

SYKHB008 Bacheloroppgave

Forebygging av sykehusinfeksjoner ved hjelp av god håndhygiene

HØGSKOLEN STORD HAUGESUND

Avdeling Haugesund

Kull 2006

Kandidatnr: 3

Antall ord: 7106

Innhold

Sammendrag	3
1.0 Innledning	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Tema	4
Presentasjon av problemstillingen	4
1.3 Formålet med studien.....	4
1.4 Avgrensing og presisering av problemstillingen	4
2.0 Teori	6
2.1 Pasienter innlagt i sykehus.....	6
2.2 Pasientsikkerhet.....	6
2.3 Uheldige hendelser	7
2.3.1 Årsaker til uheldige hendelser	8
2.3.2 Sykehusinfeksjoner	8
2.4 Lover og forskrifter	9
2.5 Forebyggende sykepleietiltak for å hindre infeksjoner	9
2.5.1 Håndhygiene	10
Hånddesinfeksjon.....	10
Håndvask.....	11
Rent – urent.....	11
Antiseptikk og aseptikk.....	11
3.0 Metode.....	13
3.1 Metodevalg	13
3.1.1 Innhenting av data	13
3.2 Kvalitetssikring og etiske aspekter ved gjennomføringen av denne studien	15
3.3 Artikkelpresentasjon	15
4.0 Drøfting	19

4.1	Hvorfor manglende håndhygiene blant helsepersonell?.....	19
4.2	Hvilke forutsetninger må finnes for mer effektiv håndhygiene?.....	21
5.0	Avslutning	24
6.0	Referanser	25
6.1	Artikler	25
6.2	Web sider	25
6.3	Litteratur	25

Sammendrag

I de norske sykehusene blir om lag 5-10 % av pasientene smittet med en sykehusinfeksjon, hvorav ca. 400 dødsfall kan knyttes direkte opp mot disse prosentene. Jeg har derfor valgt å ha fokus på det forebyggende arbeidet i denne litteraturstudien, med hovedvekt på god håndhygiene. Målet er å få frem hvordan sykepleier ved hjelp av et så enkelt tiltak som god håndhygiene kan sikre pasientene mot sykehusinfeksjoner. Jeg har søkt i artikkelbaser etter relevante forskningsartikler, og siden drøftet opp mot teori. Resultatet viser at ved å øke kunnskapsnivået og endre holdninger hos helsepersonellet bedrer man håndhygien, og dermed reduserer forekomsten av sykehusinfeksjoner.

In the Norwegian hospitals approximately 5-10 % of the patients get a hospital infection, and about 400 deaths can be linked directly to these percents. Therefore I have concentrate on preventing hospital infections, with hand hygiene as the main focus. My goal is to show how nurses with good hand hygiene can keep their patients safe from hospital infections. I discuss findings in the articles I have chosen to use. The findings show that by increasing knowledge and change the attitude amongst healthcareworkers you get a better hand hygiene, and farther reduce the number of hospital infections.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Pasienter som er innlagt i sykehus er i en sårbar posisjon, de er gjerne syke, svake og engstelige. De har behov for å føle seg trygge og ivaretatt, og at helsepersonellet gjør det de kan for å ivareta deres sikkerhet. Pasientene skal slippe å bekymre seg for uheldige hendelser som kan føre til forverring av deres tilstand. På bakgrunn av dette har jeg valgt å fokusere på pasientsikkerhet i helseinstitusjonen, sykehusinfeksjoner, og hvordan god håndhygiene kan redusere forekomsten av sykehusinfeksjoner.

Bortimot 10 % av pasienter innlagt i sykehus rammes av en uheldig hendelse, ifølge internasjonale undersøkelser. Blant dem er legemiddelfeil, infeksjoner og fall de viktigste (Hjorth, 2005).

I de norske sykehusene blir ca. 5-10 % av pasientene smittet med en sykehusinfeksjon (nosokomial infeksjon), enten det er under selve sykehusoppholdet eller etter hjemkomst, som en følge av oppholdet (Tjade, 2008). Sykehusinfeksjonene har både medisinske, økonomiske, og sosiale konsekvenser (Stordalen, 2005) Blant de 5-10 % som rammes, kan rundt 400 dødsfall knyttes direkte opp mot infeksjon pådratt i sykehuset, dette er skremmende tall. Helsevesenet får også en stor økonomisk utgiftspost som følge av sykehusinfeksjonene, estimert til 1 milliard kroner hvert år (Tjade, 2008).

1.2 Tema

I oppgaven vil jeg ha fokus på håndhygiene, pasientsikkerhet, og sykehusinfeksjoner.

Presentasjon av problemstillingen

”Hvordan kan vi som sykepleiere gjennom god håndhygiene sikre pasienter mot sykehusinfeksjoner under deres opphold i helseinstitusjonen?”

1.3 Formålet med studien

I rammeplanen for sykepleierutdanningen kan man lese hva sykepleie omfatter; ”... å fremme helse og forebygge sykdom hos friske og utsatte grupper...”. Det står videre at; ”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og verdighet.”

I denne litteraturstudien ønsker jeg å få frem hvordan sykepleieren kan sikre pasientene mot sykehusinfeksjoner, under sitt opphold i helseinstitusjonen. Gjennom god håndhygiene vil jeg få frem at sykepleierne kan unngå mange av de sykehusinfeksjonene som oppstår i helseinstitusjonene.

1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Hendene er et av de viktigste redskapene vi som sykepleiere har. Derfor har jeg valgt å ha hovedfokus på god håndhygiene i denne oppgaven, og hvordan jeg som sykepleier kan sikre pasienten mot sykehusinfeksjoner ved hjelp av et så enkelt tiltak som håndhygiene.

Jeg har valgt å samle en del begreper inn under begrepet pasientsikkerhet, dette for å få en ryddig og oversiktig studie. Begrepene som blir samlet er trygghet, sikkerhet, pasientsikkerhet.

2.0 Teori

I teoridelen vil jeg skrive om pasienter innlagt i sykehus, uheldige hendelser som kan oppstå, om infeksjonsfaren og sykehusinfeksjoner, og forebyggende sykepleietiltak.

2.1 Pasienter innlagt i sykehus

Behov for trygghet

Trygghet; ”Måten vi utfører arbeidet på har stor betydning for tryggheten. Pasienten må kunne stole på at vi mestrer oppgavene, og at det vi gjør er til hjelp”(Blix & Breivik, 2006:86).

Trygghet kan en knytte opp mot det å føle seg ivaretatt. Og at det i den situasjonen en befinner seg i her og nå ikke er noe som føles truende. Ordet trygghet brukes gjerne synonymt med ordet sikkerhet, og utgjør et av de grunnleggende behovene hos mennesker. Trygghet er ikke bare en indre følelse, men også en måte å møte verden på. Opplevelsen av trygghet er svært personlig og individuell. Trygghet er viktig for samhandlingen mellom sykepleieren og pasienten (Kristoffersen mfl, 2005).

Man kan si at trygghetsbegrepet har to sider, den indre og ytre tryggheten. Den indre tryggheten er forankret i en positiv og trygghetsskapende oppvekst, og i et livssyn. For å utvikle en slik trygghet trenger en å oppleve fellesskap, ansvar, frihet, felles normer og verdier, og tilhørighet. Den tryggheten som er relatert til det livet vi lever og vår samhandling med omgivelsen, betegnes som den ytre tryggheten. Gjennom ulike situasjoner tolker man opplevelsene som enten trygge eller utrygge (Blix & Breivik, 2006).

