



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

VÅRDRELATERAD INFEKTION – NEJ TACK!

EN OBSERVATIONSSTUDIE OM VÅRD-
PERSONALS FÖLJSAMHET AV HYGIEN-
FÖRESKRIFTER.

MAJA ROSENGREN
MICHELLE WHITTAM

VÅRDRELATERAD INFEKTION – NEJ TACK!

EN OBSERVATIONSSSTUDIE OM VÅRD-
PERSONALS FÖLJSAMHET AV HYGIEN-
FÖRESKRIFTER.

MAJA ROSENGREN

MICHELLE WHITTAM

Rosengren, M & Whittam, M. Vårdrelaterad infektion – Nej tack! En observationsstudie om vårdpersonals följsamhet av hygienföreskrifter. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö Högskola: Fakulteten för Hälsa och samhälle, Institutionen för vårdvetenskap, 2012.

Varje år drabbas tusentals patienter av vårdrelaterade infektioner. Dessa leder inte bara till en förlängd vårdtid och ett onödigt lidande för patienten utan kostar även samhället miljarder kronor årligen. För att förebygga smittspridning ska all vårdpersonal använda sig av en god basal hygien. För detta finns det föreskrifter som all personal inom sjukvården är skyldiga att följa. Syftet med denna studie var att undersöka hur hygienföreskrifterna följdes och i vilka situationer det förekom brister. Detta undersöktes i en observationsstudie där vårdpersonal på en medicinsk och en kirurgisk vårdavdelning observerades under totalt två veckor. Studien visade på både god och mindre god följsamhet. Föreskrifterna gällande förkläde följdes till 81 % och riktlinjer gällande hår, smycken och naglar följdes till 100 %. Brister förekom framförallt vid användandet av handdesinfektion då föreskrifterna följdes till 47 %. Handskar användes till 59 % då det var indikerat. Samtidigt bars handskar vid flertalet tillfällen då det inte var indikerat. Situationer där personalen gick utanför rummet bärandes patientbundna förkläden var vanligt förekommande.

Nyckelord: Basal hygien, följsamhet, hygienföreskrifter, observationsstudie, vårdpersonal, vårdrelaterade infektioner

HEALTHCARE ASSOCIATED INFECTION – NO THANKS!

AN OBSERVATIONAL STUDY OF
HEALTHCARE PROFESSIONALS
COMPLIANCE TO HYGIENE REGULATIONS.

MAJA ROSENGREN

MICHELLE WHITTAM

Rosengren, M & Whittam, M. Vårdrelaterad infektion – No thanks! An observational study of healthcare professionals compliance to hygiene regulations. *Degree Project, 15 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Health Care, 2012.

Every year thousands of patients are affected by healthcare associated infections. Besides leading to a prolonged hospital stay and unnecessary suffering for the patient, it also costs the society billions annually. To prevent the spread of infection, all healthcare professionals should use a good basal hygiene. Therefore, there are regulations which all healthcare staff are required to follow. The purpose of this study was to investigate compliance to the hygiene regulations among healthcare staff and in which situations deficiencies would occur. This was examined in an observational study where healthcare professionals at one medical and one surgical ward were observed for a total of two weeks. The study showed both good and less good compliance. The regulations regarding apron were followed to 81 % and the guidelines regarding hair, jewelry and nails were followed to 100 %. Less good compliance were seen regarding the use of hand disinfection were the regulations were followed to 47 %. Gloves were used to 59 % when indicated. At the same time gloves were worn at several occasions when not indicated. Situations where staff went outside the room wearing the patient bound apron occurred frequently.

Key terms: Basal hygiene, compliance, healthcare associated infections, healthcare professionals, hygiene regulations, observational study

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
Aseptikens utveckling	6
Vårdrelaterade infektioner	7
Konsekvenser av VRI	8
MRSA	8
ESBL	9
Förhindra smittspridning	9
Sjuksköterskans roll	10
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	11
METOD	11
Urval	12
Protokoll	12
Datainsamling	12
Dataanalys	13
Etiska överväganden	14
RESULTAT	15
Handdesinfektion	15
Vid patientkontakt	16
Före rent arbete och efter smutsigt arbete	16
Handskar	16
Används ej när befogat	16
Obefogat användande	17
Går ut ur rummet med handskar	17
Byte av handskar	17
Förkläde	17
Används ej när befogat	18
Obefogat användande	18
Går ut ur rummet bärandes förkläde	18
Byte mellan patienter	18
DISKUSSION	19
Metoddiskussion	19
Datainsamling	19
Samtycke och medgivande	20
Protokoll	21
Dataanalys	21
Resultatdiskussion	22
Personlig hygien	22
Handdesinfektion	22
Handskar	23
Förkläde	24

SAMMANFATTNING	25
REFERENSER	26
BILAGOR	29

INLEDNING

Under maj månad 2012 var nyhetsvärdet kring hygien högt. Antalet allvarliga streptokockinfektioner har kraftigt ökat i Skåne, en infektion som med goda handhygieniska åtgärder kan förebyggas (Stadler, 2012). För att motverka kontakt-smitta, vilket är den vanligaste smittovägen, ska all vård utgå utifrån basala hygienrutiner. Detta är något som sjuksköterskestudenter tidigt får lära sig i sin utbildning. Basal hygien handlar framförallt om att hålla en god handhygien och innebär för vårdpersonal att de ska tvätta och desinfektera händerna vid det patientnära arbetet. Det vill säga vid vård, behandling och undersökning av patienter. Det innefattar även, då befogat, användning av förkläde som främst utgörs av ett engångsförkläde i plast. Ärligen drabbas tusentals patienter av vårdrelaterade infektioner. En komplikation som skulle kunna tänkas förbyggas om de basala hygienrutinerna konsekvent följs. Samtidigt ska Region Skåne under 2012 spara pengar, vilket i sin tur kan komma att innebära en ökad press för vårdpersonal om att vara återhållsamma med material som exempelvis handskar och förkläde.

Vi som skriver detta examensarbete är två sjuksköterskestudenter som under vår verksamhetsförlagda utbildning uppmärksammat brister när det kommer till följsamhet av hygienföreskrifter. Ett tidigare examensarbete i omvårdnad har gjorts där sjuksköterskors följsamhet av basala hygienrutiner observerades (Bramford & Larsson, 2007). Studien utfördes på ett sjukhus i södra Sverige och resultatet visade att det fanns utrymme för förbättring. Vi såg därför tillfället att utföra en ny studie där vi undersöker om satta hygienföreskrifter följs, samt vid vilka situationer följsamheten brister. Denna studie är också genomförd på ett sjukhus i södra Sverige.

BAKGRUND

I följande stycke beskrivs aseptikens utveckling, definitioner samt konsekvenser av vårdrelaterade infektioner. Därefter redogörs för hur smittspridningen kan förhindras och sjuksköterskans roll i relation till vårdhygien förtydligas.

Aseptikens utveckling

Lika länge som sjukvård bedrivits i Sverige har det funnits vårdrelaterade infektioner (Ericson & Ericson, 2009). Florence Nightingale, som enligt många anses vara sjuksköterskans ”urmoder”, hade en inflytande roll för insikten av vårdhygienens betydelse. Hon arbetade som sjuksköterska under Krimkriget på 1850-talet där infektioner som ibland ledde till död, var vanligt förekommande bland soldaterna (Moberg, 2007). Nightingale ansåg att smuts var en bidragande orsak till dessa infektioner, vilket då var en kontroversiell uppfattning som inte delades av läkarna. På uppdrag av Englands regering utförde Nightingale ett omfattande saneringsarbete som bidrog till en dramatisk minskning av antalet avlidna soldater. Genom dokumentation och statistik kunde Nightingale bevisa värdet av god hygien i vården. Efter kriget blev hon en nationalhjälte och fortsatte sitt arbete med att förbättra hygien inom sjukvården (a a).

Doktor Ingáz Semmelweis hade också en betydande roll för vikten av god vårdhygien. Han var obstetriker och chef för en förlossningsklinik i Wien under 1800-

talets mitt, en tid då peurperalfeber, även kallat barnsängsfebern, var vanligt förekommande bland nyförlösta ineliggande kvinnor (Sherwin, 2005). Detta var ett sjukdomstillstånd som i värsta fall kunde leda till döden. I anslutning till kliniken fanns en obduktionssal där de avlidna kvinnorna obducerades. Semmelweis hade länge försökt förstå anledningen till varför så många kvinnor drabbades. Det var dock inte förrän hans vän Doktor Jacob Kolletschka avled, då han skar sig på en kniv i samband med en obduktion, som det blev klart för Semmelweis att sjukdomen var smittsam. Det patologiska tillstånd som visade sig hos Kolletschka var nämligen detsamma som sågs hos barnsängsfeberns offer. Semmelweis förstod att det som orsakade barnsängsfebern måste ha spridits då läkarna inte tvättade händerna när de gick mellan obduktionssalen och förlossningen. Semmelweis införde därefter att all vårdpersonal skulle tvätta händerna i en lösning av klorkalk innan de vidrörde kvinnorna inne på kliniken. Detta ledde så småningom till en dramatisk minskning av antalet avlidna i barnsängsfeber. Det tog dock tid innan Semmelweis teori om handdesinfektion blev erkänd och det var först efter hans död som han fick bekräftelse och beröm för sin upptäckt (a a).

Vårdrelaterade infektioner

Infektioner som patienter drabbas av som en konsekvens av behandling i öppenvård eller vid sjukhusvistelse benämns nosokomiala infektioner (Socialstyrelsen, 2006). Ett annat mer förekommande ord är vårdrelaterade infektioner (VRI). VRI kan uppstå till följd av omvårdnad och medicinsk behandling. Oavsett om infektionstillståndet uppstår under vårdtiden eller efter räknas det som en VRI. Huvudsaken är att patienten ådragit sig smittan i vården, oavsett om det infektionsframkallande ämnet tillförts i samband med vården eller kommer från patienten själv. VRI innefattar även infektioner som vårdpersonal drabbas av till följd av vårdarbetet (a a).

