

UNIVERSITETET I  
NORDLAND

**Sykepleierens rolle for å forebygge CVK-relaterte infeksjoner i medisinsk  
avdeling**

***- I hvilken grad brukes standardiserte prosedyrer for å kvalitetssikre  
sykepleien og oppdateres disse prosedyrene i henhold til nyere forskning?***

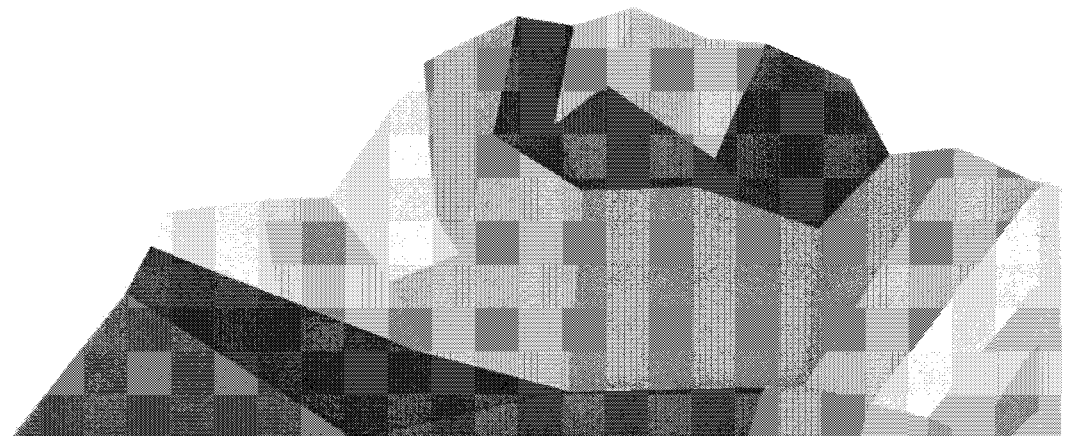
[Bergenev, Stine Nordgaard  
Ljøkjell, Markus Gard Moen]

Kurskode: SY180H 000 Bacheloroppgave i sykepleie

Dato: 29.04.2011

Kandidatnr.: 23, 94

Totalt antall sider: 40



## Innholdsfortegnelse

<b>Innholdsfortegnelse</b> .....	i
<b>1.0 Innledning:</b> .....	1
1.1 Tema og problemstilling: .....	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.3 Avgrensing og presisering av problemstillingen .....	2
1.4 Litteratursøk/søkehistorikk.....	3
<b>2.0 Metode</b> .....	4
2.1 Fenomenologi og hermeneutikk.....	4
2.2 Kvalitativt dybdeintervju.....	5
2.3 Kvantitativ spørreundersøkelse .....	6
2.4 Etske hensyn.....	7
<b>3.0 Teori</b> .....	8
3.1 Sykepleieperspektiv .....	8
3.2 Infeksjoner og mikrobiologi.....	10
3.3 CVK .....	11
3.3.1 CVK-relaterte komplikasjoner .....	12
3.4 Sykepleierens ansvar for pasienten og egen praksis.....	13
3.4.1 Evidensbasert sykepleie .....	15
<b>4.0 Presentasjon av empiriske data.</b> .....	17
4.1 Spørreundersøkelse .....	17
4.2 Intervju .....	17
<b>5.0 Drøfting</b> .....	20
5.1 Oppdatering og kvalitetssikring – hvem skal dra lasset? .....	20
5.2 CVK-relaterte prosedyrer – kun for spesielt interesserte? .....	22
5.3 Evidensbasert praksis i avdelingen – tid til både fag og stell?.....	24
<b>6.0 Avslutning</b> .....	27
<b>7.0 Litteratur</b> .....	29
<b>8.0 Vedlegg</b> .....	33
Vedlegg 1: Spørreundersøkelse med statistikk .....	33
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	37

## **1.0 Innledning:**

Antall ord: 9668

### **1.1 Tema og problemstilling:**

I forbindelse med bacheloroppgaven har vi valgt tema – infeksjonsforebygging ved bruk av CVK i sykehus.

**Problemstillingen** vi har valgt er:

*Sykepleierens rolle for å forebygge CVK-relaterte infeksjoner i medisinsk avdeling*

*I hvilken grad brukes standardiserte prosedyrer for å kvalitetssikre sykepleien og oppdateres disse prosedyrene i henhold til nyere forskning?*

### **1.2 Bakgrunn for valg av tema**

I vår praksis ved et distriktssykehus observerte vi at prosedyrer for behandling/stell av CVK varierte mye fra sykepleier til sykepleier. Vi observerte at praktisk gjennomføring av dette ikke bestandig hadde samsvar med retningslinjer for prosedyrer vi har blitt undervist ved Universitetet. Vi var også vitne til enkeltepisoder hvor aseptisk teknikk ikke ble opprettholdt, selv om andre sykepleiere var til stede og kommenterte dette.

Ved en tidligere praksis kom vi over en fransk forskningsartikkel fra 2010, som nettopp peker på CVK – relaterte infeksjoner som et stort problem ved sykehus i USA, dette tente gløden for å undersøke denne problematikken videre, noe vi fikk i denne praksisen (Frasca, Dayhot-Fizelier og Mimosz 2010). Vi merket også at pasienter reagerte på at prosedyren ikke ble gjennomført på samme måte avhengig av hvilken sykepleier som utførte den, og at dette i tilfeller ble et uromoment for pasienten. Enkelte pasienter som hadde lang erfaring med bruk av CVK stilte også kritiske spørsmål til disse forskjellene, og vi var også borti tilfeller hvor pasienten selv var meget opptatt av infeksjonsforebygging i forhold til stell av CVK, og påpekte dette i forbindelse med prosedyren. Slike spørsmål var det vanskelig for oss som studenter å besvare der og da, men det bidro til å sette i gang vår tankeprosess rundt dette.

Under vår praksistid ved avdelingen kom også selve prosedyreutviklingsaspektet opp, da en oppdatering av prosedyren ble formidlet til oss som studenter samt til pasienter fra anestesivdelingen ved sykehuset, uten at vi visste hvilket organ vi skulle videreformidle

denne prosedyreendringen til. Denne prosedyreendringen var begrunnet av ny forskning og nye retningslinjer som har blitt innført ved sykehusavdelinger i USA. Det at vi plutselig sto ovenfor en slik situasjon uten å vite hvor denne informasjonen skulle videreformidles hen fikk oss til å undre over hvilket system som finner for oppdatering og kvalitetssikring av prosedyrene ved dette sykehuset.

Hvilke kunnskapskilder går sykepleierne til for å oppdatere seg i forkant av utøvelse av prosedyren for f.eks. CVK-stell? Er det interesse blant sykepleierne ved avdelingen for å holde seg oppdatert i henhold til nyere forskning.

Vi som sykepleierstudenter er i en læringsfase, og når vi ser prosedyrer bli gjort uriktig eller på varierende måte fra sykepleier til sykepleier stiller det oss i en vanskelig posisjon. Som urutinerte sykepleierstudenter er det vanskelig å gå inn i en bestemt situasjon ovenfor en rutinert sykepleier og søke begrunnelse uten å framstå som for kritisk. Samtidig er fagkunnskapen i pleien universell og bør gjelde for alle, det kunnskapsmessige aspektet av sykepleien gir kanskje ikke forutsetning for en alt for personlig tolkning?

I vår situasjon der vi kommer rett fra skolebenken kan det hende vi har muligheten til å oppfatte situasjoner på en annen måte enn sykepleiere som har jobbet ved samme arbeidsplass i mange år og kommet inn i rutinen. Vi er kanskje mer fokusert på prosedyrer, bokkunnskap og “det å være kritisk”. Sykepleiere i arbeid ved en avdeling har derimot andre ting å ta hensyn til, eksempelvis tidspress, bemanning og pasientmengde i forhold til å få utført dagens gjøremål. Derfor spør vi oss: hva er egentlig årsaken til denne forskjellen mellom teori og praksis? Hvem har ansvaret for å oppdatere prosedyrer i avdelingen, og på hvilken måte foregår denne prosessen? Ligger ansvaret for sprik mellom teori og praksis hos den enkelte sykepleiers vaner eller “uvaner”, har organisasjonskulturen og ledelsen ansvaret, eller er det unnlattelsessynd hos den enkelte?

Vi ble gjennom dette så opphengt i å søke svar på disse spørsmålene at vi valgte å vie bacheloroppgaven vår for å finne ut mer om disse spørsmålene.

### ***1.3 Avgrensing og presisering av problemstillingen***

Denne oppgaven baserer seg på data fra en medisinsk avdeling, selv om enkelte av forskningsartiklene våre er spesielt knyttet til intensivavdelinger. Dette fordi vi har hatt praksis ved denne avdelingen og gjort oss erfaringer som nevnt over. I tillegg til dette har intensivavdelingen ved dette sykehuset kort liggetid da pasienter med behov for langvarig

bruk av CVK oftest overføres til medisinsk avdeling eller intensivavdelinger ved andre sykehus. Oppgaven benytter seg utelukkende av sykepleiere som respondenter, da denne oppgaven skal ha sykepleiefaglig fokus, og skal undersøke sykepleierens rolle i denne sammenhengen.

#### ***1.4 Litteratursøk/søkehistorikk.***

Ved oppstart til denne oppgaven begynte vi å få tak i relevant litteratur, vi har brukt databaser gjennom BIBSYS som PubMed og ProQuest, samt andre relevante databaser for helsefaglig forskningslitteratur. Vi har også brukt Google scholar og norske tidsskrift vi har benyttet oss av tidligere, slik som [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no) og [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no) i vår litteraturinnhenting. Nøkkelord som vi har brukt i vår oppgave har vært: CVC, SVK, central venous catheter, sentralt venekateter, infeksjon, infections. Dette er nøkkelord vi har brukt alene, men også kombinert med hverandre. Vi har også benyttet pensumlitteratur fra tidligere emner. Vi har benyttet oss av Nordlandsbibliotekenes søkedatabase for å rekvirere bøker til utlån fra eget bibliotek, samt elektronisk tilgjengelige titler fra Nasjonalbiblioteket ([www.nb.no](http://www.nb.no)). Kildekritikk beskrives i litteraturen som metoder brukt for å sjekke kilders validitet før en benytter seg av dem i en oppgave. Dalland (2007) nevner de problemene som informasjonstilgangen vi har gjennom internett medfører i forbindelse med litteratursøk. Store mengder data publiseres, og sluttbrukerens rolle blir derfor å utvise hensyn i forhold til disse kildene, og hvorvidt informasjonen er å regne som gyldig. Det pekes også på viktigheten av kildekritikk utenfor den rent akademiske siden av sykepleierutdanningen, da vi i møte med pasienter og pårørende har en informantrolle ovenfor disse. Det er viktig også i slike situasjoner å være kritisk til hvor en henter informasjon fra, og også å vurdere om dette er spørsmål du har faglig grunnlag for å svare på (Dalland 2007).

I arbeidet med denne oppgaven, og spesielt i forhold til innhenting av litteratur, har vi forsøkt å være svært kritiske. Derfor har vi i så stor grad som mulig valgt å bare benytte anerkjente databaser. I den grad vi innhentet artikler via regulære søkemotorer måtte vi gjøre vårt beste for å sjekke artiklenes validitet og status som forskningslitteratur. Vi har blant annet vist hensyn til forfatterens tyngde, publiseringssted, om artiklene har undergått peer- review etc. Et godt hjelpemiddel har vært Dallands (2007) "Hva – hvem – for hvem – hvorfor – hva er formålet" sjekklister for å strukturere den kildekritiske prosessen.

## 2.0 Metode

### 2.1 Fenomenologi og hermeneutikk

I arbeid med kvalitativ metode står fortolkende teoretiske retninger sentralt. Thagaard (2009) peker på viktigheten av refleksjon over meningsinnholdet til de data en samler i løpet av forskningsprosessen. Selv om denne refleksjonen i hovedsak foregår mot slutten av forskningsperioden, er det også en kontinuerlig prosess som foregår og utvikler seg i løpet av forskningens varighet. Forskerens teoretiske utgangspunkt vil ligge til grunn for måten han/hun fortolker resultatene på, men det foregår samtidig en gjensidig påvirkningsprosess hvor forskerens forståelse påvirkes av de resultater som datamaterialet framlegger.

