



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Vart jag mig i vården vänder, vill jag möta rena händer

Följsamhet av handhygienrutiner på sjukhus i
Thailand – en observationsstudie

Författare: Ellen Landgren
Annie Larsson

Handledare: Vanja Berggren

Kandidatuppsats

Våren 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Vart jag mig i världen vänder, vill jag möta rena händer

Följsamhet av handhygienrutiner på sjukhus i Thailand – en observationsstudie

Författare: Ellen Landgren
Annie Larsson

Handledare: Vanja Berggren

Kandidatuppsats

Våren 2013

Abstrakt

Varje dag drabbas patienter av vårdrelaterade infektioner (VRI) världen över. Konsekvenserna av VRI kan resultera i längre sjukvårdsvistelser, ökade kostnader och ökat lidande. Handhygien är främsta preventionen mot VRI och trots detta visar många studier på att följsamheten av handhygienriktlinjer är bristande. Syftet med studien var att belysa hur följsamheten till rådande handhygienriktlinjer var hos sjuksköterskor i Khon Kaen, Thailand. Syftet var också att undersöka vilka faktorer som kunde påverka följsamheten. Resultatet visade att följsamheten till riktlinjerna före omvårdnadsåtgärd var cirka 36% och cirka 39% efter utförd åtgärd. Sjuksköterskorna hade bättre följsamhet vid omvårdnadsarbete där exponeringsrisk för kroppsvätska förelåg. Faktorer som påverkade sjuksköterskornas följsamhet var tillgänglighet till handhygiensk åtgärd, avbrott i omvårdnadsåtgärd samt om patienten var diagnostiserad med en smittsam sjukdom.

Nyckelord

Handhygien, riktlinjer, vårdrelaterade infektioner (VRI), följsamhet, Thailand

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Perspektiv och utgångspunkter	3
Handhygien	4
Sjuksköterskors hygienrutiner	7
Khon Kaen och Thailand	7
Det thailändska sjukvårdssystemet	8
Sjuksköterskors handhygieniska riktlinjer på sjukhuset i Khon Kaen	9
Syfte	10
Specifika frågeställningar	10
Metod	10
Urval	11
Datainsamling	12
Dataanalys	13
Forskningsetiska avvägningar	13
Studiemiljö	14
Resultat	16
Följsamhet av de handhygieniska riktlinjerna	16
Omvårdnadsåtgärder vilka kan innebära risk för exponering av kroppsvätska	18
Omvårdnadsåtgärder vilka inte innebär uppenbar risk för exponering av kroppsvätska	20
Faktorer som kan påverka följsamheten av handhygieniska åtgärder	22
Tillgänglighet till handhygienisk åtgärd	22
Avbrott i omvårdnadsåtgärd	23
Patienter med smittsam sjukdom	24
Diskussion	25
Diskussion av vald metod	25
Diskussion av framtaget resultat	28
Slutsats och kliniska implikationer	31
Författarnas arbetsfördelning	31
Referenser	32
Bilaga 1 (2)	36
Hygienriktlinjer på sjukhuset i Khon Kaen	36
Bilaga 2 (2)	38
Observationsprotokoll	38

Introduktion

Problemområde

Varje år vårdas 700 miljoner människor på sjukhus runt om i världen. Av dessa kommer cirka 100 miljoner människor att drabbas av vårdrelaterade infektioner (VRI) som kan leda till ökat lidande och förtidig död (World Health Organization [WHO], 2010). VRI innebär att patienten har fått en infektion före, under eller efter en behandling inom någon hälso- eller sjukvårdsinrättning. Konsekvenserna av VRI kan innebära ökad resistens av mikrobiella medel samt ökade kostnader för samhället. VRI skapar även lidande för patienterna då det kan leda till långa sjukhusvistelser, långvarig funktionsnedsättning, ökad resistens av mikroorganismer mot antimikrobiella medel, vilket kan vara livräddande för patienten. Risken att få en vårdrelaterad infektion är global och genomsyrar varje hälso- och sjukvårdsinrättning (Sax et al., 2007). VRI är näst efter felmedicinering största vårdskadan hos inlagda patienter (WHO, 2009). Omfattningen av problemet är särskilt relevant i miljöer där grundläggande vårdhygieniska åtgärder är praktiskt taget obefintlig. Underbemanning, brist på utrustning, begränsade ekonomiska resurser, undernäring och hög risk för infektioner är alla bidragande faktorer som ökar risken för VRI (ibid.)

Enligt Novoa, Pi-Sunyer, Sala, Molins och Castells (2007) samt Sax et al. (2007) är handhygien en central del av patientsäkerheten när det gäller att motarbeta VRI. Trots enkla förebyggande åtgärder av VRI i form av handhygien, har studier gjorts som visar att följsamheten av handhygieniska riktlinjer brister (Novoa et al., 2007; Pittet, Mourouga & Perneger, 1999). VRI är ett stort problem och drabbar både patienter och personal i hela världen.

Bristande följsamhet av handhygieniska riktlinjer är ett universellt problem. Med bakgrund i det fåtal vetenskapliga artiklar som påträffats beträffande följsamhet av handhygien i Thailand, vore det intressant att studera sjuksköterskor, i denna utvalda region i världen, för att se hur de arbetar med handhygien i den vårdmiljö de verkar i.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

I studien utgår författarna från att sjuksköterskan, som vårdgivare, är en deltagare i ett team, som i enlighet med sin kunskap och erfarenhet utför de hygienrutiner som krävs för den aktuella uppgiften. Studien har sin grund i ett hygienperspektiv enbart genom sjuksköterskans arbete. Författarna ser sjuksköterskan som en förebild, en kunskapskälla och en lärd person. Utgångspunkt för detta arbete är ett humanvetenskapligt perspektiv där hygien och arbetsrutiner kring detta står i fokus. Enligt Segesten (2006), innebär humanvetenskapligt perspektiv att tolkning och förståelse av situationen står i fokus.

Nightingale (1989) ansåg att det är sjuksköterskans uppgift att se hela patienten och inte enbart sjukdomen. Vid fokus endast på sjukdomen uppkommer ofta andra komplikationer som patienten kan avlida av (ibid.). Att lägga resurser på förebyggande vård är mer effektivt än att vänta tills komplikationerna uppkommer ansåg Nightingale (McDonald, 2010).

Definitionen av ordet *hygien* grundar sig i grekiskans *hygieia* som betyder hälsa. Hygien är likvärdigt med renlighet och borttagande av smuts (Førsund, 1998). Kunskap kring hur människans miljö kan ha inverkan på hälsa har funnits sedan urminnes tider och har i Sverige haft en vetenskaplig bas sedan 1876 (Hygien, u.å.). *Handhygien* är en generell term som syftar till all form av handhygienisk åtgärd exempelvis handtvätt, handdesinfektion och kirurgisk handtvätt (Bjerke, 2004).

Följsamhet är den svenska termen av de engelska begreppen *compliance* och *adherence* vilka betyder hur väl en bestämmelse efterföljs (Efterlevnad, u.å.). I denna studie används det svenska ordet *följsamhet*, i relation till hur väl sjuksköterskor följer rådande hygienriktlinjer.

I studien benäms sjuksköterskorna som observerats som *informanter*. Det är ett ord vars betydelse innebär en person som fungerar som uppgiftslämnare åt forskare (Informant, u.å.). Polit och Beck (2010), definierar informant som en person vilken har en aktiv roll i studien.

Handhygien

Världshälsoorganisationen (WHO) har utformat internationella riktlinjer vars syfte är att förbättra rådande handhygien. Dessa riktlinjer är utformade för att passa i alla miljöer oavsett rådande resurser. Studier har gjorts som påvisar att både industriländer samt utvecklingsländer har en dålig följsamhet kring handhygien. Kunskap och medvetenhet gällande smittspridning och VRI påverkar följsamheten (Allegranzi & Pittet, 2009). Allegranzi och Pittet (2009) menar även att dålig följsamhet kan bero på bristande utrustning att utföra handhygien, infrastrukturproblem i landet och personalens kulturella och religiösa bakgrund. Vilken avdelning personalen arbetar på och vilken yrkesgrupp de tillhör påverkar också följsamheten. Exempelvis har läkare, akutsjukvårdsavdelningar och intensivvårdsavdelningar generellt en sämre följsamhet än andra yrkesgrupper och avdelningar. Underbemanning av personal och överbeläggning av patienter, samt i situationer där skyddsförkläden och handskar används är personalen sämre på att ha en god följsamhet till rådande handhygieniska riktlinjer (ibid.).

En stor del av vårdpersonal följer riktlinjer av handhygien mindre än hälften så ofta som de borde. Orsaken till detta kan ha sin grund i glömska, tidsbrist, otillgänglighet av handdesinfektion och tvättfat samt rädsla för skador på huden, vilket leder till att handhygien bortprioriteras (Sax et al., 2007). Även Novoa et al. (2007) visar på problematiken kring bristande följsamhet. Deras studie utfördes på ett sjukhus i Spanien där 1254 observationer fördelades på 247 anställda. Resultatet visade att följsamheten till gällande handhygieniska riktlinjer i genomsnitt var 20%. Bland morgon-, kvälls- och nattskiften, var det bäst följsamhet på den sistnämnda. Resultatet skiljde sig också mellan avdelningarna. Det var bäst följsamhet på intensivvårdsavdelningen.

Att förbättra handhygien i vården har traditionellt inte setts som en folkhälsofråga trots att det är så många som drabbas av VRI (WHO, 2009). I mitten av 1800-talet blev Semmelweis förskräckt av mortaliteten i barnsängsfeber och mödradödlighet i Österrike. Det resulterade i en undersökning där han fann att mortaliteten på en klinik där läkare kom direkt från obduktion till avdelningen för mödrahälsovård var markant högre än på en klinik där endast barnmorskor arbetade och läkarna inte kom direkt från en obduktion. Läkarna tvättade händerna, men lukten fanns kvar. Semmelweis drog slutsatsen att läkarnas händer var smittbärare från den obducerades kropp in till avdelningen. Därför infördes hygienriktlinjer som innebar att händerna tvättades med tvål och vatten, efterföljt av tvättning i klorerat kalk.

Statistik av dödsfrekvensen gjordes och visade att dödligheten minskade till 1% från tidigare 10% (Bjerke, 2004; Pittet, 2004). WHO (2009) betonar vikten av att förebygga VRI genom att prioritera främjandet av god handhygien i vården (ibid.). Information kring vikten av god handhygien och när dessa rutiner ska användas är också en viktig del för att öka följsamheten hos vårdpersonal (Sax et al., 2007).

