensing

Pasientgruppa eg har valt er "eldre pasientar" som beskrive i problemstillinga. Det er vanskeleg å setje ein alder på denne gruppa, då eg opplev at alderdom er særslig individuelt, men i denne oppgåva har eg valt å fokusere på pasientar som er 70 år og oppover. I tillegg vil eg fordjupe meg i dei pasientane som får inneliggjande kateter på sjukehus. Med dette meinar eg pasientar som får innlagt kateter etter innlegging på sjukehus og som ikkje brukar kateter til vanleg. Oppgåva vil ta føre seg korleis ein som sjukepleiar kan bidra i førebygging av kateterassosiert urinvegsinfeksjon hjå denne pasientgruppa.

Begrepsforklaring

Urinvegsinfeksjon er ein tilstand der urinvegane er infisert av bakterievekst som oftast gjeve kliniske plagar som svie ved vasslating, hyppig vasslatingstrang og liknande (Gjerland, 2016). Eit urinkateter er eit røyr som går inn gjennom urinrøyret og inn til urinblæra, slik at blæra vert tømt tilstrekkeleg for urin (Gjerland & Vinsnes, 2007).

Oppbygging

Oppgåva er bygd opp av fire ulike kapittel. I kapittel ein får ein eit lite innblikk i bakgrunn for val av tema samt problemstilling, medan kapittel to tek føre seg metode og design for oppgåva, samt ein presentasjon av forsking knytt til problemstillinga. Anna litteratur som er sentralt for temaet vert ein kjent med i kapittel tre. I det siste kapittelet, kapittel fire, vil ein få ei drøfting av all litteratur som er henta fram. Til slutt vert oppgåva avrunda med ein konklusjon eller vurdering av korleis ein sjukepleiar best kan bidra til å førebyggje kateterassosiert urinvegsinfeksjon.

Metode

Korleis ein vel å legge fram kunnskap og korleis ein går fram for å skaffe seg informasjon og kunnskap vert kalla for ein metode (Dalland, 2017). Vilhelm Aubert definerar metode slik:

"Ein metode er ein framgangsmåte, eit middel til å løyse problem og kome fram til ny kunnskap. Kva for eit som helst middel som tener dette formålet, høyrer med i arsenalet av metodar" (Dalland, 2017).

I denne studien har eg nytta litteraturstudie som metode. Litteraturstudie er ein systematisk oversikt over fleire forskingsartiklar, samt anna påliteleg litteratur som er knytt opp mot ei problemstilling eller tema (Dalland, 2017). Ein god systematisk oversikt gjeve lesaren oversikt over kva som finnes av forsking knytt til problemstillinga og kva kvalitet forskinga har. Målet er at den systematiske oversikta skal gjere kunnskapen lettare tilgjengeleg ved å samle fleire resultat i ei oppgåve (Dalland, 2017). Eg

har valt litteraturstudie fordi det vil gi meg ei god oversikt over kva som finnes av litteratur og forsking knytt til problemstillinga slik at eg på denne måten kan samanlikna fleire utfall. Eg håpar også at dette vil gi meg god og brei kunnskap innanfor temaet.

For å skaffe ei god oversikt over litteratur om temaet og problemstillinga har eg gått igjennom pensumlitteratur og anna faglitteratur og tatt ut den mest sentrale informasjonen. Her har eg ei forplikting ovanfor kjeldene til å referere korrekt, samt referere til all informasjon eg har funne (Trygstad & Dalland, 2017). Eg har også til ein viss grad nytta eigen erfaring frå tidlegare praksis. Når eg presenterar eigen erfaring er eg bevisst over tausheitsplikta eg har og all informasjon er derfor anonymisert (Helsepersonelloven, 2001).

Søke- og utvalsprosessen

For å finne fram til forskningsartiklar har eg nytta ulike databasar og søkemotorar, der eg har brukt søkeord som er relevante for oppgåva og problemstillinga. I søket etter relevant litteratur nytta eg søkeord formulert ut i frå problemstillinga, dette for å få søket mest mogleg spesialisert. I formuleringa av søkeord var derfor PICO-skjemaet til god hjelp, for å sikre at alle sidene av problemstillinga kom fram. I PICO skjemaet fyller ein ut relevante kjernespørsmål der kvar bokstav står for ulike spørsmål (Kunnskapsbasert Praksis, 2012).

P: Kva pasientgruppe eller populasjon?

- *Eldre pasientar med urinkateter innlagt på sjukehus.*

I: Kva tiltak vert iverksett (intervasjon, eksponering)?

- *Førebyggje kateterassosiert urinvegsinfeksjon.*

C: Samanlikning av ulike tiltak?

- *Nei.*

O: Kva endepunkt skal ein fram til?

- *Effektive sjukepleiartiltak for å kunne førebyggje kateterassosiert urinvegsinfeksjon.*

(Kunnskapsbasert Praksis, 2012)

Etter å ha gått nøyde igjennom PICO-skjemaet, sit eg då att med nokre sentrale ord. Diverre er det vanskeleg å vite kva ord dei nyttar i den enkelte forsking dersom det finnes fleire synonymord. Samtidig er det også fleire forskningsartiklar på engelsk enn på norsk, da engelsk er eit internasjonalt språk. Eg sökte derfor etter kvart enkelt ord på SveMed+. Då fann eg fram til ulike artiklar som har nytta det ordet eg sökte på. Kvar artikkel inneheld ei oversikt over ulike sökeord som artikkelen er registrert på. Her har eg moglegheit for å finne både engelske ord, samt synonymord. Denne måten å

finne søkeord på er særstakt nyttig, fordi ein får betre oversikt over forskingsartiklar seinare når ein skal søke etter forsking som er relevant for den aktuelle problemstillinga.

Når eg hadde samla inn og funne nok søkeord, nyttet eg vidare databasane Academic Search Elite, CINAHL og Medline for å finne relevant litteratur. Det eg starta med var å ta føre meg eit og eit ord om gangen, saman med alle synonymorda eg hadde funne. I denne fasen brukte eg OR mellom synonymorda, slik at eg fikk opp all forsking som hadde nytta eit av synonymorda. Då blei søket mitt sjåande slik ut:

Urinary tract infection OR urinary catheterization

Bacterial infection OR nosocomial infection OR hospital infection

Prevent OR prevention

Eldery OR geriatric OR old adult

Nurse OR nursing OR nursing care OR nursing interventions

Etter å ha søkt på kvart enkelt ord stod eg igjen med fleire hundre tusen forskingsartiklar, men desse artiklane tok berre føre seg eit av søkeorda eller synonymorda deira. Det eg leita etter var forsking som tok føre seg alle emna eg hadde søkt på. Det eg gjorde for å finne desse var å slå saman alle søk med AND. Då sat eg igjen med dei forskingsartiklane som tok føre seg alle orda eg hadde søkt på, dette var 26 artiklar. Så skumleste eg gjennom resultatet og plukka ut dei forskingsartiklane eg syntes var mest relevante for oppgåva og problemstillinga. Eg har valt å plukke ut nokre metastudier, det vil sei forskingsartiklar der det er samla inn informasjon frå fleire ulike store studiar, dette for å sikre best mogleg kvalitet og bredde i informasjonen eg hentar. Eg sat til slutt igjen med 4 artiklar.