I den fenomenologiske tradisjon søker forskeren å finne den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer gjennom personens subjektive opplevelse (Thagaard 2009). Fenomenologiens slagord er “gå til saken selv” (Zu den Sachen selbst), og baserer seg på den østerrikske filosofen og matematikeren Edmund Husserls (1859-1938) tenkning. Han mente vi som mennesker ser og hører ting i omgivelsene, ikke slik tingene faktisk er for seg selv, men slik vi oppfatter dem. Dette vil si at vi ilegger en observasjon enkelte egenskaper i lys av tidligere erfaringer, eller av hva vi forventer den skal være. Det er umulig for oss å se tingen i seg selv, dens ytre eksistens som en selvstendig gjenstand overskygges av vår oppfatning av tingen, altså fenomenet (Bjurwill 1995) (Aadland 1997).

Begrepet hermeneutikk stammer fra det greske ordet *hermeneuein* som betyr å uttrykke, å fortolke/forklare og å oversette. Begrepet brukes i moderne tid i tre ulike betydninger. Hermeneutikk kan omhandle selve forståelsen som fenomen, den mer eller mindre automatiske prosessen som foregår i dagliglivet, det kan omhandle en spesifikk forståelse (spesialhermeneutisk praksis) i forhold til behandling av bestemte typer dokumenter, eller vi kan bruke ordet om *teorien om forståelse*, kjent som allmenn eller filosofisk hermeneutikk (Lægreid og Skorgen 2006). Hermeneutisk tilnærming har som mål å fortolke meningsfulle fenomener. Menneskelige handlinger ilegges betydning eller mening, og hermeneutikken gir oss mulighetene til å beskrive vilkårene for at forståelse av mening skal være mulig. Meningsfulle handlinger må fortolkes for å forstås, og hermeneutikken forsøker å forklare hva forståelse og fortolkning er, og hvordan forståelse er mulig (Dalland 2007). Innenfor hermeneutisk tradisjon ønsker en å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det umiddelbart åpenbare, og mener i motsetning til fenomenologiens “ting i seg selv” at fenomener kan tolkes på mange nivåer (Thagaard 2009). I motsetning til positivistisk tenkning og bruk av den

hypotetisk-deduktive metode som forutsetter en viss avstand til stoffet for å kunne forske på fenomener, forutsetter hermeneutikken at en bevisst prøver å sette seg inn i hvordan opplevelsen av en sak er for f.eks. et intervjuobjekt for å bygge seg en forståelse av denne personens subjektive opplevelse og forståelse av saken (Aadland 1997). Et hjelpemiddel innen hermeneutisk refleksjon er den hermeneutiske sirkel/spiral, en prosess av fenomen – tolkning – forståelse – ny tolkning – ny forståelse etc. som gjentas og utvikles (Dalland 2007).

## **2.2 Kvalitativt dybdeintervju**

I vår oppgave har vi valgt å benytte oss av flere metoder for å innhente data til oppgaven. I hovedsak ønsket vi et kvalitativt dybdeintervju med hygienesykepleier e.l. ved avdelingen da vi mente denne informant ville være best egnet til å besvare spørsmål rundt vårt tema. Utvelgelsen av informant var et såkalt strategisk valg, det var altså en bestemt utvelgelse av informant etter hva vi ønsker å finne ut (Dalland 2007). Kvalitativ metode går mer i dybden av det vi ønsker å vite, og det gir mer menings- og opplevelsesbaserte svar, samt at vi bruker informanten som et instrument for at vi skal kunne få svar på det vi ønsket å vite mer om. Kvalitativ metode gir også fleksibilitet og lar informanten bidra i utspørringsprosessen. Vi ønsker altså å innhente informantens kunnskap i samtaleform, og få fram nyansene av det som informanten spørres om. I denne sammenhengen ønsker vi gjennom åpne spørsmål å få informanten til å snakke fritt og utdypende om rutiner i avdelingen, prosedyrer, oppdatering av disse etc. (Dalland 2007). Det kan være nyttig for oss å få hjelp av informantens kompetanse på dette området, dette kan gi oss mer utdypende svar utover spørsmålene som vi på forhånd hadde laget ferdig. En kvalitativ metode fokuserer også på å skildre meninger og innrykk som ikke er målbare. I en intervjusituasjon vil dette gi utslag i fleksibilitet rundt spørsmålene, hvor en kan la intervjuet avvike fra det planlagte oppsettet for å la informanten utdype svarene sine (Dalland 2007).

I forkant av intervjuet utarbeidet vi en løs intervjuguide, som skulle fungere som en veiviser for oss under intervjuets gang. I stedet for utskrevne spørsmål skulle denne hovedsakelig fungere som et tankekart for våre innspill til samtalens gang, og en påminner om hvilke tema vi ønsket belyst. Vi baserte oss på å bygge opp intervjuet etter en delvis strukturert tilnærming. Dette er en intervjumetode hvor intervjuguiden beskriver hvilke tema som skal tas opp og antyder spørsmålenes form mens den allikevel gir informanten muligheten til å styre samtalens utvikling da den ikke er strukturert i tidsaspekt og rekkefølge på spørsmål

(Thagaard 2009). Som hjelpemiddel under intervjuet hadde vi basert oss på å benytte opptaksutstyr (digital opptaker) med tillatelse, i tillegg til notater, da dette vil gi oss muligheten til å kunne delta mer aktivt i samtalen enn hvis vi skulle basere oss på notater alene. Thagaard (2009) beskriver angående intervjuteknikk at forskeren med hell kan benytte såkalte prober, små anerkjennende kommentarer eller kroppsspråksbaserte tilbakemeldinger til informanten som signaliserer interesse for det informanten sier. Denne typen tilbakemeldinger oppleves som god lytting, og kan bidra til at informanten utdyper mer om temaet og at kvaliteten på datamaterialet blir bedre. Forskerens bruk av kroppsspråk pekes på som viktig i denne datasamlingsmetoden. Forskerens holdning i forhold til spørsmål kan påvirke informantens oppfatning av det, og vekke bestemte stemningsleier, slik at det samme spørsmålet kan oppfattes aggressivt, ironisk eller oppriktig avhengig av forskerens presentasjon. Det er derfor viktig for oss å fokusere på vårt eget kroppsspråk og stemmeleie under intervjusituasjonen (Drageset 2010).

### ***2.3 Kvantitativ spørreundersøkelse***

Vi ønsket også å gjennomføre en spørreundersøkelse ved medisinsk avdeling, altså en kvantitativ metode for innhenting av data, for å kartlegge den individuelle sykepleiers oppfatning av kvaliteten på prosedyrene som benyttes i avdelingen. Med en kvantitativ metode er spørsmålene ferdig formulert og standardisert av oss på forhånd, noe som er et kvalitetsmål for undersøkelsen, der respondentene svarer på de samme spørsmålene stilt på samme måte og i samme rekkefølge for alle. Spørsmålene som vi har utarbeidet på forhånd skal oppfattes likt av alle som skal svare på spørreundersøkelsen, derfor legges det mye vekt på formuleringen av spørsmålene. Hvis svarene i et spørreskjema skal kunne uttrykkes i tallkoder og definerte svarkategorier, må standardiseringen av denne prosessen være grunnleggende fra starten av i utarbeidingen av et spørreskjema (Dalland 2007). Vi designet en spørreundersøkelse på 10 spørsmål, som skulle gi oss innblikk i hvordan sykepleierne ved avdelingen oppfattet retningslinjer for prosedyrer i avdelingen, kvalitet og tilgjengelighet av disse, samt spørsmål rundt bruk av nyere forskning for å oppdatere disse. Vi hadde også med spørsmål som gikk mer generelt på forskningsbasert sykepleie, og hvilken interesse for dette som forelå blant sykepleierne, samt i hvor stor grad de oppsøker nyere forskning for å utvikle egen kompetanse etter endt utdanning. Vi ville også undersøke hvilken oppfatning disse hadde av arbeidet arbeidsplassen gjør i forhold til dette.



Ved utformingen av spørreskjemaet, vil spørsmålene være relevante i forhold til data vi ønsker å innhente, men samtidig begrenset nok til at vi kan sikre oss bredde i form av flere respondenter. Denne datasamlingen er mer ment som et supplement til oppgavens hovedinformant, dette for å få data på hvordan den gjennomsnittlige pleier i avdelingen opplever dette. Vi håper å kunne innhente spesifikke tall på hvordan kvaliteten på dette aspektet av pleien oppfattes i avdelingen, og trekke linjer mellom dette og den redegjørelsen for utvikling og oppdatering av prosedyrer vi ønsker å kartlegge i intervjuet.

#### **2.4 Etiske hensyn**

I forhold til forskningsetiske hensyn er vi underlagt skolens reglement i forbindelse med datasamling i felt. Vi har lagt stor vekt på personopplysningsloven, og har vært bevisste på å fjerne enhver hentydning som kan være av personidentifiserende art. Underlagt dette ligger både direkte personidentifiserende opplysninger som navn, pers.nr. etc., og indirekte personidentifiserende opplysninger som kommune, bestemt institusjon i kombinasjon med andre identifiserende kjennetegn (Dalland 2007). Da det i grunn er enkelt å unngå direkte personidentifiserende opplysninger, er indirekte personidentifiserende opplysninger vanskeligere å hantes med. Som forskere er vi ansvarlige for å opprettholde prinsippet om konfidensialitet, hvilket sier at alle som er gjenstand for forskning har krav på at informasjonen de bidrar med behandles konfidensielt. Dette innebærer anonymisering av data, og stiller krav til hvordan data oppbevares og destrueres, for å sikre individets privatliv (Thagaard 2009).

Vi har gjort vårt beste for å anonymisere oppgaven i så stor grad som mulig, og har unngått bruk av kommunenavn, kjennetegn ved sykehuset og avdelingen, samt andre mulige fallgruver som kan bidra til å svekke anonymitet.

I forkant av datasamling ble avdelingsleder ved avdelingen forelagt Universitetets standardiserte skjema for tillatelse til innhenting av data før noen datasamling fant sted. Informantene ble også informert om muligheten til å trekke seg hvis ønskelig når som helst, uten videre konsekvenser for dem. Det forelå med andre ord et skriftlig informert frivillig samtykke fra avdelingsleder (Dalland 2007). Informert samtykke ble også innhentet fra intervjuinformant. Respondentene på spørreundersøkelsen ble også gjort oppmerksomme på vår taushetsplikt, at undersøkelsen var anonym og frivillig samt at den ikke ville knyttes til arbeidstaker og arbeidsplass.

## 3.0 Teori

### 3.1 Sykepleieperspektiv

*The word “infection”, which is often confounded with “contagion” expresses a fact, and does not involve a hypothesis. But just as there is no such thing as “contagion”, there is no such thing as inevitable infection. [...] It will be seen at a glance that in every such case and in every such example, the “infection” is not inevitable, but simply the result of carelessness and ignorance. (Nightingale 1859: 7)*

Vi har valgt å basere oss hovedsakelig på Florence Nightingales syn på sykepleie.

Florence ble født i Firenze i Italia, 12. mai 1820. Hun var av rikmannsslekt, og det ble sett på som et ganske radikalt opprør da hun i 1844 annonserte sitt kall til sykepleie, noe som ble sett på som laverestående arbeid for en pike av hennes rang. Hun var aktiv som sykepleier under Krimkrigen fra 1854, hvor hun møtte umenneskelige arbeidsforhold, mangel på medisiner og utstyr samt elendig hygiene. Hun arbeidet hardt for å bedre forholdene ved sykehuset i Scutari, skaffet til veie medikamenter og utstyr, samt gjorde drastiske hygienetiltak for å bedre forholdene. Gjennom dette arbeidet reduserte hun dødeligheten blant de sårede soldatene drastisk, selv om hennes arbeid møtte motstand fra legestand og myndigheter. Hun ble meget godt likt av soldatene, som ga henne klengenavnet “The Lady with the lamp”, grunnet framtoningen hennes når hun gikk runder blant pasientene med oljelampe.

Etter hjemkomsten til hjemlandet organiserte Nightingale den første verdslige sykepleieutdanningen ved St. Thomas Hospital i London, og var pådriver for profesjonsutviklingen. Hun hadde også et aktivt forfatterskap, og skrev flere bøker. De mest kjente er *Notes on Hospitals* fra 1859 og *Notes on Nursing* som utkom samme år. *Notes on Hospitals* tar for seg de dårlige forholdene ved sykehusene, manglende hygiene og sykehussykdommer som en stor dødsårsak blant pasienter. Den noe mer kjente *Notes on Nursing* foreligger i flere utgaver, hvorav enkelte er rettet mot legfolk og andre er rettet mot sykepleiere med mer erfaring. Nightingale varierer språk og kapittelutvalg etter målgruppen og det er derfor kraftige variasjoner mellom utgavene. Dette verket er en mer praktisk håndbok i stell av syke, fokusert på observasjoner, tiltak, psykologiske aspekter, ernæring og hygiene og miljø rundt pasienten (Kristoffersen 1996),( Kirkevold 1998), (Encyclopædia Britannica 2011).