Att befinna sig i miljöer där åtskilliga människor vistas samtidigt innebär en risk för smittspridning. Det är särskilt riskfyllt för infektiösa personer liksom äldre som är multisjuka och patienter på sjukhus. Att vårdpersonal följer rådande hygienriktlinjer, exempelvis gällande handhygien, är avgörande för att minska smittspridning av VRI (Socialstyrelsen, 2009), som står för 30% av alla vårdskador i Sverige (Socialstyrelsen, 2011).

Varje dag drabbas patienter av VRI. De fyra mest förekommande är urinvägsinfektion, infektion till följd av ett kirurgiskt ingrepp, infektioner i blodomloppet relaterat till infarter samt lunginflammation (WHO, 2009). Infektioner kan spridas på två olika sätt, genom endogen spridning som innebär att mikroorganismernas ursprung återfinns hos individen själv, eller exogen spridning som innebär att mikroorganismerna kommer utifrån, exempelvis genom förorenad miljö eller utrustning, från en annan person eller via luftburen smitta (Royal College of Nursing, 2005). VRI uppstår till största del på grund av endogen smitta. Detta innebär att det är viktigt att händer inte överför smitta från ett smittat område till ett icke smittat område hos patienten (Sax et al., 2007). Den primära åtgärden för att minska risken för VRI är att använda god handhygien. Det är en enkel åtgärd som kan medföra positiva konsekvenser för både patienter och personal (WHO, 2009). Den största smittbäraren patienter emellan är vårdgivarens händer (Allegranzi & Pittet, 2009). Nightingale antydde att det var av största vikt och en självklarhet att vårdpersonalen var noga med att följa de riktlinjer som finns för att skydda både patienten och sig själv (Nightingale, 1989).

Sedan Florence Nightingales tid har mycket hänt inom sjukhusvården. Under 1800-talet, låg sjukhusen i byggnader som inte var ämnade för sitt ändamål. Byggnaderna var i bristande skick, med undermålig planlösning, odugliga avlopp och vattensystem samt avsaknad av god ventilation. Vårdpersonalen bestod vanligtvis av utbildade kvinnor som ansågs ha samhällets lägsta rang, exempelvis alkoholmissbrukare och prostituerade. Nightingales kall, att arbeta inom sjukvården, såg hon som livsviktigt. Avsaknaden på utbildning såg hon dock som ett hinder, utbildning var något som all personal på sjukhusen borde ha. Nightingale gjorde ett

försök att skapa opinion gällande idén att starta en utbildning för att undervisa personal i sjukvård och vikten av hygien för att kunna öka sjukvårdskvalitén. Förslaget blev avslaget med förklaringen att det inte krävdes någon utbildning för att kunna vårda sjuka utan att den vårdande uppgiften fanns i varje kvinna (Engberg, 1990).

Varje sjuksköterska bör iaktta sin patient så noga att denne inte missar en enda förändring som sker hos patienten. Utan iakttagelse lär sig sjuksköterskan ingenting (Nightingale, 1989). Nightingale antydde att det är sjuksköterskans uppgift att veta människans basala behov och se till att patienten fick dessa tillgodosedda. För att patienten skulle bli frisk krävdes en optimal miljö kring patienten. Sjuksköterskans uppgift var att sätta patienten i denna miljö och låta naturen hjälpa till i läkningsprocessen. Miljön är första prioritet. När denna är optimal för patienten kan behov av den emotionella sorten tillgodoses (ibid.).

Under Nightingales tid i Krimkriget framkom det att fler soldater dog av fältsjuka och magsjukdomar än av själva krigsstriden. Nightingales reformer ute i kriget innebar att kläder och sängkläder tvättades, hölls rena och torra. Tillgång till rena vattenbrunnar där dricksvatten hämtades och ökat näringsintag för patienterna ordnades. Dödssiffrorna minskade tydligt, vilket ledde till en insamling för att starta en utbildning för kvinnor inom vård i Nightingales regi (Engberg, 1990).

“Notes on nursing - what it is and what it is not” (Engberg, 1990, s.77) skrevs av Nightingale i mitten av 1800-talet efter hennes tid i Krimkriget. Boken väckte stor uppståndelse bland befolkningen då ingen trodde att hygien gjorde skillnad. De ansåg att sjukdom inte hade något samband med frisk luft eller renlighet. Trots detta började människorna att förbättra sin hemmiljö genom städning och vädring. Kunskapen spred sig om att ingen blev sämre av den friska luften eller av att ha det rent omkring sig. Nightingale påstod även att fler människor avled på sjukhus än utanför. Tre av orsakerna till detta var bristen på renlighet, trängseln mellan patienternas sängar samt de stora överbeläggningarna (ibid.).

Genom tillämpning av statistik kunde Nightingale identifiera storleken av problem i vården, exempelvis antalet dödsfall och sedan ta beslut om eventuella förbättringar behövde göras samt utvärdera effekten av dessa. Statistikresultaten gav tydlig vägledning av reformernas effekt och gav bevis för hennes argument (McDonald, 2010). Florence Nightingale betonade vikten av att sjuksköterskan behöver tvätta händerna, med tvål och varmt vatten för att

avlägsna smuts på bästa sätt. Förändringarna hon gjorde av de hygienska faktorerna gav en tydlig minskning av sjukdom, infektion och dödsfall (Nightingale, 1989).

Sjuksköterskors hygienrutiner

Sjuksköterskors handhygienbeteende varierar markant internationellt men kan till och med skilja sig stort även om dessa arbetar på samma enhet eller institution. Det tyder på att individers unika egenskaper påverkar beteende och utförande. Att öka följsamhet på ett beteende som utövats i årtionden kan vara svårt (Pittet et al., 1999). Pittet (2004) beskriver att förbättrad följsamhet kräver utbildning och motivation. Motivationen kan öka genom förebilder och grupstryck bland annat genom äldre och mer erfaren personal. De anställda måste få arbeta på en acceptabel nivå av stress samt känna stöd från arbetsgivaren till att prioritera handhygien som en förebyggande strategi mot vårdskador (ibid.).

Utbildning leder till ny kunskap och nya mönster. Engagemang hos vårdpersonal leder till sökande efter ny kunskap. Nightingale ansåg att den tidens sjuksköterskor hade undermålig eller ingen utbildning och ansåg att det var viktigt att sjuksköterskan fick utbildning i bland annat hygien. Nyutbildade sjuksköterskor har den senaste kunskapen gällande bland annat infektionskontroll och handhygien. De kommer till avdelningen med 'nya ögon' och kan dela sina kunskaper med den erfarna personalen och på så sätt öka kunskapen och följsamheten av god handhygien (Lymer, Richt & Isaksson, 2004).

Khon Kaen och Thailand

Thailand ligger i sydostasien och gränsar till Vietnam, Laos, Kambodja, Burma och Malaysia. Bangkok är Thailands huvudstad, det officiella språket är thai och det bor ca 67 miljoner invånare i landet. Buddhismen är landets dominerande religion och praktiseras av 95% av befolkningen, vilket har en viktig påverkan på den thailändska kulturen. Kulturen domineras av altruism, traditionell respekt, lugn och brist på fördömande attityder (MacDonald & Parkes, 2009). Thailand är indelat i fyra geografiska regioner: centrala, nordöstra, norra och södra Thailand. Khon Kaen ligger i den nordöstra regionen som även kallas för "Isan". De har

en egen lokal dialekt som är en blandning mellan thailändska och lao som talas i Laos (MacDonald & Parkes, 2009).

Thailändarna hälsar inte på varandra genom fysisk beröring likt det handslag vi i väst använder oss av utan thailändarna hälsar på varandra med den traditionella wai-hälsningen. Hälsningen utförs genom att handflatorna sätts mot varandra framför bröstet samtidigt som bugning med huvudet sker (MacDonald & Parkes, 2009). Synen på kroppen enligt thailändsk kultur är att huvudet är det mest rena och heliga på kroppen medan fötterna är dess motsats. En persons huvud bör aldrig vidröras inte ens ett barns (ibid.).

Det thailändska sjukvårdssystemet

Sjuksköterskeutbildningen i Thailand är en fyraårig universitetsutbildning där pediatrik och barnmorskeexamen ingår i grundutbildningen (Professor vid Khon Kaen University, personlig kommunikation, 28 januari, 2013).

Hälso- och sjukvården i Thailand är uppdelad i tre delar likt en triangel. Överst finns *tertiary care* som innebär sjukhus med specialistsjukvård som finns på exempelvis regionsjukhusen. I mitten finns *secondary care* som är distrikts- och subdistriktssjukhus. Basen är *primary care* som innefattar health care centers, health promotion hospitals, men även preventivt och hälsofrämjande arbete exempelvis inom skolan eller byarna. Det finns även vård på familjenivå, som innebär självhjälp eller att man hjälper varandra. Inom hela sjukvården men framförallt ute i byarna och inom primärvården finns hälsovolontärer. Hälsovolontärer är frivilliga personer som vill hjälpa till och exempelvis titta till de som behöver tillsyn, i sin hemby. Inom primärvården får hälsovolontärerna lite utbildning och kan hjälpa till att mäta längd, vikt och blodtryck. De får även en liten summa pengar för att de ställer upp men det räknas inte som ett avlönat arbete. Hälsovolontärerna räknas som en tillgång inom vården (Professor vid Khon Kaen University, personlig kommunikation, 28 januari, 2013).

Sjuksköterskorna på sjukhus i Khon Kaen arbetar i sjukskötersketeam indelade i *in charge*, *teamleader* och *crew member*. En sjuksköterska som arbetade *in charge* hade ansvar för avdelningen och gick exempelvis igenom läkarordinationer och skrev in patienter. Två *teamleaders* fanns också dagligen, som lade upp arbetet för dagen men även arbetade

praktiskt. Utöver dessa fanns också cirka två *crew members*, som arbetade kliniskt. Förutom sjuksköterskorna fanns det även läkare, farmaceuter, studenter från samtliga tre professioner samt *workers* på avdelningarna. *Workers* skötte den basala omvårdnaden. Det fanns även en yrkesgrupp som hette *practical nurse* som är sköterskor med två års omvårdnadsutbildning. Under arbetsdagens lopp kom det även vaktmästare som underhöll fastigheten, transportörer som transporterade patienter mellan avdelningarna samt personal som levererade måltiderna (Avdelningschef 1, personlig kommunikation, 11 mars, 2013).