I tillegg til å ha 4 forskingsartiklar som er sentrale til problemstillinga ønska eg også forsking som satt lys på problemet i eit samfunnsperspektiv. Dette for å kunne belyse kor viktig temaet er og for å gjere grunngjevinga av val av tema meir sakleg. Innleiingsvis har eg presentert antibiotikaresistens som eit samfunnsproblem der hovudtiltaket for å redusere faren er å førebyggje tilstandar som treng behandling med antibiotika. For å finne fram til forskninga eg har nytta har eg brukt same framgangsmåte som tidlegare. Eg brukte også noko av dei same sökeorda. Dei nye sökeorda eg nytta har eg også funne ved hjep av SveMed+. Eg starta med å bruke OR mellom sökeorda i kvart enkelt søk.

Bacterial infection OR nosocomial infection OR hospital infection

Prevent OR prevention

Nurse OR nursing OR nursing care OR nursing interventions

Antibiotic resistance OR Drug resistance bactreial

Etter dette sat eg sjølvsgatt igjen med like mange artiklar som sit gang. Eg slo derfor saman alle søka med AND og fekk betydelig færre resultat. Eg skumleste litt igjennom for å sjå om det var noko interessant som eg kunne bruke for å forklare samfunnsperspektivet. Her enda eg opp med 2 artiklar som de også kjem til å verte meir kjent med i denne oppgåva.

Presentasjon av forskingsartiklar

I dette kapittelet vil du få ein kort presentasjon av dei ulike forskingsartiklane som er inkludert i oppgåva.

While A. 2016. "*No action today; means no cure tomorrow*". British journal of community nursing.

Dette er ein kvalitativ metode, nærmere sagt hermeneutikk då dei samlar inn og tolkar informasjon frå fleire studiar om same emnet, altså antibiotikaresistens. I denne forskinga kjem det fram kor utbreiddt antibiotikaresistens er, og kor stor problem det gir for helsevesenet. Her vert det drøfta kva som er årsaka til antibiotikaresistens samt kva tiltak ein som helsepersonell kan bidra med i førebygging av vidare spreiing. Dei går då spesifikt inn på førebygging av nosokomiale infeksjonar. Forskinga konkludera med at forbetring av tiltak som førebygg infeksjonar ikkje berre redusera mengde infeksjonar, men også behovet for antibiotika samt utvikling av santibiotikaresistens. Eg nyttar denne forskinga for å setje lys over eit samfunnsproblem helsesektoren i Noreg har i møte

Crnila T., Habjanic A., & Novak D. 2002. "*Role of nursing in preventing nosocomial infections*".

Obzornik Zdravstvene Nege.

Denne studien er den eldste eg kjem til å nytte, grunnen til at eg føler at det er greitt å ha med ein så gammal forsking er fordi dei konkludera med kva ein må leggje vekt på i framtida for å unngå utbreiing av antibiotikaresistens. Studien går inn på kor viktig det er at sjukepleiaren har grunnleggjande kunnskap om hygiene for å kunne førebyggje nosokomiale infeksjonar.

Meddings J., Rogers M., Krein S. 2014 "*Reducing unnecessary urinary catheter use and other strategies to prevent catheter-associated urinary tract infection: an integrative review*". BMJ Quality & Safety.

Denne studien har også nytte ein kvalitativ metode. Då den er basert på 11 tidlegare internasjonale forskingar vil eg også velge å kalle det for eit metastudie. Her har dei samanlikna og analysert utfalla og tala frå alle dei ulike 11 studiene som omhandlar førebyggjing av kateterassosiert

urinvegsinfeksjon .I studien viste det seg at fjerning av kateter straks eller så tidleg som mogleg etter operasjon eller andre målingar hadde særslig god effekt. Dette var forska på i fleire forskjellige land og verdsdelar og tala viser at dette tiltaket førte til ei halvering av urinvegsinfeksjonar på sjukehusa.

Nocille L. 2014 "Catheter associated urinary tract infections" Antimicrobial Resistance And Infection Control.

Dette er ein kvalitativ forsking der dei har tolka store internasjonale statistikkar og samla informasjonen i eit metastudie. I studien forskar dei på effekt av ulike tiltak for å førebyggje kateterassosiert urinvegsinfeksjon. Dei kom fram til at det er viktig å oppretthalde god prosedyre i innsetting av kateter, samtidig som det er viktig å oppretthalde gode prosedyrar for stell av inneliggande kateter samt byte av kateter. I studien konkludera dei også med at tidlig fjerning av kateter er det viktigaste og mest effektive tiltaket.

Gordon P. 2015. "The effects of nursing education on decreasing catheter associated urinary tract infection rates", Walden University.

Dette er ein kvantitativ forskingsmetode der dei forskar på effekten av eit tiltak ved å samle inn informasjon før og etter intervensjonen. Tiltaket dei forskar på er undervisning om førebygging av kateterassosiert urinvegsinfeksjon til sjukepleiarar som jobbar på sjukehus. Før undervisninga vert det ført ein statistikk på prevalensen av kateterassosiert urinvegsinfeksjon. Så gjennomfører dei undervisning og opplæring til sjukepleiarar om førebygging av kateterassosiert urinvegsinfeksjon. Etter undervisninga vert det ført nye statistikkar på prevalensen av kateterassosiert urinvegsinfeksjon som viste at antallet hadde gått ned. Forskinga konkludera med at tiltaket viste å ha god effekt på førebygging av kateterassoserte urinvegsinfeksjonar. Det vert også trekt fram at betre kunnskap endra arbeidsmiljøet til det betre ved at kunnskapen smitta over til andre kollegaer.

Muzzi-Bjornson og Macera, 2011. "Preventing infection in elders with long-term indwelling urinary catheters", Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners.