Nightingale blir av mange sett på som den første sykepleieteoretiker, selv om en ikke kan kalle hennes teori for en direkte omsorgsteori. Nightingales hovedsyn på sykepleie går ut på fjerne (ofte) menneskeskapte hindringer som påvirker kroppens egne helbredende krefter. Hun mente disse hindringene ofte skyldtes manglende kompetanse og interesse for å opparbeide seg kunnskap om fagfeltet, samt manglende observasjonsevne hos pleieren (Kirkevold 1998). Nightingale utarbeidet klare krav til kvalitet, innhenting av data og hun innførte forbedringstiltak. Disse grunnleggende aktivitetene kalles i dag kvalitetsutvikling. Det var på denne måten Nightingale uttrykte at sykepleierne måtte arbeide kontinuerlig for å forbedre sykepleien (Kristoffersen 1996).

Nightingales definisjon på sykepleie sier noe om at vi underforstått kan se en sammenheng mellom begrepene menneske, helse, miljø og sykepleierens ansvar. Det hun sier om hva sykepleie innebærer er at mennesket må kunne sette seg i den best mulige tilstand slik at naturen kan gjenvinne eller bevare helsen, dette ved å forhindre eller helbrede sykdom og skade. Hun mener også at det er sykepleieren sin oppgave og tilrettelegge miljøet slik at forholdene til pasienten blir optimale. I tillegg til at Nightingale definerte de syke og skadde som sykepleierens målgruppe, var hun også veldig opptatt av sykepleierens forebyggende funksjon. Hun mente at selv friske mennesker kunne bli syke under ugunstige miljømessige forhold, og iverksatte til og med forebyggende helsetiltak (Kristoffersen 1996).

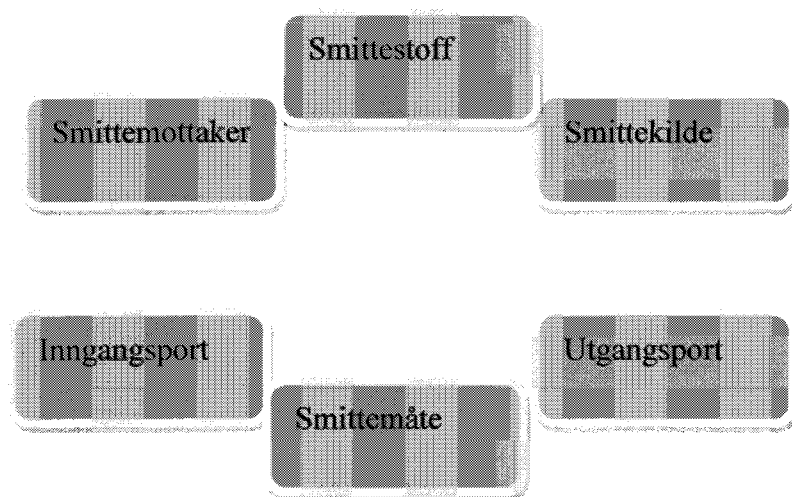
Selv om Nightingale ikke var tilhenger av datidens mikrobeteori var hun en foregangsfigur når det gjelder infeksjonsforebygging og hygiene. Hun arbeidet aktivt for å bekjempe hospitalsykdommene ved hjelp av hygienetiltak og kompetanseutvikling hos sykepleierne, og kjempet for at sykehusene ikke skulle være pasientene til skade ved å påføre dem sykdommer de ikke hadde ved innleggelse.

En annen ting Nightingale legger vekt på er en systematisk observasjon av pasientens situasjon og tilstand. Hun mente også at den viktigste praktiske kunnskap som kan gis sykepleiere er å lære dem hva som skal observeres, hvordan man observerer, hvilke symptomer som indikerer bedring og hvilke symptomer som indikerer for det motsatte. Det er også viktig å lære seg hvilke observasjoner som røper dårlig pleie og hvilken form for dårlig sykepleie. Sykepleiere som ikke kan utføre nøyaktige observasjoner og forstå hva disse observasjonene betyr er til liten nytte. Det er sykepleieren sitt ansvar å rapportere til legen på bakgrunn av observasjonene som er gjort, og dette oppfordrer til solide fagkunnskaper

(Kristoffersen 1996). Florence påpeker at sykepleieren gjennom observasjon og logikk skal opparbeide seg et kunnskapsgrunnlag for sin utøvelse av sykepleie. Praktisk erfaring og refleksjon over egen praksis er en forutsetning for å utvikle seg til å bli en god sykepleier. Nightingale fokuserte også på ledelsens og fagutviklingens rolle for å ivareta pasientens behov. Hun beskriver sykepleierens indirekte rolle, hvor organisasjonsstruktur og ledelsesoppgaver skal sikre at pasientens behov blir oppfylt uavhengig av den enkelte sykepleier. Dette skal foregå gjennom at sykepleieren utvikler rutiner som skal sørge for god sykepleie også når hun selv ikke er tilstede (Kirkevold 1998).

### 3.2 Infeksjoner og mikrobiologi

Som en forutsetning for at en infeksjon skal kunne oppstå er vi avhengige av at betingelsene for dette er til stede. Disse betingelsene kaller vi smittekjeden.



En tenkt smittekjede i CVK-sammenheng kan arte seg f.eks. ved *Staphylococcus aureus*, gule stafylokokker som smittestoff. Dette smittestoffet kommer fra en smittekilde, f.eks. fra en annen pasient via en utgangsport hos pasienten, f. eks. utsondringer som puss, sårveske via smittemåter som kontaktsmitte eller luftsmitte. Deretter kan dette smittestoffet bæres videre til en annen pasient hvor det gjennom inokulasjonssmitte/vektorbåren smitte, altså smitte gjennom brutt hud (CVK) utsetter pasienten for smittestoffet. Kjeden er fullført, og vi har potensiale for infeksjon til stede (Hovig og Lystad 2001).

Nosokomiale infeksjoner er infeksjoner som oppstår under eller etter et sykehus/helseinstitusjonsopphold, og er et resultat av dette. 5-10% av pasienter innlagt i

norske sykehus pådrar seg slike infeksjoner. Dette fører til økt påkjenning på pasienten og store merkostnader for samfunnet. I Norge kan ca. 400 dødsfall årlig knyttes til nosokomiale infeksjoner (Tjade 2008).

### 3.3 CVK

Sentralvenekateter, (CVK, CVC, SVK) heretter i oppgaven kalt CVK er de siste årene tatt mer og mer i bruk til behandling i norske sykehus. CVK er som navnet tilsier et venekateter som i motsetning til PVK, perifært venekateter, ofte kjent under merkevarenavnet Veneflon ligger dypere i kroppen, i en sentral vene, da ofte v.jugularis interna, v.subclavia og v.femoralis (Pleym 2008).

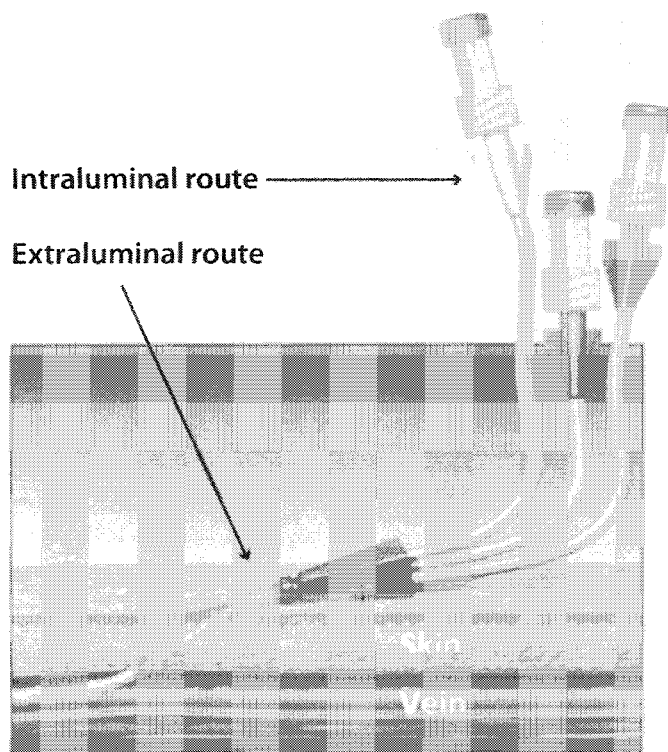
CVK brukes ofte i akuttmedisinske situasjoner hvor det ofte etableres grunnet behov for hurtig parenteral infusjon av store mengder væsker eller medikamenter, måling av sentralvenetrykk (CVP) og enkel tilgang på venøst blod til prøvetaking, da fra kateter med flere lumen. Intensivpasienter behandles også ofte med medikamenter som er sterkt vasokonstringerende slik som adrenalin, noradrenalin og dopamin, eller andre infusjoner som irriterer venen som aminosyreløsninger og kaliumkloridholdige blandinger (Eikeland, Gimnes og Holm 2010).

I medisinske avdelinger ser vi oftest bruk av CVK hos pasienter som er avhengig av langvarig venetilgang, da ofte for langvarig antibiotikabehandling, pasienter med behov for parenteral ernæring, eller hos pasienter som får medikamenter som er vevsirriterende og kan forårsake venebetennelse, tromboflebitt når de gis i mindre, perifere vener hvor blodgjennomstrømmingen er lavere, eksempelvis væsker som ikke er isotone, enkelte cytostatikapreparater og kaliumklorid som nevnt over). Dette er også aktuelt ved behandling av pasienter hvor det er vanskelig å etablere god perifer venetilgang, f. eks rusmisbrukere eller personer som behandles med enkelte medikamenter, som Prednisolon. Pasienter som stadig plages med tilbakevennende tromboflebitter, eller hvor perifere katetre ofte går tett, som igjen fører til hyppig seponering og ny PVK – innleggelse kan også dra nytte av å få lagt inn CVK i løpet av behandlingsperioden.

### ***3.3.1 CVK-relaterte komplikasjoner***

Ved bruk av sentrale venekatetre foreligger risikoer både ved innleggelse, daglig bruk og fjerning av kateteret. Bruksrelaterte komplikasjoner som luftemboli, kan forekomme ved uriktig bruk av kateteret og tilhørende infusjonsutstyr, men oftest ved fjerning av kateteret, spesielt utilsiktet fjerning ved uhell. På grunn av det naturlige undertrykket i thorax kan luft suges inn i kateteret. Dette forhindres best ved å ha pasienten i flatt leie eller eventuelt sjokkleie ved manipulering av/fjerning av kateteret (Pleym 2008).

Kateterrelaterte infeksjoner er den mest vanlige komplikasjonen i forbindelse med bruk av CVK hos kritisk syke pasienter. Pasienter med CVK har økt risiko for lokale infeksjoner rundt stikkstedet, kateterrelatert blodstrømsinfeksjon (CRBSI), septisk tromboflebitt, endokarditt og andre infeksjoner (Grady et. al. 2002). Studier fra sykehus i USA viser at 3-8% av alle personer med sentralvenekateter utvikler infeksjoner, samt at CVK er den ledende årsaken til nosokomiale infeksjoner i intensivavdelinger der, med 80 000 tilfeller årlig, og svimlende merkostnader rapportert fra 300 millioner dollar opp til 2,3 milliarder dollar. Den amerikanske organisasjonen Centers for Disease Control and Prevention peker på CVK-relaterte komplikasjoner, da særlig infeksjoner som en av sine sju helse- og omsorgssikkerhetsutfordringer og har som mål å redusere forekomst med 50% i løpet av de neste 5 år (Mermel 2000) (Frazca et.al. 2010). Smitte gjennom CVK foregår i hovedsak på to måter, ekstraluminal og intraluminal smitte. Ekstraluminal smitte forekommer oftest ved CVK med kort liggetid (opp til 15 dager) og arter seg ved bakterievandring fra den naturlige hudfloraen langs kateteret til katetertuppen. Intraluminal smitte forekommer oftest i kateter med lengre liggetid, og kjennetegnes ved at smittestoffet vandrer langs kateterets innside, lumen. Intraluminale infeksjoner har blitt spesielt knyttet til helsearbeideres manipulasjon av kateteret i forbindelse med stell og bruk av kateteret (Frazca et.al. 2010).