Större delen av den thailändska befolkningen ingår i en sjukvårdsförsäkring. Det finns tre olika system. Den första gäller tjänstemän och heter *thai civil servant medical benefits*. Den andra är *social security* och den sista täcker resterande befolkningen och heter *UC (universal coverage) gold card*. Alla thailändska medborgare har samma rätt till god vård. Hälsa- och sjukvårdsutgifterna ska inte vara ett hinder för att få vård. Målet med *universal coverage* är att det ska vara rättvist, effektivt, ge valfrihet och god vård åt alla. *UC gold card* har tidigare kallats *the 30 baht system* vilket innebär att ett besök ska kosta 30 baht (cirka sju svenska kronor, författarnas anm.) men att det även finns ett frikort för barn under 12 år, personer över 60 år, de som lever i fattigdom samt hälsovolontärer (Professor vid Khon Kaen University, personlig kommunikation, 28 januari, 2013).

Sjuksköterskors handhygieniska riktlinjer på sjukhuset i Khon Kaen

På sjukhuset i Khon Kaen, Thailand där studien har gjorts grundas hygienriktlinjerna på Centers of Disease Control and Prevention i USA samt World Health Organisation, WHO (Avdelningschef 2, personlig kommunikation, 10 april, 2013).

Denna studies observationsprotokoll har utformats med grund i sjukhusets lokala handhygienföreskrifter (*Bilaga 1*). Händerna ska under varje form av handhygienisk åtgärd tvättas med tvål och vatten eller alkoholbaserad lösning i sex steg. Handtvätt inleds med att händerna blöts rikligt med vatten och tvål appliceras. Sedan ska handflator och handryggar gnuggas mot varandra, samt mellan fingrarna. Nästa steg innebär att nagelbanden tvättas i motsvarande handflata. Sedan ska varje finger omformas av den andra handens fingrar och roteras och tvättas. Avslutningsvis tvättas utsida av händer och underarmar innan dessa sköljs i rikligt med vatten. Slutligen torkas händerna med en pappershandduk eller handduk för

engångsbruk. Båda händerna ska tvättas i 3-5 ml *waterless* genom samtliga sex steg, från våt till torr (*Bilaga 1*).

I enlighet med riktlinjerna ska även *five moments of handhygiene* följas. Dessa innebär riktlinjer för när sjuksköterskorna ska utföra handhygieniska åtgärder. Detta gäller före patientkontakt, före aseptiskt förfarande, efter risk för exponering av kroppsvätska, efter patientkontakt eller efter kontakt med patientens omgivning (*Bilaga 1*).

Syfte

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors följsamhet av handhygieniska riktlinjer samt uppmärksamma faktorer som kan påverka dessa på sjukhus i Thailand.

Specifika frågeställningar

Hur är följsamheten av de handhygieniska riktlinjerna hos sjuksköterskorna i Khon Kaen?
Vilka faktorer kan påverka följsamheten av handhygieniska åtgärder?

Metod

Metoden som använts i studien är icke deltagande observation och studien är en deskriptiv tvärsnittsstudie med ett etnografiskt perspektiv. Polit och Beck (2010) beskriver att syftet med deskriptiva studier är att ta fram en riktig bild av exempelvis olika situationer eller grupper och den frekvens som vissa fenomen inträffar (ibid.). Icke deltagande observation innebär att observatörerna är utomstående i relation till den grupp de observerar samt att studien görs på avstånd. Observatörerna samlar data utan direkt medverkan med gruppen eller informanterna (Creswell, 2013). Etnografiskt perspektiv syftar till att finna viktiga och vanligt förekommande mönster som framkommer när beteende observeras, samt få en större delaktighet i den observerade gruppens kultur (ibid.).

Arbetet består av en kvantitativ och kvalitativ observationsstudie där fältanteckningar samlades in. Fejes och Thornberg (2009) skildrar den kvalitativa metoden som syftar till att få en djupare och bredare förståelse av sammanhanget och företeelsen som studeras genom ordbaserad data (ibid.). Datainsamlingen har gjorts i enlighet med Creswells (2013) beskrivning av hur en observation görs i olika steg, där första steget innebär att hitta en lämplig plats samt att insamla tillstånd. Fortsättningsvis bör observatören identifiera vad och var den ska observera och när detta ska ske. Datainsamlaren bör även hitta sin roll som observatör. Sedan använder sig observatören av ett observationsprotokoll samt fältanteckningar där denne beskriver både deskriptiva och reflekterande anteckningar. Det är även viktigt att notera datum, plats och tid för observationen. Det är också av värde att beskriva informanterna, vad de gör vid observationstillfället, den fysiska miljön och utmärkande händelser (ibid.).

En pilotstudie genomförs som en provgenomgång för att utvärdera datainsamlingen (Polit & Beck, 2010). I denna studie genomfördes en pilotstudie under en arbetsdag där sju observationer gjordes, vilka kom att exkluderas ur det slutgiltiga resultatet. Efter ett fåtal ändringar av observationsprotokollet påbörjades observationerna som sedan kom att ingå i studien. Datainsamlingen pågick under fyra arbetsdagar under april 2013.

Urval

Snöbollsurval innebär att urvalet sker med hjälp av annan person. En hjälpare leder observatörerna till en tredje part som vet var data kan samlas in (Creswell, 2013). Beträffande den rådande språkförbistring mellan informanterna och observatörerna, blev valet av denna urvalsmetod naturligt. Observationsstudien genomfördes på två avdelningar på ett sjukhus i Khon Kaen, Thailand. Inklusionskriterierna för studien var legitimerade sjuksköterskor (*registered nurse, RN*) som arbetade på respektive avdelning och som under observationstiden utförde fysiska omvårdnadsåtgärder med patienter eller kom i kontakt med patienternas omgivning och tio sjuksköterskor observerades.

Andra yrkeskategorier som var vanligt förekommande på avdelningarna, exempelvis läkare, läkarstudenter, farmaceuter och sjuksköterskestudenter exkluderades ur studien.

Omvårdnadsåtgärder som genomfördes där sjuksköterskestudenter var deltagande exkluderades också ur studien. Orsakerna till detta kunde vara att sjuksköterskan inte fullföljde momentet som förberetts utan bad studenten att avsluta omvårdnadsåtgärden. Ibland handledde och observerade sjuksköterskan studenterna och utförde därmed ingen omvårdnadsåtgärd.

Datainsamling

Observationsstudien innebar insamlande av data genom iakttagelser av de studerade sjuksköterskornas arbetsdag. Detta utfördes med ett observationsprotokoll samt fältanteckningar (*Bilaga 2*). Observationsprotokollet grundades på ett lokalt observationsformulär som i sin tur är baserat på de lokala riktlinjerna (*Bilaga 1*). Observationsformuläret var framtaget som ett hjälpmedel för avdelningarna att mäta följsamheten lokalt och fungerade som en inspiration i författarnas framställande av sitt protokoll. Detta översattes med hjälp av en sjuksköterska som ej deltog i studien.

Författarna studerade och iakttog parallellt och individuellt hur sjuksköterskorna arbetade med handhygien, följsamhet av riktlinjer och vilka faktorer som kunde påverka detta. Genom att använda sig av ett kategoriskt system, i enlighet med nämnt observationsprotokoll, gjordes ett försök till att på ett systematiskt sätt se de beteenden och händelser som fanns. Polit och Beck (2010) beskriver systematiska observationer som observationer där en observatör registrerar och mäter antal gånger händelser inträffar.

Observationerna genomfördes jämnt fördelat mellan sjuksköterskorna och de båda avdelningarna. Varje sjuksköterska observerades under en för- och eftermiddag. Observationerna skedde mellan klockan 09:00 och 12:00 och 13:00 och 15:00 på en vardag. För åtta av sjuksköterskorna var observationerna jämnt fördelade mellan för- och eftermiddag. Två sjuksköterskor observerades fler gånger på eftermiddagen då önskvärt antal ej gick att samla in under förmiddagen. Totalt genomfördes 120 observationer fördelat på tio sjuksköterskor.

Dataanalys

I enlighet med Creswells (2013) beskrivning av att analysera en etnografisk studie så har författarna analyserat resultatet och läst igenom fältanteckningarna flera gånger. Genom fältanteckningarna har kontexten beskrivits och påverkande faktorer har framkommit. I analysen har mönster och teman påvisats likaså har ett kvantitativt resultat framkommit.

Insamlad data är av både kvalitativ och kvantitativ karaktär. Den kvantitativa delen har författarna tillsammans räknat och skrivit in i datorprogrammet Excel och därefter gjort deskriptiv statistik. Följsamheten har beräknats på antalet genomförda handhygieniska åtgärder i förhållande till riktlinjerna. Kontrollräkning har löpande skett av båda författarna. För att upprätthålla konfidentialitet har avdelningarnas namn avidentifierats och kodats. Fältanteckningarna har renskrivits från protokollen. Sedan lästes dessa igenom ett flertal gånger för att kunna finna likheter och skillnader samt se eventuella återkommande mönster i observationerna. Författarna har granskat observationsprotokollen tillsammans för att bedömningen ska vara så lika som möjligt i samtliga fall.

I studien används begreppet *handtvätt* med betydelsen tvätt med tvål och vatten.

Handhygieniska åtgärder åsyftar handtvätt eller *waterless*. Boyce & Pittet (2002) beskriver *waterless* som ett antiseptiskt medel som ej kräver vatten för effekt och används på torra händer för att sedan lufttorka.

Forskningsetiska avvägningar

Studiens konfidentialitet gentemot informanterna innebär att deras integritet och person har skyddats. Sjuksköterskornas namn antecknades aldrig och insamlad data har behandlats med sekretess. Inga demografiska data eller känsliga personuppgifter har samlats in. ”Det är förbjudet att behandla personuppgifter som avslöjar a) ras eller etniskt ursprung, b) politiska åsikter, c) religiös eller filosofisk övertygelse, eller d) medlemskap i fackförening. Det är också förbjudet att behandla sådana personuppgifter som rör hälsa eller sexualliv.