Her nyttar dei ein kvalitativ metode gjennom tolking av fleire ulike studiar som har forska på førebygging av kateterassosiert urinvegsinfeksjon. Studiet tek føre seg effekten av ulike førebyggande tiltak i forhold til kateterassosiert urinvegsinfeksjon med vekt på tranebærjuice eller tranebærekstrakt og antibiotikaprofylakse. Funn frå studien viser av tranebærjuice eller tranebærekstrakt har ingen biverknader og kan mogleg vere med på å redusere infeksjonar, men statistikkane frå forskinga viser ikkje klart ein tydeleg effekt og forskarane konkluderar med at området treng vidare forsking. Studiet konkluderar også med at antibiotikaprofylakse har effekt men

kan gi alvorlege biverknader med blant anna closteridium difficile og utvikling av antibiotikaresistense.

Kjeldekritikk

Ei kjelde er alt som kan bidra til å løyse oppgåva (Trygstad & Dalland, 2017). Kjeldekritikk er å vurdere og karakterisera dei kjeldene som vert nytta. I denne oppgåva er det innhenta ein del ulike kjelder, alt frå pensumbøker til forsking. Kjeldene er av ulik betydning samt ulik kvalitet. Eg har som sagt nytta pensumbøker, noko som er eit godt grunnlag og utgangspunkt for oppgåva men som ikkje er tilstrekkeleg til å gje svar på oppgåva aleine. Eg har derfor nytta statistikkar og rapportar henta frå fagfellevurderte tidsskrifter, samt knytt problemstillinga opp mot jus og forsking. Eg har valt å styre unna tidsskrifter som er mindre kjente, men det finnes likevel ikkje garanti for at all informasjon i eit kjent tidsskrift er korrekt (Trygstad & Dalland, 2017).

Til oppgåvas problemstilling finnes det ein god del litteratur, noko som kan gjere det vanskeleg å lage ei oversikt over all litteraturen som finnes. Eg meinar sjølv at eg har valt påliteleg og sentral litteratur for oppgåva ved å sortere kjeldene etter relevans for problemet samt haldbarheit. Haldbarheita vert vurdert ut i frå kva tid litteraturen er skrive då eg ønskjer å ha den nyaste oppdaterte informasjonen. Relevans har eg vurdert ut i frå kor vidt litteraturen gjeve svar på problemstillinga mi.

Dersom me skal sjå på forskinga har dei fleste tatt føre seg det same problemet som i denne oppgåva og er derfor høgst relevante. Det finnes likevel ulik kvalitet på forskinga, dette alt ut i frå kva metode og omfang forskinga tek føre seg (Trygstad & Dalland, 2017). Nokre av studiane er store, såkalla meta-analysar som har samla inn informasjon frå fleire store forskingar. Desse artiklane er gode å nytte til denne problemstillinga då dei viser kor utbredt problemet er, ikkje berre i Norden, men også internasjonalt. Internasjonale studiar kan vere gode for å setje problemet i eit stort perspektiv, men kan også vere mindre relevant for Noreg, då det kan finnes ulike praksisar, retningslinjer og reglar i dei ulika landa/verdsdelane. Andre forskingsartiklar er meir spesifikke og kan dreie seg om eit enkelt sjukepleietiltak og fordjupar seg i det, noko som er enkelt å nytte då ein får sett nærmare på dei enkelte tiltaka som sjukepleiaren kan bidra med. Eg har bevisst nytta både kvalitative og kvantitative forskingsartiklar i håp om at dette vil styrke oppgåva. Eg har også nytta nokre forskingsartiklar meir enn andre i drøftingsdelen då nokre av artiklane er med på å belyse fleire områder av problemstillinga.

Teoridel

Dette kapittelet presenterar eigenvalt litteratur i henhold til problemstillinga. Detter er blant anna pensumlitteratur, statistikkar, lover og retningslinjer samt rapportar og artiklar frå tidsskrift.

Kva er førebyggjande sjukepleie?

Førebyggjande sjukepleie betyr å ha god praksis som førebygg sjukdom eller fremjar helse (Ranhoff, 2014). Som sjukepleiar har ein eit ansvar for å kartleggje forhold som kan truge pasienten si helse, funksjonsnivået eller livskvaliteten, for så å setje i verk primær-, sekundær- eller tertiær førebyggjande tiltak, alt ut i frå kvar i sjukdomsforlaupet ein byrjar tiltaket (Norsk sykepleieforbund, 2016). Med Primær førebyggjande tiltak meinar ein å setje i verk tiltak før ein tilstand eller sjukdom har oppstått. Sekundær førebyggjande meinast å hindre tilbakefall eller forverring av ein sjukdom, medan ved tertiær syt ein for å oppretthalde best mogleg livskvalitet og helse når pasienten allereie har ein tilstand eller sjukdom. Som sjukepleiar bør ein kartleggje behovet for førebyggjande tiltak hjå alle pasientar dei møter i ulike nivå i helsetenesta (Ranhoff, 2014).

Florence Nightingale

Eg har valt å benytte sjukepleieteoretikar Florence Nightingale (1820 – 1910) som ein del av teorien for å få fram rolla ein har som sjukepleiar. Nightingale har eg valt fordi ho set fokus på hygieniske prinsipp i førebygging av smitte (Woodham-Smith, 1983). Florence Nightingale moderniserte faget sitt med nyskapande idear i sin tid, med eit sterkt ynskje om å betra samfunnet. Nightingale vart fyrst kjent for arbeidet ho gjorde under krimkrigen, då ho arbeidde på eit sjukehus med mange sjuke soldatar og dødelegheita var stor. Her vart ho kjent som "the lady with the lamp" då ho gikk rundt til pasientane for å sjå til dei både natt og dag, men Nightingale var mykje meir enn berre det. Som den sterke kvinnen ho var gikk ho i mot legane sin praksis og meinte at dårlig hygiene var grunnen til dødelegheita. Ho vant tilliten til nokre av legane og Nightingale vart satt i styring av det hygieniske arbeidet på sjukehuset. Den hygieniske standarden var sterkt forbetra etter at ho fikk organisert arbeidet. Etter å ha skaffa naudsynt utstyr, samt gode prosedyrar sank dødelegheita blant soldatane frå 42%- 2%. Etter dette vart ho verdskjent for arbeidet. Ho har etter dette skrive ein god del bøker, samt starta den fyrste skulen for sjukepleiarar i 1859 (Woodham-Smith, 1983).