En nationell mätning gjord hösten 2011 av Sveriges kommun och landsting (SKL, 2011a) visar att 9,3 % av patienter som vårdas inom den somatiska slutenvården drabbas av en VRI. Den vanligaste är urinvägsinfektion som drabbar patienter med kvarliggande urinkateter, vanligt förekommande är även nosokomial pneumoni (Ericson & Ericson, 2009). De patienter som befinner sig i störst risk för att drabbas av VRI är patienter med nedsatt immunförsvar, för tidigt födda, äldre och undernärda patienter. Även postoperativa patienter som genomgått omfattande kirurgi samt patienter med infarter till blodbanan har en ökad risk att drabbas av en VRI. Den vanligaste smittvägen i vårdmiljö är indirekt kontaktsmitta. Det innebär att bakterier sprids till patienterna via personalens kläder och händer. Denna smittväg kan minskas med hjälp av basala hygienrutiner (a a).

I Kanada utfördes en studie på fyra sjukhus (Qushmaq et al, 2008). Syftet var att undersöka om personalen följde bestämda hygienföreskrifter. Forskarna observerade handtvätt, handskar och handdesinfektion, före och efter patientkontakt. Resultatet visade att endast 20 % av personalen följde hygienföreskrifterna på ett korrekt sätt. 57,4 % utförde någon form av handhygien, men inte på ett korrekt sätt enligt rekommendationer. Studiens resultat visade på stora skillnader mellan sjukhusen, och följsamhet av hygienföreskrifter varierade från 39 till 70,6 % på de fyra sjukhusen som ingick (a a).

I en observationsstudie som utfördes på ett sjukhus i Thailand, undersöktes och jämfördes följsamheten till hygienföreskrifter gällande handhygien före och efter en intervention (Picheansathian et al, 2008). 26 sjuksköterskor deltog i studien.

Interventionsprogrammet bestod av träning, feedback, information, utdelning av individuell handsprit, och utplacering av synlig handsprit vid varje patientsäng. Resultatet visade att korrekt utförd handhygien ökade från 6,3 % innan interventionen till 81,2 %, sju månader efter interventionen (Picheansathian et al, 2008).

Även en studie gjord i Florida visade på bristande rutiner gällande handhygien. I studien undersöktes vårdpersonalens följsamhet gällande användandet av handdesinfektion före och efter varje kliniskt moment. Efter att den medverkande vårdpersonalen blivit observerade i två veckor visade resultatet på att handdesinfektion utförts vid 53 % av de tillfällen då det var indikerat (Siegel & Korniewicz, 2007).

En identifierad riskfaktor till försämrade följsamhet gällande handhygien är tron om att användandet av handskar eliminerar behovet av handdesinfektion (Pittet, 2001). Felaktig uppfattning om att handskar skyddar händerna fullständigt mot kontaminering kan leda till smittspridning (WHO, 2009a). Mikroorganismer kan spridas till händerna genom små hål i handskarna eller överförs till händerna vid själva avtagandet av dem. Ända sättet att garantera att händerna inte är kontaminerade är att desinfektera eller tvätta händerna med tvål och vatten före och efter användning av handskar. Obefogat användande av handskar bidrar inte bara till slöseri av resurser utan hjälper inte heller mot smittspridning. Istället kan det bidra till att handdesinfektion förbises då det är indikerat eftersom att handskar används istället (a a).

Om arbetskläder är kontaminerade med mikroorganismer kan de spridas mellan personal och patient. Engångsförkläden i plast skyddar vid korrekt användning arbetsdräkten till över 95 % mot kontaminering (Ransjö och Greitz, 2011). Därför är förklädet ett viktigt redskap för att förhindra smittspridning.

Konsekvenser av VRI

VRI är ett stort hot mot patientsäkerheten och förebyggande åtgärder måste prioriteras högt. I Europa uppstår uppskattningsvis fem miljoner vårdrelaterade infektioner årligen, vilka leder till 135 000 dödsfall per år och bidrar till 25 miljoner extra vårdtidsdagar (WHO, 2009b). En rapport från 2006 visar på att de extra vårdkostnaderna för VRI skattades till cirka 3,7 miljarder kronor/år i Sverige (Socialstyrelsen, 2006).

De vårdrelaterade infektionerna bidrar till en ökad användning av antibiotika och utgör en ökad risk för utveckling av resistent bakterier. I ett led för att stoppa resistensutvecklingen av antibiotika är det därför viktigt att förebygga VRI (Socialstyrelsen, 2009-06-12).

MRSA

Methicillinresistent *Staphylococcus aureus* (MRSA) har ökat i Sverige. Många är ovetande bärare eftersom att symtom inte alltid påvisas. MRSA trivs i sjukhusmiljö, där dess förutsättningar att föröka sig gynnas. Även utomstående som kommer till sjukhuset kan vara bärare av MRSA och överföra smittan vidare till patienter (Nilsson, 2011-08-08). I en studie på Irland undersöktes om vårdpersonal på ett sjukhus hade MRSA kontaminerade händer (Creamer et al, 2010). Fyra kirurgiska och fyra medicinska avdelningar ingick i studien och 42 MRSA-positiva patienter fanns på avdelningarna under mätningarna. Före undersökningen fick personalen sex tränings-sessioner i handhygien som innefattade informa-

tion och demonstrationer i handdesinfektionsteknik. I de situationer där ingen handhygien utförts före mätningarna visade resultatet att 5 % av vårdpersonalen hade MRSA bakterier på sina fingertoppar. I de situationer där handdesinfektion eller handtvätt utförts sjönk resultatet till 3 % (Creamer et al, 2010).

ESBL

Det har även uppkommit en resistens mot antibiotikagruppen karbapenemer, ett bredspektrumantibiotikum som används mot multiresistenta bakterier som bär på ESBL-enzym. Dessa går under samlingsnamnet ESBLCARBA (Smittskydds-institutet, 2012-02-17).

Socialstyreslen konstaterade 2006 att den ökade förekomsten av antibiotika-resistenta bakterier utgör ett stort hot mot patientsäkerheten, varför det är av stor vikt för vårdpersonal att arbeta för att motverka spridningen av dessa smittämnen, med hjälp av vårdhygieniska principer (a a). De som drabbas av en VRI utsätts för ett onödigt lidande och en förlängd vårdtid. Detta kan i sin tur leda till sjukskrivning med negativa ekonomiska konsekvenser. I värsta fall kan en VRI leda till fortsatt ohälsa eller invaliditet, även efter vårdtiden (Ericson & Ericson, 2009). Patientskadelagen (1996:799) ger patienten möjlighet till skadeersättning då denne drabbats av infektion orsakad av överföring av smittämne i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd.

Förhindra smittspridning

Risken att drabbas av en VRI kommer alltid att finnas. Större och svårare ingrepp utförs på svårt sjuka patienter, vilket medför en ökad risk för smitta. Det är orealistiskt att tro att alla VRI går att förhindra, men det borde vara möjligt att minska dem med en tredjedel om hygienföreskrifter konsekvent följs (Socialstyrelsen, 2004). Detta kan tänkas uppnås med hjälp av ökad information och förståelse för att små medel kan göra stor skillnad.

WHO (2009b) har sammanställt riktlinjer för hur handhygien skall utföras i vården. Detta är en del av den globala kampanjen *Ren vård är säker vård* med målet att uppmärksamma VRI världen över och förbättra vårdpersonalens handhygien. 117 länder, inklusive Sverige, medverkar i kampanjen. WHO (2009b) menar att handdesinfektion är den viktigaste åtgärden för att förhindra smittspridning. Att desinfektera händerna med alkohol reducerar handfloran mer effektivt än vad handtvätt med tvål och vatten gör (Ericson & Ericson, 2009).

I Sverige har Socialstyrelsen tagit fram föreskrifter (SOSFS 2007:19) om hur basal hygien ska utföras inom hälso- och sjukvården. Dessa regler skall tillämpas inom alla verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen. Smittskydds-institutet (2011) arbetar med att förbättra vårdhygien och på så sätt minska uppkomsten av VRI. De tar fram kunskapsunderlag och deltar i utformandet av nationella riktlinjer om basalhygien för personal som arbetar i vården (a a).

För att begränsa smittspridning och för att öka patientsäkerheten har Region Skåne (2011-12-01a) beslutat om hygienföreskrifter (Figur 1) som hälso- och sjukvårdspersonal ska förhålla sig till i det patientnära arbetet. Det vill säga vid vårdssituationer, undersökning och behandling. Föreskrifterna reviderades i december 2011 (a a).

I Region Skåne (2011-11-24b) utförs två observationsstudier om året för att utvärdera följsamheten till satta föreskrifter om basal hygien. Studierna utförs av medarbetare på respektive avdelning. Detta är en del av en nationell satsning som startade 2007, där Sveriges kommuner och landsting samarbetar. Syftet med satsningen är att minska de vårdrelaterade infektionerna genom återkoppling om hur situationen ser ut inom de olika verksamheterna, och på så sätt bidra till förbättringsarbete (a a). *Region Skånes årsredovisning för 2011* (2012) visade mätningar gjorda under hösten, att basala hygienrutiner följdes till 70 %. Detta resultat var 8 % bättre än mätningar gjorda under våren samma år.