Uppgifter av den art som anges i första och andra styckena betecknas i denna lag som känsliga personuppgifter.” (PUL, SFS 1998:204, Förbud mot behandling av känsliga personuppgifter 13 §). För att behålla informanternas konfidentialitet avpersonifierades

datamaterialet. Allt observationsmaterial hölls inlåst på så sätt att bara de båda författarna hade tillgång till detta. Dessutom kommer inga uppgifter om enskilda deltagare att delges verksamhetschef och/eller avdelningsföreståndare. Materialet kommer att förstöras omedelbart efter att studien är examinerad.

En ansökan skickades till Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN) för etiskt yttrande. Aktuella verksamhetschefer tillfrågades därefter och muntlig samt skriftlig information delgavs sjuksköterskorna. Muntligt samtycke till att delta inhämtades av samtliga deltagare och verksamhetschefer.

I yrket som sjuksköterska finns det etiska principer att ta hänsyn till. Godhetsprincipen innebär att handlingar mot patienten ska utföras i gott syfte, patienten ska behandlas väl samt att sjuksköterskan ska ta hänsyn till patientens autonomi (Gynnerstedt, 1993). Skadepincipen betyder att sjuksköterskan inte ska skada patienten och minska lidande. Alla människor ska behandlas lika och ha rätt till samma vård, detta ingår i rättvisepincipen som har utgångspunkt i alla människors lika värde (Arlebrink, 2006). Författarna i denna studie anser att följsamhet av hygienriktlinjer är en förebyggande åtgärd för VRI och därmed en handling som tar hänsyn till skade- och godhetsprincipen.

Studiemiljö

Studien utfördes på två avdelningar som bestod av tre större patientutrymmen vardera som var avgränsade med väggar som bestod av trä i nederdelen och glas i överdelen. Patientutrymmena hade öppen planlösning och centralt belägna sjuksköterskeexpeditioner. På den ena avdelningen var denna dock avgränsad med glasväggar och dörrar vilket trots detta gav översikt över patienterna.

Glaspartierna på väggarna och dörrarna mellan patienterna gjorde avdelningen överskådlig och patienterna kunde överblickas över hela avdelningen. Det fanns ingen luftkonditionering i de generella patientutrymmena relaterat till risk för spridning av luftburen smitta. Fläktar hängde i taket över patientsängarna; en fläkt fördelad till två patienter för att försöka kyla ner dem från den rådande värmen som utomhus uppmättes till över 40 grader. En del patienter

hade även en golvfläkt vid sängen som anhöriga hade tagit med. Beträffande värmen så fanns där ofta anhöriga som baddade och fläktade den sjuke för att lindra värmen.

Sängarnas huvud- och fotända gick att höja och sänka genom två vevar vid fotändan. Patienterna hade sjukhuskläder på sig, med ett lakan som täcke men inga kuddar till huvudet. På väggarna vid sängarnas huvudända fanns sug, syrgas men även en skylt där det stod aktuell information kring patienten exempelvis namn, ålder och vad patienten fick äta. Hade patienten en infektion med *Multidrug resistant* (MDR) bakterier markerades denna skylt samt journal med ett litet rött hjärta som en påminnelse för personalen. I taket hängde stänger med blå draperier som kunde dras för runt patientsängarna för avskildhet. I dessa stänger hängde även patienternas infusioner.

På avdelningarna fanns patienter med infektion men även patienter i respirator. Patienterna med infektioner försökte personalen avskilja från övriga. De som var mest kritiskt sjuka låg närmast sjuksköterskeexpeditionerna för närmare observation. Patienternas journaler skrevs för hand vilka oftast förvarades på expeditionerna. På sängarnas fotända fanns protokoll för vitala parametrar.

De sjukaste patienterna hade ofta anhöriga närvarande hela tiden. Flera andra patienter hade anhöriga vid sin sida under besökstiderna. Vid sängarna fanns inga stolar att sitta på, så de anhöriga stod vid sidan om sängen eller la sig på golvet bredvid eller undertill när de blev trötta. Anhöriga hade ofta med sig tillhörigheter såsom fläkt, pall och en matta att vila på. De anhöriga skötte mycket av patienternas basala behov såsom att rätta till patienten i sängen, tömma urinflaskor och bäcken samt att ha överblick över förändringar. Många anhöriga baddade patienterna och masserade dem över kroppen. Avdelningarna hade 32 respektive 40 sängplatser men var ofta överbelagda. Överinskrivna patienter befann sig i extra rader utanför ordinarie sängplatser men även utanför avdelningarna.

På varje avdelning fanns ett handfat som låg i anslutning till sjuksköterskeexpeditionerna. Ena avdelningen hade även ett handfat i ett rum som låg längst ner på avdelningen som fungerade som ett förråd. Vid handfaten fanns en trälåda på väggen där handdukar för engångsbruk fanns. Dessa samlades efter användning i en särskilt korg som stod vid handfatet. Handdukarna skickades iväg för att tvättas så att de kunde återanvändas. Vid handfatet fanns även en behållare med flytande tvål.

På ena avdelningen fanns som regel *waterless* vid varannan säng. Detta saknades på den andra avdelningen. Gemensamt för de båda avdelningarna var att *waterless* fanns på alla avgränsande väggar mellan patientutrymmena, där även anhöriga återkommande använde *waterless* till sina händer. På varje läkemedels- och omläggningssvagn som sjuksköterskorna använde sig av fanns *waterless*.

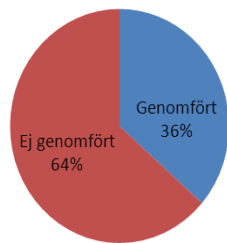
Resultat

Följsamhet av de handhygieniska riktlinjerna

Sjuksköterskorna som deltog i studien utförde flera typer av omvårdnadsåtgärder under tiden de observerades. Observationerna har kategoriserats i två teman, efter typ av karaktär av åtgärd; *omvårdnadsåtgärder vilka kan innebära risk för exponering av kroppsvätska*, samt *omvårdnadsåtgärder vilka inte innebär uppenbar risk för exponering av kroppsvätska*. Generellt för båda grupperna är att handhygieniska åtgärder observerades oftare efter en omvårdnadsåtgärd än före.

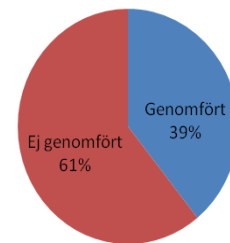
Följsamheten av handhygieniska åtgärder före omvårdnadsåtgärd var cirka 36% (*Figur 1*) och efter avslutat moment cirka 39% (*Figur 2*). Ett exempel på detta var vid avlägsnandet av en kateter. Sjuksköterskan utförde inga handhygieniska åtgärder under tiden materialet inför avlägsnandet förbereddes. Handskar brukades och när omvårdnadsåtgärden var avslutad tvättades händerna med tvål och vatten enligt steg ett, två, fyra och sex.

Handhygienisk åtgärd före omvårdnadsåtgärd



Figur 1

Handhygienisk åtgärd efter omvårdnadsåtgärd

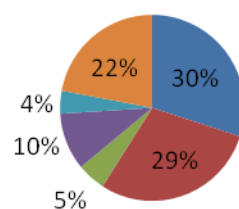


Figur 2

I de observationer där handhygienisk åtgärd genomfördes, utfördes detta vanligtvis 'delvis korrekt'. Detta berodde på att alla steg inte följdes enligt riktlinjerna. Av samtliga fall då det genomfördes handhygien, var det mest frekvent använda stegen: steg ett (30%), steg två (29%), steg fyra (10%) och steg sex (22%) (Figur 3). Ett exempel var när en sjuksköterska utförde en såromläggning, användes *waterless* i enlighet med ovan mest frekvent använda steg: steg ett, två, fyra och sex. *Waterless* brukades från omlägningsvagnen som fanns utanför patientutrymmet. Handskar samt omlägningsmaterial medtogs in till patienten. Efter genomförd omvårdnadsåtgärd, avlägsnades handskarna och *waterless* användes i samma procedur som före omvårdnadsåtgärden.

Frekvens av använt steg vid handhygienisk åtgärd

- Steg 1. Handflator
- Steg 2. Handrygg och mellan fingrar
- Steg 3. Nagelband
- Steg 4. Fingrar
- Steg 5. Under naglarna i handflatan
- Steg 6. Utsida hand och handled



Figur 3

Tabell 1. Följsamheten av *five moments of handhygiene* vid 120 observationer med och utan exponeringsrisk för kroppsvätskor.

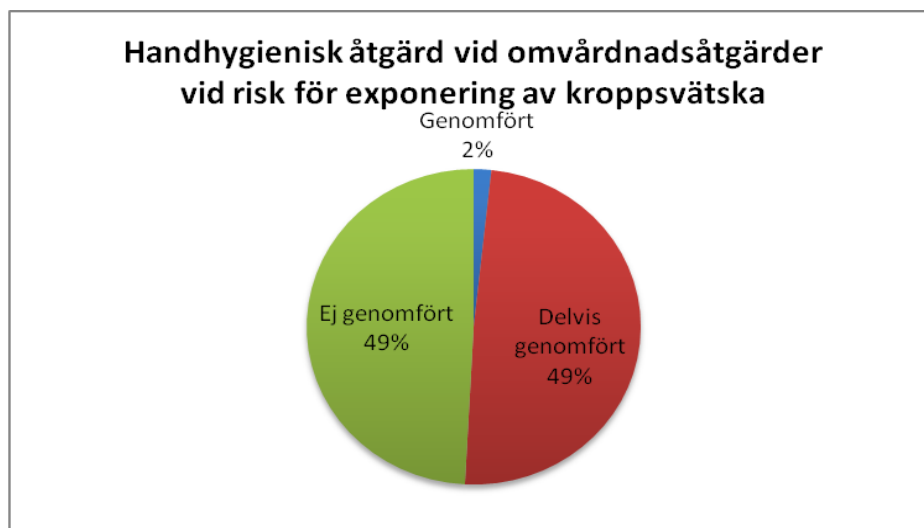
	Korrekt genomfört Antal	Delvis genomfört Antal	Ej genomfört Antal	Antal observationer Antal	Följsamhet Procent
Före patientkontakt	6	30	71	107	34%
Före aseptiskt förfarande	4	25	38	67	43%
Efter risk för exponering av kroppsvätska	1	29	29	59	51%
Efter patientkontakt	1	43	62	106	41%
Efter kontakt med patientens omgivning	1	43	74	118	37%

Åtgärder som utfördes korrekt eller delvis korrekt ligger till grund för beräkningen av följsamhet. Antal observationer före omvårdnadsåtgärd har sammanställts till 107 stycken och 120 stycken efter åtgärd. På grund av att riktlinjerna skiljer sig åt före och efter omvårdnadsåtgärden är inte antalet detsamma.