Bilde: Frazca et.al. 2010.

### **3.4 Sykepleierens ansvar for pasienten og egen praksis**

I vår oppgave har vi tenkt å fokusere på et holistisk menneskesyn. Dette kan vi forklare som helthetslære/helhetsforståelse, det er en livsoppfatning som tilsier at alle deler av menneskets natur må tilgodeses. Dette medfører at man i en behandlings – og pleiesituasjon må forholde seg til mennesket som en helhet med kropp, tanker, engstelse, sårbarhet, og ressurser, disse er alle sider som hører mennesket til. Man kan ikke bare se på hvordan de ulike delene som for eksempel hjerte, lunger, nyrer eller andre organer fungerer enkeltvis, de fungerer sammen og slik kan vi forstå kroppen helhetlig. Vi kan ut i fra menneskesynet se litt på hvordan de forskjellige sykepleiere jobber, menneskets forståelse av yrket og praksis, og det kan også forme moralske holdninger. Det kan også påvirke oppfatningen av hva som er et menneskeverdige liv, og ut i fra de profesjonelles menneskesyn kan dette påvirke handlingen deres. Dette kan få store konsekvenser for enkeltmenneskers skjebne.

Man kan stille seg spørsmål om det er mulig å behandle, se og forstå hele mennesket med alt dette innebærer, ut fra holistisk tenkning. Derfor blir målet å ta mest mulig hensyn og inkludere mest mulig av hele mennesket, der det kan være mange mulige årsaker til at mennesket er sykt og kanskje har dårlig helse.

Ved en holistisk tilnærming må pasientene betraktes som medmennesker og derfor blir de sett på som likeverdige samarbeidspartnere når deres helseproblem skal løses. Ut i fra denne tenkningen kan vi derfor ikke forholde oss nøytralt til pasienten som en ting eller et objekt. Det er derfor viktig å gå inn i en relasjon med pasienten der pasienten føler seg trygg, likeverdig og blir bekreftet som et menneske (Brinchmann 2008).

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, slås det fast at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Derfor skal sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg, ikke minst respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert. Etter å ha studert de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere § 3.1, 3.3, 3.4, 3.5, 4.1, 5.2, og 5.3, kan vi se ut i fra dette at sykepleieren har ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig, samt at sykepleierne klarer å erkjenne grensene for egen kompetanse og bare praktiserer innenfor disse, eller søker veiledning ved vanskelige situasjoner. Samtidig skal sykepleieren holde seg oppdatert om forskning og utvikling. Dette bidrar til verdibevissthet, fagutvikling og til at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis. Sykepleieren skal melde fra og/eller varsle når en pasient utsette for uforsvarlige eller kritikkverdige forhold. Lojaliteten på arbeidsplassen skal ikke kunne hindre dette (NSF 2008). I de samme retningslinjer slås det fast at sykepleieren skal oppdatere sin praksis i henhold til kunnskapsbasert/evidensbasert sykepleie, et tema vi skal belyse i neste underkapittel. Dette forutsetter at sykepleieren har interesse og kunnskap til å kunne oppdatere seg på nye forskningsresultater for deretter å vurdere/revurdere praktiske prosedyrer i henhold til disse. Det pekes på en *informasjonskompetanse*, hvor sykepleieren skal være i stand til å finne ny informasjon, vurdere informasjonen, integrere den i praksis for deretter å vurdere virkningen av disse nye tiltakene (Undheim, Wisløff og Rønning 2011).

På grunnlag av flere av de artiklene vi allerede har presentert, publiserte Grady et.al (2011) en rekke retningslinjer for forebygging av kateterrelaterte infeksjoner. Under undervisning/kompetansebygging etterlyses jevnlig kartlegging av kompetanse hos alt personell som legger inn/steller og benytter CVK. Her ansees god undervisning og gode rutiner for opprettholdelse og utvikling av kompetanse som kritisk i forhold til reduksjon av infeksjonsforekomst.



### *3.4.1 Evidensbasert sykepleie*

Uttrykket evidensbasert sykepleie, heretter EBS er en videreføring av tanken bak det engelske “evidence based medicine” som understreker at arbeid i helsevesenet bør ha sitt utspring i vitenskapelig grunnlag. Grunntanken bak EBS er at sykepleiepraksis skal formuleres ut fra de beste foreliggende vitenskapelige resultater på de gjeldende områder. Hensikten bak denne tankegangen er å sikre at pasientene mottar den beste behandling tilgjengelig gjennom at sykepleierne baserer sine tiltak og tjenester på kunnskap fra oppdatert forskning. Vi snakker dermed om en stadig kvalitetsforbedring av sykepleietjenesten.

Litteraturen beskriver tankegangen bak EBS, både som en grunnholdning og en prosess. EBS som en grunnholdning forutsetter at sykepleiere baserer sitt arbeid på vitenskapelige resultater, og at praksis er utformet på grunnlag av resultater over tid. Dette forutsetter at sykepleiere som gruppe innehar en vilje til å basere sine sykepleiehandlinger ut fra vitenskapelige bevis. EBS sett som en prosess innebærer viljen til å benytte forskningslitteratur for å søke svar på spesifikke spørsmål knyttet til situasjoner fra arbeidslivet, for deretter å formulere sine handlinger ut fra dette. Som et ledd i profesjonsutviklingen av sykepleiefaget pekes det på som nødvendig å forandre sykepleiernes syn på dette. Sykepleierne har tradisjonelt sett på sitt fag som mer praktisk, og har ikke identifisert seg med yrket som en akademisk virksomhet, eller regnet intellektuell virksomhet som en del av sykepleien. Dette er nå i endring mot et syn på sykepleie som en vitenskapelig disiplin.

Det foreligger nå veldig mange tidsskrifter som publiserer sykepleieforskning på verdensbasis, noe som kan føre til problemer med både motstridende forskning samt utfordringer med å finne relevante publikasjoner. Dette kan gjøre det vanskelig for sykepleiere i arbeid å holde seg oppdatert, selv bare innenfor eget spesialområde. Vi ser derfor en utvikling hvor forskningsbaserte resultater samles i egne EBS-tidsskrift som presenterer artikler i abstraktform, samt oppveksten av kunnskapsbanker som tilrettelegger evidensbasert forskning til praktisk bruk i yrkesutførelse.

EBS har også blitt kritisert fordi det hevdes at andre grunnleggende pleieverdier innenfor de humanistiske og sosiale aspektene av sykepleien nedprioriteres. Det pekes på at EBS gir liten innsikt i livsfilosofiske spørsmål som angår eksistensielle spørsmål rund tema som livskvalitet, erfaring etc. Argumenter mot dette er at EBS er å se som et supplement til disse aspektene av pleien, og at kvalitetssikring innenfor de vitenskapelige områdene av faget ikke

kommer på bekostning av andre grunnleggende sykepleieegenskaper, og at EBS og livsfilosofi er likeverdige og utfyller hverandre (Willmann 2001), (Kveseth 2006) (Martinsen og Boge 2004).

Undheim et.al (2011) peker på utfordringer i forhold til evidensbasert/kunnskapsbasert arbeid på arbeidsplassen. Enkelte faktorer som lite tid avsatt til å oppdatere seg på forskningslitteratur, dårlig tilgjengelighet på utstyr som datamaskiner/internett og få veiledere nevnes spesielt. I tillegg er manglende kunnskap på å innhente, vurdere og bearbeide informasjon et hinder for evidensbasert arbeid i praksis. Gjennom denne studien søkte Undheim et.al å undersøke hvorvidt informasjonskompetansen hos sykepleiere- og studenter ville øke gjennom et opplæringsprosjekt i kunnskapsbasert praksis, trinn i informasjonskompetanse, søkestrategier og kritisk vurdering av forskningsartikler som ble funnet. Studiens resultat var merkbart økt informasjonskompetanse hos kontrollgruppen (2011).

## **4.0 Presentasjon av empiriske data.**

### ***4.1 Spørreundersøkelse***

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i løpet av 11 dager. Etter innhenting av nødvendig tillatelse ble spørreskjemaet etter avdelingsleders forslag lagt i posthyllene til hver enkelt sykepleier ved avdelingen. Avdelingen hadde totalt 22 mulige respondenter. Ved tidsfristens utløp hadde vi fått inn besvarelse fra 10 av disse, noe i underkant av 50 %. Vi hadde selvsagt håpt på mer respons, men forstår godt dette resultatet, både på grunn av arbeidets art (tidspress etc.) samt turnusplan, ferieavvikling o.l. som kan føre til lang tid mellom hver gang enkelte respondenter var på arbeid. Vi føler allikevel at 10 respondenter gir oss grei bredde for å representere meninger hos den gjennomsnittlige sykepleier i avdelingen.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viste stor enighet blant våre respondenter og vi så samsvar i måten spørsmålene var besvart på. Sykepleierne var klare over at retningslinjer for prosedyreutførelse forelå i avdelingen. De fleste mente utforming og tilgjengelighet på denne informasjonen var god, og rapporterte at de brukte dette som kilde i forkant av utøvelse av prosedyren. På spørsmål om hvorvidt de mente prosedyren ble oppdatert i henhold til forskning svarte 20 % ja, mens 40 % mente dette ikke var tilfelle og 40 % ikke visste. Ved spørsmål om avdelingen/arbeidsplassen i stor nok grad informerte om nyere forskning og påfølgende resultat i forhold til sykepleieutøvelse svarte 80 % nei, mens 20 % svarte "vet ikke". 100 % av respondentene uttrykte at de så nytten av og hadde interesse for å oppdatere seg faglig ved hjelp av forskning. De samme 100 % rapporterte at økt fokus fra arbeidsplassen på dette ville gi dem faglig utbytte i arbeidsutførelsen ved avdelingen.

### ***4.2 Intervju***

Intervjuet foregikk i stor grad slik vi hadde forventet det. Etter å ha blitt presentert sine rettigheter som informant, samt samtykket til bruk av opptaksutstyr brukte vi intervjuguiden slik som planlagt, og gjennomførte dermed intervjuet mer som en løst strukturert samtale som varte i rundt 40 minutter. Dette førte til noe ekstraarbeid i forhold til utskrivning av intervjuet, da enkelte tema dukker opp flere plasser i intervjuet. Men vi følte vi fikk god dekning av de tema vi ønsket svar på.

Informanten vår pekte på flere interessante tema rundt CVK-stell i avdelingen og avdekket flere områder som kan være interessante å se nærmere på i denne oppgaven.

Ved spørsmål angående varierende utførelse av prosedyren ved avdelingen finner vi flere interessante opplysninger. Det kom fram at prosessen for utvikling og kvalitetssikring av prosedyrer ved avdelingen/sykehuset var uklar, og at det var vanskelig å vite hvem sitt ansvar dette var. Informanten understreket at det fantes flere kilder med prosedyreinformasjon i avdelingen, men at disse mest trolig for lengst var utdaterte. På grunn av dette kunne det være vanskelig for sykepleierne å vite hvilke av disse kildene som var mest oppdatert/brukbare, da det fantes flere permer hvor prosedyren var beskrevet (hygieneperm, prosedyreperm, ferdigtrykt eksternt prosedyrebok) i tillegg til en kvalitetssikringskilde tilgjengelig elektronisk gjennom sykehusets intranett. I tillegg til dette hadde en oppdatert prosedyre blitt hentet inn fra et universitetssykehus i landet og slått opp tilgjengelig i avdelingen for gjennomlesning og signering av sykepleierne. Men ved datasamlingstidspunktet var dette oppslaget forsvunnet.

I forhold til pasientenes opplevelse av manglende samsvar mellom sykepleiernes prosedyreutførelse hadde ikke informanten mange konkrete eksempler. Men vedkommende hadde merket seg tilfeller hvor pasienter overflyttet fra større sykehus undret seg over forskjeller mellom de forskjellige sykehusenes praksis, og at de foretrakk det de var vant til fra andre sykehus.

Informanten mente også at det trolig forelå usikkerhet rundt stell av CVK blant sykepleierne i avdelingen, og at dette ble sett på som en "farlig" prosedyre som førte med seg flere risikomomenter. Dette kunne føre til at pleiere som følte seg kompetente og trygge på dette ofte endte opp med å utføre denne arbeidsoppgaven, mens andre unnlot å gjennomføre og heller delegerte dette til de sykepleierne som følte seg trygge på prosedyren. Avdelingens befarings med CVK varierte sterkt fra perioder med få/ingen pasienter med CVK til perioder hvor en så 2-3 pasienter med CVK i avdelingen. Denne lave forekomsten ble også lagt til grunn for hvorfor denne prosedyren ble oppfattet som komplisert og uvant. Det var heller ingen kultur hos sykepleierne ved avdelingen om å aktivt anbefale CVK som alternativ til langtidsbehandling med PVK. Dette ble regnet mer som et ansvarsområde for legene eller eventuelt anestesipersonalet etter problemer med å etablere venetilgang over en tidsperiode.