Handdesinfektion	Handskar	Handtvätt
Desinfektion av händerna ska ske före och efter varje patientkontakt. Detta görs med handdesinfektionsmedel och ska även ske före och efter användning av handskar samt före utförande av rent arbete och efter smutsigt arbete.	Vid risk för eller vid kontakt av kroppsvätskor och utsöndring ska handskar användas. Handskarna utgörs av engångshandskar och är patientbundna. De ska bytas mellan skilda vårdmoment samt mellan smutsigt och rent arbete. Direkt efter användning ska handskarna kasseras.	Om händerna är synligt smutsiga eller känns smutsiga ska de tvättas. Detta ska även ske efter vårdkontakt av patient som har diarré eller som vomerar. Händerna ska då tvättas med flytande tvål och vatten.
Arbetskläder	Skyddskläder	Smycken, naglar och hår
Arbetsgivaren ska tillföra personalen med arbetskläder. Det innebär alla synliga plagg förutom strumpor och skor. Arbetskläderna ska ha korta ärmar och de ska bytas dagligen eller oftare om det är befogat. Då personal bär huvudduk ska denna fästas upp, den ska även bytas dagligen.	Skyddskläder utgörs främst av engångsförkläden i plast som är patientbundna. I andra hand kan en patientbunden skyddsrock användas som ska bytas dagligen och vid behov. Skyddskläderna ska användas vid situationer där risk för kontakt med kroppsvätskor eller stänk föreligger. Samt vid personlig omvårdnad och vid situationer där förorenade föremål hanteras, till exempel vid bäddning.	Smycken och armbandsur får inte användas. Naglarna ska vara fria från lack och vara kortklippta. Det är heller inte tillåtet att ha nagelsmycken eller påbyggda naglar. Om personalen har långt hår ska det vara uppsatt.

Figur 1. Basala hygienföreskrifter i Region Skåne

Sjuksköterskans roll

Omvårdnad är ett av sjuksköterskans huvudområden. Det innefattar bland annat att sjuksköterskans arbete ska utgå från vårdande, förebyggande samt stödjande åtgärder som grundar sig i forskning och evidensbaserad vård (Malmö Högskola, 2011-05-17). I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) framgår det att undersökningar och behandlingar ska utföras utifrån hygieniska principer och rutiner. Då sjuksköterskan utför patientnära vård är det av stor vikt för denne att hålla en god basal hygien. En legitimerad sjuksköterska ska tillgodose patientens trygghet och motverka komplikationer vid olika undersökningar, samt förebygga smitta och smittspridning (a a).

All personal som arbetar inom hälso- och sjukvård är enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) skyldiga att följa angivna föreskrifter för att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet. Arbetsmiljöverket har tagit fram föreskrifter (AFS 2005:1) som innefattar vad en god vårdhygienisk arbetsmiljöpraxis innebär.

Enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) är det arbetsgivarens skyldighet att se till att personalen är informerad om vilka risker som finns och har den kunskap som behövs för att undvika dessa risker i arbetet. Det är även arbetsgivarens skyldighet att ta till de åtgärder som behövs för att förebygga att personalen utsätts för olycksfall eller ohälsa (a a).

Som ett steg i att förhindra smittspridning av MRSA inom vården ska den vårdpersonal som misstänks vara bärare genomföra ett MRSA-test (Socialstyrelsen, 2007). Socialstyrelsen har tagit fram rekommendationer om i vilka situationer det är aktuellt med ett sådant test. Den personal som testar positivt för MRSA kan därefter bli avstängd från att arbeta i det patientnära vårdarbetet (a a).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska all vård som bedrivs uppfylla kraven på en god vård. Detta innebär bland annat att vården ska ha en god hygienisk standard och att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen skall tillgodoses. Det står även att all hälso- och sjukvård skall arbeta för att förebygga ohälsa (a a). Som omvårdnadsansvarig sjuksköterska finns tillfälle att utnyttja sin roll som ledare och föregå med gott exempel. Att med hjälp av goda hygieniska principer förebygga vårdrelaterade infektioner och på så sätt förebygga ohälsa.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna studie var att undersöka hur hygienföreskrifterna följs på en kirurgisk och en medicinsk vårdavdelning på ett sjukhus i södra Sverige.

Frågeställningar:

- 1) Följer vårdpersonalen angivna hygienföreskrifter i det patientnära vårdarbetet?
- 2) I vilka situationer förekommer bristande hygienrutiner?

METOD

En strukturerad observationsstudie gjordes eftersom att utförandet av vissa specifika moment skulle undersökas. Observationer som datainsamlingsmetod är ett alternativ till intervjuer där forskaren observerar och dokumenterar ett visst förbestämt fenomen (Polit och Beck, 2010). Observationer är en lämplig datainsamlingsmetod då medverkande inte förväntas kunna ge tillförlitliga svar eller beskriva sitt eget beteende (a a). Då följsamheten gällande hygienföreskrifter undersöktes ansågs observationer var den lämpligaste metoden för att få ett så trovärdigt resultat som möjligt. Med en observation menas den period under dagen då observatörerna befann sig på avdelningen. ”Eventsampling” användes, vilket innebar att en viss händelse eller situation observerades (Polit & Beck, 2010). En gatekeeper, i form av klinikansvarig lektor, användes för att komma i kontakt med enhetscheferna på respektive avdelning.

Urval

Observationerna utfördes på en kirurgisk och en medicinsk avdelning vid ett sjukhus i södra Sverige. Yrkesverksamma sjuksköterskor och undersköterskor observerades då de utförde den patientnära vården. På avdelningarna arbetade 29, respektive 26 sjuksköterskor och undersköterskor. De arbetade i vårdteam där de tillsammans hade ansvar för ett visst antal patienter fördelade på fler än ett rum. Ibland arbetade två olika team på samma rum. På avdelningarna fanns ett 20-tal vårdplatser. Observationerna tog plats inne på salar med fyra patienter. Dörren in till rummet öppnades i samband med att patienterna väcktes och hölls sedan öppna under hela observationspasset. Detta innebar att personalen inte behövde ta i dörren varje gång de gick ut och in i rummet. Situationer som innefattade patientnära vård observerades.

Protokoll

Polit & Beck (2010) rekommenderar att en checklista används vid strukturerade observationsstudier. En checklista, inspirerad av Bramford & Larsson (2007), utvecklades utifrån Region Skånes riktlinjer (2011-12-01a). Denna checklista utgjordes av ett protokoll (bilaga 1). För att testa tillämpbarheten av protokollet och för att träna på att observera utfördes en pilotstudie på kliniskt träningscentrum på Hälsa och Samhälle, Malmö Högskola. Efter pilotstudien modifierades protokollet där några extra moment lades till. Dessa moment var ”övrigt”, ”patientkontakt” samt ”övriga infarter”. För att testa det nya protokollet utfördes ytterligare en pilotstudie som tog plats på den medicinska avdelningen. Protokollet fungerade bra och inga ändringar gjordes.

I protokollet bockades frekvensen av olika aktiviteter av. Med en aktivitet menas en händelse som består av ett eller flera moment där hygien var i fokus. Dessa moment var injektion, IV inj/Infusion, venprov, PVK insättning/uttag, personlig hygien, sårvård, påklädning, temp/sat/bltr/puls, bäddning, matning och vändning. Under respektive moment bockades olika åtgärder inom basalhygien av, till exempel om personalen desinfekterade händerna före och efter momentet, och om de använde förkläde eller handskar när det var befogat. Åtgärden handtvätt observerades inte. Där osäkerhet förekom angående om en viss hygienisk åtgärd utförts eller inte räknades denna bort. Aktivitetsnumren delades upp mellan observatörerna då en tog 1-49 och den andra 50-100. När åtgärderna bockades av användes X då det var utfört och O då det inte var utfört. Där det inte var befogat användes OB. Detta kunde exempelvis vara mellan moment där samma handskar kunde användas och handdesinfektion emellan momenten därför inte var befogat.

Datainsamling

Enhetscheferna på de båda avdelningarna kontaktades via mail efter att de uttryckt intresse om att medverka i studien till författarnas gatekeeper. Ett personligt möte bokades in med respektive enhetschef där de fick information om hur studien skulle utföras och där de gav sitt samtycke. Därefter informerade enhetscheferna själva personalen på respektive avdelning. Personalen fick information om att vårdarbetet skulle observeras men inte att det gällde vårdhygien specifikt. Detta för att öka trovärdigheten i resultatet och undvika bias (Polit & Beck, 2010).

Inför varje observationspass tillfrågades slumpmässigt en ur personalstyrkan om vilket rum det var passande för observatörerna att observera i. Det skulle gärna vara ett rum med fyra patienter, som inte var helt självgående. Personalen som ansvarade för patienterna på det rum där observationerna tog plats tillfrågades om

medgivande. För att försäkra att de var informerade om studien erbjöds ännu ett informationsbrev för dem att ta del av. När lämpligt rum fastställdes införskaffades medgivande av patienterna. Observationerna skedde med single positioning, vilket innebär att observatörerna stannar på samma plats under hela observationen (Polit & Beck, 2010). Detta genomfördes på så sätt att båda observerade samtidigt, från två stolar längst bak, inne på samma rum.

Observationerna skedde under morgonarbetet då det utfördes mycket patientnära vård. Observationspassen varade mellan en och en halv till två timmar, beroende på aktiviteten i rummet. Under observationerna bars vita sjukhuskläder. På ena avdelningen bars både byxor och bussarong. På andra avdelningen bars endast bussarong och privata byxor, för att patienterna inte skulle missta observatörerna för personal. Detta skedde i samråd med enhetscheferna. Namnskyltar bars, där rollen som observatör framkom. För att lättare kunna följa vårdarbetet lades fokus på vars en yrkeskategori i vårdteamet. Det bestämdes på morgonen innan observationen vem som skulle fokusera på vem. Observatörerna var passiva och icke deltagande under observationerna.