Utrygghet

Opplevelsen av å være utrygg kan ligge forankret i møtet med det ukjente, usikkerhet ovenfor fremtiden og hva den bringer. I en helseinstitusjon er det mye som kan gi opphav til tanker om utrygghet, som sykdommens art, symptomer, diagnostiseringsprosesser og behandlingsmuligheter (Blix & Breivik, 2006).

Måten sykepleier opptrer på har mye å si for om pasienten opplever trygghet eller utrygghet. En sykepleier må være rolig, hyggelig og sikker i møte med pasienter for å utstråle trygghet. Å bli tatt vare på av helsepersonell som viser medmenneskelighet, og som har kunnskaper og ferdigheter gir også en økt følelse av å være i trygge hender (Blix & Breivik, 2006).

2.2 Pasientsikkerhet

For helsetjenesten er det spesielt to ord som bør stå i fokus, det er kvalitet og sikkerhet. For å sikre kvaliteten må helsetjenesten være god for pasientene, teknisk og faglig god, og helsepersonellet må være gode mennesker. Sikkerheten for pasientene tas vare på ved å sørge for at en ikke gjør noe som kan skade dem, helsetjeneste skal være trygg for pasientene. Dessverre kan det tyde på at kravet om sikkerhet har stått litt i skyggen i forhold til kravet om

kvalitet. Kulturen i helsetjenesten blir preget av de gode resultatene, og dermed blir fokuset på fremskritt og nye muligheter stående sentralt (Hjort, 2007).

Utdannet helsepersonell er avgjørende for å forebygge sykehusinfeksjoner, og sikre kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten (Hjort, 2007).

Sykepleierne spiller en stor rolle når det gjelder pasientsikkerhet, dette kommer klart frem av et sitat hentet fra boken *Keeping Patients Safe – Transforming the Work Environment of Nurses* (2004); "... how well we are cared for by nurses affects our health, and sometimes can be a matter of life or death." (Page, 2004:2).

Pasientsikkerhet er et tema som er viet mye oppmerksomhet på verdensbasis. Verdens helseorganisasjon har startet World Alliance for Patient Safety, og et av prosjektene "clean care is safer care" tar for seg enkle tiltak som håndhygiene og infeksjonspraksis i forebygging av sykehusinfeksjoner (Hjort, 2007).

Mangelfull kunnskap og underbemanning i helsesektoren er ofte assosiert med flere innleggelsesdøgn og sykehusinfeksjoner (Page, 2004).

2.3 Uheldige hendelser

Peter F. Hjort (2007) bruker uttrykket uheldige hendelser og definerer det som hendelser knyttet til undersøkelse, behandling, pleie, rehabilitering eller et besøk i helseinstitusjoner som ikke skulle ha forekommet.

Følgene av en uheldig hendelse er svært alvorlige for både pasienten, pårørende, helsepersonell, og for helseinstitusjonene. Og man snakker gjerne om fire forskjellige offer (Hjort, 2007).

Pasienten er det største offeret for uheldige hendelser, da det i verste fall ender med døden eller invaliditet. Mens det andre offeret er helsepersonellet. Uheldige hendelser blir ofte en tung belastning for det helsepersonellet som er direkte involvert, og uten åpenhet rundt disse hendelsene kan en fort bli stående alene. Det tredje offeret for uheldige hendelser er de pårørende, både til pasientene og helsepersonellet. Man kan jo tenke seg til at pasienters pårørende i mange tilfeller rammes særdeles hardt, da det er de som må leve med følgene resten av livet dersom pasienten invalidiseres eller dør. Det fjerde og siste offeret er helsetjenesten. Ved hendelser av uheldig karakter blir tilliten til helsetjenesten svekket, samtidig som det dannes et dårlig rykte (Hjort, 2007)|.

Internasjonale undersøkelser tyder på at antall ekstra liggedøgn stiger betraktelig som følge av uheldige hendelser. Uheldige hendelser er også en svært stor utgiftspost i helsetjenesten, men det antydes at ca. halvparten av disse utgiftene kunne vært redusert ved hjelp av forebyggende tiltak (Hjort, 2007).

Det er svært vanskelig å knytte en del av følgene direkte opp mot en uheldig hendelse. Når en skal undersøke antall dødsfall knyttet til en uheldig hendelse bør en jo ta høyde for at pasienter faktisk er innlagt i sykehus på grunn av sykdom, og at mange av dem er gamle. Av

den grunn blir muligens dødelighetstallene ikke helt reelle, så en kan jo diskutere om en burde bruke skjønn når en leser disse (Hjort, 2007).

2.3.1 Årsaker til uheldige hendelser

Selv om det er helsepersonellet som utfører handlingene, er det som regel systemet som har sviktet, og av den grunn er opphavet til selve hendelsen (Hjort, 2007).

Det kan være mange årsaker til uheldige hendelser. En av årsakene kan være som følge av svikt i det tankemessige grunnlaget, det vil si at helsepersonellet ikke har gode nok kunnskaper, feilbedømmer pasientens sykdom, eller prøver en behandlingsmetode som de ikke har noen forutsetninger for å gjennomføre. Svikt i utførelsen kan også føre til uheldige hendelser, som for eksempel feilmedisinering. Svikt i det medisinsk - tekniske utstyret åpner også for en del uhell, ulykker og nestenulykker. Menneskelig svikt i form av inkompetanse og manglende engasjement, og i form av tretthet, bekymringer og stress øker også risikoen for uheldige hendelser. Den siste årsaksfaktoren dreier seg om svikt i systemet, eksempler på dette kan være underbemanning, nedsatt kommunikasjon, svekket samarbeidsevne (Hjort, 2007).

Mens det tidligere var den personen som utløste hendelsen som ene og alene hadde skylden, er det nå vanligere å se helheten i hendelsene, det vil si at alle handlinger i helsetjenesten springer ut av en organisasjon, et system og en kultur, og derfor ikke kan isoleres. James Reason innførte denne tenkemåten, og mener at organisasjonen (systemet) skal ha sikkerhetsmekanismer som fanger opp feilen før den får alvorlige konsekvenser og blir til en uheldig hendelse (Hjort, 2007).

De viktigste gruppene av uheldige hendelser og de viktigste områdene av helsetjenesten hvor de hender fordeler seg på legemiddelhendelser, infeksjoner, fall, kirurgi, fødeavdelinger, intensivmedisin og anestesi, skader og "emergency medicine", indremedisin, geriatri og eldreomsorg, almenntmedisin, legevakt, barnemedisin, transfusjonsmedisin, strålebehandling, medisinsk utstyr, og patologi (Hjort, 2007).

2.3.2 Sykehusinfeksjoner

Ifølge Tjade (2008) er sykehusinfeksjoner;

"..infeksjoner som oppstår under eller etter et opphold i sykehus eller en annen helseinstitusjon, og som er en følge av dette oppholdet." (Tjade, 2008:252).

Så lenge man har hatt helseinstitusjoner har det også forekommet sykehusinfeksjoner, men etter at antimikrobielle midler har fått sitt inntog har problemet endret karakter, og enkelte typer infeksjoner har blitt en sjeldenhet (Tjade, 2008).