Informanten hadde ikke registrert tilfeller av kateterrelatert infeksjon ved avdelingen i den nyere tid, men påpekte at dette kunne relateres til få pasienter med CVK samt kort behandlingstid med CVK før pasientene utskrives eller ved en eventuell mors. Ved mistanke

om kateterrelatert infeksjon hos pasienter skal katetertupp klippes og sendes til dyrkning etter seponering for å avklare dette.

Informanten understøttet resultatene spørreundersøkelsen ga angående vilje og interesse til faglig oppdatering hos sykepleierne. “Det er ikke interessen og lysten det står på her”. Det ble derimot understreket at tiden til å bedrive slikt arbeid i ordinær arbeidstid var lav, og at enkelte pleiere som aktivt brukte fritiden sin på slikt arbeid derfor hadde bedre forutsetninger for dette enn andre. Internundervisningen både i avdelingen og felles for sykehus/kommune ble beskrevet som positiv og lærerik, men det ble etterlyst mer fokus på intern oppdatering i forhold til forskning i avdelingen. Informanten etterlyste også kursing i hvordan sykepleierne selv kan finne litteratur og oppdatere seg da distribusjon av dette har endret seg den senere tid med databruk etc. Det foreligger god informasjon flere steder i avdelingen (litteratur, elektronisk informasjon), men det blir lite tid i løpet av arbeidsdagen til å benytte seg av denne. Det var underforstått at slikt arbeid selvsagt ikke kan foregå kun i løpet av arbeidsdagen. Men informanten påpekte at det var et ønske fra flere at *mer* tid kunne settes av til slikt arbeid i arbeidstiden. Faggruppearbeid ble også nevnt som ønskelig. Pleiekulturen ved avdelingen ble også et tema, og det kom fram at å sette seg ned med slikt arbeid i en travel avdeling kunne gi dårlig samvittighet ovenfor andre sykepleiere og hjelpepleiere ved avdelingen, da det kunne oppfattes eller oppleves av sykepleieren selv som “unnasluntring” fra andre mer pleierelaterte arbeidsoppgaver.

## 5.0 Drøfting

### 5.1 Oppdatering og kvalitetssikring – hvem skal dra lasset?

*“Det er sikkert faste prosedyrer på slike ting [prosedyreoppdatering] på større sykehus, for der har de jo hele tiden hygienesykepleiere. Slik som ved [større universitetssykehus] der har de jo kjempe mange hygienesykepleiere. [...] da blir det jo mye lettere å finne ut av slike ting en ved et slikt lite sykehus.”* (Intervjuinformant)

Proessen for oppdatering av prosedyrer er som nevnt noe av det vi ønsket å finne ut mer om i løpet av denne oppgaven, men vi har ikke greid å skaffe oss veldig mye mer oversikt over denne prosessen gjennom vårt datasamlingsarbeid. Vi har fortsatt en oppfatning av denne prosessen som lite håndgripelig, og at det er vanskelig å finne ut hvor hovedansvaret for kvalitetssikring og oppdatering ligger. Det er klart for oss at hygienesykepleieren har ansvar for oppdatering av prosedyren. Ved dette sykehuset har hygienesykepleieren lav stillingsbrøk, og fungerer i tillegg til denne jobben som vanlig sykepleier i stell. Vi forstår at midler ikke vil være tilgjengelig for å drive en 100 % stilling med dette arbeidet ved et distriktssykehus, uten at disse midlene nødvendigvis må tas fra andre budsjettposter hvor de kanskje oppleves mer nødvendige for å tilby et godt helsetilbud. Denne stillingen er heller ikke besatt ved intervjutidspunktet. Da blir det naturlig for oss å spørre oss hvor dette ansvaret ligger på nåværende tidspunkt, uten at vi har funnet noe klart svar på det. En kan forvente at avdelingsleder ved respektive avdelinger vil måtte steppe inn i slike situasjoner, enten ved å gjøre dette arbeidet selv, eller ved konkret delegering til andre medarbeidere. En leder med overordnet administrativt ansvar for en avdeling har mye arbeid knyttet til dette, og har kanskje hovedfokuset rettet mot dette. Når det mangler et fagansvarlig organ/en fagansvarlig stilling med overordnet ansvar for kvalitetssikringsarbeid, og dette arbeidet må falle på avdelingsleder, er det vår mening dette kan føre til at fagansvaret kan risikere å havne i bakleksa i forhold til annen daglig drift av avdelingen. Det er derfor ikke sikkert at den beste løsningen er å kombinere administrativt og faglig ansvar i en stilling. Bedre dialog og klar delegering av arbeidsoppgaver til medarbeidere kan kanskje være en midlertidig løsning på et slikt problem, men vi er avhengig av løsninger som kan fungere på lang sikt for å sikre vedvarende kvalitetssikring.

Det finnes flere utfordringer i arbeid med kvalitetssikring og oppdateringsarbeidet som foregår. Prosedyrebeskrivelser varierer fra sykehus til sykehus, og det er mange, om enn subtile forskjeller mellom disse. Prosedyrene varierer i oversiktighet, og det kan være vanskelig å spore hvilken litteratur de enkelte prosedyrers utforming er basert på. I kapitlet om EBS nevnes kunnskapsbanker som gode kilder for å få presentert oppsummert forskning på en lettfattelig og praktisk brukbar måte. Gjennom vårt utdanningsløp har vi stiftet kjennskap til PPS, praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten, som er en kunnskapsbank som i tillegg til over 300 evidensbaserte prosedyrer tilbyr bakenforliggende kunnskapsstoff og kildehenvisninger for videre lesning. Denne løsningen brukes i 150 kommuner, ved alle sykepleieutdanninger og ved 10 sykehus i Norge. Som studenter har vi hatt stor nytte av denne databasen både i skolesammenheng og i praksis i forbindelse med prosedyreutførelse. PPS er ikke i bruk ved sykehuset. Vår informant kjente ikke til dette tilbudet, men møtte det med stor begeistring. Et abonnement på en slik tjeneste vil etter vår erfaring forenkle arbeidet med å skaffe seg oversikt over oppdaterte prosedyrer, samt å finne fram til det forskningsgrunnlag disse er baserte på. Kunnskapstester til oppfriskningsbruk gir også brukerne mulighet til å få oversikt over egen kunnskap, samt hvilke fagfelt de trenger å oppdatere seg på. For små sykehus med begrensede ressurser til å foreta slikt arbeid internt vil kanskje en slik ekstern tjeneste være verdt utgiftene forbundet med abonnement, satt opp mot den fagutvikling og kompetansebygging en slik tjeneste legger grunnlag for. Behovet for å utvikle eget undervisningsmateriale forenkles, og fagansvarlige i små stillinger vil ha en enklere jobb med å finne materiale til sitt arbeid hvis slikt materiale presenteres samlet på en oversiktlig måte.

Bruk av en felles prosedyrebank vil også fjerne forvirringen rundt mangfoldet av prosedyrekilder i avdelingen. Vi er usikre på om alle respondentene refererer til samme kilder når de sier retningslinjer for prosedyrer er tilgjengelige i avdelingen, og at de bruker disse til å oppdatere seg. Dette er trolig en av årsakene til variasjonen i praktisk utførelse. I tillegg kan en spekulere i om sykepleiernes individuelle utdanning, og forskjeller i denne, både relatert til når og hvor utdannelsen ble tatt være en innvirkende faktor. Hvis forskningsbasert oppdatering av prosedyrer uteblir, og dette oppfattes av sykepleierne som et område som det rettes lite fokus mot fra arbeidsplassens side, kan dette bidra til at den enkelte sykepleier faller tilbake til kunnskap de ervervet seg under utdanningen i stedet for å oppsøke ny kunnskap i sitt praktiske arbeid. Det understrekes også at variasjonen mellom disse forskjellige prosedyrene ikke nødvendigvis trenger å være store og grensesprengende, og vi forutsetter at

alle disse prosedyrene er bygd på prinsipper om aseptisk teknikk, forebygging av andre komplikasjoner etc. En kan ikke gå ut i fra at denne variasjonen i prosedyrebeskrivelser risikerer å være direkte helseskadelig for pasienten. Problemet i så måte vil heller være manglende oppfølging i forhold til nye oppdagelser som gjøres på området, og dermed de fordeler pasienten risikerer å gå glipp av når morbiditets/mortalitetsreduserende nytenkning ikke tas i bruk.

## **5.2 CVK-relaterte prosedyrer – kun for spesielt interesserte?**

*Også dette med CVK vet jeg selv er litt skummelt – det kan jo skje ting hvis man gjør feil, luftemboli, infeksjon. [...] Kanskje hvis vi kunne “tatt det litt ned”, ikke gjør det til noe stort...*  
(Intervjuinformant)

I løpet av grunnutdanningen i sykepleie ved dette universitetet vektlegges aseptisk teknikk og smittevern som viktige aspekter av forebyggende sykepleie, og dette er igjen spesielt merkbart under prosedyretrening i stell av CVK. Sentralvenekateter er som beskrevet en betydelig inngangsport for smitte, og forskning viser risiko for komplikasjoner som i verste tilfelle kan føre til lengre liggetid, økt mortalitet og store merkostnader for samfunnet forbundet med CVK-relaterte komplikasjoner. I tillegg kan som nevnt andre alvorlige komplikasjoner oppstå ved uriktig manipulering av slike kateter. Det er derfor kanskje ikke så rart informanten beskriver en felles oppfatning av stell/bruk av CVK som en av de “skumlere” prosedyrene en kommer i kontakt med som sykepleier. Uriktig bruk av CVK kan gi resultater tilnærmet umiddelbart i form av emboli etc, eller i løpet av relativt kort tid ved infeksjoner. I motsetning til andre aspekter av sykepleien finnes det en risiko for at vi kan se raske resultater hvis en skulle komme til å utføre en prosedyre på urett måte, noe som kanskje kan oppleves som et damoklessverd som henger over sykepleieren under utførelsen av prosedyren. Som sykepleiere er vi pliktige til ikke å utøve handlinger i pleien vi ikke føler oss kompetente til å utføre, dette for ikke å utsette pasienter for risiko. Det er kanskje derfor forståelig at usikkerhet kan lede til at det er enklere å delegere bort en oppgave en ikke føler seg hundre prosent sikker på til andre sykepleiere som har eller gir uttrykk for kompetanse og sikkerhet på området, selv om dette ikke nødvendigvis trenger å være faktum. Gjennom vår datasamling kan det framstå som om det finnes en tendens til slik tenkning blant sykepleierne



ved avdelingen. Sykepleiere som gir uttrykk for erfaring og kompetanse ender opp med å utføre disse oppgavene jevnlig, og holder dermed sin kompetanse ved like. Mens sykepleierne som føler seg usikre er villige til å delegere bort CVK-relaterte oppgaver, i stedet for å utvikle/oppfriske egen kunnskap og handlingskompetanse. En kan spørre seg om dette ikke danner grunnlaget for en ond sirkel hvor de sykepleierne som innehar eller er villig til å skaffe seg denne kompetansen blir flinkere mens andre risikerer å bli enda mer akterutseilt.