Fältanteckningar användes för att komplettera protokollet och på så sätt få ett mer berikat resultat. Fältanteckningar med klockslag och datum fördes i dagboksformat parallellt med observationerna. Detta gjordes dels för att beskriva uppstådda situationer och för att belysa vad som kan ha påverkat vissa situationer (Pilhammar Andersson, 2008, Polit & Beck, 2010). Databasinsamlingen pågick v.14-15 under våren 2012, en vecka på vardera avdelning. Metodanteckningar skrevs ned under observationerna.

Dataanalys

Dataanalysen utfördes med både kvantitativ och kvalitativ ansats. Efter varje observationspass renskrevs och överfördes protokollet till datorformat. När alla observationer var klara räknades allting samman manuellt. Därefter skrevs det in i datorn och sammanställdes. Sammanlagda situationer som krävde handdesinfektion före och efter, och hur många situationer då det utfördes räknades ihop. Dessa slogs sedan ihop till hur många situationer som totalt krävde handdesinfektion. Samma sak gjordes med förkläde och handskar. Detta för att göra resultatet mer överskådligt. Under hela processen kontrollräknade båda författarna. Resultatet redovisas med hjälp av beskrivande statistik (Polit & Beck, 2010) och klargörs i procent.

Analysen av fältanteckningarna inspirerades av Burnards (1991) steg för innehållsanalys. Då den är skriven främst för transkriberade intervjuer har metoden anpassats för fältanteckningar. Innehållsanalysen har utgått från en manifest utgångspunkt där det som är synligt i texten har bearbetats och analyserats (Kondracki et al, 2002). Fältanteckningarna renskrevs efter varje observationspass. I samband med detta skrevs naiva anteckningar som kortfattat beskrev vad fältanteckningarna handlade om. Detta för att bekanta sig närmre med texten och för att få en djupare förståelse av innehållet. Dessa anteckningar gjordes var för sig. Sedan lästes alla fältanteckningar igenom för att få en helhetsbild av materialet. Tre preliminära huvudkategorier identifierades. Materialet lästes igenom en gång till på var sitt håll och meningsbärande enheter som fångade kontentan av texten kodades. En kod är en etikett som beskriver en menings innehåll med hänsyn till kontext (Lundman & Graneheim, 2008).

Koderna jämfördes och författarna hade överlag kodat lika. Vid osäkerhet på hur en mening skulle kodas diskuterades innehållet i meningen och en kod togs tillsammans fram. Detta gjordes för att försäkra att koden stämde överens med innehållet och att meningen tolkats på samma sätt (Lundman & Graneheim, 2008). En sammanställning gjordes av alla koder och de som var lika slogs ihop och kom att bilda en subkategori. Ett exempel på koder som slogs ihop var *förkläde utanför rummet* och *förkläde ut i korridoren* som slogs ihop till *går ut ur rummet bärandes förkläde*. Dessa koder blev totalt 18 subkategorier som delades in i de tre preliminära huvudkategorier som identifierats i början av analysen. Därefter färgkodades materialet utifrån de tre huvudkategorierna. Varje kategori hade en färg och färgkodningen gjordes var för sig och jämfördes därefter. Vi hade övervägande färgkodat materialet lika. Resten diskuterades. De färgkodade meningarna sammanställdes sedan på datorn under respektive kategori. Materialet skrevs ut och alla färgkodade meningar tillhörande samma kategori klipptes ut och sorterades in i de olika subkategorierna. Detta för att försäkra att alla kodade meningar tillhörde en subkategori och att alla meningar under samma subkategori hade samma innebörd. Kopior av originalanteckningarna behölls för att inte missa kontexten av de kodade meningarna (Burnard, 1991).

Därefter slogs några av de 18 subkategorierna ihop och blev slutligen 10 stycken. Exempel på subkategorier som slogs ihop var *handsprit före patientkontakt*, *handsprit efter patientkontakt* och *handsprit mellan patienter* som slogs ihop till *handsdesinfektion vid patientkontakt*. Citat från fältanteckningarna valdes ut ur varje subkategori för att spegla innehållet.

Etiska överväganden

Ett generellt skriftligt samtycke inhämtades från enhetscheferna på de avdelningar där observationerna sedan kom att utföras. Dessa införskaffades vid varsitt personligt möte där de fick ta del av etikansökan och informationsbrev (bilaga 2).

Informationsbrevet skrevs med lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460) som utgångspunkt. I brevet framgick hur observationerna skulle gå till, att medverkan var frivillig och att inga personuppgifter skulle inhämtas. Efter att etikansökan och informationsbrevet godkänts vid den lokala etikprövningsnämnden vid Hälsa och samhälle, mailades de ut till enhetscheferna. De ville själva informera sin personal om studien och gjorde detta muntligt eller via personalmailen. Inför varje observationspass tillfrågades berörd personal om medgivande. Patienterna som befann sig på det rum där observationerna tog plats tillfrågades också om medgivande.

Observatörerna befann sig i bakgrunden för att undvika att integrera med personal och patienter. Känsliga situationer som av personal ansågs vara integritetskränkande för patienten undveks genom att personalen vid tillfällena drog för ett skynke i avskärmningssyfte eller skärmade av situationen med en avskärmningsskärm. Allt material som samlats in under observationerna har behandlats konfidentiellt och har slagits ihop så att resultatet inte går att härleda till den aktuella avdelningen. Det går därför inte att utläsa i resultatet hur följsamheten såg ut på respektive avdelning. Observationsprotokoll och fältanteckningar har förvarats på ett säkert sätt. Fältanteckningarna gjordes på ett könsneutralt vis då ord som personal, patient och hen användes. Detta för att garantera full konfidentialitet för de medverkande. Då det finns risk för integritetskränkning för de personer som

observerats har fokus lagts på att förklara för personalen att medverkan var frivillig.

RESULTAT

Resultatet blev 18 observationstillfällen där totalt 24 sjuksköterskor och undersköterskor observerades. Den sammanlagda observationstiden var 33 timmar. Sammanställningen av resultatet (bilaga 3) utgår från protokollet. Sammanlagt observerades 249 situationer där det var indikerat att använda handdesinfektion, 39 situationer som fordrade handskar och 94 där förkläde var befogat. Det gjordes totalt 24 observationer kring smycken, naglar och hår.

Sammanlagt gjordes 173 fältanteckningar. Dessa kom att resultera i tre kategorier och tio subkategorier (Figur 2). Kategorierna redovisas under rubriker där varje subkategori har var sin underrubrik och kommer att belysas med citat utifrån fältanteckningar som gjordes under observationerna för att illustrera i vilka situationer hygienföreskrifterna inte följdes. För att lyfta upp det väsentligaste har texten förkortats och citaten utvecklats till fullt grammatiska meningar. I de fall då två fältanteckningar varit i anslutning till varandra och behöver förklaras i sitt sammanhang har /.../ lagts till. För att försäkra medverkande om konfidentialitet så har numren från fältanteckningarna tagits bort.

KATEGORI	SUBKATEGORI
Handdesinfektion	Vid patientkontakt Före rent arbete och efter smutsigt arbete
Handskar	Används ej när befogat Obefogat användande Går ut ur rummet med handskar Byte av handskar
Förkläde	Används ej när befogat Obefogat användande Går ut ur rummet bärandes förkläde Byte mellan patienter

Figur 2. Översikt över identifierade kategorier och subkategorier.

Vid samtliga observationstillfällen gällande personalens klädsel, om håret var uppsatt, om smycken bars samt om påbyggda naglar och nagellack användes, följde personalen hygienföreskrifterna till 100 %.

Handdesinfektion

Handdesinfektion skall utföras före och efter all patientnära vård. Av de 249 observerade tillfällen där handsprit var indikerat, utfördes det till 47 %. Av de 122 situationer där handdesinfektion var indikerat *före* ett moment utfördes det till 38 %. Av de 127 situationer där handdesinfektion var indikerat *efter* ett moment utfördes det till 56 %. Resultatet visar på att personalen oftare desinfekterade händerna efter ett moment än före.

Under kategorin handdesinfektion identifierades två subkategorier. Dessa var, *vid patientkontakt* och *före rent arbete och efter smutsigt arbete*.

Vid patientkontakt

I denna subkategori ingår de situationer där handdesinfektion inte utfördes i samband med patientkontakt. Dessa situationer innefattar tillfällena där personalen enbart vidrörde en patient som till exempel vid givandet av tabletter eller vid hantering av syrgasgrimma. 76 handdesinfektionstillfällen observerades där personal endast vidrörde patienten. Vid 51 % av dessa desinfekterade personalen händerna.

”Ska hämta frukostbricka. Rättar då till syrgasgrimman på patienten, spritar ej händerna före eller efter.”

Denna subkategori innefattar även situationer där specifika moment utfördes hos patienten som till exempel vid venprov, sårvård eller vitala kontroller. 173 handdesinfektions tillfällen, vid utförande av moment, observerades. I 45 % av dessa situationer desinfekterades personalen händerna.

”Personal undersöker sår utan att först sprita händerna. Står emot sängen utan förkläde. Spritar händerna efter.”

Före rent arbete och efter smutsigt arbete

Innan påbörjande av rent arbete och efter utförande av smutsigt arbete ska händerna desinfekteras. Smutsigt arbete innefattade hantering av uribag, bäddning och situationer där personal plockat upp något från golvet. Åtta situationer observerades där personal inte desinfekterade händerna efter smutsigt arbete.

”Personal tar på ventilen till patientens KAD-påse. Ser att det läckt ut urin på golvet. Rör sedan patientens kind och går ut ur rummet, utan att sprita händerna.”

Det förekom att personal inte desinfekterade händerna mellan smutsigt och rent arbete.

”Personal kommer in och bäddar en annan patients säng utan att byta förkläde och handskar. Spritar inte händerna eller byter handskar mellan smutsiga lakan och rena.”