Hygiene og basale smittevernsrutinar

Hendene er det viktigaste verktøyet for ein sjukepleiar og ein er i kontakt med mange forskjellige pasientar i løpet av ei vakt (Sørensen, 2005). Ved stell, trøyst, ulike prosedyrar eller berre ei handhelsing. God handhygiene er eit godt dokumentert tiltak i arbeid mot spreiling av mikrobar (Folkehelseinstituttet, 2017). Handhygiene vert definert som alle tiltak ein set i verk for å redusere

hud-floraen ein har på hendene (Sørensen, 2005). Det finnes i hovudsak to ulike metodar å utføre handhygiene på; Handdesinfeksjon og handvask. Handvask vil seie å vaske hendene med såpe og vatn, medan handdesinfeksjon betyr å gni alkoholbasert handdesinfeksjonsmiddel inn i hendene (Folkehelseinstituttet, 2017). Handdesinfeksjon kan ein kunn nytte dersom ein er tørr på hendene og dei ikkje er synleg forureina, likevel er det handdesinfeksjon som også har best dokumentert effekt på å redusere midlertidig hudflora på hendene (Folkehelseinstituttet, 2017).

Som sjukepleiar har ein plikt til å uttøve god handhygiene i arbeid for å redusere infeksjonar (Forskrift om smittevern i helsetjenesten, 2005). I løpet av ei vakt er det viktig at ein som sjukepleiar utfører god handhygiene mellom kvart gjeremål, ja, sjølv om det er hjå same pasient. Hensikta med god handhygiene er å redusere eventuell smitte på hendene for å hindre at mikrobar flyttar på seg til infeksjonsfølsame områder på kroppen, frå pasient til pasient eller mellom pasient og sjukepleiar (Sørensen, 2005).

Når sjukepleiarar arbeidar ved områder på kroppen som er infeksjonsfølsame er det vanleg å nytte ein aseptisk arbeidsmetode (Sørensen, 2005). Med aseptisk meinar ein fråvær av sjukdomsframkallande mikrobar og har til hensikt å hindre at sår eller andre inngangsportar til kroppen kjem i kontakt med mikrobar. Teknikken ein nyttar vert kalla for aseptisk teknikk og inneber steril oppdekking av både sjukepleiar og område på pasientens kropp, samt sterilt utstyr. Når ein utfører aseptiske metodar er det viktig å ha god kunnskap om kva som er steril og ikkje, samt korleis ein skal halde utstyr sterilt (Sørensen, 2005). I praksis har eg opplevd at det er få sjukepleiarar som følg opp prosedyrane for aseptisk metode, særskilt ved innsetjing av kateter.

Urinvegsinfeksjon og urinkateter

Urinvegsinfeksjon er ein tilstand der urinvegane er infisert av bakterieverkst som oftast gjeve kliniske plagar (Gjerland, 2016). Symptom på urinvegsinfeksjon kan vere svie og smerte ved vasslating, hyppig urinlating og hyppig urinlatingstrang (urgency), illeluktande urin sam frysning og feber (Haltbakk, 2008). Urinvegsinfeksjonen kan oppstå på ulike områder i urinvegane, alt frå urinrøyret til blære. Infeksjonen kan vere svært alvorleg dersom det ikkje vert behandla, då bakteriane kan vekse seg oppover til nyrene og føre til både nyrestein, nyresvikt, sepsis og i verste fall døden (Gjerland, 2016).

"HAI" er eit omgrep som står for helsetenesteassosierete infeksjonar, noko som er eit betydeleg problem i helse-Noreg (Gjerland, 2016). Med HAI meinar ein alle infeksjonar som har oppstått minst 48 timer etter innlegging i ein helseinstitusjon (Folkehelseinstituttet, 2017). Prevalensen av HAI har vore på rundt 5% på norske sjukehus i følgje nasjonale undersøkingar, det vil seie at kvar 20. pasient

vert påført ein infeksjon når vedkommande mottar helsehjelp (Folkehelseinstituttet, 2017). Av alle dei infeksjonane som vert påført pasientane utgjer urinvegsinfeksjonar ein tredjedel av desse og er også den hyppigaste registrerte infeksjonen (Gjerland, 2016).

Kateter er ein vanleg årsak til urinvegsinfeksjon og førebygging av kateterassosiert urinvegsinfeksjon har derfor blitt ein av tolv innsatsområder i det norske pasientsikkerhetsprogrammet for 2014-2018 (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014-2018). Formålet til dette programmet er å formidle bodskapen av kva enkle tiltak ein kan følgje for å førebyggje urinvegsinfeksjon. Det vert då lagt vekt på at ein skal sikre adekvat indikasjon for innlegging av kateter, vurdere daglege behov for kateter, samt systematisk opplæring av retningslinjer for blærekatarr for helsepersonell dette er relevant for (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014-2018). Regional leiar for pasientsikkerhetsprogrammet utalar seg i eit intervju om at urinvegsinfeksjon i dag vert bagatellisert og nemnar ei rekke biverknadar (Dolonen, 2014); *"De får nyrebekkenbetennelse, prostatabetennelse og noen får bakterier i blodbanen. Av de som utvikler alvorlig infeksjoner er det en mortalitet på rundt 13 prosent. Disse dødsfallene kunne muligens vært forhindret, sier hun og minner om sitt mantra om aldri å skade pasientene"* (Dolonen, 2014).

Det er fleire faktorar som spelar inn i førebygging av urinvegsinfeksjon hjå pasientar med kateter (Gjerland, 2016). Blant anna finnes det prosedyrar som sjukepleiarane skal følgje for å best mogleg hindre at mikrobar får tilgang inn i urinrøyret (Bratlie, Frydenlund, Solend, & Lelek, 2014). Det finnes prosedyrar for innlegging av kateter, stell av kateter, samt byte av kateter (Fredriksen, Patrono, Skjegstad, Lelek, & Harboe, 2014). I ein institusjon skal kateterisering alltid utførast sterilt då det finnes fleire patogene (sjukdomsframkallande) bakteriar der enn i heimen (Forskrift om smittevern i helsetjenesten, 2005). Som sjukepleiar har ein plikt til å følgje ein aseptisk metode med sterilt utstyr og god handhygiene (Forskrift om smittevern i helsetjenesten, 2005). Det er også viktig å sikre god gjennomskylling samt unngå full urinpose då dette kan tilstoppe bakterieutskylling (Haltbakk, 2008).

Den eldre pasienten

Med alderen aukar risikoien for sjukdom, men aldring i seg sjølv er ingen sjukdom (Mensen, 2014). Aldringsprosessen er noko som intrer når ein har nådd moden alder, som vil seie ca 25 år. Akkurat når aldringsprosessen startar og kor raskt den utviklar seg er sjølvsagt sær individuelt. Ein 75 åring kan bu på sjukeheim og vere fullt pleietrengjande, medan ein annan på same alder kan vere sjef i ei stor bedrift. Det er ikkje alltid like enkelt å vite kva som er aldring og kva som er sjukdom, men den største skilnaden er at sjukdom ofte er noko ein kan behandle. Enkelte aldersforandringar kan vere lettare å observere enn andre, blant anna rynker og grått hår (Mensen, 2014).