De mulige smittekildene i et sykehus er mange, det kan være pasienten selv, andre personer, mat, intravenøse væsker, væsker, utstyr, og tekniske installasjoner. Infeksjonene som er vanligst er urinveisinfeksjon, sårinfeksjoner, og infeksjoner i nedre luftveier, men det forekommer også alvorlige infeksjoner som blodforgiftning (sepsis) (Tjade, 2008).

Mennesker har millioner av mikroorganismer rundt om på kroppen (normalfloraen), som lever i naturlig balanse og hindrer de sykdomsfremkallende mikroorganismene i å feste seg på huden. De mikroorganismer som påføres huden og lever og formerer seg i kortere eller lengre perioder hører til den midlertidige floraen. Disse lar seg fjerne med håndvask og håndhygiene, men under gunstige forhold kan ca.80 % av dem overføres videre til pasienter og utstyr. Av og til er det pasienters normalflora som gir opphav til sykehusinfeksjoner, enten fordi det kommer mikroorganismer til et område der de ikke hører hjemme, når hudens forhold endres, eller at mikroorganismene formerer seg og gir infeksjoner (Stordalen, 2005).

Mikroorganismer utskilles fra helsepersonellet i varierende grad. For å hindre eller redusere faren for smittespredning må en kjenne til de grunnleggende hygieniske prinsippene. De viktigste er håndhygiene, å skille rent og urent, og anvendelse av antiseptikk og aseptikk (Stordalen, 2005).

En smittekjede er en modell som viser hvordan smitten skjer og hvordan den kan forhindres. Den består av smittestoff, smittekilde, smitemåte og smitemottaker (Folkehelseinstituttet). For at overføringen av smittestoff skal kunne hindres, må ett eller flere ledd i smittekjeden brytes (Elstrøm, 2002). Smittestoffet (mikroorganismen) fjernes enkelt ved hjelp av desinfeksjon, sterilisering eller antibiotikabehandling. Dersom det allerede finnes et smittestoff kan man forsøke å begrense smitten, men da må man vite hva som er kilden til smitte. De mennesker som er mottakelige for smitten er smitemottakeren.

2.4 Lover og forskrifter

I Norge har vi flere lover og forskrifter som regulerer smittevernarbeidet i helsetjenesten. Smittevernloven (1994) har til hensikt å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer, og klargjør myndighetenes ansvar for å igangsette tiltak mot smitte. Forskriften om smittevern i helseinstitusjoner (1996), pålegger helseinstitusjonene å etablere og vedlikeholde et infeksjonskontrollprogram i forebyggingen av sykehusinfeksjoner. Herunder ligger også ansvaret for å ha et system for tilrettelegging og spesielt oppfølging av god håndhygiene. I Forskriften om vern av arbeidstakere mot biologiske faktorer (1997) er hovedfokus å hindre smitte til helsepersonell, og håndhygiene og bruk av hansker står sentralt. Helsepersonelloven (1999) pålegger helsepersonellet å yte forsvarlig praksis, altså etterleve faglig anerkjente normer for håndhygiene for på den måten å verne seg selv og pasientene mot smitteoverføring. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (1984) pålegger helseinstitusjonene ansvar for å ha et system som sikrer at lover og forskrifter blir fulgt i utførelser som gjøres, og at de følger faglig standard. Videre må det vises til et system for tilrettelegging og oppfølging av håndhygiene (Folkehelseinstituttet, 2004).

2.5 Forebyggende sykepleietiltak for å hindre infeksjoner

Begrepet hygiene brukes gjerne i sammenheng med tiltak for å forebygge sykdom og lidelse eller for å fremme helse (Stordalen, 2005). Sykehushygiene kan defineres som; ”... all den virksomheten som tar sikte på å holde sykehusinfeksjoner under kontroll.”(Tjade, 2008: 254).

Når man snakker om å forebygge i hygienesammenheng dreier det seg ifølge Stordalen (2005) om å hindre at pasienter påføres unødvendige lidelser i form av komplikasjoner og nye helseplager. I helseinstitusjonene er det viktig at man har gode tiltak mot infeksjoner, slik at man på best mulig måte hindrer smitteutbredelse og dermed fremmer helse.

Smitteforebyggende tiltak må igangsettes for å kunne beskytte pasienten mot ytre farer så vel som smitte innad i helseinstitusjonen. Men hygiene dreier seg også om miljøet og kontroll av omgivelsene. Tiltakene må rettes direkte opp mot årsaken til den oppståtte hendelsen. Og det blir avgjørende med generelle tiltak som retter seg mot arbeidsmiljøet, utdanning og ledelse, for å kunne forbedre helsetjenesten som system (Stordalen, 2005).

Bedre sykehus hygiene er et satsingsområde som reduserer forekomsten av sykehusinfeksjoner, det kan faktisk redusere antallet med så mye som en tredjedel ifølge helsetilsynet. Det er avgjørende for smittevernsarbeidet at en holder ved like grunnleggende kunnskaper om hvordan infeksjonssykdommer oppstår og spres blant pasienter og personale (Tjade, 2008).

2.5.1 Håndhygiene

På lik linje med observasjon og kommunikasjon er hendene et svært viktig og nyttig redskap for sykepleierne, men på den andre siden er de også et redskap som kan gjøre stor skade. Hendene forurenses ved at helsepersonell berører seg selv, andre mennesker, og gjenstander. Det er antatt at hele 20-30 % av sykehusinfeksjonene er et resultat av dårlig håndhygiene. La hendene være et redskap i arbeidet med å fremme helse og livskvalitet hos pasienter, i stedet for en trussel (Stordalen, 2005).

Med tanke på de kunnskapene vi i dag har om hygiene, kan vi med enkle forholdsregler som god håndhygiene hindre eller redusere smittespredningen i helseinstitusjoner (Stordalen, 2005).

Med håndhygiene menes hånddesinfeksjon eller håndvask. Hensikten med håndhygiene er å hindre spredning av sykdomsfremkallende mikroorganismer, og på den måten redusere faren for at pasienter får infeksjoner (Andersen, 2006). Dette er det viktigste enkeltstående tiltaket i forebyggingen av sykehusinfeksjoner (Elstrøm, 2002).

Håndhygiene er viktig for å beskytte utsatte pasienter, før rene oppgaver, og etter urene oppgaver. Det kan tyde på at det er vanligere å glemme håndhygiene før, enn etter urene prosedyrer. Nasjonalt folkehelseinstitutt har satt opp eksempler på når håndhygiene er nødvendig, blant annet før kontakt med pasienter med økt infeksjonsmottakelighet, før legemiddelhåndtering, før tilberedning/håndtering av mat, før og etter stell av pasienter, før og etter stell av sår, før og etter innleggelse/stell av urinveiskateter, etter kontakt med blod og kroppsvæsker (Elstrøm, 2002).

Hånddesinfeksjon

Førstevalget i helsetjenesten er hånddesinfeksjon, da det er svært effektivt mot mikrober, hudvennlig, og tidsbesparende. De mest effektive desinfeksjonsmidlene inneholder 60-95 %

alkohol som har en god effekt på bakterier og en del sopparter, og 1-3 % glyserol for å tilføre hendene fett (Stordalen, 2005). Det kan tyde på at helsepersonell har lettere for å etterleve retningslinjene for håndhygiene når de har gått over til hånddesinfeksjon (Folkehelseinstituttet, 2006).