Handskar

39 situationer observerades där handskar var indikerat. Dessa situationer inkluderade injektion, infusion, venprov, hantering av drän, sårvård, matning, och hantering av uribag. Av dessa 39 situationer användes handskar till 59 %.

Under kategorin handskar identifierades fyra subkategorier. Dessa var: *Används ej när befogat, obefogat användande, går ut ur rummet med handskar och byte av handskar.*

Används ej när befogat

Enligt föreskrifterna ska handskar användas då det föreligger en risk att komma i kontakt med kroppsvätskor och utsöndring. Denna subkategori belyser situationer där handskar inte bars då det var indikerat. Momentet venprov var utmärkande då handskar användes korrekt vid två av de elva venprov som observerades.

”Personal spritar inte händerna. Tar upp sax från golvet och känner sedan efter vener på patientens armar. Tar på sig en handske utan att sprita händerna. Fortsätter att känna efter vener med den handen utan handske. Kliar sig i näsan. Tar venprov med en handske och utan förkläde.”

Tre situationer observerades där personal kontrollerade B-glukos utan att använda handskar. Detta skedde i samband med övriga kontroller som i sig inte krävde

handskar. Då risk för kontakt med blod förekommer skall handskar alltid användas då B-glukos kontrolleras.

”Personal har tagit kontroller på patienten. Spritar ej händerna och tar sedan ett B-glukos på patienten. Använder inte handskar.”

Obefogat användande

De tillfällen där ingen risk för kontakt med kroppsvätskor eller utsöndring förekom har klassats som obefogat användning av handskar. Denna subkategori innefattar de situationer där handskar bars även då det enligt föreskrifterna inte krävdes. Detta observerades vid 16 tillfällen och inkluderade bäddning, vitala kontroller, påklädning, förflyttning av patient i sängen samt rengöring av patientbord. Vanligast förekommande var att personal använde handskar vid bäddning, vilket observerades vid sex tillfällen.

”Personal renbäddar säng med handskar och förkläde.”

Vid tolv av dessa situationer desinfekterade personalen inte händerna antingen före eller efter momentet. Enligt föreskrifterna skall händerna alltid desinfekteras före och efter handskar.

”Personal spritar inte händerna men tar på sig förkläde och 1st handske. Rör vid patienten och ber denne sätta sig i stolen bredvid sängen. Tar på sig andra handsken och bäddar patientens säng. Spritar inte händerna efter momentet.”

Går ut ur rummet med handskar

Handskarna är patientbundna och ska kasseras direkt efter användning. I denna subkategori belyses åtta tillfällen då personal av någon anledning gick ut ur rummet med handskar. I synnerhet hände det vid tillfällen då personal antogs ha glömt något och var tvungen att gå och hämta detta utanför rummet.

”Har tagit venprov på patient. Går sedan ut i korridoren för att hämta en sak. Bär då på patientbundet förkläde och använda handskar. Kommer sedan tillbaka och avslutar hos patienten, går sedan ut i korridoren igen bärandes handskar och förkläde.”

Byte av handskar

Handsakar skall bytas mellan skilda vårdmoment samt mellan rent och smutsigt arbete. Detta för att inte mikroorganismer skall spridas och på så sätt kontaminera rena områden. Fyra situationer observerades då handskar inte byttes då indikerat.

”Personal hjälper en nyopererad patient att komma högre upp i sängen. Har på sig handskar. Drar sedan i olika redskap, så som skynke och droppställning. Inspekterar därefter patientens operationssår med samma handskar.”

Förkläde

Av de 94 observerade situationer då förkläde var indikerat användes det till 81 %. Indikerade situationer innefattade tillfällen då det förekom risk för stänk och då personalen utförde patientnära vård vid patientsängen som till exempel vid vitala kontroller. Det inkluderade även situationer där personalen hanterade förorenade föremål som bland annat vid bäddning. Vid de 24 situationer då momentet ”bäddning” observerades användes förkläde till 100 %.

Under kategorin förkläde identifierades fyra subkategorier. Dessa var: *används ej när befogat, obefogat användande, går ut ur rummet bärandes förkläde och byte mellan patienter.*

Används ej när befogat

För att skydda arbetskläderna för kontamination ska skyddskläder, så som engångsförkläde i plast användas. Situationer där förkläde var indikerat men inte användes var framförallt tillfällen då personalen var i kontakt med patientens säng, vilket observerades vid nio situationer.

”Personal hänger över patientens säng, fixar till täcket och flyttar patienten längre upp i sängen. Spritar inte händerna före eller efter, använder inget förkläde.”

Moment som venprovtagning, subkutan injektion, sårvård och hantering av PVK inkluderades också i denna subkategori. Förkläde skall alltid användas då det föreligger risk för stänk av kroppsvätskor. Vid de elva tillfällen då venprov observerades användes förkläde sex gånger. En aktivitet gällande subkutan injektion observerades. Då bar personalen inget förkläde.

”Personal ger subkutan injektion. Spritar ej händerna före eller efter. Använder varken förkläde eller handskar.”

Obefogat användande

Det hände att personal använde förkläde då det inte förelåg risk för kontamination av arbetskläderna. Detta räknades som obefogat användande och observerades vid tre tillfällen. Personalen hade vid dessa situationer, ingen patientkontakt.

”Personal spritar händerna och tar på sig förkläde. Går sedan fram till patienten som sitter på en stol och får hjälp av annan personal. Rör inte patienten. Byter sedan förkläde innan hen går vidare till nästa patient.”

Går ut ur rummet bärandes förkläde

Då förklädet är patientbundet ska det stanna vid patienten. Det ska därför inte lämna rummet. 36 situationer där personal gick ut ur rummet bärandes förkläde observerades. Det hände framförallt vid tillfällen då personalen gått iväg för att hämta något, exempelvis patientkläder, sängkläder, material eller redskap.

”Efter moment går personal ut ur rummet för att hämta något. Bär på patientbundet förkläde, viker upp detta och håller det i famnen när hen går ut. /.../ Personal ska återigen hämta något utanför rummet. Går ut med samma patientbundna förkläde. Drar förklädet lite åt sidan om sig.”

Det förekom att patienter behövde assistans för att ta sig till toaletten. Då toalett inte alltid fanns i direkt anslutning till patientrummen följde personal med patient ut i korridoren. Det var mest förekommande att det skedde då personal tidigare utfört ett moment och redan bar förkläde. Personal behöll alltsomoftast förklädet på då denne följde med patienten ut eller tillbaka in till rummet.

”Personal har varit och hjälpt patient inne på toalett och hjälper nu patienten in på rummet igen. Personalen kör patienten i en mobiltoalettstol och har förkläde och handskar på sig. Hjälper därefter patienten till sängen. Tar av sig handskarna men behåller förkläde på och går sedan ut ur rummet.”

Byte mellan patienter

Det observerades att personal vid tio tillfällen inte bytte förkläde mellan patienter. Eftersom att förklädet är patientbundet ska det inte användas till mer än en patient. Tillfällen då detta inträffade var bland annat då personal var i kontakt med flera patientsängar bärandes samma förkläde.

”Personal sätter på sig förkläde och hjälper en patient med en syrgasslang, står mot och över patientens säng. Går sedan till annan patient för att ta kontroller.”

Personal kunde även gå runt inne på rummet bärandes ett förkläde som kunnat vara kontaminerat, och därefter utföra något i nära anslutning till andra patienter.

”Personal bäddar annan patients säng utan att byta förkläde. Går sedan tillbaka till första patientens säng och tvättar av bord med ytdesinfektion. Går sedan tillbaka till andra patientens säng och tvättar dennes bord och säng. Användes samma förkläde och handskar under hela aktiviteten.”

DISKUSSION

I metoddiskussionen diskuteras för- och nackdelar med studiens tillvägagångssätt och i resultatdiskussionen resoneras kring studiens resultat.

Metoddiskussion

Observationer är en passande metod att använda sig av då människors beteende skall undersökas (Polit & Beck, 2010). Istället för att förlita sig på deltagarnas egna minnesbilder, då de kanske inte är medvetna om hur de själva betar sig (Hartman, 2004), ansågs observationer ge den mest trovärdiga bilden av hur hygienföreskrifterna följs. Metoden valdes alltså utifrån studiens syfte och frågeställningar. En annan fördel med observationer var att deltagarna inte behövde lägga ner någon extra tid som till exempel vid en intervju, utan kunde arbeta på som vanligt (Hartman, 2004).

Några nackdelar med att observera är risken för observationsbias. Känslor, fördomar och värderingar hos observatören kan ha inverkan på var fokus läggs. Förväntan av att se något specifikt kan även ha påverkat vad som faktiskt observerats (Polit & Beck, 2010). Då båda observatörerna haft erfarenhet av att det förekommer brister gällande följsamheten av hygienföreskrifter kan detta kommit att påverka var fokus lagts under insamlandet av data. Samtidigt har båda observatörerna varit väl medvetna om det och försökt vara så fördomsfria som möjligt. Det har även försökt att undvikas på så sätt att författarna övat sig på att observera genom att utföra två pilotstudier. Risken för bias har även minskat då ett protokoll har använts där specifika moment bockats av (Polit & Beck, 2010).

Datainsamling

24 personer ur personalen observerades. Detta ger möjlighet att uppvisa en variation i beteendet av det som valts att observeras (Lundman & Graneheim, 2008). Under datainsamlingen observerades en yrkeskategori per observatör. En tittade på undersköterskan och den andra på sjuksköterskan vilket underlättade för att inte riskera att observera samma person ur personalgruppen. Det var även en styrka på så sätt att observationerna blev mer innehållsrika då fokus kunde läggas på en personal och inte flera samtidigt och möjliggjordes då alla observationer utfördes från samma rum istället för på två olika.