Med aldring vil også kroppens evne til å forsvare seg mot mikroorganismar verte redusert (Mensen, 2014). Immunforsvaret vert svakare fordi produksjonen av T-cell, som er ein stor del av immunforvaret vårt, vert redusert. Antistoff-responsen vert også dårligare, noko som medfører at vaksiner og anna langvarig medisinering får redusert og meir kortvarig effekt (Mensen, 2014).

Lover og retningslinjer

I utøving av helsehjelp finnes det både lover og retningslinjer for å sikre god kvalitet på helsehjelpa, samt sikre pasientsikkerheit. Også pasientar har lover knytt til kva rettigheter dei har som også skal vere med på å styrke pasientsikkerheita. I dette kapittelet vil eg presentere forskjellige lover og retningslinjer som er knytt til oppgåva sitt tema.

For sjukepleiarar finnes det retningslinjer som skal setje standarden for kva som er god sjukepleiepraksis og er noko ein som sjukepleiar ikkje skal bryte (Norsk Sykepleie Forbund, 2016). Ei av desse retningslinjene går blant anna ut på at ein som sjukepleiar har ansvar for å praktisera sjukepleie som fremjar helse samt førebygg sjukdom og ein skal aldri påføre skade på ein pasient. Ei anna retningslinje tek føre seg at den enkelte sjukepleiaren har ansvar for at eigen praksis både er juridisk, fagleg og etisk forsvarleg (Norsk sykepleieforbund, 2016).

Som sjukepleiar har ein også bestemte lover som skal vere ei god rettleiing for praksis. Helsepersonelloven kapittel to, paragraf fire går ut på at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med dei krav til forsvarleg og omsorgsfull hjelpe som kan forventast ut i frå helsepersonalet sine kvalifikasjonar, arbeidets karakter samt situasjon (Helsepersonelloven, 2001). Helse- og omsorgstenestelova tar også føre seg temaet om forsvarleg yting av helsehjelp, dette finnes er i kapittel 4 (Helse- og omsorgstenesteloven, 2011). I tillegg til desse to lovane finnes det også ei lov som vert kalla for spesialhelsetenestelova som dreiar seg om forvarleg helsehjelp (Spesialisthelsetenesteloven, 2001). I paragraf 2-2 står det at spesialhelsetenesta skal tilretteleggast slik at personalet vert i stand til å oppretthalde sine lovpålagte pliktar slik at pasientar vert gjeve ei heilskapleg og koordinert teneste (Spesialisthelsetenesteloven, 2001). Ein har også smittevernslova som har som formål å redusere infeksjonar og anna smitte hjå pasientane (Forskrift om smittevern i helsetjenesten, 2005).

Drøfting

I dette kapittelet blir all fakta og informasjon frå teoridelen og forskingsdelen drøfta opp mot problemstillinga. Her vil eg sjå på både ulikskapar og likskapar i kjeldene, samt kome fram til ein konklusjon om kva som er god praksis i rolla som sjukepleiar. I denne delen av oppgåva har eg også valt å nytte forkortinga KAUVI som står for kateterassosiert urinvegsinfeksjon.

Sjukepleiaren si førebyggjande rolle

Den førebyggjande rolla til sjukepleiaren vert underbygd med lover og retningslinjer som saman legg eit stort ansvar på yrkesrolla (Norsk Sykepleie Forbund, 2008). Store delar av oppgåvene til ein sjukepleiar kan ein forstå som førebyggjande arbeid i ei eller anna form fordi arbeidet med å ivareta pasienten sine behov også hindrar sjukdom eller skade (Ranhoff, 2014). På den andre sida har også helsetenesta plikt til å leggje tilrette for at den enkelte sjukepleiar har eit forsvarleg arbeidsforhold og moglegheit til å utføre førebyggjande sjukepleie (Spesialisthelsetenesteloven, 2001). Det kan derfor forstås som at sjukepleiaren ikkje sit med alt ansvaret åleine, men at arbeidsgjevar eller helseføretak faktisk må leggje tilrette for at sjukepleiaren kan utføre jobben.

Ansvaret som sjukepleiaren har innan førebyggjande helse kan også vika i visse situasjonar der det kan tenkje seg at det ikkje er forsvarleg å tenkje på førebyggjande sjukepleie, men da heller behandlande eller lindrande sjukepleie (Helsepersonelloven, 2001). Det er altså varierande i kor stor grad ein tenkje på førebyggjande arbeide i dei ulike situasjonane. Det er likevel viktig å oppretthalde ei førebyggjande sjukepleie til alle typar pasientar, men kanskje særstakt til den eldre pasienten då kroppens evne til å forsvare seg mot mikroorganismar vert svakare (Mensen, 2014). I førebygging av kateterassosiert urinvegsinfeksjon er det viktig å tenkje på primærførebyggjande arbeid, då ein må setje i gang tiltak før tilstanden har oppstått. Dette fordi moglegheita for å få urinvegsinfeksjon når ein har innleggande kateter er nokså stor (Gjerland, 2016).

Kompetanse, smittevern og pasientsikkerheit

Slik det kjem fram i tidlegare forsking er det klart viktig med gode kunnskapar i eit førebyggjande arbeid (Gordon, 2015). Det er også oppretta lovpålagte plikter ovanfor sjukepleiaren om å oppdatere kunnskapen sin for å oppretthalde fagleg forsvarleg sjukepleiepraksis (Helsepersonelloven, 2001). Ut i frå tidlegare forsking kan ein få inntrykk om at kunnskapen til sjukepleiarane ikkje er tilfredsstillande nok, då prevalensen av KAUVI gikk betrakteleg ned etter ei undervisning om førebyggjande tiltak (Gordon, 2015). Kor vidt dette dreiar seg om at sjukepleiarane ikkje opprettheld plikta om å oppdatere seg fagleg eller om det er helsetenesta som ikkje opprettheld plikta si om å leggje til rette for fagleg oppdatering hjå dei tilsette kan sjølv sagt diskuterast (Spesialisthelsetenesteloven, 2001). I følgje loven har ein kunn plikt til å uttøve forsvarleg helsehjelp, men det kan vere viktig å trekke fram at god praksis er ein høgare standard enn kravet til forsvarlegheit (Helsepersonelloven, 2001). Kravet til forsvarleg yting av helsehjelp er eit minstekrav ved yting av helsehjelp så sjølv om praksisen til sjukepleiarane ikkje var god, kan dei likevel ha oppretthaldt kravet til forsvarlegheit.