Omvårdnadsåtgärder vilka kan innebära risk för exponering av kroppsvätska

I denna studie exemplifieras omvårdnadsåtgärder vilka kan innebära risk för exponering av kroppsvätska såsom inläggning av perifer venkateter (PVK), omvårdnadsåtgärder kring infusion i anslutning till PVK, såromläggning och byte av dränagepåse. Vidare räknas intravenös- och subcutan läkemedelsadministrering, venös blodprovstagning samt patientkontakt som inneburit att exponering av kroppsvätska förekommit.

I denna kategori har 59 observationer inkluderats. I 30 fall, drygt 50%, utfördes en handhygienisk åtgärd det vill säga händerna tvättades med *waterless* eller tvål och vatten. Av dessa var ett fall utfört korrekt genomfört och resterande 29 fall var delvis korrekt genomfört, vilket innebär att sjuksköterskan inte utförde samtliga sex steg vid sin handhygieniska åtgärd (*Figur 4*). Följsamheten var bättre efter utförd åtgärd än före då det vid 29 observationer utfördes en handhygienisk åtgärd efter omvårdnadsåtgärden mot 21 gånger före. Vid 20 av dessa totalt 30 observationer där någon handhygienisk åtgärd utfördes, gjordes denna både före och efter omvårdnadsåtgärden.



Figur 4

Vid en observation tvättades händerna före omvårdnadsåtgärden och efteråt brukades *waterless*. Det observerades även i två av de 30 observationerna att sjuksköterskorna använde både *waterless* och handtvätt före respektive efter sina arbetsuppgifter. Ett exempel var när en sjuksköterska gav en patient en ny infusion intravenöst. Händerna tvättades med tvål och vatten i handfatet på sjuksköterskeexpeditionen i korrekt enlighet med riktlinjernas sex steg. Efter att sjuksköterskan torkat sina händer med en grön återanvändningsbar handduk för engångsbruk, lämnades sjuksköterskeexpeditionen genom att glasdörren öppnades och stängdes om sjuksköterskan. Informanten tog sedan läkemedelsvagnen och gick till aktuell patient. Innan administrering av infusionen användes *waterless* från läkemedelsvagnen i fyra steg. Efter utfört arbete användes *waterless* återigen men då i tre steg.

De tre vanligaste åtgärderna med risk för exponering av kroppsvätska var omvårdnadsåtgärder vid infusion, intravenös läkemedelsdistribution och såromläggning. Gällande omvårdnadsåtgärd kring infusion med exponeringsrisk av kroppsvätska utfördes totalt 15 varav tre stycken utfördes korrekt eller delvis korrekt, varav en helt korrekt före omvårdnadsåtgärden. 12 stycken utförde inga handhygieniska åtgärder alls.

Beträffande intravenös läkemedelsdistribution genomfördes ingen handhygienisk åtgärd vid fyra av sju möjliga observationer medan tre informanter delvis genomförde en åtgärd.

Sårömläggning utfördes 11 gånger. Vid 10 av dessa utfördes korrekt eller delvis korrekt handhygienisk åtgärd. Den återstående observationen resulterade inte i någon åtgärd (*Figur 5*).



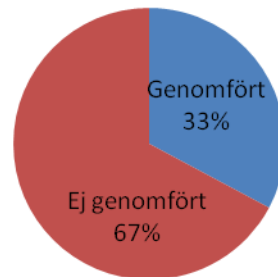
Figur 5

Sammanfattningsvis utfördes fler handhygieniska åtgärder efter omvårdnadsåtgärderna än före. När handhygieniska åtgärder utfördes gjordes de vanligtvis delvis korrekt och mer sällan helt korrekt.

Omvårdnadsåtgärder vilka inte innebär uppenbar risk för exponering av kroppsvätska

I denna kategori har 61 observationer inkluderades. I 20 av dessa fall utfördes någon form av handhygienisk åtgärd vilket är cirka 33% (*Figur 6*). De tre vanligaste omvårdnadsåtgärderna som inte innebär uppenbar risk för exponering av kroppsvätska är: omvårdnadsåtgärd kring infusion, kontroll av vitala parametrar samt patientkontakt exempelvis flytt av patient, muntlig kommunikation eller bäddning av säng utan patient.

Handhygienisk åtgärd vid omvårdnadsåtgärder utan uppenbar risk för exponering av kroppsvätska



Figur 6

I omvårdnadsarbetet kring infusion utan risk för exponering av kroppsvätska utfördes 17 observationer, varav nio stycken utfördes korrekt eller delvis korrekt beträffande handhygieniska riktlinjer. Vid resterande åtta observationer utfördes ej några handhygieniska åtgärder. Vanligtvis förberedde sjuksköterskorna flera infusioner vid sjuksköterskeexpeditionerna och samlade dessa på läkemedelsvagnen. De markerade infusionerna med patienternas uppgifter genom att klistra på lappar på flaskorna. När allt var förberett rullade sjuksköterskan iväg vagnen till patienterna och började sitt arbete med att koppla infusioner. I ett fall arbetade två sjuksköterskor från samma läkemedelsvagn varav den ena kopplade infusioner. Det fanns *waterless* på vagnen som användes innan påbörjandet av omvårdnadsåtgärden. Vagnen rullades iväg under pågående arbete av den andra kollegan och informanten gick ikapp vagnen när omvårdnadsåtgärden var avslutad och använde *waterless* innan arbetet fortsatte med nästa patient.

Vid kontroll av vitala parametrar förekom det sällan att sjuksköterskorna använde sig av handhygieniska åtgärder före eller efter omvårdnadsåtgärd. Det utfördes korrekta eller delvis korrekta handhygieniska åtgärder i fyra fall av 15. I resterande 11 observationer utfördes ingen handhygienisk åtgärd. Ett exempel var när en sjuksköterska skulle kontrollera vitala parametrar på ett antal patienter. Utan handhygienisk åtgärd gick informanten direkt till patienten och placerade den automatiska blodtrycksmanschetten. I väntan på resultat gick hon/han till nästa patient, utan handhygienisk åtgärd emellan och fäste en blodtrycksmanschett på även denne patient. Sjuksköterskan alternerade mellan patienterna

utan handhygieniska åtgärder varken före, mellan, under eller efter patientkontaktarna. Undantagsfall från bristande följsamhet var när kontroll av vitala parametrar utfördes på patienter med smittsam sjukdom eller MDR då följsamheten var bättre, 80% (fyra av fem observationer).

Vid patientkontakt utan risk för uppenbar exponering av kroppsvätska genomfördes tio observationer. Exempel på dessa är förflyttning av patient, samtal med patient eller inskrivning. I tre observationer utfördes handhygieniska åtgärder korrekt eller delvis korrekt. I resterande sju observationer uteblev genomförandet av handhygien.

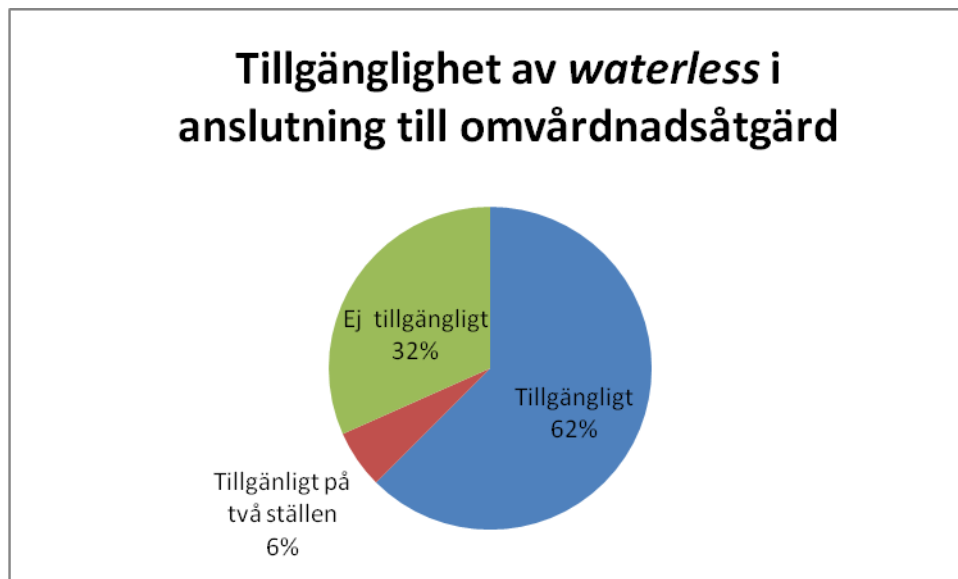
Sammanfattningsvis var följsamheten lägre vid omvårdnadsåtgärder som inte innebar en uppenbar risk för exponering för kroppsvätska jämfört med omvårdnadsåtgärder som innebar en exponeringsrisk. Omvårdnadsarbete med infusion avvek dock från detta resultat, då sjuksköterskorna hade bättre följsamhet vid dessa åtgärder än övriga i denna kategori.

Faktorer som kan påverka följsamheten av handhygieniska åtgärder

I resultatet framkom återkommande mönster som resulterade i tre olika teman. Dessa har kategoriserats under tre rubriker vilka är *tillgänglighet till handhygienisk åtgärd*, *avbrott under omvårdnadsåtgärd* samt *patienter med smittsam sjukdom*.

Tillgänglighet till handhygienisk åtgärd

Tillgänglighet till handhygienisk åtgärd åsyftar närhet till handfat eller *waterless*. Under studiens gång fanns inte handfat i nära anslutning till någon omvårdnadsåtgärd. *Waterless* fanns desto oftare på patientsängarna, väggen eller läkemedels- och omläggingsvagnarna. Detta observerades i 82 fall av studiens totalt 120 observationer. Sju gånger fanns det på två ställen samtidigt i nära tillgång till omvårdnadsåtgärden, vanligtvis på säng och vagn (*Figur 7*).



Figur 7

Tillgången på *waterless* var mest frekvent förekommande på vagnarna där det anträffades 68 gånger. Detta kan ge en förklaring till att *waterless* användes fler gånger än handtvätt. Handtvätt observerades och genomfördes 17 gånger under samtliga observationer. Sju gånger före omvårdnadsåtgärd av 107 möjliga och 10 gånger efter omvårdnadsåtgärd, av 120 möjliga. *Waterless* användes 69 gånger. 32 gånger före samt 37 gånger efter omvårdnadsåtgärd. I fyra fall användes både handtvätt och *waterless*, tre gånger före omvårdnadsåtgärd och en gång efter. I den kvantitativa sammanställningen är varje åtgärd medräknad som ett unikt tillfälle.