Under första observationsveckan upptäckte observatörerna att de tolkat vissa företeelser olika, som till exempel om förkläde var befogat vid kontakt med patientsäng. Dessa situationer kan därför ha observerats inkonsekvent, vilket hade kunnat undvikas om definitioner av olika moment diskuterats mer noggrant innan

studiens början (Polit & Beck, 2010). En förekommande händelse var att handskar bars vid bäddning. Det var vid flertalet tillfällen oklart om detta var ett moment som krävde handskar. Efter diskussion dag två, första observationsveckan, fattades beslutet att räkna handskar vid bäddning som obefogat användande då det inte ansågs föreligga risk för kontakt med kroppsvätskor eller utsöndring.

På dag nummer fyra på andra observationsveckan framgick det att enhetschefen på ena avdelningen avslöjat för personalen exakt vad det var som observerades innan datainsamlingen på denna avdelning börjat. Misstanke hade växt efter att observatörerna hört personal prata i korridoren om att det var hygien som observerades. Observatörerna valde därför att inte komma tillbaka dagen därpå utan avslutade istället datainsamlandet en dag tidigare för att undvika ytterligare bias. Det var dock oklart hur många av personalen som fått reda på att det var hygien som var i fokus då det var ett antal som under veckans gång frågat vad det var som observerades. Det uppmärksammades skillnader mellan avdelningarna men har valts att inte redovisas på grund av konfidentialiteten.

Under tiden datainsamlingen pågick kunde observatörerna uppleva ett visst uppreparande mönster gällande följsamhet av hygien på respektive avdelning. Det kan med detta inte påstås att materialet uppnådde mättnad (Polit & Beck, 2010) då tiden för studien var för kort. Däremot var antalet medverkande i studien högre än väntat och det insamlade materialet översteg förväntad mängd.

Överförbarhet innebär i vilken utsträckning en studies resultat kan överföras till andra miljöer eller grupper (Polit & Beck, 2010). Författarna anser att resultatet inte är överförbart på andra vårdavdelningar, då det endast svarar på hur det ser ut på de som observationerna utförts på. Detta eftersom att förutsättningarna ser olika ut på olika avdelningar. För att öka graden av överförbarhet borde studien inkludera fler än två avdelningar. Samtidigt ökar studiens överförbarhet då dess kontext är tydligt beskriven (Lundman & Graneheim, 2008).

Single positioning har använts för att interagera så lite som möjligt med de som observerades och för att inte störa personalens arbete och påverka deras beteende. Nackdelen var att vi endast såg det som hände inne på rummet och kan därför ha missat situationer då personalen exempelvis kan ha desinfekterat händerna i korridoren. Detta var observatörerna på förhand medvetna om men det lades mer vikt på att personalen skulle känna sig bekväma med observatörernas närvaro.

Samtycke och medgivande

Då ingen personlig data insamlades ansågs inte skriftligt samtycke erfordras från varje medverkande personal. Istället erhöles ett generellt skriftligt samtycke från enhetscheferna. Aktuell personal tillfrågades före varje observationspass om medgivande om att bli observerad. Det var ingen bland de tillfrågade som valde att inte bli observerade. Det var i några fall otydligt vilka ur personalen som hade hand om de rum som observationerna gjordes på. Den personal som hade blivit observerade men som inte getts möjlighet för medgivande tillfrågades i efterhand. De observationer där medgivande ännu inte getts markerades, för att göra det möjligt att ta bort dem i efterhand. Av de fyra som tillfrågades om medgivande efter att observationerna var gjorda, var det ingen som nekade medverkan.

Den personal som tillfrågades om lämpligt rum att utföra observationerna på hade erhållit samma information som resterande personal på avdelningen och visste inte specifikt vad det var som skulle observeras. Ibland hände det att denna personal frågade om medgivande åt oss. Då var vi noga med att själva fråga den tillfrågade personalen om medgivande. Personal kunde även försöka påverka varandra till att medverka genom att påpeka att de exempelvis själva hade blivit observerade dagarna innan. När detta skedde var vi fortfarande noga med att själva informera om studien och fråga om medgivande. Ett observandum kring medverkande av studien är att enhetscheferna själva har informerat sin personal om studien och att personalen då kan ha känt sig pressade till att medverka (Polit & Beck, 2010).

Patienterna tillfrågades om medgivande innan observationerna började. De informerades om vilka vi var och varför vi var där. Därefter tillfrågades de om det gick bra att vi satt i rummet och observerade personalen under morgonarbetet. Då observationerna började tidigt på morgonen hände det att någon av patienterna i rummet fortfarande sov. Då det kändes fel att väcka dem valde observatörerna att börja observera och vänta med presentationen tills de vaknat. Det var ingen av de tillfrågade patienterna som nekade till att vi observerade inne på rummet.

Under observationerna uppfattades det som att några i personalen tyckte det var jobbigt att bli observerade, även då de gett sitt medgivande. Det hände att personal frågade om vad det var specifikt som observerades. När detta skedde gavs svaret att vi valt att inte berätta exakt vad som observerades för att öka trovärdigheten i resultatet, och att det först kommer att framgå i det färdiga arbetet som de medverkande får ta del av.

Protokollet

Författarnas förkunskap om patientnära vårdarbete har varit till hjälp vid utformandet av protokollet (Polit & Beck, 2010). För att inte riskera att förbise ett observationsögonblick som svarade på syftet men som inte hade en specifik plats i protokollet lades kategorin ”övrigt” in. Denna kategori kom att innefatta moment som: viktkontroll, tömning av uribag och förflyttning av patient i sängen.

Utförandet av handtvätt observerades inte eftersom det ansågs problematiskt att avgöra i vilka situationer det var befogat eller inte. Detta eftersom att känslan av att vara smutsig kan variera mellan personal samt att det skulle bli svårt för oss som observatörer att bedöma om personalens händer var smutsiga.

Eftersom att syftet med denna studie var att undersöka följsamheten gentemot satta hygienföreskrifter har protokollet utformats utifrån Region Skånes föreskrifter för basal hygien (Region Skåne, 2011-12-01a). Då instrumentet mätt det som var avsett att mäta ökar validiteten (Polit & Beck, 2010).

Dataanalys

Burnards (1991) steg för innehållsanalys är framtagen framförallt för transkriberade intervjuer. Detta har inneburit att viss modifiering har fått göras för att anpassa analysen för fältanteckningar. Burnard (1991) menar dock att metoden skulle kunna vara applicerbar på olika typer av data.

I denna studie har både kvantitativ och kvalitativ data insamlats och analyserats. Dessa kompletterar varandra och ökar på så sätt studiens tillförlitlighet (Polit &

Beck, 2010). För att erhålla en innehållsrik och mångsidig bild av det som observerades gjordes fältanteckningar för att komplettera protokollet och fånga det som inte fick utrymme där. Båda författarna har utfört observationerna samt databehandlingen. Detta kallas för forskartriangulering (Svensson & Starrin, 1994) och minskar risken för bias och felaktiga personliga tolkningar (Polit & Beck, 2010). Processen av datainsamling samt analys har utförts tillsammans av båda författarna och beslut har diskuterats fram. Detta ökar studiens tillförlitlighet (Lundman & Graneheim, 2008).

För att belysa i vilka situationer hygienföreskrifterna inte följts har ett noggrant urval av fältanteckningar gjorts. De har sedan kommit att placeras i form av citat i resultatet för att illustrera kategorierna. Detta ger läsaren en möjlighet att själv bedöma giltigheten av materialet (Lundman & Graneheim, 2008).

Resultatdiskussion

Att de medverkande i studien var medvetna om att de blev observerade kan ha påverkat deras beteende och därmed resultatet. Fenomenet kallas för Hawthorne effekt (Polit & Beck, 2010) och försökte undvikas genom att observatörerna var så passiva som möjligt och undvek konversationer med personal och patienter. Att enhetschefen på en av avdelningarna informerade om att den basala hygien observerades kan ha påverkat personalens beteende och därmed förbättrat deras följsamhet. Även värt att beakta är att resultatet kan ha påverkats av att observationerna gjordes utifrån single positioning (Polit & Beck, 2010). Vilket innebär att handdesinfektion eller byte av förkläde och handskar kan ha gjorts utanför rummet, bortom observatörernas synfält.

Personlig hygien

Följsamheten gällande arbetskläder, hår, smycken och naglar var mycket god då all personal som observerades följde riktlinjerna till 100 %. Detta stämmer överens med Bramford och Larssons (2007) resultat där all personal som ingick i studien bar korrekt arbetsdräkt. Detta resultat kan tolkas som att personalen har bra kunskaper gällande kläder och personlig hygien. En anledning till det goda resultatet kan tänkas vara att riktlinjerna gällande området arbetskläder och personlig hygien är tydliga och på så sätt svåra att misstolka.

Handdesinfektion

Resultatet gällande handdesinfektion visade att det utfördes 47 % av de gånger då det var indikerat. Det kan anses som lågt men bör samtidigt belysas i skenet av tidigare gjorda studier med resultat som visat på bristande följsamhet av handdesinfektion (Siegel & Korniewicz, 2007, Qushmaq et al, 2008, Picheansathian et al, 2008). Resultatet är dessutom förenligt med en studie utförd i Tyskland som visade på att handdesinfektion var korrekt utförd 51,9% av indikerade tillfällen (Knoll et al, 2010). Rimligheten i sätta hygienföreskrifter för basal hygien (Region Skåne, 2011-12-01a) kan även ifrågasättas då det inte klargör vad vissa punkter innebär. Till exempel säger föreskrifterna att handdesinfektion ska användas före samt efter varje patientkontakt. Det framgår dock inte exakt vad patientkontakt innebär, om det innefattar varje gång en patient vidrörs eller om det är vid en undersökning eller behandling. Detta kan tänkas leda till att föreskrifterna inte efterföljs konsekvent.