Grunnleggjande kunnskapar har gjennom forsking vist seg å vere sentralt og viktig i eit førebyggjande arbeid (Crnila, Habjanic, & Novak, 2002). Dette kjem også fram i studien til Gordon då det viste seg at

fagmiljøet endra seg kring kunnskapane om førebygging av KAUVI (Gordon, 2015). I studien vart ikkje alle sjukepleiarane på same avdeling undervist, men ho såg likevel at sjukepleiarane som arbeida på same avdeling som dei som deltok, også tileigna seg gode kunnskapar. Dette kan vere fordi kunnskapen vart vidareformidla eller at problemet vart satt meir i fokus etter at kompetansen til fleire vart auka. Det kan sjølvsagt også vere fordi personalet visste om forskinga og hadde meir fokus på dette. Eg har sjølv opplevd i praksis at miljøet på avdelinga kan ha mykje å seie for kva praksis som vert utøvd. På ein stad kan førebygging av KAUVI vere eit sentralt og viktig arbeid som ein brukar mykje tid på, medan andre plassar har eg opplevd at haldninga er dårligare og det førebyggande arbeidet er mindre i fokus. Eg har blant anna vore vitne til dårlege rutinar ved innsetjing av kateter der sjukepleiaren legg lite vekt på aseptisk metode og steril prosedyre, noko som er brot på lovpålagte plikter som er lagt på sjukepleiarrolla (Forskrift om smittevern i helsetjenesten, 2005). Ut i frå korleis miljøet rundt førebygging av KAUVI endra seg på dei aktuelle avdelingane som var med i studiet, kan ein få inntrykk av at kunnskapen også kan ha mykje å seie for miljøet og utøving av god sjukepleiepraksis (Gordon, 2015). Dette vert også støtta av pasientsikkerheitsprogrammet som har utøvd tre enkle tiltak i arbeidet mot å førebyggje KAUVI, der det eine tiltaket går spesifikt ut på å sikre god undervisning og informasjon til sjukepleiaren (Pasientsikkerheitsprogrammet, 2014-2018).

Sjukepleietiltak

Som sjukepleiar arbeidar ein i ei yrkesgruppa som har mykje kontakt med pasienten og har derfor stor innflytelse på om helsehjelpa vert av god eller dårlig kvalitet. For å førebyggje skade eller infeksjon ved innlegging og stell av kateteret er det opp til sjukepleiaren å følgje gode prosedyrar og retningslinjer for å sikre god og forsvarleg praksis (Gjerland, 2016). I følgje lova om smittevern har også sjukepleiaren plikt til å følgje gode prosedyrar, då avvik frå dette kan føre til auka risiko for infeksjon eller andre komplikasjonar (Forskrift om smittevern i helsetjenesten, 2005). Dette fordi dårlig innsetjing av kateter kan føre til at kateteret tar med seg bakteriar inn i urinrøyret.

Helsepersonelloven stiller også krav til at helsepersonell utøvar arbeidet i samsvar med dei krava til forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp som vert forventa ut i frå yrkesgruppas kvalifikasjonar, arbeidets situasjon og arbeidets karakter (Helsepersonelloven, 2001).

I mine praksisperiodar har eg observert at prosedyrar er hengt opp i papirform på avdelinga slik at desse er enkelt tilgjengelege. Eg opplevde også at nokre sjukepleiarar leste igjennom prosedyrane før dei skulle utføre oppgåva, medan andre ikkje gjorde det. Dette kan sjølvsagt vere styrt av kor erfaren ein er og kor ofte ein har utført oppgåva. Uansett er det sjukepleiaren sitt ansvar for at kateterisering vert gjennomført fagleg forsvarleg og i henhold til dei retningslinjene og prosedyrane som finnes for den spesifikke oppgåva (Gjerland, 2016). Dette vert også støtta med tidlegare forsking som viser at

grunnleggjande kunnskapar innan hygiene er særstakt viktig i det førebyggjande arbeidet mot infeksjonar, og er like viktig for å kunne oppretthalde gode prosedyrar (Crnila, Habjanic, & Novak, 2002).

I tillegg til gode prosedyrar ved innsetjing av kateter er det også viktig å sikre god drenasje hjå pasientar med innlagt kateter, då kontinuerleg gjennomskylling reduserar tilkomsten for bakteriar (Gjerland & Vinsnes, 2007). Dette kan ein enkelt gjere ved å sikre at pasienten drikker rikeleg med væske eller gi pasienten væske intravenøs i samarbeid med lege. Ein må også sikre at posen ikkje vert for full og at den vert tømt jamleg då full pose også kan tilstoppe dreneringa (Haltbakk, 2008).

Etter at Florence Nightingale sette lys over viktigheita med god hygiene, har dette vore noko som helsevesenet kontinuerleg jobba med. Det er blant anna oppretta ei lov med formål om å redusere smitte og infeksjonar innan helse (Forskrift om smittevern i helsetjenesten, 2005). Sjølv får eg inntrykk av at dei fleste veit korleis ein skal oppretthalde god hygiene, men at det ikkje alltid er like enkelt i praksis. Retningslinjer og prosedyrar heng ofte enkelt tilgjengeleg på alle avdelingar, men stress og mangel på tid kan gjere det vanskeleg for sjukepleieren å utfører hygiene på ein sikker måte. Om dette skuldast kunnskap eller därlege haldninga kan ein ikkje uttale noko om, men slik det kom fram i studien til Gordon hadde kunnskap mykje å seie for prevalensen av KAUVI samt fagmiljøet si utvikling og haldningar (Gordon, 2015).

I forskinga til Lindsay Nicolle frå 2014 kjem det tydeleg fram at det er viktig å oppretthalde god hygiene og prosedyre både ved innsetting av kateter samt vedlikehald, men at faren for KAUVI aldri vert redusert før kateteret vert fjerna frå urinrøyret (Nicolle, 2014). Denne påstanden vert også støtta av forskinga til Meddings som har spesifikt studert fjerning av kateter som eit tiltak (Meddings, et al., 2014). Eit kateter vert også beskrive av andre som ein "inngangsport" for bakteriar, og faren for KAUVI vil derfor ikkje forsvinne før "inngangsporten" for bakteriane vert fjerna (Gjerland, 2016).

Studie viser også at risiko for infeksjon aukar med den inneliggjande tida til kateteret. Det er derfor viktig at ein som sjukepleiar har kontroll over kva tid pasienten fikk kateter, samt ha kunnskapar om når ein kan fjerne det. Vurdering av daglege behov som er eit av tiltaka frå pasientsikkerheitsprogrammet kan vere eit viktig bidrag og vert støtta av både forsking og pensumbøker som er samde om at tidleg fjerning av kateter er det mest effektive tiltaket (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014-2018). Ein kan også diskutere kor vidt det er forsvarleg å la pasientar ha inneliggjande kateter lenger enn det som er naudsynt.