Før desinfeksjon skal hendene være tørre og synlig rene. Bruk en mengde på minimum 3ml å gni rundt i hendene til de er tørre, fra 15-30 sekunder. Når hendene er synlig forurenset må en alltid bruke håndvask som første valg, dette fordi hånddesinfeksjon har dårlig evne til å trenge seg inn i organisk materiale (Stordalen, 2005). Se vedlegg nr.2 og 3.

Håndvask

Håndvask utføres med såpe og vann når hendene er synlig forurenset. Hudens fettstoffer fjernes og pH verdien forhøyes ved gjentatt håndvask. Dette kan fort føre til tørr hud og utvikling av eksem (Stordalen, 2005).

Grundig håndvask gir renere hender. For å minimere mikrobeforekomsten mest mulig skal håndvasken vare i 30-60 sekunder, som gir en reduksjon på hele 99 %. Kranen og såpedispenseren håndteres med albuen, for å unngå forurensing av hendene. Det er viktig å gni såpen godt rundt i hendene, slik at en ikke utelater steder. Til slutt skylles hendene til all såpen er borte, og klappes tørre med mykt papirhåndkle (Stordalen, 2005). Se vedlegg nr.2 og 4.

Rent – urent

I alt arbeid i helsetjenesten skal en bevege seg fra det rene og avslutte med det som er urent. Eksempler kan være ved stell av pasient, da begynner en med de reneste områdene, og avslutter på de mindre rene stedene (Stordalen, 2005).

Antiseptikk og aseptikk

Når man snakker om antiseptikk mener man bruk av kjemisk desinfiserende midler i forebygging av smitte, der målet er å fjerne mest mulig patogene mikrober fra arbeidsområdet. Eksempel på dette kan være huddesinfeksjon før et operativt inngrep (Stordalen, 2005).

Aseptikk går ut på å holde arbeidsområdet fritt for mikrober, dette er aktuelt ved arbeid med sterilt utstyr.

Infeksjonskontrollprogram

I helseinstitusjoner går smittevern ut på å hindre smitteutbredelse. Ved at man sporer opp smitten, bryter smittekjeden og gjør smitemottakeren mer motstandsdyktig, hindrer man smitte og smittespredning. Et infeksjonskontrollprogram inneholder de tiltak man trenger i arbeidet med forebygging, motvirking, håndtering og oppfølging av utbrudd av sykehusinfeksjoner (Stordalen, 2005).

”Sykepleie er å tilrettelegge forholdene i omgivelsene slik at naturen selv kan virke på mennesket og fremme reparerende og rehabiliterende prosesser”(Kristoffersen m.fl., 2005).

Florence Nightingale har fokus på miljømessige forhold i pasientens omgivelser som kan true helbredelsesprosessen i sin filosofi (Kirkevold, 1998). Hun la merke til alt som kunne være skadelig i pasientens miljø, og la vekt på de positive resultatene av et godt miljø. Miljø vil i følge Florence Nightingale si de elementer som påvirker helsen til både syke og friske mennesker. Med pasientens miljø mener hun alt i pasientens verden, fra pasientens mat og blomster, til pasientens verbale og nonverbale interaksjoner (Tomey and Aligood, 2006).

Florence Nightingale beskriver i Notater om sykepleie at en sykepleier bør kunne tolke hver en endring i pasientens ansikt, kroppsholdning, og i stemmen, uten at pasienten må slite seg ut i forsøk på å fortelle hva han føler (Nightingale, 1997). Sykepleier har også ansvar for å tilrettelegge miljøet ved enten å påvirke eller fjerne negative faktorer i miljøet (Kristoffersen m.fl., 2005). Når hun beskriver sykepleierens ABC (1997), sier hun blant annet at;

”..B er å vite hvordan man oppfører seg overfor et sykt menneske...”(Nightingale, 1997:180).

Enhver uheldig hendelse, og nesten hendelse bør rapporteres, og de mest alvorlige hendelsene bør i tillegg analyseres. Med en analyse finner en ut hva som hendte, hvordan hendelsen oppstod, hvorfor den oppstod, og alvorlighetsgraden. Et analysesystem som fungerer svært godt er ”Root Cause System” (RCA), som er et svært godt grunnlag for årsaksanalyser (Hjorth, 2007).

3.0 Metode

Aubert (1985; 196) formulerer metode slik;

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2007: 81).

En litteraturstudie vil si at en har et tydelig formulert spørsmål, som en gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning, besvarer på en systematisk måte (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

De kvantitative metodene gjør informasjonen om til målbare enheter, slik at vi kan regne ut prosent og gjennomsnitt av en større mengde. Mens de kvalitative metodene fanger opp det som ikke kan tallfestes eller måles, som opplevelse og meninger (Dalland, 2007).

3.1 Metodevalg

Jeg vil gjennomføre en litteraturstudie, av systematisk art. For å kunne utføre dette må det finnes tilstrekkelig tilgang på forskning av god kvalitet som grunnlag for studiet. Det første steget i en systematisk litteraturstudie er å søke på en systematisk måte etter forskningsartikler av god kvalitet, deretter bør en granske funnene med et kritisk blikk slik at en får utelukket de artiklene som ikke er relevante for det aktuelle studiet. Til slutt sammenlignes forskningsartiklene, og den litteraturen som er aktuell innenfor det emnet eller problemstillingen en har valgt å gjøre studie på (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

Jeg vil innhente både kvantitative og kvalitative forskningsartikler. Slik får jeg belyst ulike sider ved problemstillingen, for på den måten å oppnå en dypere forståelse. Jeg vil legge kvantitative forskningsresultater i bunnen for denne litteraturstudien, dette for å få frem de reelle tallene som går igjen i studien. Mens hovedvekten av litteraturstudiet bygger på de kvalitative forskningsartikler, ettersom disse, på en faglig måte, kan gi meg svar på problemstillingen min, for eksempel hvordan pasienter opplever trygghet i sykehuset (Olsson & Sørensen, 2003).

3.1.1 Innhenting av data

For å kunne belyse problemstillingen på en tilfredsstillende måte må en ha en fyldig, relevant, gyldig, og pålitelig datasamling, med tilstrekkelige holdepunkter (Dalland, 2007).

Ettersom jeg i denne studien trenger helserelaterte forskningsartikler, har jeg valgt å bruke fagtidsskrifter og helsefaglige artikkelbaser for innsamling av relevant forskningsstoff.

Jeg har søkt i SveMed+, PubMed, og ProQuest. Søkeord jeg har brukt er sykehusinfeksjoner, pasientsikkerhet, håndhygiene, hospital infections, nosocomial infections, safety, patient safety, cross infections, hygiene, hand hygiene, hand washing, nursing.