Fortskrivningsvis visade resultatet att handdesinfektion framförallt inte utfördes före moment då det endast genomfördes till 38 %. Följsamheten av handdesinfek-

tion var bättre *efter* moment då det utfördes till 56 %. Detta är överensstämmande med resultatet från SKL:s punktprevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler (2011b) där handdesinfektion företrädesvis hade utförts mer frekvent *efter* än *före* moment. Liknande resultat har även visats i tidigare studie utförd i Australien där följsamheten gällande handhygien före patientkontakt var 12,6 % lägre än efter patientkontakt (Grayson et al, 2011). Vid ett antal tillfällen kunde detta tänkas bero på att personalen inte planerat kontakt med någon patient då de gick in i rummet och därför inte desinfekterade händerna före den oväntade händelsen. Anmärkningsvärt var att situationer kunde förekomma där personal utförde vitala kontroller som avslutades genom att personalen desinfekterade de använda redskapen med handdesinfektionsmedel utan att desinfektera sina egna händer då det var befogat. Beteendet kan tänkas bero på att de observerades och därför var extra nog med att desinfektera redskap och på grund av det missade att desinfektera sina händer.

Handskar

16 situationer där personalen använde handskar fastän det inte var befogat observerades. Samma fenomen har redovisats i tidigare studie av Flores (2008) där användandet av handskar var obefogat i 42 % av de situationer då de bars. Exempel på moment där handskar användes då det inte var befogat var bland annat vitala kontroller, bäddning samt då personal desinfekterade patientbundna föremål, som till exempel ett patientbord. En tanke är att personalen använde handskar mer som ett personlig skydd istället för att situationen krävde det. Ett annat förkommande fenomen var att vårdpersonalen inte konsekvent desinfekterade händerna före eller efter användandet av handskar. Resultatet stämmer överens med tidigare studier som visar på att följsamhet beträffande handdesinfektion försämras vid användande av handskar (Flores, 2008, Girou et al, 2004, Fuller et al, 2011). Detta kan bero på att handskar inger en falsk trygghet om att händerna är rena, och därför inte behöver desinfekteras. Eftersom att händerna kontamineras då handskarna tas av är det viktigt att desinfektera efter handskar (WHO, 2009a). Att endast använda handskar utan ytterligare handhygieniska åtgärder kan därför tänkas bidra till smittspridning. Intressant är att handdesinfektion inte utfördes framförallt vid moment som enligt föreskrifterna inte krävde handskar.

Situationer observerades där personalen gick ut i korridoren bärandes handskar. Eftersom att handskarna är patientbundna och därför skall kasseras direkt efter användning är resultatet anmärkningsvärt. I några situationer gick personalen ut med handskar i korridoren för att hämta en sak mitt under ett moment. Sedan kom samma personal tillbaka, med handskar på, och fortsatte utförandet av momentet hos patienten. Handskar blir precis som händerna kontaminerade och sprider mikroorganismer på samma sätt (Socialstyrelsen, 2006). Det är därför viktigt att de kasseras direkt efter användning och att händerna desinfekteras.

Vid några tillfällen observerades att personalen använde samma handskar till olika moment hos samma patient, vilket kan leda till att bakterier sprids från smutsiga till rena områden. Detta stämmer överens med Girous et al (2004) resultat som visade på att handskar användes för ofta och att de inte byttes mellan smutsiga och rena moment. Anledningen till beteendet kan vara att personalen känner en falsk känsla av renhet då de använder handskar och därför inte tänker på att dessa sprider bakterier (Socialstyrelsen, 2006). I de situationer där handskar var indikerat användes de till 59 %. Det mest uppseendeväckande var att av de elva venprov

som observerades användes handskar endast vid två tillfällen. Detta kan dels tyda på felaktiga rutiner med även på kunskapsbrist om varför handskar används.

Förkläde

Resultatet visar på en relativt god följsamhet gällande användandet av förkläde då det användes i 81 % av de situationer då det var indikerat. Denna kategori var den där följsamheten var bäst. Resultatet stämmer överens med SKL:s punktprevalensmätning från 2011b, där förkläde bars korrekt till 87 %. Detta kan tolkas som att kunskapen angående vikten i att använda förkläde finns där. Ändå fanns situationer där följsamheten brast. Anmärkningsvärt är att hela 36 situationer observerades då förklädet bars ut i korridoren. Beteendet har även observerats i en tidigare studie (Bramford & Larsson, 2007). Dessa situationer inkluderade flertal tillfällen där personalen gick ut i korridoren med kontaminerat förkläde mitt under ett moment, för att hämta något de glömt. Detta kan tänkas bero på bristande rutiner eller okunskap gällande varför förklädet bärs. Det kan även tänkas bero på att personalen inte vill ”slösa med förkläden”. Sjukvården har höga krav på sig att spara pengar (Region Skåne, 2011-10-27c) vilket eventuellt kan ha påverkat inställningen till användandet av material då personalen väljer att behålla förklädet på istället för att slänga det och sedan ta på sig ett nytt. Några tillfällen observerades där personalen valde att ställa sig i dörröppningen och kalla på en kollega för att fråga om hjälp då de glömt något, istället för att gå ut med det kontaminerade förklädet. Detta tyder på att det ändå fanns viss kunskap om att förklädet är patientbundet och därför inte får lämna rummet.

Det observerades också flertalet situationer där personalen gick ut med förklädet i korridoren då de transporterade en patient till toaletten. Detta kan tyckas oundvikligt och hade kunnat undvikas om lokalerna sett annorlunda ut och varje rum varit försedd med en egen toalett. Några få situationer observerades där personal använde förkläde när det inte var befogat, vilket kan tänkas bero på det faktum att de blev observerade och därför tog på sig förkläde när de gick in i rummet, utan att reflektera över varför.

18 situationer observerades då förkläde inte bars då det var indikerat. Fältanteckningarna under subkategorin ”används ej när befogat” inkluderade framförallt situationer då personalen lutade sig över eller på annat sätt var i kontakt med patientens säng. Intressant är dock att förkläde användes korrekt vid alla situationer där bäddning observerades. Detta tyder på att personalen har kunskap om att förkläde skall användas vid bäddning. Däremot användes det inte i alla situationer då personalen var i kontakt med patientsängen på annat sätt. Detta kan tänkas bero på att förskrifterna kan tyckas tolkningsbara. I dessa står att förkläde är indikerat vid hantering av förorenade föremål som till exempel vid bäddning. Då bäddning nämns specifikt är det självklart att förkläde skall användas vid dessa situationer. Dock är det svårt att definiera när annat moment som innebär att personalen har kontakt med sängen räknas som hantering av förorenat föremål. I sex av de elva venprovtagningar som observerades användes förkläde. Eftersom att momentet innebär risk för kontakt med kroppsvätskor skall förkläde alltid användas. Att förkläde inte användes kan tyda på felaktiga rutiner.

Tio situationer observerades då personalen inte bytte förkläde mellan patienter. Det fanns tillfällen då samma förkläde användes under större delen av morgonarbetet. Detta kan kanske bero på felaktig kunskap om att förklädet inte bara används för att skydda arbetskläderna mot stänk utan också för att inte sprida

mikroorganismer mellan patienter. Genom mer information om varför förklädet används kan rutiner förbättras och därmed följsamheten.

SAMMANFATTNING

Syftet med denna studie var att undersöka hur hygienföreskrifterna följdes på två avdelningar på ett sjukhus i södra Sverige. Studien visade goda resultat gällande användandet av förkläde. Även personalens följsamhet till riktlinjer gällande hår, smycken och naglar var bra. Mindre goda resultat påvisades framförallt vid handdesinfektion då föreskrifterna följdes till 47 %. Anmärkningsvärt var att personal gick ut ur rummet bärandes förkläde och handskar. Detta hade exempelvis kunnat undvikas om lokalerna sett annorlunda ut samt om material och dylikt varit mer lättillgängligt. Ännu en faktor till bristande följsamhet av hygienföreskrifterna kan tänkas vara att de är otydliga. Vi har själva upplevt föreskrifterna som tolkningsbara då vi ibland uppfattat dem olika. Vi föreslår härmed en förkortad checklista (Figur 3) som kan utvecklas vidare.

Handdesinfektion	Handskar	Förkläde
<ul style="list-style-type: none"> -Desinfektion av händerna ska alltid ske före och efter varje patientkontakt. -Patientkontakt innebär vidrörande av patient. -Desinfektion ska ske efter smutsigt och före rent arbete. -Smutsigt arbete innebär t ex hantering av KAD, smutsvätt, då något plockas upp från golvet etc. -Det ska även ske före och efter användning av handskar -Handskar ersätter inte handdesinfektion. 	<ul style="list-style-type: none"> -Handskar ska användas vid risk för eller vid kontakt med kroppsvätskor och utsöndring. T ex vid venprov, injektion, undre hygien etc. -Handskarna är patientbundna. -De ska bytas mellan skilda vårdmoment hos samma patient. -Handskarna ska slängas direkt efter användning. 	<ul style="list-style-type: none"> -Förkläde ska användas vid risk för kontaminering och stänk. -Det är patientbundet och ska slängas direkt efter användning. -Det får inte bäras utanför rummet. -Förklädet ska bytas mellan patienter. -Det ska användas vid kontakt med förorenade föremål så som vid bäddning eller annan kontakt med patientsängen.

Figur. 3 Checklista

Att vårdrelaterade infektioner förekommer är det nog inte många som undgått. Flera tidigare studier har visat på bristande följsamhet gällande hygienföreskrifter. Ändå fortsätter bristerna att förkomma. Med hjälp av denna studie kan vikten av goda hygienrutiner uppmärksammas. Då studien utfördes på två avdelningar är resultatet representativt för hur det ser ut på just dessa avdelningar. För ett mer generaliserbart resultat uppmuntras därför en större studie. Det hade även varit intressant med en intervju eller enkätstudie som undersöker hur vårdpersonal tolkar satta hygienföreskrifter.