Sykepleie som yrkesutøvelse innebærer store mengder ansvar på mange områder. Gjennom helhetlig sykepleie har vi hos kritisk syke pasienter ansvar over mange områder av pasientens liv, fra medisinsktekniske aspekter, grunnleggende behov og psykososiale faktorer. Dette innebærer at vi kanskje er nødt til å føle ansvarets tyngde på skuldrene for å reflektere tilstrekkelig over egen yrkesutøvelse. Mange av de dagligdagse arbeidsoppgavene i en medisinsk avdeling innebærer stor risiko for pasientens liv og helse hvis de utføres uriktig. Det kan derfor framstå merkelig å høre CVK-relaterte oppgaver beskrevet som ekstra skremmende for sykepleiere, som ikke betenker seg med å administrere potensielt dødelige legemidler, f.eks. sterke smertestillende til pasienter intravenøst. Samtidig utføres slike arbeidsoppgaver daglig, noe som gir sykepleierne mulighet til å holde sin kunnskap og kompetanse ved like, i motsetning til arbeidsoppgaver som utføres sjeldnere som CVK-prosedyrer i denne avdelingen. Ordet unnlåtelse dukket opp i løpet av datasamlingen. Unnlåtelse og unnlåtelsessynd er ikke begreper vi bør strø om oss med i tide og utide. Men er vi ikke berettiget til å beskrive det som unnlåtelse når en med vitende og vilje unngår CVK-relaterte prosedyrer grunnet usikkerhet i stedet for å aktivt øke egen kompetanse og sikkerhet på området? Det er grunn til å spørre seg hvorvidt lignende holdninger kunne la seg oversette til andre områder av sykepleiefaget. Vil en sykepleiers usikkerhet eller manglende komfort rundt arbeidsoppgaver med mating og eliminasjon være godkjent grunn til fritak fra slike oppgaver? Det er vår erfaring at en slik holdning ikke ville bli møtt med forståelse blant medarbeiderne. Det er selvsagt vanskelig å sammenligne slike oppgaver med mer medisinskteknisk kompliserte oppgaver, men begge deler er pensum i grunnutdanning til sykepleiefaget. Dette er derfor arbeidsoppgaver en kanskje må kunne forvente at en autorisert sykepleier i arbeid ved en sykehusavdeling skal være villig og i stand til om ikke umiddelbart mestre og håndtere, i alle fall opparbeide seg kompetanse til gjennom sin praksis.

Samtidig er det også betryggende at sykepleiere som føler egen kompetanse på dette området ikke strekker til viser innsikt nok til ikke å risikere pasientsikkerhet ved å utføre prosedyrer de

ikke er sikre på. Frasca et.al (2010) viser at dedikerte IV-team, med spesielt fokus på kateterrelaterte oppgaver medfører betraktelig reduksjon i infeksjonsforekomst ved langtidsbruk av intravenøse kateter. Dette er trolig verken en bemanningsmessig eller økonomisk mulighet ved mindre sykehus slik som vårt. Spesialiserte oppgaver må ofte vike ved distriktssykehus hvor en relativt liten gruppe ansatte må behandle varierte pasientgrupper, og spesialiserte team rundt relativt sjeldent forekommende arbeidsoppgaver fremstår da som en dårlig løsning. Samme artikkel viser derimot også at sammenlignbare gode resultater kan oppnås ved gode omsorgsprotokoller og aktive utdanningsprogram for sykepleiere som kommer i kontakt med slike oppgaver, noe som leder oss over til neste underkapittel.

### **5.3 Evidensbasert praksis i avdelingen – tid til både fag og stell?**

*Jeg tror folk er interessert i å utvikle seg, men det hadde vært så mye lettere hvis en hadde fått noe undervisning eller noe i stedet for å måtte sitte hjemme og lese på fritiden, det tror jeg ikke alltid blir gjort [...] Vi har masse god informasjon tilgjengelig i avdelingen, men det er aldri tid til å lese gjennom det. (Intervjuinformant)*

Fagutvikling og kvalitetssikring er verdier som står sentralt i et sykepleiefag i stadig utvikling, og er en viktig del av styrkingen av sykepleie som profesjon. Allerede på slutten av 1800-tallet satte Florence Nightingale refleksjon over egen praksis og viktigheten av kontinuerlig kvalitetsutvikling på dagsordenen, en sykepleier blir aldri utlært. Selv var hun opptatt av kvalitetsutviklingsprosessen gjennom innhenting av data i felt, og forbedringstiltak ut fra resultater, en tankegang som satt på spissen nesten kan sees som en form for tidlig evidensbasert sykepleie. Men når skal sykepleierne ha tid til dette arbeidet? Det kommer fram fra datasamlingen at “de flinke” bruker fritiden sin til litteratursøk og oppdatering “De flinke” er sykepleierne som etter endt arbeidsdag har overskudd og tid mellom jobb, familie og hobbyer til å ta i et tak ekstra for arbeidsplass og egen kompetanse. Det kommer fram at dette er arbeid det ikke er tid til å få gjort i løpet av arbeidsdagen. Samtidig dukker ordet samvittighet opp, brukt ovenfor andre sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere i avdelingen. En får dårlig samvittighet av å sitte foran datamaskinen/ med fagstoff i en travel avdeling, det kan oppleves som unnasluntring fra det “virkelige arbeidet”, pleien, enten av

kolleger eller av sykepleieren selv. Det kan framstå som om en ikke er ute i avdelingen med vaskefat og bekken *arbeider* man ikke. Hvorfor er det slik?

Pleiekultur beskrives som verdier/normer som foreligger på arbeidsplassen, og kan variere fra avdeling til avdeling. Disse forutsetter hva som forventes av deg i arbeidsdagen, og på hvilken måte du skal opptre, hvilke arbeidsoppgaver du skal utføre osv. Denne pleiekulturen er todelt av natur, den innebærer både ønsket om å utvikle seg, men også ønsket om at forhold ved arbeidsplassen ikke skal forandre seg (Jacobsen 2005). Det er også vår erfaring fra flere praksisperioder at spesifikke sykepleieroppgaver som skal utføres ikke skal gå på bekostning av grunnleggende stell. En sykepleier som sitter på kontoret foran datamaskinen mens andre jobber betraktes som en lat sykepleier. Men fagutvikling, administrative oppgaver, dokumentasjon og kontorarbeid er også viktige deler av en sykepleiers arbeidshverdag, noe en har ansvar for å gjennomføre, og når skal dette gjøres? Vi har sett sykepleiere gå på uregistrert og ubetalt overtid for å gjennomføre begge disse aspekter av jobben, pleie og administrativt arbeid uten at disse skal gå på bekostning av hverandre. Dette framstår for oss ikke som en heldig holdning, og ikke noe en bør forvente av en arbeidstaker. Det er kanskje heller ikke noe en ville forventet av andre yrkesgrupper utenfor helse og omsorg, og vi spør oss om ikke restene av kallstanken kan klandres for at dette er akseptert. Det er ikke mange andre yrker hvor det forekommer, og kanskje også uttalt forventes at arbeidstakere skal gå ut over sin arbeidstid uten kompensasjon for å få unna dagens arbeidsoppgaver, uten at fokus rettes på andre måter å få dette til å gå rundt på, som for eksempel økt bemanning.

I avdelingen etterlyses det rom til å drive med faglig utvikling og kompetansebygging i arbeidstiden, men det foreligger også en resignert aksept av at dette ikke er sannsynlig av økonomiske og bemanningsmessige årsaker. Det etterlyses også undervisning i det å finne informasjon. Vi kan forestille oss at den moderne informasjonsstrømmen kan være vanskelig å få oversikt over på egen hånd hvis en ikke er vant til å benytte internett og de databaser dette gjør tilgjengelig i akademisk sammenheng. Måten vi finner og konsumerer informasjon på har endret seg drastisk de siste årene, spesielt med databehandling, og det er forståelig at sykepleiere med lang fartstid i praksis kanskje kan trenge kursing for å nyttiggjøre seg dette.

Den internundervisningen som foregår framstår som bra, og rettet mot spesifikke fagfelt, men det etterlyses økt fokus på slike undervisninger, og da spesielt opp mot EBS. Vi har full forståelse for balansegangen mellom budsjett, utgifter og hvilke midler som er til rådighet, og at det kan være vanskelig å få midlene til å rekke til slike formål. Undheim et.al (2011) peker på sykepleierens informasjonskompetanse, evnen til selv å finne, vurdere og ta i bruk

forskningslitteratur. Et kinesisk ordtak sier; “gi en mann en fisk og han har mat for en dag, lær en mann å fiske og han har mat resten av livet”. Kanskje vil et fokus på økt informasjonskompetanse være sammenlignbart med godt fiskeredskap, og være vel investerte penger, som kan gi meravkastning i form av økt fagkompetanse på sikt, da en gir sykepleierne de forutsetninger de trenger for videre arbeid med EBS.

I Sykepleien nr 3 2011 skriver redaktør Barth Tholen på lederplass om re-sertifisering for sykepleiere, og at dette er et krav en fort kan bli nødt å rette seg etter i Norge om få år. Sykepleiere i Storbritannia er allerede underlagt krav om re-sertifisering for å beholde autorisasjonen, og et EU-direktiv kan føre til at dette blir et krav generelt i Europa. Her nevnes også et interessant punkt, arbeidsgivere som har vært sløve med kompetansearbeid vil møte seg selv i døra hvis en slik ordning blir innført.

Kontinuerlig evaluering har lenge vært praksis i enkelte yrker med stort yrkesansvar, for eksempel piloter stilles krav om jevnlig simulatorprøver for å beholde lisensen sin, og det er naturlig at vi nå ser dette forekomme i andre yrker med ansvar for liv og helse. Å komme på forskudd i forhold til en slik ordning, skulle den bli innført, vil være særs fordelaktig for arbeidsgiver/leder, og ved tidlig fokus på kompetanseutvikling og – opprettholdelse tror vi omstillingsprosessen til et sykepleieryrke med jevnlig testing og re-sertifiseringskrav vil være langt enklere enn om denne prosessen må gjennomføres brått. Det er kanskje mye å hente på å være forut for sin tid med slikt arbeid, i stedet for å brått måtte omstille seg når direktivet kommer. Å allerede nå øke fokus på kompetanseutvikling på arbeidsplassen, samt å øke sykepleiernes informasjonskompetanse gjennom kursing vil i tillegg til å gi gode faglige resultater merkbare i omsorgskvaliteten på kort sikt kunne bidra til at avdelingen på lang sikt allerede er forberedt hvis re-sertifisering blir et krav.

## 6.0 Avslutning

I løpet av arbeidet med denne oppgaven har vi funnet flere interessante aspekter som sammen kan ligge bak de opplevelser vi hadde i praksis. Det ble raskt klart at årsakene til manglende konsekvens i prosedyreutførelse er mangefasetterte, vi finner ingen enkeltstående grunn å sette fingeren på. Det framstår for oss som en kombinasjon av flere faktorer har bidratt til våre opplevelser i praksis. Prosedyreutviklingsprosessen framstår som udefinert, og hvis dette kvalitetssikringsarbeidet skal foregå internt i sykehuset kreves mer ressurser og en klarere kartlegging av ansvar for dette arbeidet. Alternativt har vi foreslått bruk av eksterne tjenester, f.eks. kunnskapsbaser som PPS som et godt alternativ hvis ressurser for å formalisere dette interne arbeidet ikke foreligger.

Datasamlingen vår har også avdekket at stell av CVK framstår som en komplisert og “farlig” prosedyre. Økt fokus på undervisning og kontinuerlig fagarbeid for å heve den enkelte sykepleiers kompetanse vil kunne bidra til å fjerne skremselsfaktoren fra prosedyren og realisere den som det den er, en prosedyre vår grunnutdanning skal legge til rette for at vi sykepleiere skal inneha eller være i stand til å skaffe seg kompetanse til å utøve på en faglig forsvarlig måte.

Sykepleierne ved avdelingen etterlyser mer fokus på evidensbasert sykepleie. Økt informasjonskompetanse vil gi økt fagutbytte i daglig arbeidsutførelse, noe sykepleierne i avdelingen ønsker. Samtidig pekes det på arbeidsmengde og tidspress i avdelingen som en hemmende faktor. Vi har også sett ut fra pleiekulturen i avdelingen at akademisk arbeid framstår som mindreverdige i forhold til rent pleietekniske oppgaver, og at å bruke mye tid på dette i arbeidstiden kan bli sett på som unnasluntring. Om arbeid med EBS og viktigheten av kompetanseutvikling understrekes mer aktivt fra ledernivå vil kanskje viktigheten av også dette aspektet av sykepleie, ikke bare den fysiske gjennomføringen av pleieoppgaver, komme klarere fram i arbeidsgruppa.

Arbeidet med denne oppgaven har vært meget omfattende, og en stor læringsprosess for oss. Dette er et tema har interessert oss lenge, og dette har vært med å gjøre arbeidsprosessen enklere og temaet/problematikken enda mer interessant. Dette er et temaområde det er forsket mye på de siste årene, da spesielt i utlandet, og litteratursamlingen vår bærer preg av dette, men vi har forsøkt å benytte det som har vært tilgjengelig av norsk litteratur på området.

Underveis i prosessen endret vi fokus fra en mer mikrobiologisk/naturvitenskaplig tilnærming til problemet, til å fokusere mer på årsaker til tingenes tilstand sett fra et kvalitetssikrings/kompetansebyggingsperspektiv, da våre data avdekket at en slik tilnærming vil være mer aktuell i forhold til denne spesifikke avdelingen, og årsakene til våre observasjoner kanskje bunnet ut i slike forhold. Det var også en fokusendring som var viktig for å beholde sykepleieperspektivet i oppgaven.