Resultat i SveMed+

Søkeord	Resultat
Patient safety	165
Hospital infections	91
Hand hygiene	23
Hygiene	486
Hand washing	1
Cross infections	135
Sykehusinfeksjoner	10
Pasientsikkerhet	5

Resultat i PubMed

Søkeord	Resultat
Patient safety	96316
Patient safety AND hand hygiene	51
Patient safety AND hand hygiene AND hospital infections	35
Patient safety AND hand hygiene AND hospital infections AND nursing	10

Resultat i ProQuest

Søkeord	Resultat
Patient safety	7627
Patient safety AND hospital infections	13
Hospital infections	475
Hospital infections AND hand hygiene	10
Hand hygiene	310
Hand hygiene AND patient safety	15
Nosocomial infections	1526
Nosocomial infections AND hand hygiene	10

3.2 Kvalitetssikring og etiske aspekter ved gjennomføringen av denne studien

Forskningsartikler og annen litteratur jeg har valgt å bruke i denne oppgaven har vært hentet fra sykepleiepensum, av nyere årgang, det vil si jeg hadde bestemt meg for å bruke teori som var yngre enn 10 år. Da jeg ønsket å bruke ny, oppdatert og relevant kunnskap som grunnlag for denne oppgaven. Forfatterne er både norske og utenlandske, og flesteparten er utdannede sykepleiere, noe jeg føler gir oppgaven et godt og relevant grunnlag.

Jeg har valgt å benytte meg av norske så vel som utenlandske forskningsartikler, da jeg føler at det gir meg et videre bilde og en dybde på problemstillingen min, samtidig som jeg får muligheten til å sammenligne norske metoder og resultater med utenlandske. Planen var å holde meg til de undersøkelsene som var utført i helseinstitusjoner, og det har jeg gjort. Jeg har en forskningsartikkel fra sykehjem, mens resten er fra forskjellige avdelinger på sykehuset. Det må tas til etterretning at det i flere av undersøkelsene er blitt gitt såpass mye informasjon om selve undersøkelsen til utvalget at det til en viss grad kan ha påvirket resultatene.

Forsberg & Wengstrøm (2003) mener at man bør gjøre etiske overveielser før man går i gang med en systematisk litteraturstudie. Juks og uærligheter skal på ingen måte forekomme i forskning.

3.3 Artikkelpresentasjon

Jeg valgte ut 7 artikler som jeg synes var aktuelle for denne studien, og som jeg føler utfyller hverandre ettersom noen tar for seg pasientsikkerhet, mens andre tar for seg håndhygiene og sykehusinfeksjoner. Jeg har bevisst valgt ut artikler som ikke er eldre enn 10 år, da det var viktig for meg å få med den nyeste forskning, og dermed oppdaterte kunnskaper om det tema jeg har valgt å konsentrere meg om i denne studien.

Ivaretagelse av pasientsikkerhet av Astrid Berland & Gerd Karin Natvig 2005

Metode: Fokusgruppeintervju ble valgt som tilnæringsmåte for å fange opp samspillet mellom de ulike aktørene, og for å evaluere holdninger, kunnskaper og erfaringer hos helsepersonell i forhold til pasientsikkerhet.

Utvalg: To sykehus innenfor samme regionale helseforetak ble valgt som utgangspunkt for intervjuene. I alt deltok 23 spesialsykepleiere fra tre avdelinger innen anestesi-, operasjon-, og intensivsykepleie på intervjuene. Blant disse var det én mann, alderen på deltakerne var 35-61 år, yrkeserfaringen var fra ¾ år – 32 år.

Resultat: Studien viser at informantene er opptatt av sikkerhet, og bruker dette synonymt med trygghet, både trygghet som fagperson, og det ansvaret sykepleierne har for pasientens trygghet. De legger særdeles vekt på at de har et personlig ansvar for pasientsikkerheten, og arbeidet med kvalitetssikring står sentralt. Det kommer også frem at sikkerheten ivaretas best om de samarbeidende aktørene i helsesektoren forstår hverandre, om en har godt innøvde rutiner, sikkerhetsbevisst helsepersonell, og dersom en har en stabil bemannings situasjon.

Konklusjon: Sikkerhet blant informantene blir beskrevet som trygghet både for sykepleierne selv som fagpersoner og for pasientene. Og i begrepet pasientsikkerhet legger de aspekter av både standardisering og skjønn.

Kvalitetsudvikling af håndhygiejne av Sussie Laustsen, Elisabeth Lund & Rita Andersen Leth 2005

Metode: I form av fire tverrsnittundersøkelser på Århus Universitets Hospital, i perioden januar 2004-april 2005, ble sykehusansattes håndhygiene observert. Observasjonene omfattet bruken av usterile hansker ved urene prosedyrer, bruken av håndsprit før en prosedyre, og bruken av håndsprit etter en prosedyre. Personalet ble informert om observasjoner av håndhygiene. Men ikke om når dette ville ta sted. Samtidig ble antall sykehuservervede septikemier overvåket ved hjelp av bloddyrkning, pasientdata og gjennomgang av journaler.

Utvalg: Ca 2.200 ansatte ble observert i 1-2 dager i denne undersøkelsen.

Resultat: I den fjerde undersøkelsen i 2005 ble det observert kvalitetsforbedring på samtlige målepunkter. Sykepleierne var flinkere enn legene. Det kunne derimot ikke påvises at håndhygiene innvirket på tilfeller av septikemier.

Konklusjon: På godt og vel 1 år har sykehuspersonalet forbedret håndhygiene. Men en må fortsette med å videreutvikle kvaliteten på håndhygiene ettersom ikke alle de fastlagte standarder var oppfylt, spesielt gjelder dette legene. Tross forbedret håndhygiene kunne det ikke påvises reduksjon i antall septikemier.

Patients felt greater personal control and emotional comfort in hospital when they felt secure, informed and valued av Sandra Lauck 2008

Metode: Data ble innsamlet på bakgrunn av 78 timers observasjoner i feltet, og intervju av pasienter. Intervjuene ble tatt opp, og data ble analysert ved hjelp av sammenligningsmetoden.

Utvalg: 56 pasienter, eldre enn 18 år, som var innlagt i sykehus, og som kunne kommunisere på engelsk.

Resultat: Pasientene identifiserte tre tilstander ved sykehusets miljø som påvirket deres følelse av å ha personlig kontroll og følelsesmessig komfort. Grad av sikkerhet, grad av det å vite, og grad av personlig verdi. Noen av pasienten var bekymret for mangelfull renslighet på sykehuset.

Konklusjon: Pasientenes følelse av å ha kontroll og følelsesmessig komfort i sykehuset var sterkere når de følte seg trygge, informerte og ivaretatt.

Effectiveness of a hospital wide programme to improve compliance with hand hygiene av D. Pittet, S. Hugonnet, S. Harbarth, P.Mourouga, V.Sauvan, S.Touveneau, T.V.Perneger 2000

Metode: Et program for å fremme håndhygiene, med bruk av virkemidler som startegisk plasserte plakater, et stort antall hånddesinfeksjon i små flasker ble utdelt til hver avdeling, dispensere med hånddesinfeksjon ble montert ved pasientsengene, og helsepersonell ble oppmuntret til å bære med seg hånddesinfeksjon i lommen. Antall sykehusinfeksjoner ble også observert.

Utvalg: Helsepersonell i et Sveitsisk undervisnings sykehus ble observert to ganger i året, fra desember 1994 – desember 1997.

Resultat: Håndhygiene ble betydelig forbedret blant sykepleiere, antallet sykehusinfeksjoner ble redusert, og bruken av hånddesinfiserende økte betraktelig.