REFERENSER

AFS 2005:1, Mikrobiologiska arbetsmiljörisiker - smitta, toxinpåverkan, överkänslighet

Arbetsmiljölagen, 1977:1160

Bramford, L & Larsson, S (2007) Låt spriten flöda! En observationsstudie om sjuksköterskors följsamhet gentemot riktlinjer för basala hygienrutiner och personlig hygien. Malmö högskola/Hälsa och samhälle

Burnard, P (1991) A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-6.

Creamer, E et al (2010) When are the hands of healthcare workers positive for meticillin-resistant *Staphylococcus aureus*? *Journal of Hospital Infection*, 75, 107-111.

Ericson, E & Ericson, T (2009) *Klinisk mikrobiologi*. Stockholm: Liber

Flores A & Pevalin D (2008) *Glove use and compliance with hand hygiene*.
><http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/research-glove-use-and-compliance-with-hand-hygiene/523631.article>< 2012-05-01.

Fuller, C et al (2011) "The dirty hand in the latex glove": A study of hand hygiene compliance when gloves are worn. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 32, 1194-1199.

Girou, E et al (2004) Misuse of gloves: the foundation for poor compliance with hand hygiene and potential for microbial transmission? *Journal of hospital infection*, 57, 162-169.

Grayson, M L et al (2011) Outcomes from the first 2 years of the Australian National Hand Hygiene Initiative. *The Medical Journal of Australia*, 194, 615-619.

Hartman, J (2004) *Vetenskapligt tänkande: Från kunskapsteori till metodteori* (2:a upplagan). Lund: Studentlitteratur

Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763

Knoll, M et al (2010) The impact of workload on hygiene compliance in nursing. *British Journal of Nursing*, 19(16), 18-22.

Kondracki, N L et al (2002) Content analysis: review of methods and their applications in nutrition education. *Journal of Nutrition Education and Behaviour*, 34(4), 224-230.

Lag om etikprövning av forskning som avser människor, 2003:460

Lundman, B & Hällgren Graneheim, U (2008) Kvalitativ Innehållsanalys. I: Granskär, M & Höglund-Nielsen, B (red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, s 159-172.

Malmö Högskola (2011) *Sjuksköterskeprogrammet* ><http://www.mah.se/fakulteter-och-omraden/Halsa-och-samhalle-startsida/Student-pa-HS/Utbildningar-pa-HS/Programutbildningar-pa-grundniva/Sjukskoterskeprogrammet/>< 2012-05-06.

Moberg, Å (2007) *Hon var ingen Florence Nightingale: Människan bakom myten*. Stockholm: Natur & Kultur

Nilsson, C (2011) *MRSA* ><http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/MRSA/>< 2012-01-31, Vårdguiden

Patientskadelagen, 1996:799

Polit, D & Beck, C (2010) *Essentials of Nursing research. Methods, appraisal and utilization*. (7th edition). Philadelphia: Lippincott

Picheansathian, W et al (2008) The effectiveness of a promotion programme on hand hygiene compliance and nosocomial infections in a neonatal intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 315–321.

Pilhammar Andersson, E (2008) *Etnografi I: Granskär, M & Höglund-Nielsen, B (red) Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, s 41-55.

Pittet, D (2001) Improving Adherence to Hand Hygiene Practice: A Multidisciplinary Approach. *Emerging Infectious Disease*, 7:2, 234-240.

Ransjö, U & Greitz, Y (2011) *Skyddskläder* ><http://www.vardhandboken.se/Texter/Basala-hygienrutiner-och-personalhygien/Skyddsklader/>< 2012-05-10, Vårdhandboken

Region Skåne (2011a) *Region Skånes regler för basal hygien och arbetskläder vid patientnära vård* >http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/vardwebb/Dokument/God_vard/Sakervard/basal_hygien2011-2.pdf< 2012-04-10.

Region Skåne (2011b) *Ren vård* >http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Valkommen_till_Vardgivarwebben/Riktlinjer-metoder/God-Vard/Saker-halso--och-sjukvard/Ren-varld/< 2012-03-29.

Region Skåne (2011c) *450 miljoner ska bort – men hur?* ><http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Nyheter/Ledningsgruppernas-moten/Intensivvarden-av-barn-maste-forbattas/>< 2012-04-30.

Region Skåne (2012) *Årsredovisning 2011 Region Skåne* >http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/Skaneportalen-extern/OmRegionSkane/ekonomi/arsredovisning/2011/ÅR_2012_120403.pdf< 2012-04-10.

Sherwin, B N (2005) *Doktor Semmelweis och barnsängsfebern*. Riga: Nya Doxa

Siegel, J H & Korniewicz, D M (2007) Keeping patients safe: an interventional hand hygiene study at an oncology center. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(5), 643-6.

SKL (2011a) *Resultat vårdrelaterade infektioner i landstingen* >http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/resultat-och-matningar/vri-och-bhk-resultat/trogt-att-forbatta-varldhygien< 2012-05-10.

SKL (2011b) *Resultat vårdhygien landstingen* >http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/resultat-och-matningar/vri-och-bhk-resultat/trogt-att-forbatta-varldhygien< 2012-05-10.

- Smittskyddsinstitutet (2011) *Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner*
><http://www.smittskyddsinstitutet.se/amnesomraden/vardhygien/>< 2012-04-25.
- Smittskyddsinstitutet (2012) *Läkare måste spåra och anmäla svår form av antibiotikaresistens*
><http://www.smittskyddsinstitutet.se/nyhetsarkiv/2012/lakare-maste-spara-och-anmala-svar-form-av-antibiotikaresistens3/>< 2012-03-30.
- Socialstyrelsen (2004) Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete, en översikt. (Artikelnr 2004-110-1)
- Socialstyrelsen (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. (Artikelnr 2005-105-1)
- Socialstyrelsen (2006) Att förebygga vårdrelaterade infektioner - Ett kunskapsunderlag. (Artikelnr 2006-123-12)
- Socialstyrelsen (2007) Rekommendationer för handläggning av personal inom vård och omsorg avseende MRSA. (Artikelnr 2007-130-5)
- Socialstyrelsen (2009) *Vårdhygien och antibiotikaresistens*
><http://www.socialstyrelsen.se/smittskydd/vardhygienochresistens>< 2012-03-30.
- SOSFS 2007:19, Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m.
- Stadler, L (2012) Infektionen höll på att ta hans liv. *Sydsvenskan Årgång 164*, 2012-05-04, s A6.
- Svensson, P G & Starrin, B (1994) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur
- Qushmaq, I A et al (2008) Hand hygiene in the intensive care unit: prospective observations of clinical practice. *Polskie Archiwum Medycyny wewnetrznej*, 118(10), 543-7.
- WHO (2009a) *Glove use information leaflet*
>http://www.who.int/gpsc/5may/Glove_Use_Information_Leaflet.pdf< 2012-04-25.
- WHO (2009b) *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: a Summary*
>http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.07_eng.pdf < 2012-04-25.

BILAGOR

Bilaga 1: Protokoll

Bilaga 2: Informationsbrev

Bilaga 3: Sammanställning av vårdpersonalens följsamhet av hygienföreskrifter.

Bilaga 2

Informationsbrev	
Projektets titel: Observation av vårdarbete	Datum: 9 februari 2012
Studieansvarig/a: (student/er) Maja Rosengren M10p0304@student.mah.se Michelle Whittam Kf092205@student.mah.se	Studerar vid Malmö högskola, Hälsa och samhälle, 206 05 Malmö, Tfn 040- 6657000 Utbildning: Sjuksköterskeprogrammet Nivå: Kandidatnivå
<p>Vårt syfte är att observera vårdarbetet på två avdelningar vid ett sjukhus i södra Sverige. Vi kommer att vara på er avdelning under en vecka. Vår förhoppning är att denna studie kan bidra till en diskussion om vårdarbetets rutiner.</p> <p>Datainsamlingen kommer att ske på ett patientrum under morgonarbetet då vi observerar vårdpersonal i sitt arbete. Vi kommer att agera som passiva observatörer för att inte stoppa eller störa arbetet. Känsliga situationer som kan vara integritetskränkande för patienten kommer att undvikas.</p> <p>Ett observationsprotokoll kommer att användas för att bocka av rutinmässiga aktiviteter. Vissa fältanteckningar som situation, klockslag och datum kommer att föras i dagboksformat parallellt med observationerna.</p> <p>Största möjliga konfidentialitet försäkras genom att inga obehöriga får ta del av materialet. Inga persondata kommer att insamlas. Observationsprotokollen och fältanteckningar kommer att förvaras oåtkomligt för andra.</p> <p>Deltagande är helt frivillig och inför varje observationspass kommer berörd personal att tillfrågas om sitt medgivande. Patienter som befinner sig på de rum där observationerna tar plats kommer även att tillfrågas om medgivande. Delaktighet i en observation kan när som helst avbrytas utan förklaring.</p> <p>Efter godkänd examination av kandidatuppsatsen kommer den att publiceras elektroniskt vid Malmö Högskola.</p> <p>Ytterligare upplysningar om studien kan lämnas av oss. Maja Rosengren: m10p0304@student.mah.se. Michelle Whittam: kf092205@student.mah.se.</p>	

Bilaga 3

	Indikerade situationer	Då det utfördes	Procent
Handdesinfektion	249	117	47 %
- Före patientkontakt	37	14	38 %
- Efter patientkontakt	39	25	64 %
- Före moment	85	32	38 %
- Efter moment	88	46	52 %
Handskar	39	23	59 %
Förkläde	94	76	81 %

Tabell. Sammanställning av vårdpersonalens följsamhet av hygienföreskrifter.