Andre førebyggjande tiltak

Sjølv om det er viktig å hindre unødig bruk av kateter er også kateter ein viktig del av behandlinga til pasienten. Det finnes derfor fleire førebyggjande tiltak ein kan setje i verk medan kateteret er inneliggande hjå pasienten. God hygiene, rett prosedyre og informasjon til pasienten er sentrale sjukepleietiltak som allereie er diskutert i oppgåva. No skal eg sjå nærare på andre førebyggjande tiltak. Blant anna er tiltak som tranebærjuice, -ekstrakt eller -tablettar nøyne omtalt. I praksis har eg opplevd at tranebærtablettar har hatt ein positiv effekt hjå enkelte, men forsking viser at dette nødvendigvis ikkje stemmer (Muzzi-Bjornson & Macera, 2011). Frå tidlegare studie har statistikken vist ein så svak effekt av tranebær at det også kan reknast som "rein tilfeldighet" eller styrt av andre faktorar (Muzzi-Bjornson & Macera, 2011). Det er likevel ikkje noko forsking som påstår at tranebærtablettar ikkje har noko verknad. Ein kan uansett diskutere kor vidt ein som sjukepleiar kan nytte slike tiltak då helsevesenet skal behandle pasientar ut i frå forskingsbasert kunnskap (Helsepersonelloven, 2001, Spesialhelsetenesteloven, 2001).

Denne oppgåva tek føre seg kva ein som sjukepleiar kan bidra med for å førebygge KAUVI. Ved å redusere prevalens av infeksjon, reduserar ein samtidig bruken av antibiotika (Astrup, 2017). Dette er viktig fordi bruk av antibiotika aukar risiko for utvikling av antibiotikaresistens (While, 2016). Antibiotika er eit legemiddel og må derfor ordinerast av lege, men medisinering av pasientar skjer ofte gjennom eit tett samarbeid mellom lege og sjukepleiar. Det er derfor viktig at ein som sjukepleiar har grunnleggjande kunnskapar som kan betre dette samarbeidet.

På mange avdelingar i dag har eg opplevd at pasientar vert sett på antibiotikaprofylakse når dei får innlagt kateter, dette for å hindre at ein infeksjon oppstår. Med bakgrunn i dei samfunnsendringane me i dag har i møte kan ein diskutere om dette faktisk er forsvarleg (Kacelnik, Astrup, & Bjørnholt, 2016). Det kan derfor vere viktig at sjukepleiaren brukar sine grunnleggjande sjukepleiekunnskapar for å førebyggje urinvegsinfeksjon, i staden for at legen skal ordinere medisinar for å førebyggje. Det kjem tydeleg fram i studie at redusert bruk av antibiotika også reduserar utikling av antibiotikaresistens (While, 2016). Det er også vist gjennom forsking at antibiotika kan gje fleire uheldige biverknader, som ein enkelt kan unngå ved å nytte andre førebyggjande tiltak (Muzzi-Bjornson & Macera, 2011).

Konklusjon

Det er ein sjukepleiar si rolle å fremje pasienten si helse samt førebyggje sjukdom. Dette inneber at ein som sjukepleiar må motverke faktorar som kan føre til sjukdom hjå pasienten. I denne oppgåva

har eg funne ut korleis ein som sjukepleiar kan bidra til å førebyggje kateterassosiert urinvegsinfeksjon (KAUVI).

Det er først og fremst viktig at sjukepleieren har fokus på den førebyggjande rolla si. For å kunne utføre eit godt førebyggjande arbeid må sjukepleieren ha innsikt i kva som skal førebyggjast og korleis ein kan førebyggje det. I arbeidet mot KAUFI må sjukepleieren altså ha kunnskap til å identifisere risikoen for infeksjon, ha kjennskap til korleis KAUFI oppstår samt kva førebyggjande tiltak som kan setjast i verk for å unngå infeksjon i urinvegane. Forsking viser at undervisning om førebygging av KAUFI har vist god effekt, og er med på å oppretthalde sjukepleieren sin kompetanse.

Då kateterisering generelt aukar risikoen for infeksjon, må ein som sjukepleiar syte for å avgrense bruk av kateter. Det er derfor viktig at sjukepleieren har kompetanse til å identifisere behovet for kateterisering og arbeidar saman med lege for å sikre at pasienten faktisk tilfredsstille indikasjonane for innsetjing av kateter. Når det først er naudsynt å nytte urinkateter som ein del av behandlinga kan ein som sjukepleiar arbeide for at tidsrommet kateter ligg i urinvegane vert avgrensa til kunn den absolutt naudsynte tida. Både forsking, pensum og anna litteratur er alle samde om at fjerning av kateter tidlegast mogleg er det beste tiltaket for å førebyggje KAUFI. Det er derfor viktig at ein som sjukepleiar kontinuerleg vurderar behovet for kateter hjå den enkelte pasient.

Det finnes likevel pasientar som har behov for inneliggjande kateter i lengre periodar. Det er då særsviktig å praktisere andre infeksjonsførebyggjande tiltak som er retta mot sjølve handteringen av kateteret. Det er blant anna viktig å sikre at innlegging av kateter vert gjort etter god prosedyre. Aseptisk metode ved innlegging av kateter er pålagt på sjukehus og kan ha ein infeksjonsførebyggjande effekt. Grunnleggjande sjukehushygiene er også heilt sentralt i arbeid mot å redusere nosokomiale infeksjonar, då også kateterassosiert urinvegsinfeksjon. Dette kan vere så enkelt som god handhygiene. Det er derfor viktig at ein som sjukepleiar har grunnleggjande kunnskapar om kva god handhygiene er, samt korleis ein opprettheld god handhygiene. God handhygiene er viktig i alle prosedyrar, blant anna ved innsetjing og stell av kateter. Dette vil redusere spreiling av bakteriar samt redusere risiko for infeksjon. Det er også viktig at ein som sjukepleiar sikrar god drenasje i kateteret, då gjennomstrømming av urin også tar med seg eventuelle bakteriar ut frå urinrøyret. Her må ein også passe på at urinposen ikkje vert full då dette kan bremse drenasjen.

Forsking på andre tiltak som tranebærekstrakt, tranebærtablettar eller appelsinjuice viser uklare resultat og er eit felt som treng vidare forsking før ein kan avgjere om det har effekt eller ikkje. Inntil vidare er ikkje desse nokre tiltak eg vil anbefale då helsehjelpa i Noreg vert bygd opp på forskingsbasert kunnskap.