Konklusjon: God håndhygiene kan redusere antallet sykehusinfeksjoner.

A study of microbial load of different types of finger rings worn by healthcare personnel av Mette Fagernes & Randi Nord 2007

Metode: Gjennom en steril prosedyre ble 100 glatte ringer og 52 ringer som ikke var glatte undersøkt for antall bakterier, det ble også sammenlignet om det hadde noe å si for bakterieantallet om ringene var glatte eller ikke.

Utvalg: Ringer båret av sykepleierpersonell fra 15 avdelinger ved et norsk somatisk sykehus ble brukt i denne studien.

Resultat: Det ble oppdaget flere bakterier på de ringene som ikke var glatte.

Konklusjon: Selv om det var betydelig flere bakterier på de ringene som ikke var glatte, så var det også mange glatte ringer med høyt antall bakterier og derfor representerer også de en stor infeksjonsfare for pasientene.

Infeksjonskontroll og håndhygiene ved sykehjem i Oslo av Ingrid Sie, Margrete Thorstad & Bjørg Marit Andersen 2008

Metode: Spørreskjemaer med faste svaralternativer ble utarbeidet, og data bearbeidet og analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS.

Utvalg: 324 helsepersonell ved 42 sykehjem i Oslo, fra 2006-2007, deltok i undersøkelsen.

Resultat: 96 % kjente til skriftlige prosedyrer for hygiene og smittevern, 89 % svarte at det forelå et infeksjonskontrollprogram og ca. 50 % fikk informasjon gjennom internundervisningen. Tre av fire hadde lest den nasjonale veilederen for håndhygiene, 78 % mente at hånddesinfeksjon var mer effektivt enn håndvask, og 97 % rapporterte håndhygiene etter kontakt med smittepasienter.

Konklusjon: Personalets kunnskaper om hygiene og smittevern viste seg å være gode, noe som bidrar til god kvalitet på helsetjenestene som tilbys pasienter. De ansatte og pasientene får et tryggere opphold i sykehuset når sykehusinfeksjonene forebygges.

Enkle tiltak gir bedre håndhygiene av L. Rykkje, A. Heggelund, S. Harthug 2007

Metode: Det ble igangsatt to intervensjoner, informasjon om håndhygiene og bedret tilgjengelighet til hånddesinfeksjon. Personalets utføring av håndhygiene ble registrert ved intervju basert på et spørreskjema. Effekten ble siden evaluert ved endring i skår fra spørreskjemat to og ni måneder etter intervensjoner og sammenliknet med skår før intervensjoner. Supplerende effektmål var endring i forbruk av hånddesinfeksjonsmiddel og håndsåpe.

Utvalg: Håndhygieneprojektet ble igangsatt på en sengepost i medisinsk avdeling ved Haukeland Universitetssjukehus, i 2004. Personalets oppfatning av egen håndhygiene ble registrert ved hjelp av individuelle intervjuer.

Resultat: Håndhygienen bedret seg før og etter direkte pasientkontakt, etter kontakt med gjenstander i pasientens nærhet, før legemiddelhåndtering, samt på to underpunkter ved evaluering etter to måneder. Ved nitemånedersevalueringen ble resultatene stort sett opprettholdt, eller forbedret. Forbruket av hånddesinfeksjonsmiddel økte betraktelig, mens forbruket av håndsåpe ble redusert.

Konklusjon: Håndhygienen er forbedret blant alle yrkesgruppene på posten og hånddesinfeksjon utføres oftere, som følge av igangsatte tiltak som informasjon om håndhygiene og bedre tilgjengelighet til hånddesinfeksjon.

4.0 Drøfting

Ettersom håndhygiene er hovedfokuset i denne oppgaven, og et svært viktig tiltak for at sykepleierne skal kunne sikre pasientene mot sykehusinfeksjoner, ønsker jeg å ta opp både grunner for manglende håndhygiene, og hvilke forutsetninger som må til for å få til god håndhygiene. Jeg burde i tillegg tatt opp effekten av tiltak men på grunn av tidsbegrensninger, og begrensninger i forhold til antall ord valgte jeg å utelate dette.

4.1 Hvorfor manglende håndhygiene blant helsepersonell?

Når utføre håndhygiene

Det er dessverre ikke all helsepersonell som vet når en skal og bør utføre håndhygiene. I forbindelse med hanskebruk er det i mange tilfeller mangelfull etterlevelse av håndhygiene. Bruken av hansker gir for mange en falsk trygghet, og dermed gjennomfører man ikke håndhygiene før og etter hanskebruk slik som anbefalt. Ifølge Pittet m.fl. (2000) er det en del helsepersonell som ikke vasker hendene på grunn av at de bruker hansker. Sie m.fl.(2007) mener at det bør forventes at fagutdannede fungerer som rollemodeller, og at rollemodeller er avgjørende for god håndhygiene. Med bakgrunn i dette mener jeg at de fagutdannede i helseinstitusjonene bør ta på seg dette ansvaret, og gå foran som et godt eksempel ved å vise når man skal utføre håndhygiene. Ved at praksis blir gjentatt over tid i helseinstitusjoner kan det føre til at nye rutiner blir etablert, andre ganger kan påvirkning føre til endringer i allerede etablerte rutiner (Berland & Natvig, 2005). Så man kan fort dra den konklusjonen at dersom de ufaglærte ser at sykepleierne og legene ikke utfører riktig håndhygiene når de skal, så trenger ikke de det heller.

Uttørring

I mange studier (Pittet m.fl. 2000) kommer det frem at en uvilje blant sykepleiere mot uttørrede hender er en av grunnene til mangelfull håndhygiene.

Tørre hender kan være et resultat av håndvask med såpe og vann. Og dersom en har som vane å velge denne formen for håndhygiene, kan en fort utvikle svært tørr og irritert hud, muligens også eksem. Et tiltak mot uttørrede hender er å velge hånddesinfeksjon fremfor håndvask de gangene det er forsvarlig, da det tilfører huden fuktighet. Ifølge studien til Laustsen m.fl. (2007) kommer det frem at helsepersonellet først etter lang tids bruk av hånddesinfiserende middel erfarer at den er mindre uttørrende enn bruken av såpe og vann. Men jeg tror at dersom det ligger kunnskaper i bunn om at hånddesinfeksjon ikke tørker ut hendene, samtidig som det er mer effektivt enn håndvask med såpe og vann, er det motivasjon nok for helsepersonellet til å velge hånddesinfiserende middel.

I undersøkelsen til Pittet m.fl.(2000) oppfordret man helsepersonellet til å kontakte og informere ledelsen dersom man hadde noen bekymringer i forhold til bruken av hånddesinfiserende, men ingen tilfeller av skader på huden ble rapportert, verken tørrhet, hudirritasjon, eller allergiske reaksjoner.

I de tilfeller hvor man ikke har noe annet valg enn å utføre en håndvask med såpe og vann, må en igangsette andre tiltak. Det beste tiltaket er å benytte seg av en håndkrem etter hver håndvask. Håndkremen må kunne tilføre fuktighet, og være tilgjengelig ved hver vask og gjerne også på pauserommet. I tillegg bør den ha evnen til å trekke seg fort inn i huden slik at helsepersonellet slipper å gå rundt med klissete hender, fordi det da kan bli vanskelig å utføre enkelte prosedyrer, og det kan fort by på problemer dersom en skal ta på seg hansker.