Sammanfattningsvis var *waterless* markant mer tillgängligt samt markant mer frekvent använt. Handfat fanns aldrig i nära anslutning till omvårdnadsåtgärd och utfördes ett fåtal gånger.

Avbrott i omvårdnadsåtgärd

I resultatet framkommer det att avbrott vid omvårdnadsåtgärd kan påverka följsamheten av handhygieniska åtgärder. Exempel på avbrott under omvårdnadsåtgärd är att en kollega avbryter sjuksköterskan under momentet, att sjuksköterskan går och hämtar något för att kunna fullfölja momentet eller att patienten bredvid vill något och påkallar sjuksköterskans uppmärksamhet.

Under 14 observationer avbröts sjuksköterskorna under pågående omvårdnadsåtgärd. Av dessa fall var det åtta sjuksköterskor som inte utförde någon form av handhygienisk åtgärd efter avbrottet. Ett exempel på när en sjuksköterska blev avbruten var när en infusion skulle bytas hos en patient som låg isolerad i ett rum på grund av smittsam sjukdom. Infusionen förbereddes på läkemedelsvagnen utanför rummet, där även *waterless* fanns. Sjuksköterskan gick sedan in till patienten och kopplade infusionen till en trevägskran för att sedan gå ut till vagnen igen. Där drogs vätska upp i en spruta varpå sjuksköterskan återgick till patienten, utan någon handhygienisk åtgärd. När sjuksköterskan var klar med momentet blev hen direkt påkallad av en annan sjuksköterska vilket resulterade i att informanten gick direkt från en patient till en annan. Sjuksköterskan utförde ingen handhygienisk åtgärd varken före eller efter momentet.

En observation där handhygienisk åtgärd utfördes efter avbrott i omvårdnadsmomentet var vid en venös provtagning. Under pågående moment blev sjuksköterskan tillkallad av en grannpatient som behövde hjälp. Informanten vände sig om och hjälpte patienten med vad den ville ha hjälp med. Innan sjuksköterskan återgick till omvårdnadsmomentet användes *waterless* från vagnen, samt efter avslutat moment.

Patienter med smittsam sjukdom

Vid kontakt med patienter som hade någon form av diagnostiserad smittsam sjukdom, exempelvis MDR, hade sjuksköterskorna generellt bättre följsamhet kring handhygienriktlinjerna. Sju observationer gjordes där sjuksköterskorna var i kontakt med diagnostiserad smittad patient och av dessa utfördes någon form av handhygienisk åtgärd i fem fall. Ett exempel var när en sjuksköterska skulle göra en kontroll av vitala parametrar på en patient som hade MDR. Sjuksköterskan använde *waterless* enligt steg ett, före, under och efter omvårdnadsåtgärden. Patienten hade en egen blodtrycksmanschett och *waterless* fanns tillgängligt i en behållare vid fotändan på patientens säng. Sjuksköterskan började med att använda *waterless* på händerna och placerade sedan blodtrycksmanchetten på patientens arm. Det var en automatisk blodtrycksmanschett som användes och i väntan på resultat använde sjuksköterskan *waterless* igen samt gjorde anteckningar i patientens journal, som fanns vid dennes fotända. Avslutningsvis, när resultatet hade visats, brukades *waterless* ännu en gång,

blodtrycksmanschetten avlägsnades och *waterless*användningen återupprepades ytterligare en gång innan sjuksköterskan gick vidare till nästa patient.

Diskussion

Diskussion av vald metod

För att ge en så reell bild av verkligheten som möjligt gjordes en deskriptiv tvärsnittsstudie med etnografiskt perspektiv. Icke deltagande observation valdes som observationsmodell dels på grund av den befintliga språkbarriären som gjorde det svårt att kommunicera med informanterna, dels för att författarna önskade göra minsta möjliga påverkan på informanterna under datainsamlingen. Den kvantitativa delen i studien syftar till att påvisa frekvensen av handhygieniska åtgärder. Den kvalitativa delen ger ett djup och en förståelse för de fenomen som observerades.

Den utseendemässiga och kulturella skillnaden som förekom, var ett motiv till att observatörerna valde att besöka avdelningarna innan studien startade. Dessa två besök bestod i att observatörerna hälsade på personalen på avdelningarna samt informerade om studien. Vid första mötet var det en tydlig men positivt märkbar påverkan på samtliga i personalen på avdelningarna över att observatörerna var där. Under studiens gång vände sig informanterna vid författarnas närvaro men på grund av studiens korta tidsperiod kan detta ändå ha inverkat på resultatet. Rekommendation till framtida forskning är att låta studien fortlöpa under en längre tid för att observanternas närvaro ska ha en möjlighet att bli en naturlig del av kontexten. En styrka till studien är dock att den ena författaren hade tillbringat en längre tid i landet innan studien påbörjades. Detta resulterade i en förförståelse av kulturen.

Vid informationsmötet informerades sjuksköterskorna om datainsamlingen. Dock tydliggjordes det inte att det var handhygien i synnerhet utan hygien i allmänhet som observerades, detta för att försöka minska Hawthorneffekten. Polit och Beck (2010) belyser problematiken med Hawthorneffekten genom att informanterna kan påverkas av att vara observerade och därmed ändra sitt beteende. De beskriver även att en observation initialt

börjar med att låta informanterna vänja sig vid att bli observerade. Det är viktigt att börja som en åskådare och växa med gruppen över tid. Utan tillit från gruppen kan studien inte fortgå eftersom informationen kan bli snedvriden och gruppen kan använda sig av skyddande fasader. Målet är att komma bakom dessa och nå den sanna verkligheten i gruppens beteenden och erfarenheter (ibid.).

En pilotstudie med sju observationer genomfördes innan studien påbörjades för att testa observationsprotokollets tillförlitlighet och med utgångspunkt i detta genomfördes förbättringar inför den kommande studien. Att göra en pilotstudie är en rekommendation enligt Creswell (2013) för att förfina datainsamlingen. Författarna ser det som en styrka att fältanteckningar genomfördes i anslutning till observationerna där detaljer och information om observationen antecknades. Dessa anteckningar gjordes i direkt anslutning till observationerna för att förhindra att detaljer glömdes bort. Även kontextanteckningar utfördes i anslutning med fältanteckningarna eller i slutet på arbetsdagen för att beskriva omgivningen. Denscombe (2009) styrker vikten av att göra fältanteckningarna i nära anslutning till observationen då det är lätt att glömma saker, tankar och mindre händelser. En svaghet med studien i enlighet med Denscombe (2009) är att fältanteckningarna delvis skrevs ner under själva observationen vilket ledde till att observatörerna påverkade den naturliga miljön.

Att grunda sina fältanteckningar systematiskt men även ha fria anteckningar är positivt enligt Fangen (2005). Fältanteckningarna i denna studie baserades på helt fria anteckningar. Förslag till framtida studier är att ha huvudrubriker i samband med de fria anteckningarna för att kunna dra fler slutsatser och lättare kategorisera datainsamlingen och skapa fler resultat. Författarna upplever inte att avsaknaden av rubriker var en brist i denna studie. Fältanteckningarna underlättade analysen och sammanställningen av den stora mängden data, då det upplevdes som svårt att komma ihåg varje enskild observation.

För att få ett representativt urval är det av vikt att välja perioderna man observerar medvetet (Denscombe, 2009). En styrka i denna studie är att observationerna är jämnt fördelade mellan informanterna samt över för- respektive eftermiddag under fyra vardagar. Resultatet är även relativt jämnt fördelat mellan *omvårdnadsåtgärder vilka kan innebära risk för exponering av kroppsvätska* och *omvårdnadsåtgärder vilka inte innebär uppenbar risk för exponering av kroppsvätska*.

En observation blir mer tillförlitlig när två observatörer observerar samma fenomen då olika forskare tenderar att registrera olika fakta. Detta går att undvika om man utgår från ett gemensamt observationsschema som ger struktur till observationerna. Vilket leder till att registreringen av data sker på ett systematiskt sätt och observatörerna observerar samma sak på liknande sätt (Denscombe, 2009). Med tanke på den korta tid som studien pågick så valde författarna att inte observera samma sjuksköterska utan att observera var för sig för att kunna få en större mängd data. Dessutom kunde det blivit för uppenbart ifall båda observatörerna hade observerat samma informant samt att det kanske hade påverkat resultatet i en större utsträckning. Under datainsamlingen försökte författarna hålla en låg profil och befinna sig i bakgrunden och observera på avstånd. Ibland utfördes även observationerna från sjuksköterskeexpeditionen för att inte göra det så uppenbart vilken sjuksköterska som observerades vid just det tillfället.

Det anses inte förefalla någon risk för fysiska komplikationer under och efter studiens gång. Känslan av att bli observerad kan eventuellt medföra en viss stress som kan leda till svårigheter att utföra arbetsuppgifterna som vanligt. Författarna hoppas och tror dock inte att närvaron störde arbetet nämnvärt då strategiskt utvalda platser i rummet valdes för observation, detta även av respekt för patientens integritet. Observatörerna följde inte med någon sjuksköterska fram till patientens säng utan observerade en bit därifrån. Om det under något tillfälle inte gavs möjlighet att göra en fullständig observation exkluderades denna från studien. I enlighet med Helsingforsdeklarationen (World Medical Association [WMA], 2008) var deltagandet i studien frivilligt och försiktighetsåtgärder vidtogs för att skydda integriteten hos sjuksköterskorna och patienterna.

När författarna självkritiskt granskat sin studie så framkom en negativ faktor vilken innebär att somliga observationer fick exkluderas ur studien. Detta kunde bero på att informanten vände sig om under rådande observation vilket ledde till att det var lätt att missa något steg och inte få uppsyn över händerna och därmed fick observationen uteslutas. Detta leder till att resultatet möjligtvis kunde påverkats i annan riktning än vilket utfallet blev.