Sent i oppgaveskrivingsprosessen har vi måttet jobbe aktivt for å kutte ned antall ord for å havne innenfor oppgavens rammer. Dette har vi forsøkt så godt det har latt seg gjøre, men oppgaven er fortsatt noen ord over de 9000 tillatte. Vi ber sensorer se på dette med velvilje, da det vil være vanskelig for oss å kutte ned stort mer uten at det går ut over oppgavens helhetlige flyt og sammenheng.

## 7.0 Litteratur

### Pensumlitteratur

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

Jacobsen, R. (2005) *Klar for fremtiden? –om kvalitet, endring og teamarbeid i Sykepleieledelse* Oslo: Gyldendal.

Nightingale, Florence. (1997) *Notater om sykepleie – samlede utgaver. Med historisk innledning og Nightingales tilføyelser redigert av V. Skretkovicz*. Oslo: Universitetsforlaget.

Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten (PPS) (2011). [Online] Tilgjengelig (for kunder) fra: <http://www.akribe.no/pps/>

Tjade, T. (2008) *Medisinsk mikrobiologi og infeksjonssykdommer*. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget

Aadland, E. (1997) *Og eg ser på deg-* Oslo: Tano Aschehoug.

### Selvvalgt litteratur (608 sider)

Bjurwill, C. (1995). *Fenomenologi*. Sverige: Studentlitteratur Lund. (40 sider)

Bjørø, K. og Kristoffersen, N.J. (1996) Kvalitet og kvalitetsutvikling i helse – og sykepleietjenesten. I: Kristoffersen N.J. (1996) [Red] *Generell sykepleie 1 – Fag og yrke- utvikling, verdier og kunnskap*. Oslo: Universitetsforlaget (2 sider)

Eikeland, A. Gimnes, M. og Holm H. M. (2010) Kardiovaskulær monitorering. I: Gulbrandsen, T. og Stubberud D-G. (2010) [Red] *Intensivsykepleie. 2.utg.* Oslo: Akribe. (4 sider)

Encyclopædia Britannica (2011) *Florence Nightingale* [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/415020/Florence-Nightingale> (2/2 2011) (1 side)

- Hovig, B. og Lystad, A. (2001). *Infeksjonssykdommer – epidemiologi, mikrobiologi og smittevern 4.utgv.* Oslo: Gyldendal Akademisk (22 sider)
- Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* Oslo: Gyldendal (16 sider)
- Kristoffersen, N.J. (1996) Teoretiske modeller i sykepleie. I: Kristoffersen N.J. (1996) [Red] *Generell sykepleie 1 – Fag og yrke- utvikling, verdier og kunnskap* Oslo: Universitetsforlaget (95 sider)
- Kveseth, B. (2006) Sykepleierens rolle i kvalitetsarbeid. I: Knutstad, U. og Nielsen B.K.(2006) *Sykepleieboken 2 – Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie.* Oslo: Akribe. (37 sider)
- Lægreid, S. og Skorgen, T. (2006) *Hermeneutikk – en innføring* Oslo: Spartacus. (35 sider)
- Nightingale, F. (1859) *Notes on Hospitals - being two papers read before the National Association for the Promotion of Social Science, at Liverpool, in October, 1858 : with evidence given to the Royal Commissioners on the state of the army in 1857* [Online] Tilgjengelig fra [http://openlibrary.org/books/OL24130380M/Notes\\_on\\_hospitals](http://openlibrary.org/books/OL24130380M/Notes_on_hospitals) (3/4 2011) (108 sider)
- Norsk Sykepleierforbund(2008) *Yrkesetiske retningslinjer.* [Online] Tilgjengelig fra: [https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/143292/Yrkesetiske\\_retningslinjer.PDF](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/143292/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF) (6/4 2011) (38 sider)



Pleym, H. (2008) Komplikasjoner ved bruk av sentrale venekatetre. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening N22 2008* [Online] Tilgjengelig fra [http://www.tidsskriftet.no/?seks\\_id=1768025](http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1768025) 15/1 2011. (1 side)

Store Medisinske Leksikon (2006-7) *Seldinger - teknikk*. Oslo: Kunnskapsforlaget. (1 side)

Thagaard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse – En innføring i kvalitativ metode 3.utgv*  
Bergen: Fagbokforlaget (59 sider)

Tholen, B. (2011) Eksamen hele livet (Leder) I: *Sykepleien nr 3 2011*. (1 side)

Willmann, A. (2001) Evidensbasert sykepleie. I: Gjengedal, E. og Jakobsen, R. [Red]  
*Sykepleie 1 – praksis og utvikling*. Oslo: Cappelen. (10 sider)

### **Forskingsartikler**

Drageset, S. (2010) Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. I: *Sykepleien Forskning 2010* 5(4). (4 sider)

Frasca, D., Dahyot-Fizelier, C. og Mimoz, O (2010). Prevention of central venous catheter-related infection in the intensive care unit. I: *Critical Care* 2010, 14:212  
[Online]Tilgjengelig fra: <http://ccforum.com/content/14/2/212> (6/1-2011) (5 sider)

Martinsen, K. og Boge, J. (2004) Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. I: *Sykepleien* 2004 92(13) [Online] Tilgjengelig fra:  
[http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p\\_documentoent\\_id=120300](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_documentoent_id=120300) (15/3 2011) (3 sider)

Mermel, L.A. (2000) Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. I: *Annals of Internal Medicine* 132 2000. [Online] Tilgjengelig fra:  
[www.annals.org/content/132/5/391.long](http://www.annals.org/content/132/5/391.long) (28/3-10) (11 sider)

O'Grady, N., Alexander, M., Dellinger, E. P., Gerberding, J.L., Heard, S.O., Maki, D.G., Masur, H., McCormick, R.D., Mermel, L.A., Pearson, M.L., Raad, I.I., Randolph, A., and Weinstein, R.A., (2002) Guidelines for prevention of intravascular catheter-related infections. I: *Morbidity and Mortality Weekly Report August 9, 2002 / 51(RR10);1-26*. Atlanta: US: Centers for Disease Control [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm> (3/1-2011). (26 sider)

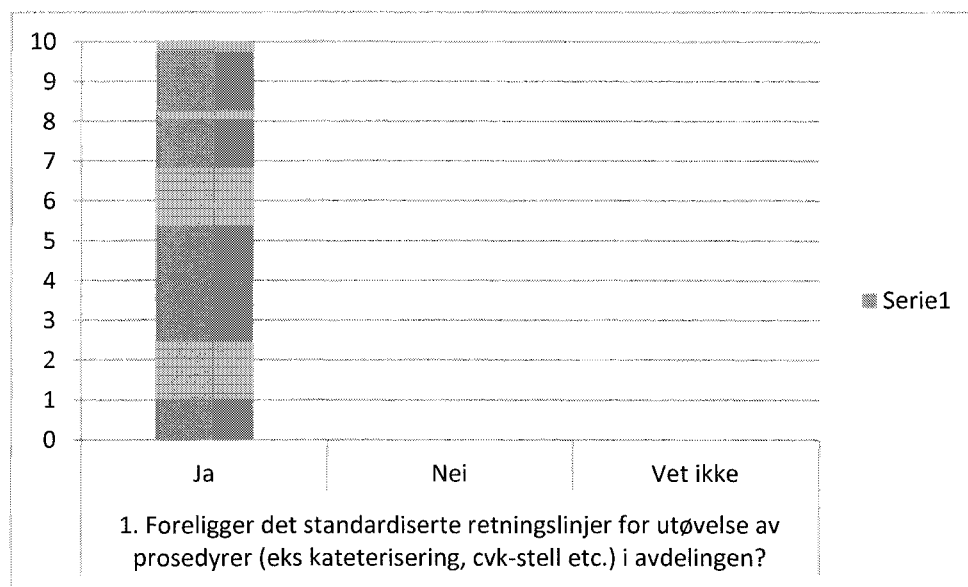
O'Grady, N., Alexander, M., Burns, L.A., Dellinger, E.P., Garland, J., Heard, S.O., Lipsett, P.A., Masur, H., Mermel, L.A., Pearson, M.L., Raad, I.I., Randolph, A., Rupp, M.E., Saint, S. og Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (2011) *2011 Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related infections*. Atlanta US: Centers for Disease Control. [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.cdc.gov/hicpac/BSI/BSI-guidelines-2011.html> (11/4 2011) (83 sider)

Undheim, L.T., Wisløff, E.M.S., Rønning, E.R. (2011) Økt informasjonskompetanse hos sykepleiere og studenter. I: *Sykepleien Forskning 1. 2011*. (6 sider)

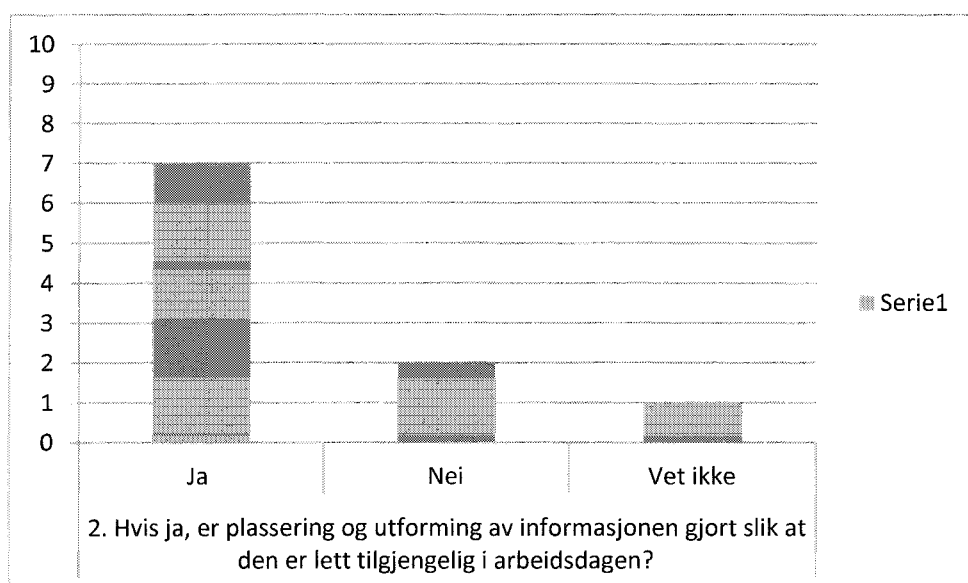
## 8.0 Vedlegg

### Vedlegg 1: Spørreundersøkelse med statistikk

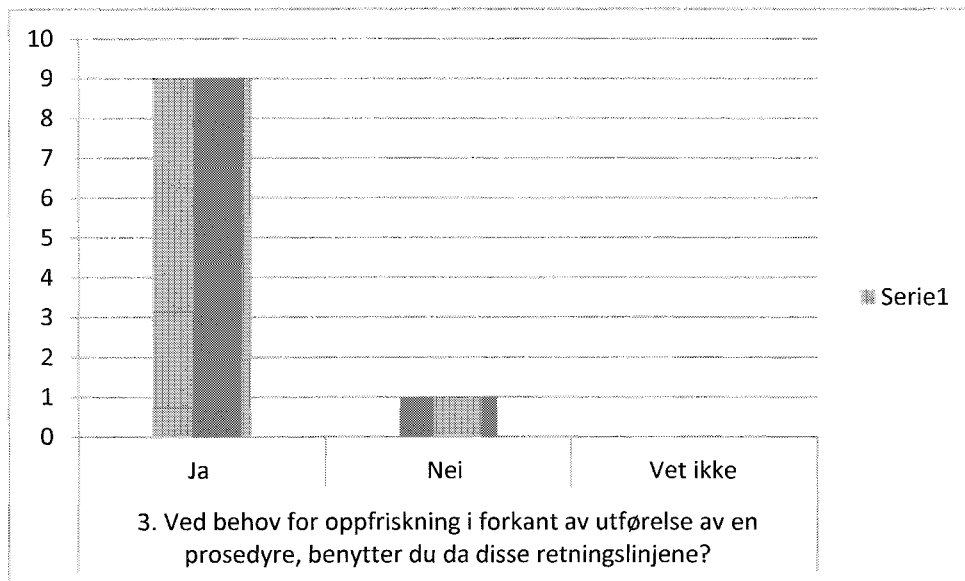
1. Foreligger det standardiserte retningslinjer for utøvelse av prosedyrer (eks kateterisering, cvk-stell etc.) i avdelingen?