Manglende tilgjengelighet

For at god håndhygiene skal kunne utføres må man ha tilgang på det utstyret man trenger. Dersom et rom med fire pasienter, kun har én dispenser med hånddesinfeksjon som henger ved døra, kan det fort bli tiltak å gå bort dit mellom hver pasient, samtidig som man mister en del tid på og ”pendle” til og fra dispenseren. I undersøkelsen til Sie m.fl. (2004) kommer det klart frem at rengjøringsmuligheter nær pleiepersonalets arbeidssituasjon gir økt bruk og dermed bedre håndhygiene. Laustsen m.fl. (2007) mener at en del av økningen i forbruket av hånddesinfeksjonsmiddel i deres undersøkelse kan forklares med at det er hengt opp mange nye dispensere. I artikkelen til Pittet m.fl.(2000) fremgår det at flasker med håndsprit er blitt delt ut i store antall samtidig som all helsepersonell ble oppfordret til å bære en flaske i lommen, i tillegg ble det montert dispensere med hånddesinfeksjon på hver seng, noe som helt klart må kunne ta litt av æren for det gode resultatet.

Utstyret må også være inntakt og fungere slik det skal for at det skal kunne fremme god håndhygiene. Dispensere med såpe eller desinfeksjon må være fulle, de må repareres dersom de er i stykker, i tillegg må riktig utstyr finnes der det er behov for dem. I undersøkelsen til Sie m.fl. (2004) kommer det frem at rutiner for etterfylling av dispensere er mangelfull, og at mangelfullt utstyr kan være et hinder for god håndhygiene. Dette er ikke godt nok, man må legge forholdene til rette slik at det blir enklest mulig for helsepersonellet å gjennomføre god håndhygiene. Kanskje lomme flasker med hånddesinfeksjon kan være et tiltak til dette problemet, at helsepersoneller har hver sin flaske i lommen. I undersøkelsen til Sie m.fl. (2004) fremgår det også at lomme flasker fungerer best. I undersøkelsen til Berland og Natvig (2005) kommer det frem at orden i utstyr gir trygghet i forhold til omgang med pasienter og gir dem trygg behandling. Dette kan gjelde utstyr for god håndhygiene, et eksempel kan være ved mangel på desinfeksjonsmiddel i dispenseren, noe som fører til at man ikke får utført riktig håndhygiene, og dermed øker faren for å smitte pasienter.

Tidkrevende

Pittet m.fl.(2007) skriver i artikkelen sin at en av grunnene for manglende vasking av hendene blant helsepersonell er at man har det travelt. I tillegg mener Pittet m.fl.(2000) at det at hånddesinfisering tar kortere tid å gjennomføre muligens har vært en av faktorene bak den høye etterlevelsen av håndhygiene. Hverdagene i helseinstitusjonene er ofte preget av tidspress, på grunn av underbemanning og altfor mange, syke innlagte pasienter. For å unngå å bruke så mye tid på håndhygiene er det lurt å velge hånddesinfeksjon ettersom dette er minst tidkrevende. Men i de tilfeller hvor det anbefales håndvask kan det nok i mange tilfeller

slurves ved at man vasker fort over hendene, i stedet for å følge anbefalt prosedyre på grunn av tidspresset.

Hanskebruk

I artikkelen til Laustsen m.fl. (2007) kommer det frem flere grunner til hvorfor standarden for hanskebruk i flere tilfeller svikter ved urene prosedyrer. Ved enkelte prosedyrer kan hansker rett og slett føles å være i veien fordi utførelsen blir vanskelig å gjennomføre med hansker på. I tillegg kommer det frem at dersom det ikke er tatt opp i avdelingene og beskrevet når det er nødvendig å bruke hansker er det større fare for at man ikke lever opp til den standarden som er satt for bruk av hansker (Laustsen m.fl., 2007).

4.2 Hvilke forutsetninger må finnes for mer effektiv håndhygiene?

Kunnskap

For å sikre kvaliteten i helseinstitusjonene er det avgjørende for helsepersonellet at de har tilgang på oppdatert kunnskap. I undersøkelsen til Berland og Natvig (2005) fremgår det også at erfaringer er viktige kunnskapskilder. Når en vet at antall bakterier på hendene stiger, og smittefaren øker ved bruk av ringer, lange negler, og mangelfull håndhygiene bør en jo gjøre det en kan for å unngå denne tilleggsfaren for pasientene. Det er jo en del av det å være sykepleier å skulle beskytte pasienten mot farer i miljøet og omgivelsene rundt de. Ifølge Berland og Natvig (2005) ønsker informantene i undersøkelsen innskjerping av standarder for bruk av smykker, ringer, parfyme med videre. Man lærer jo også under sykepleierutdannelsen at ringer, smykker, klokker etc. ikke skal brukes på jobb i helseinstitusjoner. I artikkelen til Fagernes og Nord (2007) kommer det fram av resultatet at bakterieforekomsten på ringer er svært høy, noe som øker smittefaren betraktelig. Dette bør komme tydeligere frem for helsepersonell. I tillegg synes det å være en form for taus aksept ifølge, Berland og Natvig (2005), for bruk av gifteringer blant helsepersonell i helseinstitusjoner. Denne aksepten burde tas fatt i, og det er min mening at tilgang på riktige kunnskaper er løsningen for å få helsepersonellet til å droppe ringen i jobbsammenheng.

Undervisning

Helsepersonellet bør ha tilbud om internundervisning for å kunne høyne sitt kunnskapsnivå. Forskningsartikkelen til Sie m.fl. (2004) kom frem til gode resultater hva gjaldt personalets kunnskaper om hygiene og smittevern. Disse resultatene kan være en følge av at ca. halvparten av helsepersonellet hadde deltatt på internundervisning. Hvis alle får muligheten til å delta på internundervisning, og om det eventuelt blir obligatorisk å delta på et visst antall undervisninger, kunne muligens kunnskapsnivået blitt ytterligere hevet. Ser man på artikkelen til Pittet m.fl.(2000) kommer det klart frem hva et godt undervisningsprogram kan føre til. Her påvises det en signifikant økning i etterlevelsen av god håndhygiene etter å ha igangsatt et undervisningsprogram som i hovedsak dreier seg om en plakat kampanje, og en generell oppmuntring til bruk av hånddesinfeksjon.

Holdning

Holdningsskapende arbeid overfor helsepersonell kan også være viktig for å fremme kvalitetssikringen i helseinstitusjonene. Dette fremgår også av undersøkelsen til Berland og Natvig (2005), hvor det heter at holdningsskapende arbeid er vel så viktig som utarbeiding av et skriftlig materiale, ettersom det til syvende og sist er sykepleierne selv som avgjør nødvendighet og viktighet av rutiner og lignende.

Berland og Natvigs (2005) resultater viser videre at tidspress og ustabil bemanningssituasjon utgjør en risiko for pasientene.

Bretthauer (2004) mener at helsepersonell må tilføres nyansert og dokumentert informasjon, for at håndhygiene skal kunne utføres korrekt. På hver avdeling i helseinstitusjonene bør det være tilgang på informasjon om god håndhygiene. Store, synlige plakater opphengt på strategiske steder som en del av et undervisningsopplegg har vist seg å være en av grunnene til de positive resultatene i undersøkelsen til Pittet m.fl. (2000) Her kommer det frem at bruken av god håndhygiene økte fra 48 % til 66 % på 3 år. Antall sykehusinfeksjoner ble redusert fra 16,9 % til 9,9 % på 4 år, og bruken av håndsprit økte. Det kan være av avgjørende betydning hvor plakaten henges opp. Henges det opp en plakat rett over vasken med prosedyren på håndvask, kan det jo øke antall riktig utførte håndvasker. Plakatene må være godt synlige for helsepersonellet enten de er på pasientens rom, på pauserommet, på kjøkkenet eller på toalettet. Og er den i tillegg stor og prangende (fargerik) blir den et naturlig blikkfang.

For at helsepersonellet skal kunne tilegne seg den kunnskapen de trenger for å utføre riktig håndhygiene bør Nasjonal veileder for håndhygiene (2004) være tilgjengelig i alle helseinstitusjoner. Den bør leses av alle ansatte i helsesektoren, og brukes som en manual for riktig håndbruk, det ideelle er at hvert enkelt helsepersonell har sitt eget eksemplar. I undersøkelsen til Sie m.fl. kommer det frem at hele 78 % av helsepersonellet hadde lest Nasjonal veileder for håndhygiene, noe som muligens kan forklare deler av resultatene. 78 % mente at hånddesinfeksjon var mer effektivt enn håndvask, og 97 % rapporterte håndhygiene etter kontakt med smittepasienter.

Manglende kunnskaper om resultatet av håndvasking kontra hånddesinfeksjon, om når en skal bruke hansker, og når en skal benytte seg av håndhygiene kan føre til dårlig håndhygiene, og økt smittefare i helseinstitusjonene.

Pasientsikkerhet

For å kunne ivareta pasienters trygghet må en unngå uheldige hendelser. I undersøkelsen til Berland og Natvig (2005) er det sykepleierne selv som vurderer de betingelser som bør være til stede for å kunne ivareta pasienters sikkerhet. Det fremkommer av resultatet at helsepersonellet er opptatt av sikkerhet, og at de legger spesielt vekt på det personlige ansvaret de har for pasientsikkerheten. Men det kartlegges også at for å bevare pasientsikkerheten må det være orden i forhold til utstyr og apparaturer, og nitide rutiner. I tillegg kommer det frem at utvalget har og føler ansvar for hele mennesket.

Laustsen m.fl. (2007) satte i gang et prosjekt som skulle forbedre og kvalitetsutvikle helsepersonellens håndhygiene med henblikk på å forebygge sykehusinfeksjoner. Observasjoner i forhold til håndhygiene ble utført, og helsepersonellet var informert om at disse observasjonene skulle ta sted, men ikke når. Resultatet viste at bruken av hånddesinfeksjon økte betraktelig fra 2004-2005, med hele 15 %. Det at personellet ble informert om hva som skulle observeres kan ha påvirket dem i noen grad. Men til tross for dette ble ikke håndhygiene alltid utført riktig.

5.0 Avslutning

I denne oppgaven har jeg hatt hovedfokus på god håndhygiene som tiltak for å forebygge sykehusinfeksjoner og dermed ivareta pasientsikkerheten. Dette fordi det er et svært viktig tiltak i forebygging av sykehusinfeksjoner. Det viser seg at opp i mot 50 % av de oppståtte sykehusinfeksjonene kunne vært unngått, og av den grunn føler jeg at håndhygiene bør vies mer oppmerksomhet i helseinstitusjonene.

Jeg har samlet inn forskningsartikler som gikk på tema håndhygiene, pasientsikkerhet og sykehusinfeksjoner. Artikkene er blitt gjennomlest, og resultatene vurdert, og deretter drøftet opp mot teorien.

Resultatet viser at ved å øke kunnskaper og endre holdninger blant helsepersonellet kan man øke bruken av håndhygiene og dermed redusere antall sykehusinfeksjoner.

6.0 Referanser

6.1 Artikler

Berland, A. og Natvig, G.K.(2005): *Ivaretakelse av pasientsikkerhet*. Publisert i *Vård i Norden* 3/2005

Fagernes, M. og Nord, R.(2007): *A study of microbial load of different types of finger rings worn by healthcare personnel*. Publisert I *Vård I Norden* 2/2007

Lauck, S. (2008): *Patients felt greater personal control and emotional comfort in hospital when they felt secure, informed, and valued*. Publisert i *J Clin Nurs* 2008; 17

Laustsen, S, Lund, E. og Leth, R.A.(2007): *Kvalitetsutvikling af håndhygiejne*. Publisert i *Vård i Norden* 2/2007

Pittet, D. mfl. (2000): *Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene*. Publisert i *The Lancet* vol.356, october 14, 2000

Rykkje, L, Heggelund, A. og Harthug, S.(2007): *Enkle tiltak gir bedre håndhygiene*. Publisert i *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2007

Sie, I, Thorstad, M. og Andersen, B.M.(2008): *Infeksjonskontroll og håndhygiene ved sykehjem i Oslo*. Publisert i *Tidsskrift for Den norske legeforening* 7.1.2009

6.2 Web sider

Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven) (1994-08-05 nr. 55)

<http://www.lovdatab.no/all/hl-19940805-055.html>

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

<http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etikk/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf>

World Alliance for Patient Safety

http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf

<http://www.hsh.no/biblioteket/fagressurser/helsefag.htm>

Folkehelseinstituttet: Evaluering av håndhygienekampanjen *Ren Omsorg* 2005

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,3424:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:57914::1:5569:5:::0:0

6.3 Litteratur

Andersen, B.M. (2006): *Håndbok I hygiene og smittevern – sykehjem og langtidsinstitusjoner*. Oslo: AiT AS e-dit

- Blix, E.S. og Breivik, S. (2006): *Basisbok i sykepleie, om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke
- Bjørk, I.T, Helseth, S. og Nortvedt, F. (red.)(2002): *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dalland, O.(2007): *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Elstrøm, P. (2002): *Smittevern i helseinstitusjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Folkehelseinstituttet (2004): *Nasjonal veileder for håndhygiene*. Oslo: Nordberg Aksidenstrykkeri AS
- Forsberg, C. og Wengstrøm, Y.(2008): *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur og kultur
- Hjort, P.F.(2007): *Uheldige hendelser i helsetjenesten: en lære-, tenke- og faktabok*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Nightingale, F. og Skretkowicz, V.(1997): *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget
- Kirkevold, M.(1998): *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Oslo: Ad notam Gyldendal
- Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F. og Skaug, Eli-Anne (red.) (2005) *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Olsson, H. og Sørensen, S.(2003): *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Page, A. (red.) (2004): *Keeping Patients Safe – Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington DC: The National Academies Press
- Stordalen, J. (2005): *den usynlige fare – lærebok i hygiene*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke
- Stordalen, J. og Støren, I. (2004): *Bare skriv! Praktisk veiledning i oppgaveskriving*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag as
- Tjade, T. (2008): *Medisinsk Mikrobiologi og infeksjonssykdommer*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Marriner-Tomey, A, Aligood, M.R. og Alvsvåg, H. (2006): *Nursing theorists and their work*. St.Louis, Mo: Mosby