Antalet gånger en viss omvårdnadsåtgärd skedde varierade i båda resultatgrupperna i studien. Inom gruppen *omvårdnadsåtgärder vilka kan innebära risk för exponering av kroppsvätska* varierade antalet mellan ett byte av en dränagepåse till femton infusionsbyten vilket skulle kunna påverka resultatet. Det kan vara så att en sjuksköterskas beteende kan påverka det

totala resultatet om denne gör sex likadana moment efter varandra på samma sätt och därmed förstärker resultatet i en riktning. Det skulle kunna vara en styrka om spridningen på omvårdnadsåtgärderna hade varit mera jämnt fördelad.

Diskussion av framtaget resultat

Resultatet visar att följsamheten till handhygieniska riktlinjer var bättre efter omvårdnadsåtgärd samt vid åtgärder som innebar risk för exponering av kroppsvätskor. Costers, Viseur, Catry och Simon (2012) och Samuel, Almedom, Hagos, Albin och Mutungi (2005) studier styrker resultatet angående den ökade följsamheten i de situationer där personalen utsätts för exponering av kroppsvätskor. Samuel et al. (2005) utförde en intervjustudie där det framkom att sjukvårdspersonalen framförallt valde att tvätta sina händer i samband med exponering av kroppsvätska. Personalen berättade även att de såg handskar som ett instrument för att snarare skydda sig själva än patienterna (ibid). Vid åtgärder som innebär risk för exponering syns vanligen blod eller annan typ av kroppsvätska tydligt. Vilket kan leda till att sjuksköterskorna är mer följsamma till handhygieniska riktlinjer då den faktiska överföringen är skönjbar med blotta ögat. Detta styrker att sjuksköterskan handlar utifrån att skydda sig själv.

Fortbildning och handhygienkampanjer kan leda till bättre följsamhet. Samuel et al. (2005) och Costers et al. (2012) bekräftar att kunskap ökar följsamheten. Salama, Jamal, Mousa, Al-Abdulghani och Rotimi (2013) gjorde en studie i Kuwait på en intensivvårdsavdelning där de undersökte hur följsamheten var hos personalen gällande handhygienriktlinjer. Observationer gjordes innan samt efter ett utbildningsprogram. Utbildningen bestod bland annat av information när handhygien ska ske och hur. Påminnelser i form av affischer sattes upp samt feedback till personalen gavs. Resultatet visade att följsamheten ökade med 20% efter utbildning och påminnelser till personalen. Följsamheten var högst bland sjuksköterskor och lägst hos läkare. De nosokomiala infektionerna var innan utbildningsprogrammet 37,2 per 1000 patienter och sjönk till 15,1 per 1000 patienter efteråt (ibid.). Även Nightingale menade att kunskap och utbildning var viktigt för att förbättra följsamheten av handhygien (Lymer et al., 2004). Beträffande ovanstående resultat har reflektion över sjuksköterskornas faktiska kunskaper om de handhygieniska riktlinjerna framkommit. Då detta inte var mätbart i studien,

framkom inte denna information. Författarna har ej heller vetskap om sjuksköterskorna får fortbildning i ämnet.

Resultatet i Samuel et al. (2005) studie visar på att personal föredrog att använda handskar istället för att utföra handtvätt då de ansåg att handtvätt var en tidskrävande åtgärd (ibid). Detta styrker författarnas hypotes gällande att sjuksköterskorna upplever det tidskrävande och omotiverande i förhållande till att det inte är en uppenbar smittorisk då kroppsvätska ej är skönjbar. Exempelvis kontroll av vitala parametrar.

En motsägelse till resultatet beträffande bristande följsamhet vid omvårdnadsåtgärder utan risk för exponering av kroppsvätska är när patienten är diagnostiserad med smittsam sjukdom vilket ledde till bättre följsamhet av handhygienriktlinjerna. Det röda hjärtat som sitter över patientens huvudända, som symboliserar att denne är infekterad med MDR, är troligen en påminnelse för sjuksköterskan att utföra handhygienisk åtgärder.

Dålig följsamhet kan bero på bristande utrustning att utföra handhygien (Allegranzi & Pittet, 2009; Samuel et al., 2005; Boyce & Pittet, 2002). Detta är en trolig förklaring till denna studies resultat då det fanns förhållandevis få handfat i relation till antalet patienter medan *waterless* var mer förekommande. Detta kan vara den bidragande orsaken som resulterade i att *waterless* var den handhygieniska åtgärd som var mest frekvent använd. Boyce & Pittet (2002), Samuel et al. (2005) och Sax et al. (2007) menar att otillgängligheten till exempelvis handfat är en faktor som hindrar följsamheten av att de handhygieniska riktlinjerna.

Waterless kan vara en lättare process att genomföra än användning av tvål och vatten. *Waterless* är lättare att göra tillgängligt och upplevelsen är att processen är mindre tidskrävande. Sax et al. (2007) åsyftar även detta då de i sin studie understryker att användning av handdesinfektion är en enkel och icke tidskrävande process. I studien går även att utröna att om tillgängligheten är god blir handhygien en naturlig del i arbetet (ibid.). Det enklaste och väsentligaste tillvägagångssättet för att förebygga VRI är god handhygien och alkoholbaserad desinfektion ger bäst effekt (Socialstyrelsen, u.å). Ett annat argument för att använda mer *waterless* skulle även kunna grundas i en ekonomisk aspekt. Det är säkert mer kostnads- och tidseffektivt att installera mer *waterless* på exempelvis alla sängar och vagnar än att sätta dit handfat i nära anslutning till patientutrymmena.

Följsamheten till riktlinjer i föreliggande studie var inte så god, vilket överensstämmer med tidigare studier (Sax et al., 2007; Samuel et al., 2005; Novoa et al., 2007; Pittet et al., 1999). Flera förklaringar kan finnas till detta. Exempelvis moment som utförs rutinmässigt utan att bli en risk för en själv kan resultera i oförsiktighet och slarv med rådande säkerhetsrekommendationer, exempelvis arbete med patienter med någon form av smittsam sjukdom. Om ingen märkbar smittspridning sker, kan det leda till en vana att slarva med handhygien hos patienter med smittsam sjukdom. Skyddsutrustning i annan form än handhygieniska åtgärder är också en faktor författarna anser kan påverka följsamheten av handhygienriktlinjerna. Vid användning av exempelvis munskydd, handskar eller skyddsförkläde, kan upplevelsen vara att denna skyddsbarriär är tillräcklig och därmed behövs ingen handhygien vidtas.

Resultatet i studien visar att det fanns ett mönster i att sjuksköterskorna på respektive avdelning arbetade lika avseende utförande av handhygien. Boyce & Pittet (2002) beskriver faktorer som kan förklara detta resultat med brist på en god förebild och/eller spegling av arbetskamrater, Salama et al. (2013) och Costers et al. (2012) beskriver att brist på återkommande utbildning kan påverka följsamheten (ibid.). Studenter som observerar sjuksköterskor kan ha möjlig påverkan på resultatet av följsamheten (Lymer et al., 2004). Relaterat till denna studie kan det vara så att sjuksköterskan förbereder en omvårdnadsåtgärd som en student sedan slutför och att sjuksköterskan därmed lägger handhygienansvaret på studenten. Ett förslag till vidare forskning är att jämföra sjuksköterskor som handleder studenter jämförelsevis med sjuksköterskor som ej handleder studenter.

Nightingale ansåg att trängsel mellan patienternas sängar är en negativ faktor för tillfrisknande (Engberg, 1990). Att patienternas sängar låg nära varandra på salarna observerades i denna studie, vilket uppmuntrade till avbrott i omvårdnadsåtgärderna. Detta resulterade i att sjuksköterskorna stundom vände sig om mellan patienterna och vidtog en omvårdnadsåtgärd hos grannen till patienten för att sedan återgå till planerad åtgärd. Detta kunde resultera i sämre följsamhet till gällande handhygienriktlinjer.

Lymer et al. (2004) gjorde en studie vars syfte var att undersöka vilka faktorer som främjade vårdpersonal att vidta aktuella försiktighetsåtgärder som var uppsatta vid risk för blodexponering från patienterna. Studiens resultat, vilket framkom genom intervjuer, visar att personalen ansåg att den hygienansvariga sjuksköterskan behövde en stor kunskap kring

ämnet och förmåga att dela den vidare till sina medarbetare samt att följa upp hur arbetet gick och ge feedback. Personalen menade även att arbetsbelastningen hade påverkan för hur säkert arbete de utförde. Vid hög arbetsbelastning ökade stressen och personalen upplevde att otillräcklig tid fanns för att förbereda säkra arbetsmetoder. För att öka följsamheten är det önskvärt att skyddsutrustning finns inom räckhåll (ibid.).

Slutsats och kliniska implikationer

Denna studie stödjer befintlig forskning som har påvisat att bristande följsamhet är ett universellt problem. Handhygieniska åtgärder gjordes främst efter omvårdnadsåtgärder samt vid åtgärder där exponering av kroppsvätska förelåg. Handhygien utfördes vanligtvis 'delvis korrekt genomfört' vilket innebär att sjuksköterskorna ej genomförde samtliga steg i enlighet med riktlinjerna. God tillgänglighet till *waterless* och handfat ökar följsamheten av handhygieniska riktlinjer och bör därmed vara frekvent förekommande på avdelningarna.

Vid omvårdnadsåtgärder med patienter som hade någon form av smittsam sjukdom var följsamheten bättre. För att minska spridning av VRI är det betydelsefullt att fortsätta ha en god följsamhet vid dessa patienter. Det är även av vikt att fortsätta prioritera och arbeta vidare med handhygien i all form av omvårdnad relaterat till skydd av personal och patient. Det är av vikt att fortsätta forska vidare i ämnet och förslag till framtida ämnen är att ta reda på hur kunskapsläget kan påverka följsamheten, hur sjuksköterskornas attityder är till smittade patienter och hur det kan påverka följsamheten och arbetssättet, hur de prioriterar sitt handlande - om de skyddar sig själva framför patienterna och om handledning av studenter påverkar följsamheten.

Författarnas arbetsfördelning

Båda författarna har varit närvarande och deltagande under samtliga observationer som gjordes relativt jämt fördelade mellan författarna/observatörerna. Författandet av uppsatsen har skett gemensamt likaså analysen, renskrivningen av fältanteckningar samt sammanräkningen i datorprogrammet excel. Delar av uppsatsen har skrivits var för sig för att sedan gemensamt ha lästs igenom och renskrivits tillsammans.

Referenser

Allegranzi, B., & Pittet, D. (2009). Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection*, 73(4), 305-15.