2. Hvis ja, er plassering og utforming av informasjonen gjort slik at den er lett tilgjengelig i arbeidsdagen?

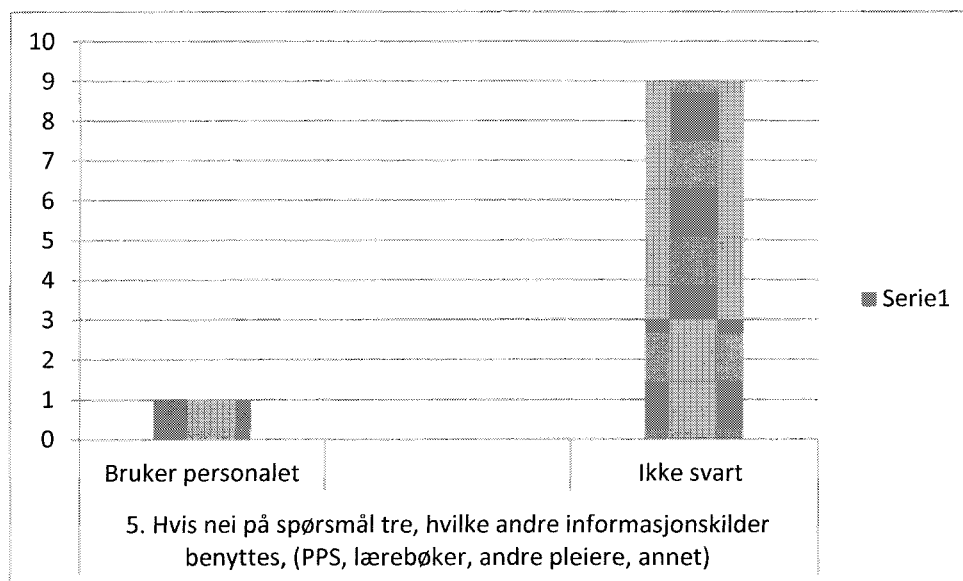


3. Ved behov for oppfriskning i forkant av utførelse av en prosedyre, benytter du da disse retningslinjene?

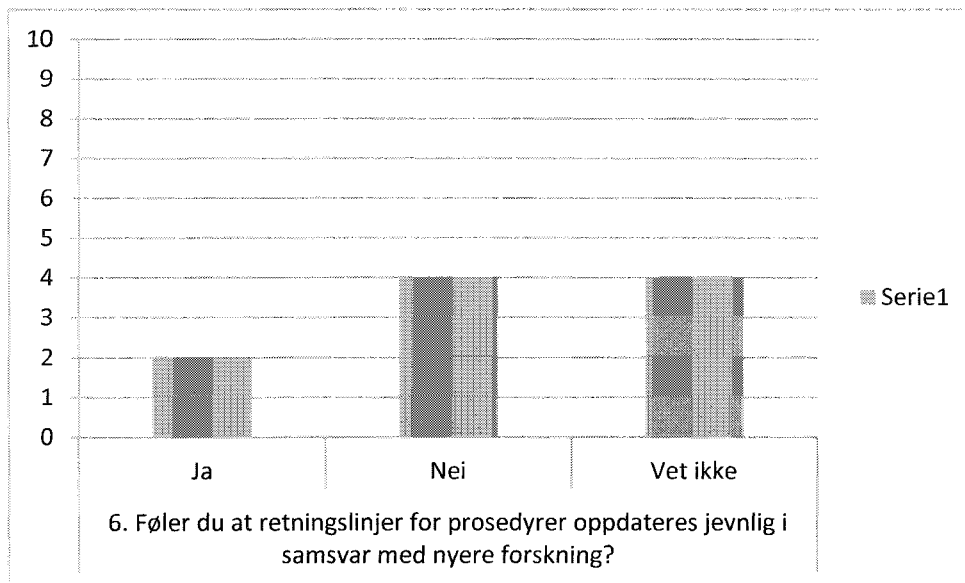


4. Hvis nei på spørsmål tre, hvorfor ikke (ingen kommentarer)

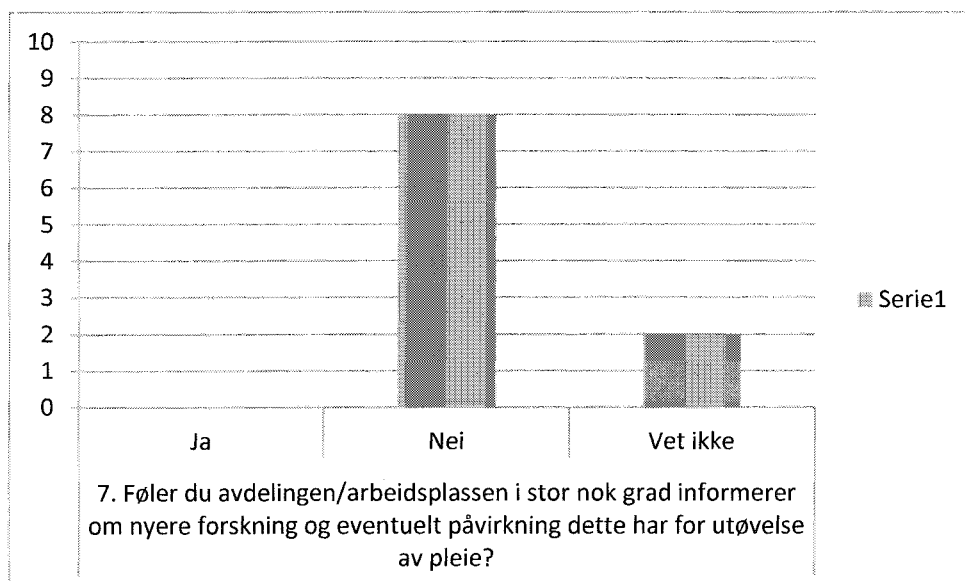
5. Hvis nei på spørsmål tre, hvilke andre informasjonskilder benyttes, (PPS, lærebøker, andre pleiere, annet)



6. Føler du at retningslinjer for prosedyrer oppdateres jevnlig i samsvar med nyere forskning?

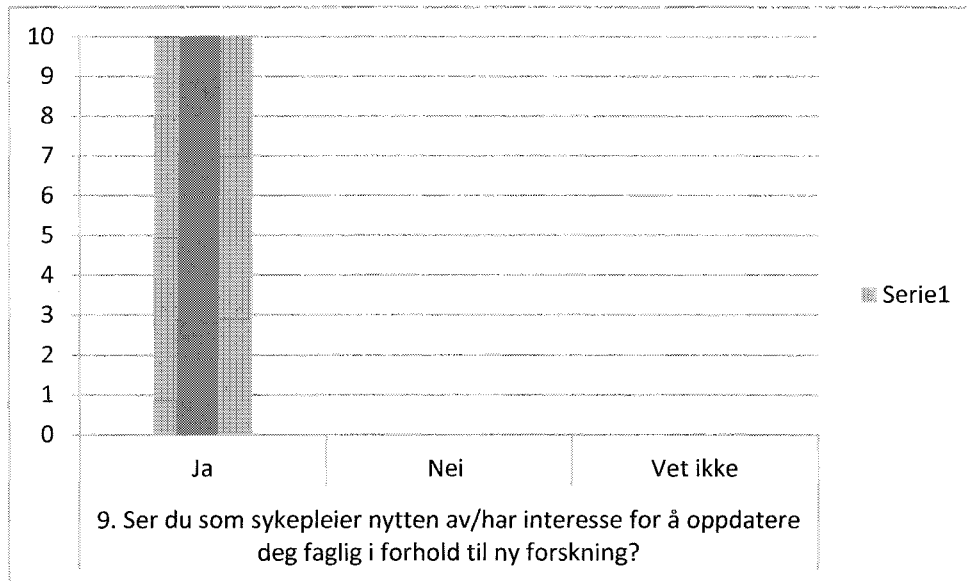


7. Føler du avdelingen/arbeidsplassen i stor nok grad informerer om nyere forskning og eventuelt påvirkning dette har for utøvelse av pleie?

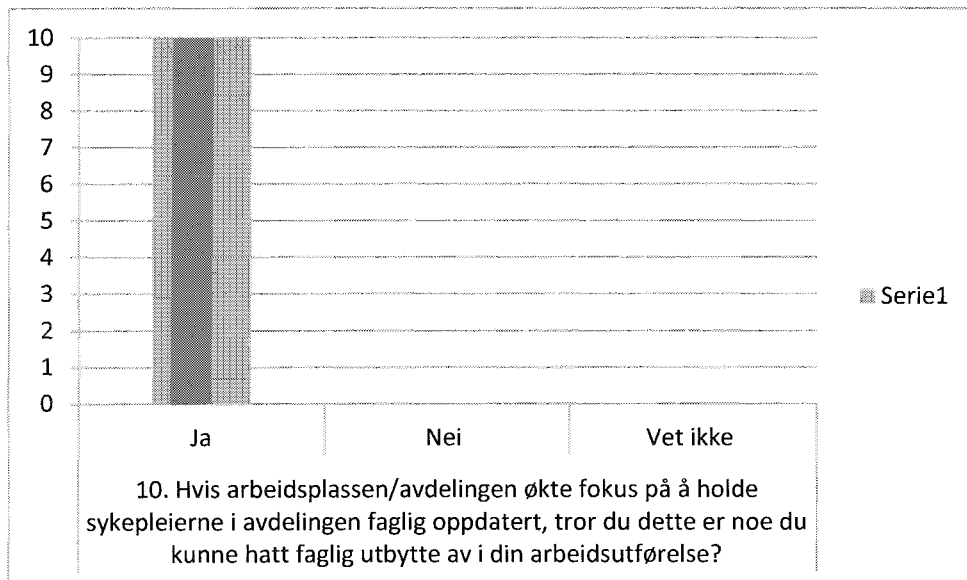


8. Hvis ja på spørsmål 7, hvilke metoder benyttes?

9. Ser du som sykepleier nytten av/har interesse for å oppdatere deg faglig i forhold til ny forskning?



10. Hvis arbeidsplassen/avdelingen økte fokus på å holde sykepleierne i avdelingen faglig oppdatert, tror du dette er noe du kunne hatt faglig utbytte av i din arbeidsutførelse?



## *Vedlegg 2: Intervjuguide*

### **Intervjuguide**

- Blir det lagt til rette for faglig oppdatering?
- Faglige diskusjoner mellom sykepleiere?
- Ukentlige/månedlige sykepleiermøter, der prosedyrer/vanskelige ting blir tatt opp?
- Har du noe erfaring med komplikasjoner? – eventuelle hvilke
- Hvis ja, vet du om disse komplikasjonene kan spores tilbake til CVK?
- Hvilket arbeid gjøres i forhold til konstaterte CVK-relaterte infeksjoner? (Dyrkning etc.)
- Er gjeldene retningslinjer tilgjengelige i avdelingen?
- Er det noe form for intern undervisning for nye ansatte?
- Er det noe som burde vært endret på. Med tanke på rutine ved avdelingen?
- Kan du fortelle oss om dine erfaringer med bruk/stell av CVK?
- Hvor mange pasienter har dere årlig med CVK?
  - Hvor mange av disse får infeksjoner? Trenger ikke være CVK relaterte
- Hvor mange dager ca. har pasientene inneliggende CVK hos dere?
- Dine erfaringer med CVK- stell
- Å tilby/anbefale pasienter for CVK (pas som fyller indikasjoner). Blir dette gjort i stor nok grad?

- Unnlatelsessynd? Organisasjonsproblem? Systemsvikt? Tidspress?
- Rom for fagutvikling? Møter/studiegrupper?
- Organisasjonskultur?
- Hvilke kunnskapskilder bruker sykepleierne for å oppdatere seg i forkant av utøvelse av en prosedyre? For eksempel CVK- stell? Brukes andre kilder til å oppdatere seg på prosedyreutførelse? (PPS etc)
- Vet du om det er interesse blant sykepleierne i avdelingen, til å holde seg oppdatert i henhold til nyere forskning?
- Hadde det vært mer fokus på å holde seg oppdaterte hvis arbeidsplassen gjorde rom for dette?
- Er det noen form for opplæring/undervisning i avdelingen? Internundervisning?
- Internundervisning ved sykehuset. Hvordan opplever du denne? Interesse, oppmøte etc.
- Hvem har ansvaret for å oppdatere prosedyrer i avdelingen, og på hvilken måte foregår denne prosessen?
- Hva kan årsaken være at vi finner såpass variasjon i den enkelte sykepleiers praksis?