Til slutt vil eg også trekke fram at eit godt samarbeid mellom sjukepleiar og lege i det førebyggjande arbeidet kan vere med på å redusere unaudsynt bruk av antibiotika, samt risiko for alvorlege biverknader som antibiotikabruk kan medføre.

Bibliografi

- Astrup, E. (2017, 02 22). *Antibiotikaresistens*. Henta 04 08, 2017 frå Folkehelserapporten:
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/antibiotikaresistens---folkehelsera/#hvordan-sprer-antibiotikaresistens-seg>
- Bratlie, M. S., Frydenlund, Å. G., Solend, C. M., & Lelek, M. M. (2014, 10 03). *Kateterisering - Steril intermitterende (SIK) på voksne*. Henta 05 10, 2017 frå
<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/kateterisering-steril-intermitterende-sik-pa-voksne>
- Crnila, T., Habjanic, A., & Novak, D. (2002). Role of the nurse in preventing nasocomial [sic] infections. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 36(2), ss. 105-108.
- Dalland, O. (2017). Den litterære oppgaven. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (5. utg., ss. 223-232). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2017). Hva er metode? I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (5. utg., ss. 111-124). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dolonen, K. A. (2014, 10 28). *Pasientskader kan halveres*. Henta 04 04, 2017 frå Sykepleien nyheter:
<https://sykepleien.no/2014/10/pasientskader-kan-halveres>
- Folkehelseinstituttet. (2016, 04). *Smittevern 23: Håndhygiene, nasjonal veileder*.
- Folkehelseinstituttet. (2017, 02 13). *Generelt og håndhygiene og huden på hendene*. Henta 04 27, 2017 frå <https://www.fhi.no/nettpub/handhygiene/om-handhygiene/temakapitler/>
- Folkehelseinstituttet. (2017, 02 14). *Hånddesinfeksjon*. Henta 05 10, 2017 frå
<https://www.fhi.no/nettpub/handhygiene/anbefalinger/handdesinfeksjon/>
- Folkehelseinstituttet. (2017, 02 14). *Håndvask med såpe og vann*. Henta 05 10, 2017 frå
<http://www.fhi.no/nettpub/handhygiene/anbefalinger/handvask-med-sape-og-vann/>
- Forskrift om smittevern i helsetjenesten. (2005, 06 21). *Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten*. Henta 04 28, 2017 frå <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-06-17-610>
- Fredriksen, A., Patrono, W., Skjegstad, C., Lelek, M., & Harboe, E. M. (2014, 06 03). *Urinkateter, permanent - innleggelse, stell, skifte, skylling og seponering, hos voksne*. Henta 05 10, 2017 frå <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/urinkateter-permanent-innleggelse-stell-skifte-skylling-og-seponering-hos-voksne>
- Fredriksen, A., Patrono, W., Skjegstad, C., Lelek, M., & Harboe, E. M. (2014, 06 03). *Urinkateter, permanent – innleggelse, stell, skifte, skylling og seponering, hos voksne*. Henta 04 04, 2017 frå Helsebiblioteket: <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/urinkateter-permanent-innleggelse-stell-skifte-skylling-og-seponering-hos-voksne#Utstyr-%E2%80%93-Stell->

Gjerland, A. (2016). Eliminasjon. I *Grunnleggende sykepleie bind 2* (3. utg., ss. 265-285). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Gjerland, A., & Vinsnes, A. G. (2007). Eliminasjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie* (ss. 191-204). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Gordon, P. R. (2015). The Effects of Nursing Education on Decreasing Catheter Associated Urinary Tract Infection Rates. *Walden University*, s. 115.

Haltbakk, J. (2008). Sykepleie til pasienter med lidelser i nyrer og urinveier. I U. Knutstad (Red.), *Klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3*. Oslo: Akribe.

Helse- og omsorgstenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstenester*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgs>

Helsepersonelloven. (2001). Kapittel 5. Taushetsplikt og opplysningsrett. Henta 04 10, 2017 frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#§25

Helsepersonelloven. (2001, 01 01). *Lov om helsepersonell m.v.* Henta 10 09, 2016 frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Kacelnik, O., Astrup, E., & Bjørnholt, J. V. (2016). *Overvåking av resistente bakterier årsrapport 2015*. Avdeling for infeksjonsovervåking. Folkehelseinstituttet.

Kunnskapsbasert Praksis. (2012). [www.kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/). Henta 04 09, 2017 frå <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>

Meddings, J., Rogers, M. A., Krein, S. L., Fakih, M. G., Olmsted, R. N., & Saint, S. (2014, 04). Reducing unnecessary urinary catheter use and other strategies to prevent catheter-associated urinary tract infection: an integrative review. *BMJ Quality & Safety*, 23(4), ss. 277-289. DOI: 10.1136/bmjqqs-2012-001774

Mensen, L. (2014). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., ss. 52-57). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Muzzi-Bjornson, L., & Macera, L. (2011, 03). Preventing infection in elders with long-term indwelling urinary catheters. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 23(3), ss. 127-134. DOI: 10.1111/j.1745-7599.2010.00588.x

Nicolle, L. E. (2014, 07 25). Catheter associated urinary tract infections. *Antimicrobial Resistance And Infection Control*, 3, s. 23. DOI: 10.1186/2047-2994-3-23

Norsk Sykepleie Forbund. (2008). *Dette bør du vite om faglig forsvarlighet*. Oslo. Henta frå <https://www.nsf.no/Content/298024/Faglig%20forsvarlighet.pdf>

Norsk Sykepleie Forbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk sykepleie forbund. Henta frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Norsk sykepleieforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2014-2018). *Forebygging av urinveisinfeksjoner*.
<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/forebygging-av-urinveisinfeksjoner>.
- Ranhoff, A. H. (2014). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., ss. 162-173). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Spesialisthelsetenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetenesten*. Henta 04 28, 2017 frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- St.meld.nr. 47. (2008-2009). *Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet*. Oslo: Akademika AS.
- Statistisk sentralbyrå. (2016, 06 21). *Befolkningsframstyringer 2016- 2100*. Henta 04 08, 2017 frå <https://www.ssb.no/folkfram>
- Sørensen, U. (2005). Hygiene. I T. E. Mekki, & S. Pedersen, *Sykepleieboken 1* (ss. 99-131). Oslo: Akribe AS.
- Trygstad, H., & Dalland, O. (2017). Kilde og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (5. utg., ss. 63-82). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- While, A. (2016, 07). No action today means no cure tomorrow': the threat of antimicrobial resistance. *British journal of community nursing*, 21(7), ss. 344-347. DOI: 10.12968/bjcn.2016.21.7.344
- Woodham-Smith, C. (1983). *Florence Nightingale: 1820-1910*. New York: Atheneum.