Arlebrink, J. (2006). *Grundläggande vårdetik: teori och praktik*. (2., omarb. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Bjerke, NB. (2004). The evolution: handwashing to hand hygiene guidance. *Critical Care Nursing Quarterly*, 27(3), 295-307.

Boyce J, M., & Pittet, D. (2002). *Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force*. Hämtad 10 maj, 2013, från <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5116a1.htm>

Costers, M., Viseur, N., Catry, B., & Simon, A. (2012). Four multifaceted countrywide campaigns to promote hand hygiene in Belgian hospitals between 2005 and 2011: impact on compliance to hand hygiene. *Euro Surveill*, 17(18) pii: 20161

Creswell, J.W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. (3. ed.) Thousand Oaks: SAGE Publications.

Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Efterlevnad. (u.å.). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 15 maj, 2013, från http://www.ne.se/sve/efterlevnad?i_h_word=efterlevnad

Engberg, M. (1990). *Damen med lampan: en bok om Florence Nightingale 1820-1910*. Hova: Institutet för medicinsk rätt (IMR).

Fangen, K. (2005). *Deltagande observation*. (1. uppl.) Malmö: Liber ekonomi.

Fejes, A., & Thornberg, R. (red.) (2009). *Handbok i kvalitativ analys*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Førsund, J. A. (1998). Hygien. I N. Jahren Kristoffersen (Red.), *Allmän omvårdnad. 3, Patient och sjuksköterska - kropp, behov och metoder* (s. 13-97). (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Gynnerstedt, K. (1993). *Etik i hemtjänst: en studie av förvaltnings- och professionsetik*. Diss. Lund: Univ.. Lund.

Hygien. (u.å.). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 15 maj, 2013, från <http://www.ne.se/hygien>

Informant. (u.å.). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 15 maj, 2013, från <http://www.ne.se/lang/informant>

Lymer, U-B., Richt, B., & Isaksson, B. (2004). Blood exposure: factors promoting health care workers' compliance with guidelines in connection with risk. *Journal of clinical nursing*, 13(5), 547-54.

MacDonald, P., & Parkes, C. (2009). *Thailand: [off-the-beaten-path excursions, insider tips, not-to-be-missed lists, authentic experiences]*. Washington, D.C.: National Geographic Society.

McDonald, L. (2010). Florence Nightingale: Passionate Statistician. *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 28(1), 92-8.

Nightingale, F. (1989). *Anteckningar om sjukvård: -ur vårt tidsperspektiv*. (Ny uppl., med tillägg). Skellefteå: Artemis. Originallets titel: Notes on nursing: What it is and what it is not. Översättning till svenska: Elisabeth Krey-Halldin från engelska upplagan 1924. Utgiven av svensk sjuksköterskeförening förlag 1954.

Novoa, A M., Pi-Sunyer, T., Sala, M., Molins, E., & Castells, X. (2007). Evaluation of hand hygiene adherence in a tertiary hospital. *American Journal of Infection Control* 35(10), 676–83.

Pittet, D. (2004). The Lowbury lecture: behaviour in infection control *Journal of Hospital Infection*, 58(1), 1–13.

Pittet, D., Mourouga P., & Perneger, T.V. (1999). Compliance with Handwashing in a Teaching Hospital. *Annals of Internal Medicine* 130(2), 126-130.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2009[2010]). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7., [updated] ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Royal College of Nursing. (2005). *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) Guidance for nursing staff*. Hämtad 20 september, 2012, från <http://www.nhs.uk/conditions/mrsa/documents/rcn%20mrsa%20guidelines.pdf>

Salama, MF., Jamal, WY., Mousa, HA., Al-Abdulghani, KA., & Rotimi, VO. (2013). The effect of hand hygiene compliance on hospital-acquired infections in an ICU setting in a Kuwaiti teaching hospital. *Journal of Infection and Public Health*, 6(1) 27-34.

Samuel, R., Almedom, AM., Hagos, G., Albin, S., & Mutungi, A. (2005). Promotion of handwashing as a measure of quality of care and prevention of hospital-acquired infections in Eritrea: the Keren study. *African Health Sciences*, 5(1), 4–13.

Sax, H., Allegranzi, B., Uckay, I., Larson, E., Boyce, J., & Pittet, D. (2007). ‘My five moments for hand hygiene’: a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. *Journal of Hospital Infection* 67(1), 9-21.

Segesten, K. (2006). *Vårdforskningens begrepp: engelsk-svensk, svensk-engelsk*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

SFS 1998:204. Personuppgiftslag. Hämtad 16 maj, 2013, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/

Socialstyrelsen. (2009). Socialstyrelsen - Folkhälsorapport 2009, Infektioner sid 401-407
http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/15_Infektioner.pdf

Socialstyrelsen. (2011). *Uppföljning av vårdrelaterade infektioner brister*. Hämtad 6 maj, 2013, från
<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/uppfoljningavvardrelateradeinfektionerbrister>

Socialstyrelsen. (u.å.). *Vårdrelaterade infektioner är en stor risk*. Hämtad 23 april, 2013, från
<http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/vardrelateradeinfektioner>

World Medical Association. (2008). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 16 maj, 2013, från
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

World Health Organization. (2009). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*. Hämtad 17 september, 2012, från
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf

World Health Organization. (2010). *Health care-associated infections more common in developing countries*. Hämtad 23 september, 2012, från
http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/infections_20101210/en/index.htm

Hygienriktlinjer på sjukhuset i Khon Kaen

Syftet med riktlinjerna är att alla som arbetar i vården ska utföra korrekt handhygien genom ”5 moments for hand hygiene”.

1. Olika typer av handtvätt
 - 1.1 Normal handtvätt. Handtvätt med vatten och tvål i 10-20 sekunder. Efter tvätt i vatten torkas händerna torra i handuk eller pappershandduk för engångsbruk. Hård tvål ska hållas torr i en särskild behållare. Flytande tvål ska förvaras i en passande behållare för detta och rengöras ofta. ”Normal handtvätt” ska genomföras före och efter patientkontakt med icke smittsam patient.
 - 1.2 ”Hygienisk handtvätt”. Handtvätt med vatten och 4% klorhexidinglukonat eller 7,5% jodoform i 30 sekunder. Skölj sedan händerna igen och torka med handuk eller pappershandduk för engångsbruk.
 - 1.2.1 Efter kontakt med blod eller smittsam patient
 - 1.2.2 Före omvårdnadsåtgärd med aseptisk teknik
 - 1.2.3 Vid infektionskänsliga patienter, barn eller personer med nedsatt immunförsvar.
 - 1.2.4 Högriskpatienter, exempelvis på intensivvårdsavdelning.
 - 1.2.5 Före och efter patientkontakt med patient som tar ”starka” läkemedel, exempelvis bredspektrum antibiotika. (?)
- Om det inte finns möjlighet att tvätta sig i rinnande vatten så ska alkoholbaserad lösning eller alkoholbaserad gel användas. Båda händerna ska tvättas i 3-5 ml genom samtliga sex steg, från våt till torr.
 - 1.3 Kirurgisk handtvätt. Handtvätt med vatten och 4 % klorhexidinglukonat eller 7,5 % jodoform i 3-5 minuter, från nagel till armbåge – vid operation och förlossning. Skölj sedan i vatten och torka med handduk eller pappershandduk för engångsbruk.
2. Handtvättens sex steg.
 - 2.1 Blöt händerna, applicera tillräckligt med tvål för att täcka hela händerna. Gnid handflatorna mot varandra.
 - 2.2 Gnid varje handflata över handryggen på den andra handen och gnugga mellan fingrarna på varje hand.
 - 2.3 Gnid baksidan av fingrarna i motsvarande handflata med fingrarna förseglade runt om. Upprepa med båda händerna.
 - 2.4 Gnugga roterande den ena tummen i motsvarande hands omslutna handflata. Upprepa med alla fingrar i respektive hand.
 - 2.5 Gnugga fingertopparna i motsvarande hands handflata. Upprepa med båda händerna.
 - 2.6 Tvätta avslutningsvis handleder och underarmar. Skölj.
3. ”5 moments of hand hygiene”
 - 3.1 Före patientkontakt.
 - 3.2 Före rent/aspektiskt förfarande

- 3.3 Efter risk för exponering av kroppsvätskor
- 3.4 Efter patientkontakt
- 3.5 Efter kontakt med patientens omgivning
- 4. Redskap för handtvätt
 - 4.1 Tvätta
 - 4.2 Vatten
 - 4.3 Tvål i en korrekt behållare enligt ovan
 - 4.4 Pappershanddukar eller handdukar för engångsbruk
 - 4.5 Infektionstvätt: Hibiscrub 4%, klorhexidinglukonat eller 7,5% jodoform
- 5. Handtvätt
 - 5.1 Nudda inte vasken med arbetskläderna
 - 5.2 Avlägsna ringar och armbandsur före tvätt
 - 5.3 Tvätta händerna i rent vatten, blöt hela handen, ha bra flöde på vattnet men stänk inte på arbetskläderna.
 - 5.4 Använd tvål, hibiscrub 4%, klorhexidinglukonat eller 7,5% jodoform
 - 5.5 Tvätta händerna enligt punkt 2
 - 5.6 Skölj tills tvålen är borta. Stäng av vattnet.
 - 5.7 Torka med pappershandduk eller handduk för engångsbruk
- 6. Handskanvändning
 - 6.1 Förhindrar infektionsspridning från vårdpersonal till patient
 - 6.2 Skyddar vårdpersonal från exponering av blod från smittad patient
 - 6.3 Försiktighetsåtgärder mellan patient till patient. Byt handskar mellan olika patientkontakter.

Observationsprotokoll

FM EM Veckodag:

Avdelning:

Ämne	Möjligt genomförande		Ja*	Delvis**	Nej***
	JA	NEJ			
5 situationer som kräver handhygien:					
1. Innan patientkontakt					
2. Innan aseptiskt förfarande					
3. Efter risk för exponering för kroppsvätskor					
4. Efter patientkontakt					
5. Efter kontakt med föremål i patientens direkta omgivning					
Tvättades händerna korrekt?					
Finns handsprit i anslutning till sängen? Var i så fall?					
Användes handsprit?					
Handtvätten/spritens 6 steg:					
1. Handflator					
2. Handrygg och mellan fingrar					
3. Nagelband					
4. Fingrarna					
5. ”Under naglarna i handflatan”					
6. Utsida hand och handled					

* Genomfört

** Delvis genomfört

*** Ej genomfört

ORSAK:Typ av moment:Fältanteckningar: